

I hvilken grad er hørselshemmede tilfreds med det som skjer i første konsultasjon hos audiograf

Siri Merete Bergseth



Hovedfagsoppgave, Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag,
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

10.04.2007

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	5
FORORD	7
1. INNLEDNING	8
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING OG MÅLET MED OPPGAVEN	9
1.2 PROBLEMSTILLING	12
1.3 OPPBYGNING AV OPPGAVEN	12
2. HØRSEL, HØRSELSTAP OG HØRSELSREHABILITERING	14
2.1 HØRSEL	14
2.1.1 Hørselsskader.....	15
2.1.2 Konsekvenser av å ha nedsatt hørsel	16
2.1.3 Forekomst.....	17
2.2 DIAGNOSTISERING AV HØRSELSTAP	18
2.3 HØRSELSMÅLING.....	20
2.3.1 Grad av hørselstap.....	20
2.3.2 Type hørselstap og årsaksforklaring.....	21
2.4 HØRSELSREHABILITERING	22
2.4.1 Audiografens yrkesrolle	24
3. DET FØRSTE MØTET MELLOM BRUKER OG AUDIOGRAF	27
3.1 INNHOLD I DEN FØRSTE KONSULTASJONEN	27
3.1.1 Testresultat og konsekvenser av hørselstapet – grunnlag for felles forståelse	28
3.1.2 Kartlegge ønsker og behov.....	30
3.1.3 Informasjon, veiledning og etablering av tiltak	32

3.2	KONTAKTETABLERING	35
3.3	TIDSBRUK	36
4.	Å VÆRE TILFREDS MED KONSULTASJONEN	38
4.1	Å MØTE BRUKEREN DER HAN ER.....	38
4.2	EVALUERING AV SAMTALEUTBYTTE OG SAMTALEBARRIERER	43
5.	METODE.....	45
5.1	FORSKNINGSMETODE	45
5.2	UNDERSØKELSESDSIGN	45
5.3	UTVALG	46
5.3.1	<i>Valg av audiografer ved hørselssentraler.....</i>	<i>46</i>
5.3.2	<i>Valg av informanter.....</i>	<i>47</i>
5.3.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	<i>47</i>
5.3.4	<i>Innsamlingsperiode.....</i>	<i>48</i>
5.3.5	<i>Antall informanter.....</i>	<i>48</i>
5.4	SPØRRESKJEMA - PEQ	48
5.4.1	<i>Utvikling og utforming av spørreskjema.....</i>	<i>49</i>
5.4.2	<i>Demografiske data.....</i>	<i>50</i>
5.5	PRAKTISK GJENNOMFØRING	51
5.5.1	<i>Pilotundersøkelse.....</i>	<i>51</i>
5.5.2	<i>Datainnsamling.....</i>	<i>52</i>
5.6	DATABEHANDLING.....	53
5.7	ETISKE BETRAKTNINGER:	55
5.7.1	<i>Informert samtykke og frivillighet.....</i>	<i>55</i>
5.7.2	<i>Anonymitet</i>	<i>55</i>

5.7.3	<i>Oppbevaring av innsamlede data</i>	56
6.	RESULTATER	57
6.1	BAKGRUNNSDATA.....	57
6.2	STATISTISKE FUNN	58
7.	DISKUSJON	70
7.1	METODEDISKUSJON.....	70
7.1.1	<i>Intern validitet</i>	70
7.1.2	<i>Ekstern validitet - representativitet</i>	73
7.1.3	<i>Oppsummering</i>	74
7.2	RESULTATDISKUSJON	75
8.	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	82
	KILDELISTE	84
	VEDLEGG	88

SAMMENDRAG

Formål

Formålet med undersøkelsen er å avdekke om brukerne er tilfreds med første gangs konsultasjon hos audiograf. Brukernes evaluering av det første møtet hos audiografen, kan gi audiografene informasjon om hva de kan bli bedre på.

Problemstilling

- I hvilken grad er hørselshemmede tilfreds med det som skjer i første konsultasjon hos audiograf?

Metode

Forskningsmetoden er av kvantitativ art og designet er tverrsnittsstudie.

I undersøkelsen deltok 141 personer.

Spørreskjemaet som ble brukt i undersøkelsen heter PEQ - Patient Experience Questionnaire, og er utarbeidet av Steine m.fl. (2000). Spørreskjemaet er opprinnelig laget for leger i primærhelsetjenesten men kan også brukes for audiografer i spesialisthelsetjenesten. Det inneholder spørsmål samlet i fem områder: konsultasjonsutkomme, samtaleutbytte i møtet med legen, samtalebarrierer i møtet med legen, møtet med det øvrige helsepersonellet og følelser etter besøket.

Det er gjort en deskriptiv analyse av dataene. Statistiske tester som er anvendt er Pearsons r, chi-kvadrat, one-way between-groups (ANOVA) test og T-Test.

Resultat

Undersøkelsen er funnet gyldig og pålitelig. Resultatene viser at informantene i overveiende grad var tilfreds med det som skjedde i første konsultasjon hos audiograf. Svarfordelingen viser skjevfordeling i positiv retning for områdene

samtaleutbytte og samtalebarrierer. For områdene konsultasjonsutkomme og følelser etter besøket var svarfordelingen mer normalfordelt.

59 % var ikke/lite tilfreds med konsultasjonsutkomme. 13 av 141 hadde ikke besvart dette området. 100 % var tilfreds med samtaleutbytte, mens 12 % opplevde samtalebarrierer. 87 % hadde positive følelser etter besøket. 24 informanter besvarte ikke dette området.

Konklusjon

Undersøkelsen konkluderer med at den overveiende positive trenden i materialet kan indikere at brukerne er tilfreds med første konsultasjon hos audiograf. Datamaterialet indikerer at konsultasjonsutkomme er vanskelig å tolke, og det er derfor vanskelig å si spesifikt hva audiografene kan bli bedre på.

FORORD

Mitt engasjement i forhold til mitt fag, audiologien, har motivert meg til å skrive denne hovedfagsoppgaven. Jeg har blitt mer og mer interessert i hvordan vi imøtekommer brukerne og i hvilken grad vi hjelper brukeren i rehabiliteringsprosessen slik at han kan fungere i samfunnet på tross av sin hørselshemming. Jeg tror at vi som audiografer kan hente mye kunnskap gjennom tilbakemelding fra brukerne. Slike tilbakemeldinger gir oss viktig informasjon om hvordan vi oppfattes som audiografer. Det at vi til stadighet evaluerer vår yrkesutøvelse mener jeg bidrar til at vi kan gjøre en enda bedre jobb overfor brukerne.

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og krevende prosess ved siden av full jobb og familie. Det har imidlertid vært en lærerik prosess.

Jeg vil rette en stor takk til alle som på ulike måter har hjulpet meg med å gjennomføre denne undersøkelsen. En ekstra takk går til min veileder, professor Anne Marit Mengshoel.

Oslo den 10. April 2007

Siri Merete Bergseth

1. INNLEDNING

Audiografen og øre-nese-hals-legen er de første som møter den som kommer til behandling for hørselstap. De kan dermed bli nøkkelpersoner for at den videre behandlingen skal bli vellykket. Hørselstap kan føre til problemer av kommunikativ, sosial, emosjonell og praktisk karakter. Noen av problemene kan oppleves så vanskelig at det svekker den enkeltes selvbylde og opplevelse av livskvalitet (Hull, 2001). Som audiograf arbeider man i nær kontakt med brukeren og er den som stort sett følger brukeren fra han kommer for diagnostisering av sitt hørselstap og videre i prosessen med tilpasning av hørselstekniske hjelpemidler. Brukeren følges frem til han fungerer tilfredsstillende med sine hjelpemiddel. Med sin fagkunnskap om det tekniske aspektet ved høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, samt om den sosiale, pedagogiske og psykologiske rehabiliteringen skal audiografen veilede brukernes evne til kommunikasjon ut i fra individuelle behov og forutsetninger. Dette spesielle ansvaret innebærer at det opparbeides et tillitsforhold mellom bruker og fagperson, og ut i fra egen erfaring ser jeg blant annet at det er viktig å sette av god tid til brukerne. Jeg mener audiografer har en ideell posisjon for å forbedre rehabiliteringen av personer med hørselsnedsettelse. Ikke bare gjennom teknisk å tilpasse høreapparater, men også ved å utrede og behandle auditive kommunikasjonshinder. Uhlin (2002) mener at det å integrere kommunikasjonstrening i behandlingsopplegget bør være en selvfølge for at den audiologiske rehabiliteringen skal være fremgangsrik. For en suksessfull behandling kreves det at brukeren aktivt engasjeres i rehabiliteringsprosessen og at han innser at behandlingen er til fordel for ham.

Helse- og sosialdepartementet kom i 2002 med en rapport "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede". Den er ment å være en plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet. I arbeidet med rapporten har det vært samarbeid i form av samtaler med brukerorganisasjonene og med fagfolk innen hørselsomsorgen. I rapporten hevdes det at personalet ved hørselssentralene mangler

kommunikasjonsskunnskap, og at de konsentrerer seg hovedsakelig om de tekniske sidene ved høreapparatbruken. Videre hevdes det at de sosiale og psykiske problemene de fleste hørselshemmede sliter med lett blir oversett. Målet med planen er å sikre helhetlige og sammenhengende rehabiliteringstilbud til hørselshemmede der brukerens ønsker og behov ivaretas (Helse- og sosialdepartementet, 2002). Det er den siste tiden blitt økt fokus på det psykososiale aspektet ved pasientbehandlingen, både fra utdanningen og fagmiljøets side. Audiografyrket er et ungt yrke, og fagområdet er i utvikling. I Norge ønskes mer forskning som kan bidra til å utvikle faget fremover (Einar Laukli, Audiografen nr. 2/01).

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING OG MÅLET MED OPPGAVEN

Det verserer stor misnøye i hørselsomsorgen blant brukerne. Misnøyen er blant annet uttrykt via Hørselshemmede Landsforbund (HLF, 2006), som representant for brukerne, og retter seg spesielt mot at brukerne får for lite informasjon rundt hvordan de skal forholde seg til sitt hørselsproblem og opplæring i hvordan de skal bruke sine hørselstekniske hjelpemidler. Dette står i kontrast til min erfaring. I samhandling med brukerne opplever jeg at en stor del av tiden med brukeren går til å gi informasjon og drive trening i håndtering og betjening av høreapparat. Jeg har derfor begynt å undre meg over om det kan være at audiografen ikke siler godt nok hvilken informasjon som er viktig i de ulike fasene av rehabiliteringsprosessen, eller at audiografen rett og slett gir for mye informasjon og at brukerne ikke greier å sortere eller bruke informasjonen på en hensiktsmessig måte. Misnøyen kan også henge sammen med tiden som settes av til konsultasjonene. Det er et problem i dag at det ikke settes av nok tid til oppfølging og etterkontroll av brukerne. Det hevdes fra fagmiljøet at dette må ses opp mot at det i dag ikke utbetales takster for slikt arbeid og at det dermed blir et økonomisk spørsmål. Dette gjelder spesielt for de private klinikkene.

Flere prosjekter gjort den senere tid synes også å kunne underbygge den misnøyen som HLF indikerer. I 1998 gjorde Rådgivningskontoret for hørselshemmede i Oslo

en undersøkelse, ”Kartlegging av tiltak og tjenester for hørselshemmede i Oslo”. I sluttrapporten sies det hvor viktig den første samtalen mellom fagpersoner og hørselshemmede er, og legger spesielt vekt på den informasjon som skal videreformidles. Det vil si informasjon om videre behandling, hvordan man skal takle hørselstapet og den videre livssituasjon. Rapporten sier videre at dette arbeidet ikke blir tilfredsstillende ivaretatt innen det nåværende tjenesteapparatet. Med bakgrunn i rapporter og all uttrykt misnøye har jeg begynt å stille spørsmål ved hvilken informasjon audiografen faktisk gir. Mye av informasjonen er sannsynligvis praktisk rettet i forbindelse med tilpasningen av høreapparat og bruken av det. Likevel kan det være at informasjon rundt videre behandling, hvordan man skal takle hørselstapet og sin livssituasjon ikke blir godt nok ivaretatt.

I 2000 gjennomførte en gruppe audiografer et prosjekt kalt ”Gjensidig forståelse – betydningen av god kommunikasjon”. Prosjektet skulle se på hva som skjer i kommunikasjonen mellom audiograf og eldre brukere. Resultatet viste at brukerne ofte ikke slapp til i samtalen og at spørsmålsformuleringene audiografene brukte var lukkede, ledende spørsmål. Den som stilte spørsmålene ble dermed den som oftest ble ansvarlig for å føre samtalen videre og bestemte hva samtalen skulle handle om. Dette førte til passivitet hos brukeren. De konkluderte med at observasjonene gjort i dette prosjektet indikerer at mye kan oppnås ved skolering av audiografene i kommunikasjonsferdigheter (Dyrendal m.fl., 2001). En samtale i behandlingsøyemed vil, slik jeg ser det, til en viss grad styres av agendaen for konsultasjonen. Brukeren har kommet til konsultasjonen fordi han ønsker hjelp til sitt problem og audiografens mandat er å hjelpe. Agendaen er av den grunn ofte satt i den forstand at audiografen til dels vil styre hva som blir grunnlaget for samtalen.

Egen erfaring sier meg at det som skjer i møtet mellom audiograf og hørselshemmet er viktig for hvorvidt pasientene blir tilfreds med behandlingen. I det første møtet legges ikke bare grunnlaget for det videre behandlingsforløp, men også grunnlaget for samhandlingen mellom audiograf og bruker. Resultatene fra alle prosjektene nevnt over, og all negativ omtale hørselsomsorgen er utsatt for, har gjort meg

nysgjerrig. Det er derfor interessant å undersøke hva brukerne selv mener om selve konsultasjonen. Hovedmålet med oppgaven er knyttet til min egen nysgjerrighet. I denne undersøkelsen vil jeg derfor spørre om i hvilken grad de hørselshemmede er tilfreds med det som skjer i den første konsultasjon hos audiograf. Jeg synes det er viktig å få frem erfaringer formidlet av brukerne selv og håper dette vil gi audiografene informasjon om hva de kan bli bedre på. Resultatene kan også bidra til å understøtte det økte fokus som nå settes på den pedagogiske siden av vår yrkesutøvelse.

Undersøkelsen handler om hørselshemmede personer med hørselstap av moderat karakter, som ikke utelukker taleoppfattelse og talekontroll via hørselen, men hindrer det i ulik grad. De avhjelpest vanligvis med høreapparatet og andre hørselstekniske hjelpemidler.

Hørselshemming er en fellesbetegnelse som dekker alle grader og arter av hørselstap.

(Statens Helsetilsyn, Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap, 3-2000).

Sterkt hørselshemmede og Døve inkluderes ikke i oppgaven da dette er personer med et høygradig hørselstap som i vesentlig grad reduserer muligheten for oppfattelse av tale via hørselsinntrykk og kontroll over egen taleproduksjon. Døve kommuniserer med tegnspråk og munnavlesning, og er derfor sjelden til utprøving av høreapparat.

For bedre flyt i teksten er brukeren i noen sammenhenger referert til som han og audiografen som hun. Dette med bakgrunn i at det tradisjonelt er flest kvinnelige audiografer. Da jeg ikke har funnet mye teori som spesifikt tar for seg møtet mellom audiograf og bruker, har jeg i mange sammenhenger valgt å støtte meg til forskning som finnes rundt møtet mellom lege og pasient. Dette fordi jeg ser mange likhetspunkter når det gjelder selve møtet mellom fagperson og pasient/bruker.

Eventuelle begreper vil bli definert eller redegjort for underveis i oppgaven.

1.2 PROBLEMSTILLING

- *I hvilken grad er hørselshemmede tilfreds med det som skjer i første konsultasjon hos audiograf?*

1.3 OPPBYGNING AV OPPGAVEN

Kapittel 1 inneholder innledning, bakgrunn for valg av problemstilling og mål med oppgaven.

Kapittel 2 beskriver hørselens funksjon, konsekvenser av å være hørselshemmet, diagnostisering av hørselstap og hørselsmåling. Videre beskrives audiografens yrkesrolle. Det redegjøres også for hørselsrehabilitering som begrep og hvilke yrkesgrupper som arbeider med rehabilitering av hørselshemmede.

Kapittel 3 redegjør for innholdet i den første konsultasjon hos audiograf, kontaktetablering mellom audiograf og bruker samt nødvendigheten av å kartlegge ønsker og behov hos brukeren. Det redegjøres også for veiledning, formidling av informasjon og etablering av tiltak.

Kapittel 4 redegjør for hva det vil si å være tilfreds som bruker/pasient og hvordan tjenesten audiografene yter møter brukerens ønsker og behov. Det handler om å møte brukeren der han er i rehabiliteringsprosessen i tillegg til hvordan kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient har en avgjørende betydning for pasientens tilfredshet med behandlingen.

Kapittel 5 omhandler anvendt metode, undersøkelsesdesign og valg av informanter. Videre beskrives måleinstrumentet, spørreskjemaet PEQ, metode for datainnsamling og selve databehandlingen. Videre gjøres etiske betraktninger rundt undersøkelsen.

Kapittel 6 beskriver resultatene av innsamlede og bearbejdede data fra PEQ – Patient Experience Questionnaire.

I kapittel 7 diskuteres metode og resultat.

Kapittel 8 gir en kort oppsummering av diskusjonen, samt en konklusjon av undersøkelsens resultater. Det gis også forslag til videre studier.

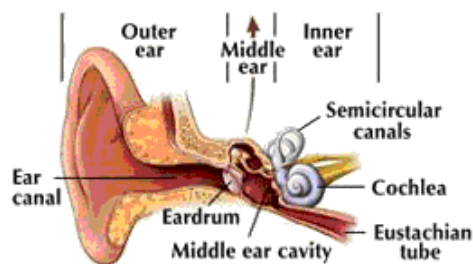
2. HØRSEL, HØRSELSTAP OG HØRSELSREHABILITERING

Å kunne høre er viktig for at mennesker skal kunne kommunisere. For å kunne lære seg talespråket er hørselen en forutsetning, likeså den sosiale kontakten med arbeidskamerater, venner og familie. Naturligvis er det mulig å kommunisere selv om hørselen er nedsatt, men det kreves spesielle vilkår og tilrettelegging. Grad av hørselstap vil gi audiografen en indikator på funksjonsnivå. I tillegg vil audiografen måtte innhente informasjon om hvordan brukeren opplever sin situasjon og hvordan hørselshemmingen innvirker på hans sosiale liv. For brukeren kan graden av hørselstap være avgjørende for hvor mye brukeren får med seg av en samtale. Kunnskap om hørselssystemet og på hvilken måte brukeren er rammet kan også være av stor betydning for hvordan han kan tilrettelegge for seg selv i en rehabiliteringsprosess.

2.1 HØRSEL

Hørselssystemet består av (figur 1):

- Det ytre øret med øremuslingen og øregangen.
- Mellomøret med trommehinne, og øreben (hammer, ambolt og stigbøyle).
- Indre øret med sneglehuset, hørsels- og balansenerven, hørsels – og balansebanene i hjernen og hørselssenteret i hjernebarken



Figur 1 Øret og dets inndeling i ytre-, mellom- og indreøret (Phonak, 2007)

Hørselssystemets oppgave er å formidle lydinntrykk fra omverdenen til hørselssenteret i hjernen hvor inntrykk bevisstgjøres som oppfattet lyd. Lydbølgene (som er svingninger i luften) forplanter seg inn i øregangen og overføres gjennom trommehinnen til sansecellene i det indre øret. Her omgjøres de mekaniske svingningene til elektriske signaler som gjennom hørselsbanene ledes til hjernen og fortolkes til en forståelig hørselsopplevelse.

2.1.1 Hørselsskader

Hørselsskader kan oppstå i alle de ulike delene av hørselsorganet.

Skader i øregang og mellomøret skaper *mekaniske hørselstap*. De vanligste årsakene til hørselsskader er mellomørebetennelse og sammenvoksing av ørebenskjeden. En del av disse skadene lar seg korrigere operativt, og krever ingen videre rehabiliteringsplan. For de som har kronisk eller varig mekanisk hørselstap vil i noen tilfeller høreapparat inngå i den videre behandlingen.

Ved *nevrogene hørselsnedsettelse*r sitter skaden i indreøret. Avhengig av hvor i indreøret skaden er lokalisert deles de inn i cochleære, retrocochleære og sentrale skader. Slike skader kan være medfødte og sådan være genetisk betinget. Videre kan slike skader ha årsak i sykdom, som for eksempel hjernehinnebetennelse. Den vanligste årsaken er imidlertid aldersbetinget hørselsnedsettelse, i form av tap av hårceller. Aldersbetinget hørselstap har som regel en arvelig faktor i seg, da det ofte viser seg at tidligere generasjoner også har/har hatt hørselstap. Tap av hårceller er ofte progredierende og medfører store diskriminasjonsproblemer. Det største problemet er å skille språklyder fra hverandre, noe som fører til problemer med å forstå tale. Stadig flere kommer for utredning på grunn av hørselsskade forårsaket av støy. Tap av hårceller skjer ved slike tap hovedsakelig i diskanten, hvor de viktigste språklydene ligger. Støyskader har fått stadig større fokus de siste årene. Ikke bare på grunn av det forebyggende arbeidet som gjøres av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), eller reklame fra leverandører i forhold til støypropper og lignende, men fordi nyere teknologi i høreapparater også kan imøtekomme denne brukergruppen. Det er

personene med nevrogene hørselsskader som utgjør størsteparten av de som kommer for hørselsrehabilitering, og som stort sett ender opp med høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler.

Mange kan ha en kombinasjon av mekanisk og nevrogen hørselstap. Disse hørselstapene kalles *kombinererte hørselstap*. I noen tilfeller kan disse personene avhjelpes med høreapparat eller andre hørselstekniske hjelpemiddel, i andre tilfeller vil disse personene fungere såpass bra med sin hørselsnedsettelse at de fungerer uten hørselstekniske hjelpemidler av noe slag.

2.1.2 Konsekvenser av å ha nedsatt hørsel

Å være hørselshemmet medfører manglende evne til å oppfatte språk og andre lydinntrykk. Dette får konsekvenser av ulik art. Vi omgir oss med lyd hele tiden. Noen lyder er mer meningsbærende for oss en andre. Om man på grunn av sitt hørselstap ikke oppfatter den informasjon som gis eller ikke hører et annet menneske bevege seg, kan det lede til følelse av usikkerhet. I verste fall hører man ikke faresignaler som røykvarsler og lignende. Mange hørselshemmede er i en kontinuerlig alarmberedskap. De er redde for å miste informasjon som blir gitt til dem og dette fører i mange tilfeller til generell uro, usikkerhet og stress. De anstrenger seg ekstra for å kompensere for hørselstapet og de mobiliserer mange krefter både fysisk og mentalt (Skollerud, 1996).

Telefonsamtaler kan bli et stort problem. Over telefon har man ikke muligheten til å støtte seg til munnavlesning og ansiktsuttrykk og informasjon misoppfattes eller blir ikke oppfattet i det hele tatt. I skole, jobb eller ved sosiale sammenkomster kommer problemene i form av bakgrunnsstøy og etterklang i rommet man er i. Plassering, lysforhold, fjerning av bakgrunnsstøy etc. blir viktig, og omgivelsene må ta spesielle hensyn (Hull, 2001).

Hørselshemming påvirker ikke bare den som er rammet, men også de personer man har relasjoner til. I samtale med andre personer skal man ikke bare forstå hverandre,

man skal også forstå hverandre rett. Siri Skollerud (1996) omtaler samtalsituasjoner hvor den ene parten er tunghørt som asymmetriske. Deltagerne er ikke likestilte og det oppstår lett irritasjon fra omgivelsene. I mange situasjoner ender den hørselshemmede med å spørre om å få gjentatt det som har blitt sagt. Dette er ikke bare plagsomt for den man snakker med, men også til plage for den hørselshemmede selv. Svært ofte ender det med at den hørselshemmede beskytter seg selv mot slike personlige nederlag og lar være å oppsøke slike vanskelige situasjoner. Dette kan igjen føre til passivitet og sosial isolasjon, noe som kan få innflytelse på selvbildet, identiteten og selvrespekten (Skollerud, 1996). Hos mange hørselshemmede går det så langt at det fører til somatiske sykdommer, depresjon og angst (Statens helsetilsyn, 2000). Noen opplever sorg i forbindelse med sin hørselshemming. Noen og kanskje spesielt de med sterkt nedsatt hørsel kan bli mistenksomme fordi de tror andre snakker om dem. Hørselshemmede uttrykker ofte at de synes andre mumler og ekskluderer dem fra samtaler, noe som er et resultat av at hørselen ikke fungerer optimalt. Noen reagerer derfor på sin hørselshemming med sinne. I følge Bunkholdt (1993) vil slike emosjoner aktivere og dirigere atferd ved at det velges handlinger som gir positive opplevelser, og ved at handlinger som gir negative opplevelser unngås. Den hørselshemmede kan isolere seg enda mer fra omverden, og til slutt ikke gå ut blant folk.

Når konsekvensene av å ha nedsatt hørsel er blitt store ender det som regel med at man til slutt søker hjelp. Når de kommer til audiografen første gang har de derfor alle med seg sin individuelle historie, preget av i hvor stor grad hørselshemmingen har plaget dem og hvilke erfaringer de har fra kommunikasjon med andre.

2.1.3 Forekomst

Det foreligger pr. dags dato ingen nøyaktige tall for hvor mange hørselshemmede det er i Norge i dag. En av årsakene til det er at det å miste hørselen er for mange en naturlig del av aldringen og at det av den grunn ikke blir registrert. En annen grunn kan være at det ikke finnes noe nasjonalt register over hvem som har fått høreapparat.

Det er informasjon som kun finnes på den enkeltes lokale trygdekontor. Når det skal gis anslag over antall hørselshemmede i befolkningen vil også svaret kunne avhenge av hvordan man definerer hørselshemming. Folkehelsa gjennomførte i 1995-97 en undersøkelse av hele befolkningen over 19 år i 17 av 23 kommuner i Nord-Trøndelag. 70 % deltok og det utgjorde 51.200 personer. De anslår videre at de hørselshemmede utgjør 14,5 % av befolkningen over 19 år, altså i overkant av 600.000 mennesker. Hørselshemmedes Landsforbund regner med at det er vel 170.000 høreapparatbrukere i landet. (SINTEF, 2000).

2.2 DIAGNOSTISERING AV HØRSELSTAP

Hørselstap defineres gjennom et audiogram. Audiogrammets fasong sammen med den otometriske undersøkelsen gjør at man kan sette en årsaksforklaring til hørselsnedsettelsen. For å kunne lese et audiogram og forstå hvordan det arter seg for den hørselshemmede vil jeg kort redegjøre for en del begreper knyttet til dette.

Et *audiogram* er et nedtegnet resultat av en hørselsmåling, en grafisk fremstilling av høreterskler som en funksjon av *frekvens*. Frekvens betyr svingninger pr. sekund. Lyd er trykkbølger med ulike svingninger. Lange lydsvingninger har en lav frekvens og tonene vil da høres dype ut (bass). Motsatt vil korte lydsvingninger høres høye og ha en høy frekvens (diskant). 1 lydbølge pr. sek. = 1 Hertz. Frekvens angis horisontalt i audiogrammet (figur 2) *Desibel (dB)* er måleenheten for lydstyrke/intensitet.

Desibelskalaen er en logaritmisk skala og *dB HL* refererer til det fysiske mål på styrke i forhold til et definert audiometrisk "0"-punkt. Et menneskes høreområde strekker seg fra 0 dB (et lydtrykknivå vi så vidt oppfatter) til 140 dB HL (smertegrensen). Normal tale høres ved 40-50 dB på de ulike frekvensen. dB angis vertikalt i audiogrammet (Stach 1998, Lidén 1985)(figur 2). Høreterskel markeres der hvor stimulussignalet er hørbart for brukeren. Etter internasjonal standard markeres høyre øre med røde sirkler og venstre øre med blå kryss.

2.3 HØRSELSMÅLING

For å komme frem til et audiogram må det foretas en hørselsmåling. Under hørselsmålingen sitter brukeren, med hodetelefoner, i et lydtett målebur. Før målingen blir brukeren instruert i hvordan han skal trykke på en knapp hver gang han hører en tone (pipelyd). Audiografen presenterer de ulike tonene ved hjelp av et audiometer. Hørselsmålingen starter med å måle rene toner (korte toneimpulser) ved bestemte frekvenser (125 – 8000 Hz) og ved bestemte decibelnivå (0 – ca. 100 dB). Resultatene blir nedskrevet i et audiogram (se figur 2), og utgjør hørselskurven som danner grunnlag for å forstå hvilke hørselsproblemer brukeren står overfor. Videre gjøres en ordoppfattelsestest. Brukeren blir da instruert i å gjenta ord (enstavelser, -tostavelser- og tall-ord). Ordene presenteres først på et nivå utregnet fra gjennomsnittsverdien av terskel på 500, 1000 og 2000 Hz (PTA – pure tone average). Det er det nivå man forventer å finne 50 % talediskriminasjon. Det måles videre på nivå under og over dette nivået for å sette hvilket nivå man ikke lenger høre tale på og hvilket nivå man oppnår 100 % talediskriminasjon.

Om man finner uregelmessigheter under disse målingene, vil det behøves ytterligere tester. Dette går ikke videre inn på, da det har liten relevans for oppgaven.

2.3.1 Grad av hørselstap

Det er vanskelig å klassifisere hørselstap i ulike kategorier, da et audiogram ikke alene gir et representativt bilde av en persons totale hørselsfunksjon. Brukerne har ofte behov for å sette ord på hvor mye hørselsnedsettelse de har, og audiografene må av den grunn referere til felles begreper som forklarer graden av hørselsnedsettelse. En fellesbenevnelse for grad på et hørselstap er også nyttig når man raskt skal danne seg et bilde av en brukers funksjonsnivå. Det finnes mange forslag til normer for bedømming av hørselsnedsettelse ut fra et toneaudiogram. Fagmiljøet støtter seg til Hull (2001) i hans gradering av hørselstap. Han skiller mellom normal hørsel, mild, moderat, moderat/stort, stort og alvorlig stort hørselstap.

 Tabell 1 Grader av hørselstap (Hull, 2001)

Grad av hørselstap	Gjennomsnittsverdier for høreterskelene 500, 1000, 2000 og 4000 Hz på det beste øret
Normal hørsel	0 – 24 dB HL
Mild hørselsnedsettelse	25 – 39 dB HL
Moderat hørselsnedsettelse	40 – 54 dB HL
Moderat til stor hørselsnedsettelse	55 – 69 dB HL
Stor hørselsnedsettelse	70 – 89 dB HL
Alvorlig stor hørselsnedsettelse	90+ dB HL

2.3.2 Type hørselstap og årsaksforklaring

Audiogramkurven har ulike former og til en viss grad kan formen på en audiogramkurve gi oss grunnlag til å si noe om type hørselstap, om årsaken til hørselsnedsettelsen i tillegg til at det sier noe om på hvilken måte hørselsnedsettelsen er til plage for brukeren. Jeg vil kort beskrive de mest vanlige typene og gjør i den sammenheng leseren oppmerksom på at det her er snakk om nevrogene hørselstap. Altså varige hørselstap som oftest lar seg avhjelpe med hørselstekniske hjelpemidler.

- Aldersbetinget hørselstap (presbycusis). Audiogramkurven vil som regel karakteriseres ved en lett fallende kurve fra bass mot diskant. Et viktig element ved aldersbetingede hørselstap er redusert diskriminasjonsevne, det vil si evnen til å tolke tale rett. Et annet element er at man kan bli sensitiv for lyd, og spesielt intense lyder eller plutselig høy lyd.
- Arvelig hørselstap (genetisk betinget hørselstap). Audiogramkurven kan karakteriseres som et aldersbetinget, med en lett fallende kurve fra bass mot diskant. For de fleste vil disse hørselstapene gjøre seg gjeldene i de eldre årsklasser, og gi tilsvarende hørselsproblemer.
- Medfødte hørselstap. Hørselstap som har oppstått på grunn av infeksjoner under svangerskap eller ved komplikasjoner i forbindelse med fødsel. Audiogramkurven kan karakteriseres som et basseng, hvor nedsettelsen ses i

mellomfrekvensene. Mellomfrekvensene er viktig for oppfattelse av talelyder. Deler av bass- og diskantområdet kan ha tilnærmet normale høreterskler.

- Støyskader. En permanent nevrogen hørselsnedsettelse som er forårsaket av et skudd, smell eller annen plutselig høy lydpåvirkning, eller ved langvarig støyeksponering. Det siste kan som regel relateres til arbeidssituasjon. Audiogramkurven vil typisk ha god hørsel i bassen, med en bratt fallende kurve i diskanten. Mange av disse kan finne liten nytte av høreapparat, da det gir for mye forsterkning i områder hvor hørselen er god eller at de hører egenstøy fra elektronikken i høreapparatet.
- Sykdom eller medikamentbruk kan også føre til hørselstap. Betennelser eller infeksjoner kan føre til akutt eller gradvis forringelse av hørselen. Det kan være av midlertidig eller permanent varighet. Audiogramkurven vil i mange tilfeller ha nedsatt hørsel i bassområdet, mens hørselen i diskantområdet er bortimot normal. Et høreapparat vil gi forsterkning i diskanten, og denne brukergruppen har ofte problemer med at høreapparatene gir et metallisk lydbilde.

2.4 HØRSELSREHABILITERING

Hørselsrehabiliteringen forgår hovedsakelig hos hørselssentraler knyttet til landets sykehus og private øre-nese-halsspesialister (heretter forkortet ønh-spesialist).

Hørselssentralenes oppgave i henhold til bestemmelsene er å diagnostisere hørselsnedsettelse, tinnitus og balanseforstyrrelser, og iverksette (re)habilitering for disse ved operative, medikamentelle, teknisk-audiologiske og audiopedagogiske tiltak. Dette innebærer å gi instruksjon og opplæring i bruk av høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemiddel, samt bidra til å gi hørselshemmede optimal evne til kommunikasjon (SINTEF, 2000). *Privatpraktiserende ønh-halsspesialister* stilles overfor tilsvarende krav til kompetanse og utstyr som hørselssentralene. Noen har avtaler med fylkeskommunen for rekvirering av høreapparater etter gjeldende regelverk (SINTEF, 2000). Ved behov for ytterligere fagkompetanse henvises brukerne videre til rette instans.

Forut for det første møtet hos audiograf må brukeren ha vært hos sin fastlege for å få henvisning til ønh-spesialist. Dette kan være en tidkrevende prosess. I tillegg kan ventelistene for å komme inn på hørselssentralen eller hos ønh-spesialist være lange, og det kan medføre lang ventetid før behandling kan starte. Denne ventetiden kan gå ut over motivasjonen hos brukeren, og få betydning for det første møtet hos audiografen. De privatpraktiserende klinikkene har ofte kortere ventetid sammenlignet med hørselssentralene, men blir på den andre siden kritisert for å bruke alt for liten tid på brukerne.

Målet med hørselsrehabilitering er i følge Statens Helsetilsyn (2000):

....å hjelpe hørselshemmede til å bedre sine funksjonsmuligheter, kompensere for hørselsnedsettelsen og få hjelp til å håndtere vanskeligheter som hindrer full deltagelse i samfunnet.

Flere faggrupper arbeider innenfor hørselsrehabiliteringen, og jeg vil kort nevne de ulike før jeg går inn på audiografens rolle.

- *Øre-nese-halsspesialister* er første faggruppe som møter brukeren for den otologiske undersøkelsen. De har det overordnede ansvaret for den hørselshemmede ved hørselssentralen. Ønh-spesialistene må ha fullmakt fra de regionale helseforetakene for å utlevere høreapparat, og blir av disse grunner den nærmeste samarbeidspartner til audiografene.
- *Audiopedagoger* er kvalifisert til spesialpedagogisk arbeid. I det inngår opplæring, rådgivning, habilitering og rehabilitering av personer med hørselshemming og språkvansker. De ivaretar spesialoppfølging av hørselshemmede, og har spesielt ansvar overfor barn.
- *Audioingeniørene* arbeider hovedsakelig med måleteknisk utstyr, men også en del direkte rettet mot brukere.
- *Audiofysikerne* arbeider med mye av det samme som audioingeniørene, men er også knyttet opp mot forskning.

2.4.1 Audiografens yrkesrolle

Audiografutdanningen definerer audiologi som:

”den vitenskapelige læren om hørsel og hørselsrelaterte problemer og omhandler blant annet årsaker og graden av hørselsnedsettelse, forebyggende og utredende arbeid, samt (re)habilitering av hørselshemmede”.

(Studieplan audiografutdanningen, AHS, HIST 2004).

Det finnes ingen enhetlig teori som audiologien springer ut i fra, men den benytter seg av kunnskap fra fysiologiske, fysiske, tekniske, psykoakustiske, sosiologiske, psykologiske, pedagogiske, medisinske, biologiske og lingvistiske fagområder.

En audiograf er en autorisert fagperson utdannet innen audiologi, og er den som utfører hørselsutredningen, evaluerer og tilpasser høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler. I dette inngår veiledning, undervisning og hørselsforebyggende tiltak.

(Stach, 1998)

Audiografen har et medansvar for at brukerens totale hørselssituasjon utredes og skal samtidig være i stand til å vurdere hvilke konsekvenser hørselstapet har for vedkommende. Videre har audiografen ansvar for at det foretas en individuell behovskartlegging og må derfor i tillegg til medisinske, tekniske, akustiske og fonetiske fagkunnskaper ha kunnskap innen den sosiale, pedagogiske og psykologiske rehabiliteringen. (Studieplan audiografutdanningen, AHS, HiST 2004).

Audiografer utdannes ved Høyskolen i Sør-Trøndelag, institutt for audiografutdanningen, i Trondheim. Det er et 3-årig høyskolestudium som ender i en bachelorgrad med autorisasjon som helsepersonell. Audiografen er sentral i rehabilitering av hørselshemmede nettopp fordi de har sin bakgrunn i audiologien. Audiografene er den yrkesgruppen som tilbringer mest tid med brukerne.

Under det første møtet legges grunnlaget for alt samarbeid mellom bruker og audiograf. Et samarbeid som krever tålmodighet og gode kommunikasjonsevner. I forbindelse med hørselsmålingen må man ha kunnskap om alle måletekniske aspekt,

og kunne se dem i forhold til den medisinske diagnose man setter ut fra måleresultatene. Brukerne ønsker informasjon om sin situasjon og dette skal formidles på en skikkelig og forståelig måte. Ved tilpasning av høreapparater kreves kunnskap innen psykoakustikk, tekniske sider rundt høreapparat samt lingvistikkunnskaper i forbindelse med innstilling av høreapparatet. Dette skal kobles sammen med brukerens individuelle opplevelser med bruk av høreapparatene og ikke sjelden er det vanskelig å få tak i nøyaktige nok beskrivelse fra brukeren. Jo mer spesifikke tilbakemeldinger audiografen får, jo lettere kan man gjøre innstillingene av høreapparatet.

I all veiledning, rådgivning og opplæring kreves både sosiologiske, psykologiske og pedagogiske kunnskaper. Audiografen bør være lyttende til brukerens ønsker og behov og så langt det er mulig på et profesjonelt nivå å imøtekomme disse. Det kan være en stor utfordring å imøtekomme brukerens forventninger og en like stor utfordring å sette realistiske forventninger til hva brukeren kan forvente å oppnå med sitt høreapparat. Det krever tid å tilpasse høreapparater samt andre hørselstekniske hjelpemidler når man skal følge brukeren frem til han oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og mulighet til å delta sosialt og i samfunnet, slik Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) sier det. Dette er ofte vanskelig når krav til effektivitet skal samordnes med krav om kvalitet, og ventelistene er lange. Det tar for eksempel mellom 3 og 6 måneder å få tilpasset høreapparat, og i tillegg skal det foretas etterkontroller.

Audiografer på hørselssentralene arbeider innen det offentlige markedet. De møter alle typer pasientgrupper/brukergrupper, også de mest vanskeligstilte med tilleggfunksjonsvansker. De utfører også spesialtester, som svimmelhetstester, hjernestammeaudiometri etc. I tillegg har mange i dag et tilbud innen tinnitusbehandling. De har også et særskilt ansvar overfor barn, da disse ikke behandles ved private klinikker. Barn krever særskilt oppfølging og tiltak, og må av den grunn ha et samordnet rehabiliteringsopplegg.

Audiografens arbeidsoppgaver ved private klinikker består stort sett av hørselsmålinger (minimalt med spesialtester) og tilpasning av høreapparater. Det er stort sett voksne brukere uten store tilleggsvansker eller større medisinske problemer som er pasientgrunlaget her. Noen få klinikker har den seneste tiden også tilbud om tinnitusbehandling.

3. DET FØRSTE MØTET MELLOM BRUKER OG AUDIOGRAF

Det er av betydning at det som skjer i det første møtet mellom audiograf og bruker oppfattes positivt og meningsfylt av brukeren. Det er blant annet viktig for rehabiliteringsforløpet. Jeg ønsker derfor å beskrive hva som skjer under den første konsultasjonen, for å sette behandlingssituasjonen i et perspektiv. Dette kan gi en indikasjon på evalueringsgrunnlaget til brukeren.

3.1 INNHOLD I DEN FØRSTE KONSULTASJONEN

Konsultasjonene skal være både strukturert og effektiv og ideelt sett skal den oppleves som tilfredsstillende både av fagperson og bruker (Steine m.fl., 2000). Hun fant i sin undersøkelse at et svært viktig element i konsultasjonen var knyttet til det faktiske resultatet etterpå. Informantene synes å ha relativt spesifikke forventninger om å få noe tilbake, og de så på legen som problemløser, trøster eller aksepterende lytter. De fant også at det var stor grad av samvariasjon mellom innfridde forventninger og en positiv opplevelse av konsultasjonen, i motsetning til forventninger som ikke ble møtt. For audiografen er det av betydning at møtet blir faglig relevant. Agendaen for den første konsultasjonen kan sies å være satt, da den har som hensikt å kartlegge brukerens hørselstap og hva dette innebærer for den enkelte bruker. Denne informasjon brukes for å finne ut hva som skal gjøres videre i rehabiliteringsprosessen. Den skal i starten være oppklarende og skape forståelse for situasjonen hos brukeren, og den skal ende i en individuell plan for hvordan hørselstapet skal avhjelpes.

Det finnes pr i dag ingen felles faglig standard for medisinsk utredning, behovsutredning, tilpasningsprosedyrer eller audiologisk oppfølging. Dette kan derfor skje på mange måter, men egen erfaring tilsier at den første konsultasjonen kan sies å bestå av tre elementer som alle vil gå inn i hverandre:

- *Hørselsundersøkelse.*
- *Få brukeren til å fortelle om hvordan han opplever sin situasjon for å kartlegge ønsker og behov.*
- *Informasjon, veiledning og etablering av tiltak i samarbeid med brukeren.*

Dette syn deles av Hull (2001) som deler rehabiliteringsprosessen inn i 3 steg. Selv om Hull (2001) henviser til hele rehabiliteringsprosessen, mener jeg at det i hvert av disse stegene er konkrete elementer som inngår i den første konsultasjonen. Hull (2001) påpeker også selv at disse 3 stegene vil gå inn i hverandre i de ulike fasene av en rehabiliteringsprosess.

- *Fastslå den hørselshemmedes hørselsfunksjon.* Her inngår diagnostisering, den otologiske undersøkelsen hos legen og den audiometriske undersøkelsen hos audiografen. Videre skal brukerens handikapgrad i forhold til hørselstapet kartlegges. Dette gjøres gjennom samtale med brukeren med støtte i de undersøkelser som er gjort.
- *Rådgivning i forhold til fordeler med forsterkning.* Her skal det nøye vurderes om brukeren er en kandidat for høreapparat, og her må brukerens respons på hørselstapet tas med i evalueringsprosessen. I de tilfellene det velges høreapparat skal høreapparatet tilpasses og brukeren skal læres opp i hvordan han betjener høreapparatet.
- *Behandlingsprogram.* Veiledning er her det viktigste aspektet. Audiografen skal veilede brukeren slik at tilvenningen til høreapparat og tilpasning til den nye hverdagen går lettere. Det er her viktig at audiografen imøtekommer brukerens prioriteringer og kommunikative behov og lage et behandlingsprogram med det mål at disse behovene skal dekkes.

3.1.1 Testresultat og konsekvenser av hørselstapet – grunnlag for felles forståelse

Den første delen av konsultasjonen blir ofte svært måleteknisk for brukeren. Det er ønskelig å komme i gang med hørselsmålingene så tidlig i konsultasjonen som mulig, da de danner et grunnlag for den videre behandlingen og hvilken type informasjon

som skal gis, samt at det gjør det lettere å svare på brukerenes spørsmål. Dette kan ofte være problematisk for brukere som gjerne vil ha svar på sine spørsmål med det samme. Under hørselstesten er instruksjonen til brukeren kort og ukomplisert. Det er viktig at brukeren forstår (*a*) at hensikten med testen er å finne minste hørbare lyd, (*b*) at lydene kun høres i ett øre om gangen, (*c*) at de må trykke med det samme de hører en tone og (*d*) at det skal gis respons hver gang de hører en tone (Katz, 1994). Dette finner mange brukere vanskelig, da de er redde for at de for eksempel skal overhøre noen av testsignalene. Audiografen på sin side er avhengig av å få tak i den minste hørbare lyd hos brukeren for å kunne sette en terskel og det kan i noen sammenhenger være vanskelig å få et helt riktig testresultat. Når brukere er usikre på om de har hørt testsignalet eller ikke, kan det ta lang tid å utføre en hørselstest. Det kan igjen medføre at brukeren blir sliten og det kan fremkomme feil i testresultatene. På den annen side er det også noen brukere som i ettertid føler at testsignalene kom for raskt og at de dermed ikke fikk gitt sikker nok tilbakemelding. Det er likevel sjelden at testsignal avviker fra hverandre ved retest.

Etter hørselstesten vil audiografen informere brukeren om testresultatet. Med det menes informasjon om hvilken type hørselstap som er funnet og årsaken til det. Det at brukeren får denne typen informasjon er tenkt å kunne gi ham et bedre grunnlag for å forstå sin situasjon og det skapes en felles forståelse rundt det som skjer videre i rehabiliteringsprosessen. For noen er informasjon om testresultatet nedslående, mens for andre er det en lettelse å få en diagnose og få vite at det finnes en løsning på problemet. Gullacksen (2002) viser til at det med kunnskap er lettere å tilrettelegge for seg selv, utforske hinder og muligheter. Det blir dermed lettere å mobilisere krefter og ressurser. Av den grunn er det derfor viktig å gi brukeren innsikt i konsekvensene av hørselstapet, også for at brukeren kan få en forklaring på hendelser som har vært ubehagelige. Dette vil igjen kunne gjøre brukeren mer forberedt når han havner i vanskelige lyttesituasjoner, ved at han vet hvordan han kan tilrettelegge for å unngå ubehageligheter.

3.1.2 Kartlegge ønsker og behov

Brukerne kommer som regel til konsultasjonen med ulik grad av forventninger og er ulikt motiverte for å skulle bruke høreapparat. For å kunne sette opp en rehabiliteringsplan for brukeren er det viktig å få tak i hvorfor brukeren har søkt hjelp og hva han ønsker hjelp til.

Behovene kommer til uttrykk gjennom den historien brukeren forteller selv, eller som resultat av spørsmål fra audiografen. Ikke sjelden har brukere behov for å komme med alle sine tanker og bekymringer med en gang og det kommer mange spørsmål som umulig kan besvares alle på en gang. Ikke sjelden opplever audiografene at samtalen går rundt helt andre ting enn det som er viktig for konsultasjonen, og ser det som nødvendig å lede brukeren inn på riktig spor igjen ved å lede samtalen tilbake på de konkrete hørselsbehov han har. Det kan medføre at noen brukere føler seg avspist. Det har den senere tid vært stort fokus på at audiografene ikke er flinke nok til å stille åpne spørsmål, og la brukeren slippe til på den måten (Dyrendal m.fl. 2001), men det er etter min mening i mange sammenhenger nødvendig å sørge for at brukeren holder et visst fokus når en inviterer til å snakke fritt. Det er imidlertid også mange brukere som ikke greier å uttrykke sine behov. Dette kan skyldes at situasjonen er ny for dem og de ikke selv har kommet til forsoning med sin nye situasjon. Det blir derfor en nødvendighet å få tak i informasjon som kan danne grunnlag for antatte behov, og dette blir da ofte gjort gjennom et slags intervju. Thornquist (1998) bekrefter at det ved samtaler i institusjonell sammenheng ofte er den profesjonelle som stiller spørsmålene og pasienten som svarer. I følge Thornquist (1998) har den profesjonelle kontroll over innholdet i samtalen på to måter; ved å stille spørsmål eller ved selektiv oppmerksomhet. Det siste vil si at det er den profesjonelle som bestemmer hva som skal følges opp og hva som skal overhøres, altså hva som er relevant og irrelevant. Flere undersøkelser viser at samtaler har visse fellestrekk, og at fagutøveren må stille spørsmål for å få grunnlag til å handle. Det er imidlertid viktig at ikke fagutøveren gjør kun sin egen kunnskap relevant, slik at brukerens ønsker og behov ikke kommer frem eller blir tatt hensyn til. Det danner en dårlig grobunn for deltagelse og reelt

samarbeid, og kan være medvirkende til at brukeren får et negativt inntrykk av konsultasjonen.

Generelt kan man si at brukerne har et ønske om noe som kan avhjelpe deres hørselstap og at hjelpen de får skal gjøre livet lettere. Mange tror at et høreapparat vil gjenopprette en normal hørselsfunksjon, slik en brille gjør for øynene. Audiografen må svært ofte forklare brukerne at høreapparat forsterker lyd, og lyden blir levert til et hørselsorgan med svekkede hårceller. Den forsterkede lyden kan ikke korrigere denne skaden. Det er viktig at brukeren har en viss forståelse for dette, slik at forventningene er i tråd med det han opplever når han får sitt høreapparat. Hvilke ønsker og behov brukeren har henger ofte sammen med de forventninger han har. Audiografene opplever ofte at de må bruke mye tid på sette realistiske forventninger til bruken av høreapparater. Det tar tid å venne seg til et nytt lydbilde gjennom høreapparatene og når forventningene er høye, opplever mange et tilbakesteg når de ikke innfris. Dette går igjen utover motivasjonen for å bruke sine høreapparater. Det er derfor viktig å forberede brukeren på hva det vil si å bruke høreapparat og at det krever en stor innsats fra brukeren selv. Det er mange som ikke er forberedt på at de må gjøre en innsats selv for å bedre sin hverdag.

Brukernes behov varierer etter hvordan de ønsker og fortsette sitt liv, og varierer blant annet ut fra alder, sosial situasjon, om de er yrkesaktive eller ikke, og ut i fra hvor sosialt aktive de er. Dette er viktige faktorer når brukeren sammen med audiografen skal velge hvilket høreapparat som skal utprøves. Høreapparatets mange egenskaper må settes i forhold til brukerens livsstil og valg av for eksempel volumkontroll, flere lytteprogram, telespole eller audioinngang må nøye gjennomtenkes i hvert enkelt tilfelle. Aktive brukere som stadig er i ulike og kanskje krevende lyttesituasjoner, vil kreve mer av et høreapparats teknikk. I tillegg kan brukerne ha ønsker ut i fra kosmetiske hensyn. Svært mange ønsker at deres høreapparater skal være minst mulig synlige, og spesielt er dette gjennomgående hos førstegangsbrukere. Ofte kan små apparater være det som skal til for at de kommer i gang med høreapparatbruken, på tross av at det ikke alltid er å anbefale. I mange

tilfeller medfører veldig små apparater mer betjeningsproblematikk enn de litt større, eller at de rett og slett ikke gir nok forsterkning i forhold til at forsterkningen ofte må oppjusteres i styrke med årene. Det er viktig at dette gjøres forståelig for brukeren, slik at vi unngår at brukeren bruker tid på å prøve ut noe som ikke vil fungere. Til sammenligning er ofte andregangsbrukere mer bevisst på hva de trenger i et høreapparat for å fungere optimalt og er dermed mer åpne for en mer grundig vurdering av hva et apparat skal inneholde av kvaliteter.

Behov kan også være i form av behov for støtte og behov for å bli ivaretatt. Det å prate med noen som forstår hva de sliter med og få vite at de ikke er alene med sitt problem kan være viktig. Behov kan derfor ofte bli dekket gjennom samtale og informasjon, og i noen tilfeller ender konsultasjonen med kun en samtale og det avventes med høreapparatutprøving. Dette er ofte brukere som ikke er motivert til å begynne med høreapparat, og som regel har de oppsøkt hørselssentralen fordi de er sendt dit av familiemedlemmer. Det er et faktum at det er lettere å venne seg til høreapparat så tidlig som mulig før hårcellene får mer betydelig skade. Det er derfor for audiografene vanskelig å imøtekomme brukernes ønsker om å vente med høreapparat når det faglig sett gjerne skulle vært annerledes. På den andre siden ser vi at brukere med en indre motivasjon for å høre bedre ofte er svært ivrig etter å komme i gang, og de har som regel et bedre utgangspunkt for å lykkes i bruk av høreapparat. Stach (1998) viser også til at motiverte brukere er mer innstilt på å gå inn i en aktiv læreprosess som høreapparatbruker og hørselshemmet sosialt sett.

3.1.3 Informasjon, veiledning og etablering av tiltak

Mye informasjon formidles under den første konsultasjonen. Det er informasjon av medisinsk og audiologisk art i forbindelse med hørselstapet og konsekvenser av det. Det er teknisk informasjon i forbindelse med høreapparatvalg og rundt eventuell avtrykkstakning til ørepropp. I tillegg gis det informasjon om det videre rehabiliteringsforløp og hvilken egeninnsats som kreves av brukeren selv. Brukeren

forberedes også på det som skal skje i neste konsultasjon hvor høreapparatet skal tilpasses, samt eventuelle egenandeler ved høreapparatet.

Som yrkesutøver innen et spesielt fag har man lært komplekse teknologiske og fagspesifikke forklaringer til hørselssystemet, høreapparater og audiologiske vurderinger. Ofte kan det være vanskelig å gjøre fagterminologien meningsfull for brukerne. Spesielt kan det være vanskelig å forklare ulike tekniske aspekt med tanke på den rivende utviklingen det har vært innen høreapparatindustrien. Fagsjargonger kan skape forvirring hos mange brukere da det kan gjøre det vanskeligere for dem å følge med i samtalen eller de mister forståelsen for hva det snakkes om. Dette understøttes av Bredland m.fl. (2002) som sier at fagsjargong kan skape avstand og blant annet gi helsepersonell prestisje og makt som kan slå uheldig ut for samhandlingen. Brukerne på sin side har ulike ferdigheter, erfaringer og forutinntatte oppfatninger og dette må det tas hensyn til når vi overbringer informasjon. Det kan for eksempel være en stor utfordring å forklare hvorfor ikke høreapparatet imøtekommer brukerens ønsker, når forklaringen er teknisk og brukeren ikke evner å forstå den tekniske siden av et høreapparat. Det kan derfor være viktig for noen brukere at de får med seg den samme informasjon skriftlig. Dette understøttes av Sweetow (1999), som i tillegg mener at det er viktig å kontrollere at brukeren har fått med seg informasjonen. Han mener også at dette kan gjøres ved sjekke ut forståelsen ved å stille kontrollspørsmål eller legge merke til om brukeren stiller relevante spørsmål tilbake.

Av erfaring vet jeg hvor vanskelig det kan være for audiografen å sile ut hva som kan være relevant informasjon sett i forhold til hva den enkelte bruker greier å ta inn av informasjon. Dette er spesielt vanskelig under den første konsultasjonen der mye grunnleggende informasjon er nødvendig, og audiografen ikke kjenner brukeren godt nok. Informasjonen gis i beste mening for at brukeren skal få bedre forståelse av sin situasjon. En måte å sile informasjon på kan være å fordele informasjonen over flere konsultasjoner, eller at det blir klart hva brukeren ønsker å vite noe om før man begynner å informere.

Gjennom informasjon ligger også en del veiledning. Denne veiledningen kan betraktes som en pedagogisk virksomhet der hensikten er å sette brukeren i stand til å hjelpe seg selv. Som hørselshemmet må man gjøre visse justeringer for å fungere med sin hørselshemming sosialt. For eksempel må en hørselshemmet alltid være oppmerksom på hvordan han plasserer seg i forhold til andre. Faller lyset i ansiktet på den som snakker, vil den hørselshemmede miste muligheten til å forbedre taleforståelse ved å støtte seg til munnbevegelser og ansiktsuttrykk. Veiledningen starter derfor allerede under den første konsultasjonen, for å gjøre den hørselshemmede bevisst på ulike teknikker som bedrer lytteforholdene. Den største utfordringen er å identifisere vanskelige lyttesituasjoner og akseptere at man ikke alltid vil oppnå fullgode forhold. På tross av alle fordelene et høreapparat kan gi, må også brukeren gjøres oppmerksom på de begrensningene som fortsatt vil finne sted.

Av tiltak er tilpasning av høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler viktigst. For at den prosessen skal gå så smertefritt som mulig er det viktig at de valg som tas rundt type høreapparat og behov for tilleggshjelpemidler nøye gjennomgås. Som nevnt tidligere spiller aktivitetsnivå hos brukeren en rolle i forhold til høreapparatets egenskaper, men et annet viktig aspekt er brukerens evne til å håndtere og betjene høreapparatet. I noen tilfeller er ikke høreapparat løsningen, men alternativer som samtaleforsterker, lyttebøyle for å høre TV/Radio, varslingsanlegg for dør, telefon og røykvarsler. Vurderingen av andre hørselstekniske hjelpemiddel som kan knyttes mer spesifikt opp til høreapparatet, som for eksempel eksterne mikrofoner i møtesammenheng, gjøres som regel etter at høreapparatet er ferdig utprøvd. Dette går ikke videre inn på, da det ikke har relevans for oppgaven.

Helsepersonells legitimeringsgrunnlag ligger i handling. De er forpliktet til å formidle sin interesse for pasienten/brukeren ved å gjøre noe. Så også hos audiografen.

Audiografen forventer av seg selv – og blir ofte møtt med forventninger om – at hun skal ha oversikt og situasjonskontroll og at hun skal ha løsninger på rede hånd. Det er likevel en fin balanse mellom såkalte handlingskrav og handlingsiver. Spesielt i førstegangs konsultasjoner kan det oppleves at audiografen snakker for mye selv uten

å lytte til hva brukeren sier, og at de trekker sine konklusjoner for raskt (Dyrendal m.fl. 2001). En av grunnene til dette kan være at audiografen opplever brukernes beretninger som gjentakende, det vil si at mens man lytter til brukeren får man følelsen av at man vet hva brukeren kommer til å si videre fordi det sies av så mange. I slike sammenhenger kan audiografen lett putte brukeren i bås ved å gå ut i fra at han har de samme behov som alle andre. I følge Kringlen m.fl. (2002) er dette en lett felle å gå i om man blir for handlingsvillig og/eller løsningsorientert. Ikke bare kan det krenke brukerens selvfølelse eller forsterke følelsen av ikke å mestre situasjonen, i verste fall kan det føre til at brukeren utvikler et avhengighetsforhold til det å motta hjelp (Røknes m.fl., 2003).

3.2 KONTAKTETABLERING

Det første møtet dreier seg i stor grad om kontaktetablering. Kontaktetableringen mellom audiograf og bruker starter allerede på venterommet, hvor et førsteinntrykk av hverandre dannes hos begge parter. Denne kontakten skal gjennom hele konsultasjonen bygges opp på en slik måte at det bygges opp tillit og gjensidig forståelse før den mer konkrete del av rehabiliteringsprosessen starter, hvor selve tilpasningen av høreapparat skjer.

Til daglig vil en audiograf forholde seg til flere brukere, og retter oppmerksomheten mot brukeren både på det følelsesmessige og det praktiske planet. Kommunikasjon generer ulike følelser hos begge parter, og som audiograf opplever man noen ganger at kommunikasjonen med brukeren ikke fungerer. Forstyrret kommunikasjon er den mest vanlige konsekvensen av hørselstap, og mange handikapopplevelser grunnet nedsatt hørsel er av emosjonell karakter. Når evnen til å kommunisere blir affisert av hørselstapet er det mulig å anta at begrensningene produserer negative følelser (Antonsen, 2001).

De fleste av oss har en rekke karaktertrekk, og vår atferd er i høyeste grad bestemt av den sosiale situasjonen vi er i. Hvordan den ene part i en behandlingssituasjon

opplever den andre, kan derfor være avgjørende i forhold til samhandlingen. Noen brukere kan betegnes som vanskelige brukere. Disse kan fremprovosere irritasjon, håpløshet, skyld og sinne hos audiografen. Vanskelige brukere kan for eksempel få sitt stempel fordi de har vært ekstra krevende på en eller flere måter, eller de har hatt en arrogant fremtoning. Det kan likeså gjerne være motsatt, at det er audiografen som har den effekten på brukeren, og som i ettertid blir omtalt som lite hyggelig og imøtekommende. Kringlen (1999) påstår at man oppnår et bedre forhold til brukeren om man greier å få brukeren som medspiller.

Noen faktorer som ofte gir et dårlig utgangspunkt for god kontakt med brukeren er at audiografen kan dra med seg følelser og hendelser fra forrige bruker over til neste bruker, eller er stresset på grunn av tidsnød. Det å se hver enkelt bruker som et unikt individ er grunnmuren til en tjenelig og respektfull omsorg (Heap, 2000). Å vise en personlig interesse i brukerens velbefinnende fremmer et godt samarbeid og reduserer eventuelle engstelser hos brukeren Katz (1994). Det er derfor viktig å være bevisst på at en som audiograf må nullstille seg før neste konsultasjon. Negative følelser hos audiografen overføres lett til brukeren, og kan føre til at brukeren blir negativ til konsultasjonen.

3.3 TIDSBRUK

Til den første konsultasjonen er det på de fleste hørselssentraler/klinikker avsatt 1 klokke time, men det eksisterer klinikker som setter av mindre tid enn det. For å gi et bilde av mengde tid brukt på de ulike oppgavene, summeres den i grove trekk som følger: gjennomsnittlig 10-15 minutter på hørselstesten, 10 – 15 minutter på informasjon og diskusjon rundt valg av høreapparat og 5-10 minutter på avtrykkstagning. I tillegg kommer tiden til samtale og evt. papirarbeid. Man kan ut fra dette stille seg spørrende til om det er forsvarlig å bruke mindre enn 1 time på første konsultasjon, men på den annen side kan man heller ikke si at det er tiden som bestemmer kvaliteten på innholdet i konsultasjonen. Heap (2002) mener det viktigste er å erkjenne hvordan mennesker opplever tilsynelatende like problemer ulikt. Det

har sammenheng med menneskers ulike verdiprioriteringer, varierende ressurser og ulike måter å håndtere sin livssituasjon på. Det er vesentlig at fagpersonellet ikke lar arbeidspress og behovet for å etablere nødvendige arbeidsrutiner føre til at brukeren behandles på rutinemessige og udifferensierte måter. Lange ventelister og krav om inntjening er i dag et problem mange steder. Noen brukere krever mer informasjon enn andre, eller rett og slett har behov for en lang prat, og disse brukerne tar som regel lengre tid enn andre. Det at det er rom for dette kan være avgjørende for at brukeren skal føle seg ivaretatt. Likevel er konsultasjonen begrenset til å vare en viss tid, og neste bruker sitter allerede på venterommet. I tilfeller der konsultasjonen blir avsluttet av audiografen, og brukeren ikke er klar for en avslutning, kan brukeren føle seg avkortet. Dette kan være en årsak til at brukeren ikke blir tilfreds med konsultasjonen. Det er derfor en utfordring å strukturere innholdet i konsultasjonen på en slik måte at den blir meningsfull for brukeren samtidig som man ivaretar det faglige.

4. Å VÆRE TILFREDS MED KONSULTASJONEN

I kapittel 3 har jeg forsøkt å beskrive hva som skjer i første konsultasjon hos audiograf for å tydeliggjøre hvilke situasjoner eller hendelser som ligger til grunn for i hvilken grad brukeren er tilfreds med det som foregår i første gangs konsultasjon. Jeg finner støtte for dette i Lærum m.fl. (1998) som sier at:

Pasienttilfredshet refererer til et individs holdning til de helsetjenester han mottar og i hvilken grad denne tjenesten møter hans ønsker og behov.

(Lærum m.fl. 1988).

Som audiograf opplever jeg at brukerne er svært ulikt mottagelig for rehabilitering. Jeg ønsker derfor å si noe om disse faktorene, for på den måten prøve å forklare hva det vil si å være tilfreds eller hva som kan ligge til grunn for at brukerne kan uttrykke tilfredshet.

4.1 Å MØTE BRUKEREN DER HAN ER

Når brukeren kommer til konsultasjonen har han med seg et erfaringsgrunnlag etter å ha levd med sin hørselshemming og de problemer den har medført. Under den første konsultasjonen kommer dette erfaringsgrunnlaget som regel til uttrykk når brukeren beskriver hvordan han opplever sin situasjon og hvilke forventninger han har til hjelpen han skal motta. Noen brukere er ganske tidlig bevisst sine problemer, og har dermed raskt søkt hjelp, mens en stor andel av brukerne avdekker at de lenge har levd et slags dobbeltliv for ikke å avsløre sine problemer. Det at de til stadighet må spørre opp igjen kan skape irritasjon eller fortvilelse hos familiemedlemmer og venner, og det skaper et ubehag brukeren til slutt prøver å unngå ved å isolere seg. Anne Christine Gullacksen (2002) har samlet inn materiale fra tre forskningsprosjekt som omhandler hørselshemmedes situasjon i tillegg til at hun selv har hentet inn informasjon gjennom intervju av hørselshemmede personer. Hun viser også til at problemene de hørselshemmede møter, kommer i møtet med omverdenen og er

situasjonsbundne. Mange hørselshemmede lever med en kontinuerlig usikkerhet, og den sosiale interaksjonen er ofte kjernen til handikapedet. Usikkerheten fører til at man får et dårlig selvbilde, og det blir viktig å forsvare selvbildet mot virkeligheten. De kan ikke lenger stole på at de har hørt det som ble sagt, og de isolerer seg for å unngå å komme i samtalsituasjoner de ikke behersker. Selvbildet og tilliten til seg selv i møte med omverdenen blir dermed sentral.

Mange er i en slags fornektelsesfase og mener at de hører det de skal høre. De uttrykker at det er alle andre det er noe feil med, gjennom uttrykk som:

”De unge i dag snakker så fort”.

”Folk mumler slik i dag. De sluker jo ordene”.

Det er ofte vanskelig å få disse brukerne til å forstå hensikten med hørselsrehabiliteringen. De er ofte lite motivert for å starte med høreapparat, og i mange tilfeller er dette noe de gjør for å tilfredsstille familiens ønske om noe som letter kommunikasjonen mellom dem. Hull (2001) sier at den hørselshemmede ofte er klar over situasjonen selv, men unnviker sannheten. Han mener også at de finner forsvarsmekanismer for å vedlikeholde det selvbildet de har og en kjent forsvarsmekanisme er fornektelse, og at denne fornektelse øker problemet fordi det gjør det vanskeligere å søke hjelp. Gjennom samtalen med brukeren prøver audiografen å få brukeren til å forstå at størstedelen av problemene i samhandling med andre oppstår på grunn av hans hørselshemming og at det er viktig at han forstår dette. Det å erkjenne hørselstapet og lære seg metoder som gjør det enklere å delta i interaksjon med andre, og at hørselstekniske hjelpemiddel blir en viktig del av dette arbeidet. Under den første konsultasjonen prøver audiografen å gi brukeren innsikt i hvilke konsekvenser hørselsnedsettelsen har for livet. Videre har audiografen som mål å forberede ham på at det kreves en målrettet og aktiv innsats for å håndtere sin situasjon slik at hverdagen blir bedre. Gjennom å lære seg nye tilpasningsstrategier har hun også håp om at brukeren skal få tilbake troen på egne krefter, og at dette vil hjelpe ham tilbake til en positiv interaksjon med andre.

Erfaringsmessig vil brukere som kommer til første gangs konsultasjon være i en fase hvor de skal få innsikt i hvilke konsekvenser hørselshemmingen har for livet, og de utforsker hvilke muligheter og begrensninger som ligger til deres hørselsproblem. Gullacksen (2002) mener at hun gjennom sitt prosjekt har funnet at brukerne befinner seg i en slags livsomstillingsprosess. Begrepet livsomstilling defineres som:

”en mer eller mindre målbevisst forandring og tilpasning som nødvendiggjøres av at den rammede ikke lengre oppfatter sine kroppslige besvær som noe som går over, men som er varig tilstand i livet”.

Gullacksen (2002) mener brukeren går igjennom ulike forløp og at rehabiliteringen må tilpasse seg disse, og at brukeren gjennomgår tre forløp, opptakten, savn, bearbeiding og innlæring, og til slutt gjenoppbyggelsen av selvbildet og fremtidsbildet (figur 3).

FORLØP I – UPPTAKTEN	
<ul style="list-style-type: none"> • Periodisk, utdraget forløp • <i>Återställa</i> • Dölja, lura sig selv og andre • Hot mot selvbilden • Mange stresskällor 	<ul style="list-style-type: none"> • Överleva dag för dag, social överlevnad • Tidigare problemlösningar räcker inte • Kritisk skeende • <i>Erkänna</i> hörselnedsättningen
FORLØP II – SAKNAD, BEARBETNING OG INLÄRNING	
<ul style="list-style-type: none"> • Sorg og <i>saknad</i> • Att "förlora" sitt gamla liv • Oro för framtiden • Mer målmedveten stresshantering • Aktiv coping, hantera stress 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Innsikt</i> om livskonsekvenser • Mobilisera egna krafter og resurser • <i>Utforska</i> hinder og möjligheter • Återskapa livskontinuiteten
FORLØP III – ÅTERUPPRÄTTA SJÄLVBILD OCH FREMTIDSBILD	
<ul style="list-style-type: none"> • Läre sig upprätthålla nya anpassningsmönster • Testa ny selvpresentation og livsvanor • Återvunnet selvfortroende 	<ul style="list-style-type: none"> • Ny fremtidsbild • Nya mål, livsprojekt og värderingar • Nya <i>prioriteringar</i> i livet • Copingstrategier övergår till rutin

Figur 3 Betydelsefulla teman i livsomställningens tre skeender (Gullacksen, 2002)

* Punkter med skrift i kursiv anses som sentrale vendepunkter for en vellykket rehabilitering.

Forløpene passerer ikke i rekkefølge, og ofte er det svært kaotisk. Forløp kan avbrytes eller bli liggende på hvil i perioder. Man kan også pendle mellom forløp. Omstillingen kan beskrives som flere parallelle delprosesser. Noen livsområder kan ha funnet sin nye form, mens andre befinner seg under aktiv omforming. Delprosessene kan også aktiveres ved ulike tidspunkt. Hvor brukerne er i omstillingsprosessen får betydning for hvordan de er ulikt mottagelig for rehabilitering. En bruker med usikkert selvbilde og uro for framtiden vil være usikker i forhold til sitt møte med framtiden. Sterke følelser kan føre til handlingslammelse og vanskelighet med å få overblikk over livssituasjonen. Disse kan i mange tilfeller bli karakterisert som de mest utfordrende brukerne, da de krever ekstra innsats fra audiografen for å komme videre i prosessen. Motsatt vil en bruker med et bedre selvbilde og som er klar for å ta fatt på nye prioriteringer i livet, vil lettere kunne sette

seg nye mål og gjøre vurderinger som får utslag i en bedre hverdag med sin hørselshemming. Gullacksen (2002) viser også til hvordan brukere som har gjenvunnet eller opprettholdt troen på seg selv og sin fremtid som hørselshemmet lettere kan reflektere over sin situasjon. Steine m.fl. (2000) fant i sin undersøkelse at informanter som har forsonet seg med sin situasjon synes å ha et mer reflektert forhold til sine egne holdninger, reaksjoner og behov i pasientrollen. Dette gjorde det lettere for dem å formidle egne ønsker og krav i selve konsultasjonen.

Den første konsultasjonen har, som beskrevet i kapittel 3, en viss agenda med fast gjøremål. Agendaen tar kanskje ikke hensyn til brukerens ståsted og brukeren blir tvunget til å følge noe som ikke gir mening for ham. Det kan tenkes at en slik situasjon vil kunne føre til at opplevelsen av det første møtet blir negativ. Likevel vil man gjennom flere konsultasjoner, og etter hvert som brukeren har fått tilpasset sine høreapparater, se hvordan brukerne etter hvert kommer til erkjennelse av sin situasjon, og lager tilpasningsstrategier som forenkler hverdagen. Gullacksen (2002) henviser også til at dette er en prosess som kan ta lang tid, ofte grunnet opplevelse av små tilbakesteg i bearbeidelsesprosessen. Å gå fra savn av sitt tidligere liv via bearbeiding og innlæring, til å gjenopprette selvbildet og fremtidsbildet kan for noen ta flere år. Å begynne med høreapparat og lære seg å leve med det, krever målrettet trening på hvordan ubehagelige situasjoner kan håndteres på best mulig måte. Dette er et pågående arbeid som ofte gjøres samtidig med utprøving av høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler. Derfor vil svært få ha kommet til forløp III (se figur 3) når de kommer til den første konsultasjonen. Likevel opplever audiografene innimellom brukere som møter med en positiv innstilling til å skulle ta fatt på arbeidet med å forbedre sin hverdag på tross av den psykiske belastningen de går igjennom.

Det er i dag, sett med egne øyne, kanskje ikke tatt nok hensyn til brukerens ståsted i prosessen. Årsakene til dette kan være mange. Det kan like godt være for lite kunnskaper om temaet, så vel som at det er vanskelig å få denne typen informasjon fra brukeren. Gullacksens (2002) erfaringer fra de intervju hun har gjort er at

rehabilitering handler om å forsterke troen på seg selv, og at man kan håndtere seg selv, sin hørselsnedsettelse og møtet med omgivelsene. Brukerne må akseptere at ikke alt blir som før, og meningen med livet må gjenfinnes. Da kan man lettere møte de krav hverdagen setter. Brukeren skal kunne stole på seg selv og sine strategier, og dermed leve videre med sitt handikap. Vegen hit kan beskrives som å skape en følelse av kontroll over sin egen livssituasjon. De hørselshemmede Gullacksen (2002) intervjuet pekte på hvor viktig det er at personalet ved rehabiliteringsinstansene er oppmerksomme på, og vare for, den hørselshemmedes aktuelle livssammenheng. Dette kan få stor betydning for hvordan brukeren kan ta i mot den rehabilitering som blir tilbudt. Det kreves at personalet har særskilte kunnskaper omkring konsultasjonen og innsikt i at den personlige fortellingen kan uttrykkes på flere måter under konsultasjonen. Det er ikke lett å ta hånd om en person som kanskje opplever kaos innvendig og har aversjon mot alt som omhandler hørsel. Det første møtet kan derfor være avgjørende for hvordan den hørselshemmede i lang tid fremover kan kjenne den støtte som behøves i den personlige bearbeidingen.

4.2 EVALUERING AV SAMTALEUTBYTTE OG SAMTALEBARRIERER

Audiografene har mye informasjon som skal formidles på kort tid. I tillegg prøver man å gi svar på alle spørsmål brukeren sitter med. Gjennom samtalen presenterer bruker og audiograf seg for hverandre, og hverandres roller i rehabiliteringsprosessen defineres. Dynamikken i samtalen kan fremme, så vel som hemme, et reelt samarbeid. Forholdet vil for eksempel i perioder være asymmetrisk i den forstand at audiografen styrer samtalen og bestemmer hva innholdet skal være. Samtidig skal brukeren slippe til med sine tanker og bekymringer, og ha muligheten til å stille spørsmål rundt sin situasjon. Han har også medbestemmelsesrett i forhold til hvilke tiltak som skal igangsettes, og det er viktig at brukeren ikke føler seg overkjørt. Han skal føle seg ivaretatt og samtalen skal være med på å skape tiltro til audiografen. Brukeren skal oppleve at han betyr noe og har kontroll og innvirkning på sitt eget liv.

Det foreligger omfattende dokumentasjon på at kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient har en avgjørende betydning for pasientens tilfredshet med behandlingen. Hall m.fl. gjorde i 1988 en meta-analyse av 41 undersøkelser av lege/pasientinteraksjon. De fant at tilfredshet i høy grad var knyttet til opplevelse av legens kompetenthet og opplevd allianse med legen. Det hang også nøye sammen med mengde informasjon gitt av legen, mengde sosial konversasjon, mengde positivt ladet kommunikasjon og mengde kommunikasjon generelt (Kringlen m.fl., 2002). En sosial interaksjon som dette vil kreve noe fra begge parter, og en kan stille spørsmål om ikke pasienttilfredshet også har noe med legens oppfattelse av pasienten å gjøre. Hall m.fl.(1993) rapporterte blant annet at pasienter som var mest tilfreds med sitt forhold til legen, var de pasientene som legen på sin side likte best (Kringlen m.fl., 2002).

I undersøkelsen til Steine m.fl. (2000) kom det frem at informantenes opplevelse av å ha fått komme frem med sine budskap, og at disse ble hørt og forstått av legen, var sentralt. Noen hadde opplevd å ikke blitt hørt, sett eller tatt på alvor, og opplevelsen ble ofte ledsaget av negative følelser rettet mot leger og helsevesenet generelt. Ofte ble den aktuelle opplevelse referert mot en klangbunn av gamle erfaringer, egne eller andres. Ikke sjelden ble også denne opplevelsen tolket som et uttrykk for egne feil eller mangler, noe som syntes å forsterke den negative opplevelsen.

Dyrendal m.fl. (2000) viste i sitt kartleggingsprosjekt at brukerne ofte ikke slapp til i samtalen og at spørsmålsformuleringene audiografene brukte var lukkede, ledende spørsmål. Den som stilte spørsmålene ble dermed den som oftest ble ansvarlig for å føre samtalen videre og hva samtalen skulle handle om, og at dette førte til passivitet hos brukeren. Passivitet hos brukerne kan gi utslag i misnøye med konsultasjonen og det er nærliggende å tro at passivitetet igjen kan ha innvirkning på interessen for å evaluere noe i form av en slags likegyldighet overfor å svare riktig.

5. Metode

I dette kapitlet har jeg til hensikt å utdype valg av forskningsmetode og undersøkelsesdesign. Videre retter jeg oppmerksomheten rundt utvalget og særtrekk ved det, før jeg tar for meg instrumentvalg som er spørreskjema. Gjennomføringen av undersøkelsen og dataanalysen blir beskrevet, før jeg til slutt i kapitlet gjør noen etiske betraktninger.

5.1 FORSKNINGSMETODE

Min problemstilling i denne undersøkelsen er:

”I hvilken grad er hørselshemmede tilfreds med det som skjer i første konsultasjon hos audiograf?”

For å besvare problemstillingen valgte jeg å bruke en kvantitativ tilnærming og instrumentvalget ble spørreskjema. Hvilke data man ønsker å samle inn er utgangspunkt for hvilken metode som bør brukes og som problemstillingen formulerer det er det ønskelig at hørselshemmede skal gjøre en evaluering av den praksis de er utsatt for ved første gangs konsultasjon hos audiograf. Å evaluere betyr å anslå eller beregne (Kunnskapsforlagets blå ordbøker, 1990) og valgte spørreskjema frembringer data som best fremstilles i form av kvantitative størrelser. Innsamlet data gir meg sammenlignbare opplysninger om et større antall enheter og informasjonen er lett å systematisere.

5.2 UNDERSØKELSESDSIGN

Undersøkelsesdesignet for denne studien er tverrsnittstudie. Tverrsnittundersøkelser er deskriptive og kalles ofte surveys. En survey er et systematisk studie der ett av målene er å gi en så nøyaktig beskrivelse som mulig av ulike trekk ved det som

studeres. Dataene vil gi et bilde av en situasjon på et gitt tidspunkt og hvilke fenomener som varierer sammen på det gitte tidspunktet.

5.3 UTVALG

5.3.1 Valg av audiografer ved hørselssentraler

Det er valgt å skaffe informanter fra offentlige hørselssentraler fremfor små private klinikker. Dette for å få et stort antall respondenter. Det er ved hørselssentralene samlet flere audiografer og det genereres dermed flere brukere som kan være informanter. Antall ansatte audiografer på ett sted var viktig for å sikre en god spredning av de som skulle evalueres. Det ble av den grunn valgt at det skulle være 3 eller flere ansatte audiografer ved hørselssentralene som deltok i undersøkelsen. I tillegg er det som regel både nyutdannede audiografer og audiografer med lang erfaring ansatt ved hørselssentralene i Norge, noe som ble antatt å gi spredning i forhold til hvordan det første møtet ble utført.

Det er totalt 32 hørselssentraler i Norge (Fritt sykehusvalg Norge, 2007), og oppgaven ville bli for omfattende om jeg skulle inkludere alle sammen. Det ble valgt å gjøre en praktisk geografisk inndeling og utvalget representerer i tillegg landets største hørselssentraler. Totalt 11 av landets hørselssentraler hører til i Østlandsområdet (Oslo, Akershus, Østfold, Buskerud, Vestfold, Telemark, Hedmark og Oppland). Av disse er det 9 som har 3 eller flere ansatte audiografer. En hørselssentral falt dessverre ut underveis på grunn av sammenslåing med en annen hørselssentral, og etter sammenslåingen var det på den aktuelle hørselssentralen lavere aktivitet. Blant annet var det inntaksstopp på nye pasienter. Av den grunn falt også den hørselssentralen ut og mitt utgangspunkt ble derfor 7 hørselssentraler med til sammen 24 ansatte audiografer.

5.3.2 Valg av informanter

Informantene ble rekruttert fra offentlige hørselssentraler da arbeidsrutinene der er noenlunde like, spesielt mht. fordelingen av tid brukt på hver pasient pr. konsultasjon og innholdet i konsultasjonen. Informantene fikk derfor et noenlunde likt utgangspunkt før sin evaluering.

Informantene ble plukket ut etter som de kom til hørselssentralen for utredning og behandling av sitt hørselsproblem. Når informantene ble plukket ut på denne måten sikret jeg meg et variert utvalg av personer, med hensyn til blant annet alder og kjønn. Det totale antallet ble så mange som var til behandling i den perioden data ble samlet inn. Der inklusjonskriteriene var fylt men hvor pasienten ikke ville delta i undersøkelsen ble regnet som frafall av informanter.

5.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier er som følger:

1. Det skal være pasienter som er henvist til spesialist for utredning av sitt hørselsproblem og samtidig er hos audiografen for vurdering/tilpasning av høreapparat eller andre tekniske hjelpemidler.
2. Det skal være pasienter som blir utredet for første gang, og skal dermed ikke ha hatt høreapparater fra før. På den måten får jeg tak i pasienter som ikke har erfaringer med hørselsomsorgen fra før. Dette i håp om at ikke tidligere erfaringer skulle farge deres evaluering.
3. Pasientene skal ha fylt 18 år og dermed være myndige til selv å ta beslutning om hvorvidt de vil delta i undersøkelsen eller ikke. 18 år er myndighetsalderen i Norge og jeg er ute etter pasientens egne erfaringer. De må derfor kunne svare på skjemaet uten hjelp av foreldre eller foresatte.

Tilleggs kommentar: Personer med funksjonshemminger av slik art at utfylling av skjemaet er vanskelig, det vil si personer med synshemming, bevegelseshemming og

lignende, kan delta ved hjelp av en tredjepart som kun utfører selve avkrysning i spørreskjemaet.

Noen informanter kan ikke delta i undersøkelsen og eksklusjonskriteriene er som følger:

1. Pasienter som ikke har god språkforståelse pga. afasi, alderssvækkelse el.
2. Pasienter som ikke har et nordisk språk som morsmål.

5.3.4 Innsamlingsperiode

I utgangspunktet hadde jeg satt en innsamlingstid på 3 mnd., men på grunn av sammenslåing av sykehus og flytting av en del avdelinger oppstod det forsinkelser. Derfor valgte jeg å utvide innsamlingsperioden med 2 mnd. Innsamlingsperioden ble 5 måneder og gikk fra 01.04.04 til 01.09.04.

5.3.5 Antall informanter

Mitt endelige utvalg ble bestående av 141 informanter.

14 informanter hadde sagt nei til å delta i undersøkelsen. Dette hadde liten innvirkning på det totale antall informanter. Grunnen til det er at informantene skulle plukkes ut ettersom de stod på timelistene og den totale mengden besvarelser ville dermed settes ut fra antallet brukere som kom til første gangs konsultasjon innen den gitte tidsperioden innsamlingen foregikk.

5.4 SPØRRESKJEMA - PEQ

Jeg ønsker å si noe om i hvilken grad hørselshemmede er tilfreds etter første gangs konsultasjon hos audiograf og har valgt å bruke et spørreskjema utarbeidet av Siri Steine m.fl. (2001). Spørreskjemaet heter PEQ – Patient Experience Questionnaire. Skjemaet er opprinnelig laget for yrkesgruppen leger i primærhelsetjenesten og deres pasienter. Det er det første spørreskjema som er lagd med det mål å få vite noe om

pasienters opplevelser av konsultasjoner hos helsepersonell i Skandinavia. Skjemaet er kort og tar fem til ti minutter å fylle ut. Skjemaet kan brukes for å måle virksomheten til en enkelt lege eller en gruppe av leger og kan brukes i spesialistpraksiser, poliklinikker og lignende.

5.4.1 Utvikling og utforming av spørreskjema

Spørreskjemaet er utviklet i norsk primærhelsetjeneste i tre faser. Hensikt var å utforme et spørreskjema som etterspurte pasienters erfaringer vedrørende konsultasjon hos lege. Fase 1 besto av å samle fokusgrupper med pasienter for å identifisere viktige aspekter rundt pasienters opplevelser av klinikken, utstyr, personalet, undersøkelsen, informasjonen, kommunikasjonen, følelsesmessige opplevelser, forhåpninger og mestring i tillegg til hvilke termer og begreper de brukte når de beskrev slike erfaringer. Fase 2 var utprøvelse av spørreskjemaet med 110 spørsmål på 600 pasienter. Omfattende testing resulterte i en reduksjon fra 110 til 25 spørsmål i fem dimensjoner og dette ble testet på 1092 pasienter. Analysen viste at spørreskjemaet både er valid og reliabelt.

Det endelige spørreskjemaet ble ferdig med 18 spørsmål fordelt på fem områder. Under utviklingen av skjemaet har Steine mfl. (2001) vært opptatt av at den teoretiske forankringen skulle være basert på et skifte fra kognitiv evaluering, som tilfredshet, til deling av erfaringer. Hensikten har vært å fange de umiddelbare, personlige og følelsesmessige responsene. De valgte en tilnærming hvor det skulle bli enkelt for pasientene å føle frihet når de avga sine svar. De har også derfor designet spørreskjemaet gjennom bruk av pasienters egne ord og utsagn. Ut fra dette mener jeg at spørreskjemaet, slik det er utformet, er egnet til å innhente de data jeg søker.

PEQ, slik Siri Steine m.fl. (2001) har utviklet det, tar for seg det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og lege og inneholder fem områder av spørsmål: konsultasjonsutkomme, samtaleutbytte i møtet med legen, samtalebarrierer i møtet med legen, møtet med det øvrige helsepersonellet og følelser etter besøket. I

hver gruppe er det 4 spørsmål, med unntak av under møtet med øvrige personale hvor det kun er to spørsmål i gruppen.

Spørsmålene skal besvares ved hjelp av avkrysning og svaralternativene er satt opp etter et skaleringsprinsipp hvor de skal krysse av for grad av enighet. De fire første områdene har en responskala fra 1 – 5 med endepunkter fra ”ikke mer” til ”mye mer” og ”helt enig” til ”helt uenig”. Første område i spørreskjemaet, konsultasjonsutkomme, tar for seg hva besøket resulterte i. Det er her ønskelig å få frem informasjon om pasienten har fått innsikt i hva han skal gjøre og hvordan han skal forholde seg til sitt problem. Det andre området omhandler selve møtet med audiografen og samtalen mellom audiograf og bruker. Det er her lagt vekt på følelsen av å bli hørt og forstått. Det tredje området omhandler barrierer i samtalen med audiografen og i hvor stor grad pasienten deltok i avgjørelser. Det fjerde området omhandler kontakten pasienten fikk med det øvrige personalet. Siste området har en responskala fra 1 – 7, skalert fra lettet, glad, styrket, avslappet til bekymret, trist, utslitt og anspent.

Jeg har erstattet begrepene lege med audiograf og problemer med hørselsproblemer. Det siste for å spesifisere at det er hørselsrelaterte problemer jeg er ute etter og ikke andre helseproblemer. På den måten unngår jeg misforståelser. Ellers er spørreskjemaet brukt i sin helhet slik det står (Vedlegg 1).

5.4.2 Demografiske data

Til PEQ spørreskjemaet tilføyde jeg spørsmål som gir meg bakgrunnsopplysninger om informantene. Disse demografiske variablene er kjønn, alder, sivilstand, bosted, utdanningsnivå, helsetilstand og hvorfor de oppsøkte hørselssentralen (Vedlegg 1)

Det var i utgangspunktet ikke tenkt at man kunne krysse av for flere alternativer. Dette ble imidlertid gjort under spørsmålet om hvorfor de oppsøkte hørselssentralen. Imidlertid hadde alle som krysset av for flere alternativ også krysset for at de selv hadde innsett at de trengte hjelp. Jeg har derfor valgt å bruke dette svaralternativet

som gjeldene. Har man selv innsett at man trenger hjelp, kan man anta at de andre punktene blir en del av denne prosessen. Denne informasjonen er ikke avgjørende for mine videre analyser men jeg vil ta hensyn til dette i eventuelle videre diskusjoner.

5.5 PRAKTISK GJENNOMFØRING

Hørselssentralene som deltok i undersøkelsen fikk levert 30 spørreskjema hver. Greide de å dele ut alle skjemaene innen perioden som var avsatt til innsamling, ble det sett på som positivt. Før jeg startet selve undersøkelsen valgte jeg å gjøre en pilotundersøkelse.

5.5.1 Pilotundersøkelse

For å få noen forhåndserfaringer rundt gjennomføringen av undersøkelsen, ba jeg en privat øre-nese-halsklinikk delta i en pilottest. Denne klinikken skulle ikke delta i selve undersøkelsen. Jeg fikk på denne måten testet ut om de rutiner for utdeling og innsamling av spørreskjemaet jeg ønsket å bruke ville fungere. I tillegg ville jeg kunne fange opp eventuelle spørsmål som kunne oppstå under utfyllingen av spørreskjemaet. Det kunne for eksempel være mulig at spørreskjemaet ikke var så selvforklarende som jeg mente det skulle være. Jeg var selv til stede den dagen testen ble utført, for på den måten å observere hvilke problemer som eventuelt oppstod. Pasientene ble informert av audiografen om testen og spørreskjemaene ble delt ut etter at konsultasjonen var over. Pasientene satte seg så ned på venterommet, hvor jeg også satt, og fylte ut spørreskjemaet. Det var ingen som hadde spørsmål, og utfyllingen gikk raskt og uten problemer. Alle forespurte pasientene ville delta i pilotprosjektet, med unntak av en. Han deltok ikke fordi han hadde ventende skyss/transport hjem og kunne derfor ikke ta seg tid til delta.

5.5.2 Datainnsamling

Da selve undersøkelsen skulle starte henvendte jeg meg muntlig til hørselssentralene og spurte om de kunne tenke seg å være med i et hovedfagsprosjekt. Så avla jeg et besøk ved hver av hørselssentralene hvor jeg informerte audiografene grundig om undersøkelsen og gjennomgikk alle rutiner. Dette fant jeg særdeles nyttig, da jeg sikret meg et godt samarbeid og velvillighet fra de som arbeidet ved hørselssentralen. Det ble lagt vekt på at de som audiografer skulle gjennomføre konsultasjonene slik de vanligvis gjør det, og at de måtte være nøye med å forklare brukeren hensikten med prosjektet samt oppfordre brukeren til å svare ærlig. Audiografene fikk under besøket muligheten til å stille meg spørsmål de hadde i forkant og det ble lettere for dem å kontakte meg om noe skulle oppstå underveis. Audiografene fikk også all informasjon skriftlig.

I utgangspunktet så jeg for meg at informantene mottok spørreskjemaet av en administrator etter at konsultasjonen var over. Administrator kunne da være en person i resepsjonen hvor brukeren henvender seg både før og etter konsultasjonen hos audiografene. Dette ble imidlertid vanskelig å gjennomføre på hørselssentralene på grunn av den ekstra arbeidsbelastningen dette påførte personalet. Det ble derfor ledende audiograf som gikk gjennom listene og sørget for å fordele de aktuelle informantene på de ulike audiografene. Audiografene informerte til slutt i konsultasjonen om spørreskjemaet, og ga informantene forståelse av de måtte svare ærlig. Det ble også informert om at deltagelse var frivillig og anonym.

Spørreskjemaet ble levert ut til brukere som kom til audiografen første gang for utredning og behandling av sitt hørselsproblem. De ble plukket ut etter henvisningen som fulgte dem, i tillegg skulle de blir spurt om de tidligere hadde vært til en slik utredning. Etter konsultasjonen fikk brukerne med seg skjemaet ut på venterommet og etter ferdig utfylling la de skjemaet i en konvolutt som de forseglet selv.

Konvoluttene med skjemaene ble så levert i luken hos kontorpersonalet, som samlet dem sammen. Ledende audiograf sendte så besvarelsene inn til meg.

Samtykkeerklæringer ble holdt for seg selv og ettersendt meg i egen forsendelse.

Jeg var i hele perioden tilgjengelig på telefon, men hadde ingen henvendelser underveis. Tilbakemeldingene fra audiografene var at rutinene hadde fungert fint og at det ikke hadde vært spørsmål av betydning underveis. Audiografene fikk adresselapper og frimerker slik at forsendelse av spørreskjemaene til meg skulle gå uten problemer. Det ble bekreftet i ettertid at det var en fin ordning. Jeg fikk inn spørreskjemaene etter hvert som audiografene fikk dem inn og jeg startet derfor innplotting av data tidlig i prosessen.

5.6 DATABEHANDLING

Alle analyser er gjort i dataprogrammet SPSS versjon 12. Det er gjort en deskriptiv analyse og statistiske tester som er anvendt er Pearsons r, chi-kvadrat, one-way between-groups (ANOVA) test og t-test. Ingen respons er lagt inn i SPSS med åpne celler. SPSS regner åpne celler som missing cases, og de blir ikke tatt med i beregninger. Det ble valgt 5 % signifikansnivå slik at p-verdier under 0,05 ble betraktet som signifikante.

Først presenteres bakgrunnsdata om mine informanter. Dette inkluderer kjønnsfordeling, aldersspredning, sivilstand, bosted, antall år skolegang etter grunnskole, bedømming av egen helse og hvorfor de oppsøkte hørselssentralen. Da spørsmålene er av kategorisk art er det først kjørt en frekvensanalyse for å beskrive datamaterialet og respondentene ble gruppert prosentvis ut fra hvilke svaralternativ de har krysset av for.

Videre ble alle svaralternativene innen et område summert og dividert på antallet spørsmål i området. Dette ga kontinuerlige data i form av sumskår for hvert av de fem områdene og det ble brukt gjennomsnitt og standardavvik for å se fordelingen i de fem områdene. For å kontrollere for intern konsistens, systematiske avkryssninger, ble det kjørt en bivariat korrelasjonsanalyse for å beskrive samvariasjon mellom sumskår av de 5 områdene i spørreskjemaet og Pearsons korrelasjonskoeffisient r ble benyttet. Det ble prøvd både parametriske og ikke-parametriske tester da mye av dataene er

nokså skjevfordelt. Det var liten forskjell mellom resultatene og jeg valgte å bruke Pearsons r, da den gir mer teststyrke (Altman, 1999). Jeg har valgt å bruke Jacobsen (2002) og Pallant (2001) tommelfingerregel på hvilke verdier som indikerer svak, middels og sterk korrelasjon:

0,10 – 0,29 = Svak korrelasjon

0,30 – 0,49 = Middels korrelasjon

0,50 – 1,00 = Sterk korrelasjon

Da dataene viste en overvekt av tilfredse brukere ble det interessant å skille ut de som var lite tilfreds og se på hvilke områder disse skiller seg fra de som er tilfreds.

Informantene ble delt inn i to grupper, lite tilfreds og tilfreds. De som hadde krysset av svaralternativ kodet med 1 og 2 ble gruppe 1, lite tilfreds, mens de som hadde krysset av for svaralternativ kodet med 3, 4 og 5 ble gruppe 2, tilfreds. For å utforske om de som er tilfreds er eldre enn de som er lite tilfreds, eventuelt har mer utdanning eller er lokalisert til et spesielt bosted, ble det utført en one-way between-groups ANOVA test.

Videre ble det interessant å beskrive de som er lite tilfreds, og det ble samtidig foretatt chi-kvadrattest for å sammenligne forskjell i ett område mellom to ulike grupper. Blant annet for å se om det for eksempel var forskjell mellom menn og kvinner eller om det var forskjell på unge og eldre. I området samtaleutbytte er det ingen avkryssninger for negative erfaringer og av den grunn er dette området utelatt. (Se tabell 6). I tabellen er informantene delt inn i to aldersgrupper. Dette ble gjort ut fra følgende systematikk. Halve utvalget ligger mellom 71 og 72 år (hentet fra kumulativ prosentfordeling). Skillet ble derfor satt på 70 år (ung/gammel). For å sikre at dette blir en riktig inndeling har jeg i tillegg delt inn i 20-års intervaller (20-40, 40-60, 60-80, 80-100). Også med en slik inndeling fordelte informantene seg slik at det ble riktig å sette skillet på 70 år.

5.7 ETISKE BETRAKTNINGER

Helsinkideklarasjonen (Reyter m.fl., 2000) gir retningslinjer for hvordan personopplysninger skal behandles og hvordan informanternes personlige integritet skal beskyttes. Blant annet krav til informert samtykke, anonymisering, oppbevaring av innsamlede opplysninger og forskerens taushetsplikt.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge.

5.7.1 Informert samtykke og frivillighet

Undersøkelsen involverer pasienter og audiografer ved hørselssentraler. Pasientene fikk både skriftlig og muntlig vite hensikten med undersøkelsen og samtykkeerklæringer ble underskrevet før utlevering av spørreskjema. Alle informantene ble opplyst om at deltagelse var frivillig. De som ikke ønsket å delta fikk ikke utdelt spørreskjema. Det ble i så tilfelle kun notert hvor mange som svarte nei på deltagelse. Disse kunne på ingen måte bli knyttet til noen andre data.

Audiografene deltok også frivillig. I følge Regional komité for medisinsk forskningsetikk var det ikke nødvendig med egen samtykkeerklæring for disse, da de ikke var gjenstand for undersøkelsen. Deres rolle var utelukkende å bidra i å skape det som skulle evalueres samt dele ut spørreskjemaer med nødvendig informasjon om undersøkelsen.

5.7.2 Anonymitet

Informantene ble sikret anonymitet ved at spørreskjemaet ikke inneholder data knyttet opp mot navn, utsagn eller beskrivelser som kunne identifisere informantene. Ettersom skjemaene kom inn ble hvert skjema påført et identitetsnummer. Dette for å lette databehandlingen. De ble nummerert med 1 – 141 i den rekkefølge de kom inn og nummereringen kan ikke knyttes til verken hørselssentral eller informanten på noe vis. Svarkonvoluttene var imidlertid merket med en fargekode for å kunne kontrollere

hvor mange svar som kom inn fra hver hørselssentral. Det ble sendt ut 30 skjema til hver hørselssentral og på slutten av prosjektet kunne det gjøres en oppfølging hvis ikke alle var brukt. Hvor besvarelsene kom fra ble likevel anonymisert ved innleggingen av data i statistikkprogrammet, og dataene blir presentert på en slik måte at de ikke kan kobles til hvilken hørselssentral de kommer fra.

Audiografenes anonymitet vil være trygget da informantene ikke noen steder skal oppgi informasjon knyttet til navn, utsagn eller beskrivelser som kan identifisere audiografen. Anonymiteten vil sannsynligvis være noe mindre trygget ovenfor meg, da jeg vet hvem som jobber på de ulike hørsentralene. Jeg vet imidlertid ikke hvem av de 3-5 audiografene på hørselssentralen informanten har vært hos.

Samtykkeerklæringene ble oppbevart av ledende audiograf inntil undersøkelsen var over. Da ble de sendt til meg i egen konvolutt. På den måten ville ikke besvarelsene kunne knyttes til personidentitet.

5.7.3 Oppbevaring av innsamlede data

Svarskjemaene ble lagt i konvolutt og forseglet av brukeren selv. Alt innsamlet datamateriale er kun brukt i samsvar med prosjektets formål. Det er blitt forsvarlig oppbevart under hele prosjektet og makulert ved prosjektets slutførelse.

Jeg kontrollerte at antall samtykkeerklæringer stemte med antall innkomne svar og de ble etter det makulert. Dette fordi de ikke lenger har betydning for undersøkelsen.

6. RESULTATER

I dette kapittelet presenterer jeg mine funn. Resultatene er presentert i form av tabeller, figurer og tekst.

6.1 BAKGRUNNSDATA

Totalt deltok 141 informanter. Det var stor spredning i forhold til alder, fra 19 til 91 år. Gjennomsnittsalderen var 68 år. 15 stykker har ikke oppgitt sin alder. Fordelingen mellom kvinner og menn var veldig jevn, 72 kvinner og 69 menn. De fleste var gift eller samboer og når det gjelder bosted var informantene likt fordelt i forhold til om de bodde i by, tettsted eller på landet. De fleste hadde mer enn grunnskoleutdanning. Grunnskole vil for de eldste si 7 år, mens for de yngre vil det si 10 år. Fordelingen blant de med 1 – 3 år etter grunnskole i forhold til de med mer enn 3 år, var helt lik. De aller fleste som deltok i undersøkelsen hadde god eller middels helse. Kun 5 % bedømte seg selv med dårlig helse. De aller fleste hadde selv tatt initiativ til å kontakte hørselssentralen for hjelp.

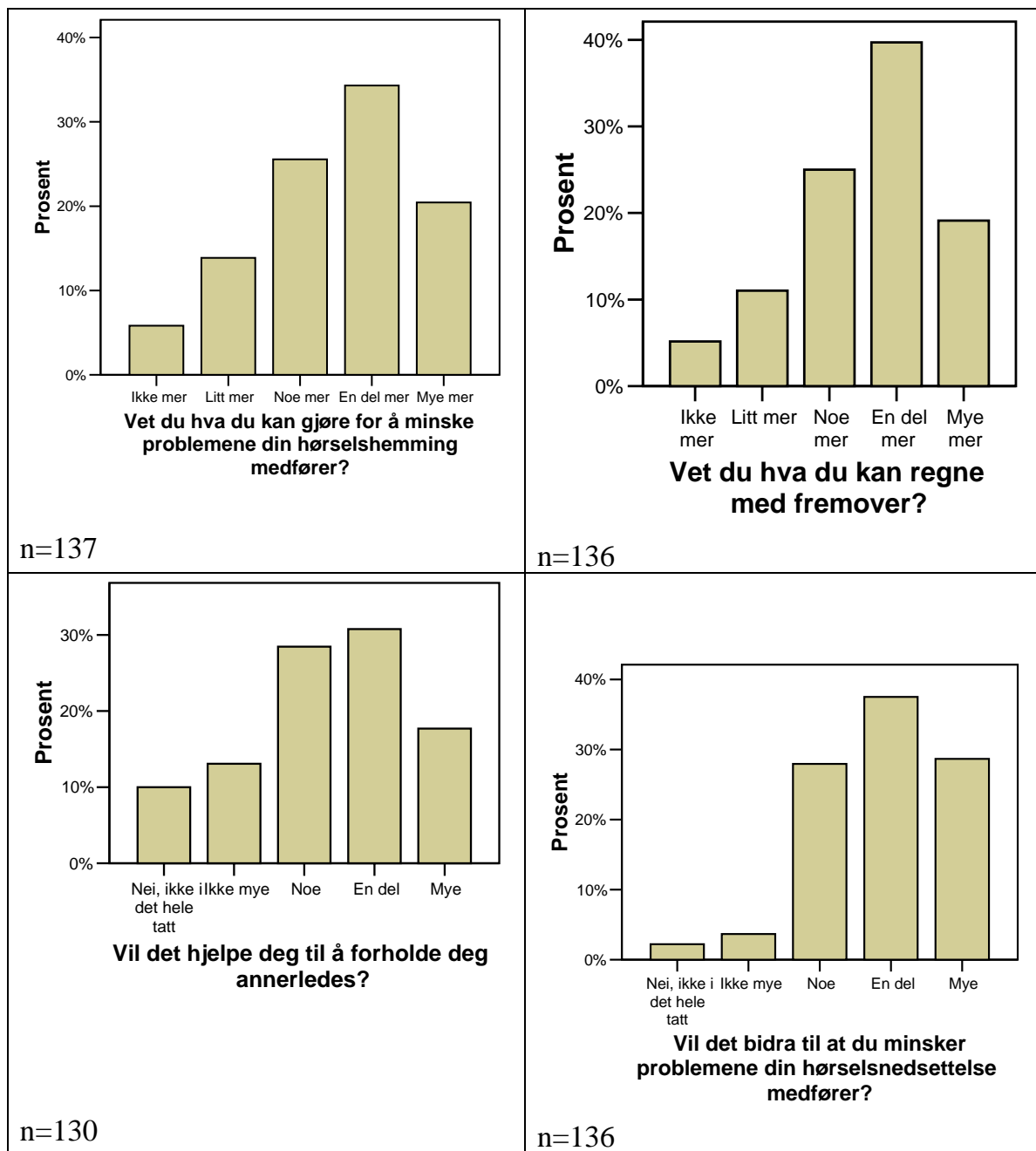
Tabell 2 Demografiske variabler

	N
Alder (n=126)	
Gj.sn alder (SD)	68 (13.6)
Kjønn (n=141)	
Kvinner (%)	72 (51%)
Menn (%)	69 (49%)
Sivilstand (n=139)	
Enslig (%)	35 (25%)
Gift/Samboer (%)	104 (75%)
Bosted (n=137)	
By (%)	45 (33%)
Tettsted (%)	52 (38%)
Land (%)	40 (29%)

	N
Utdanning (n=139)	
Ingen utd. e. grunnskole	31 (22%)
1 – 3 år utd. e. grunnskole	54 (39%)
Mer enn 3 år utd. e. grunnskole	54 (39%)
Bedømming av egen helse (n=141)	
God (%)	64 (45%)
Middels (%)	70 (50%)
Dårlig (%)	7 (5%)
Hvorfor oppsøkte du hørselssentralen? (n=141)	
Jeg har selv innsett at jeg trenger hjelp	107 (76%)
Etter oppfordring fra venner/familie	25 (18%)
Etter oppfordring fra min lege	6 (4%)
I forbindelse med yrkesskade/akutt hendelse	1 (1%)
Annet	2 (1%)

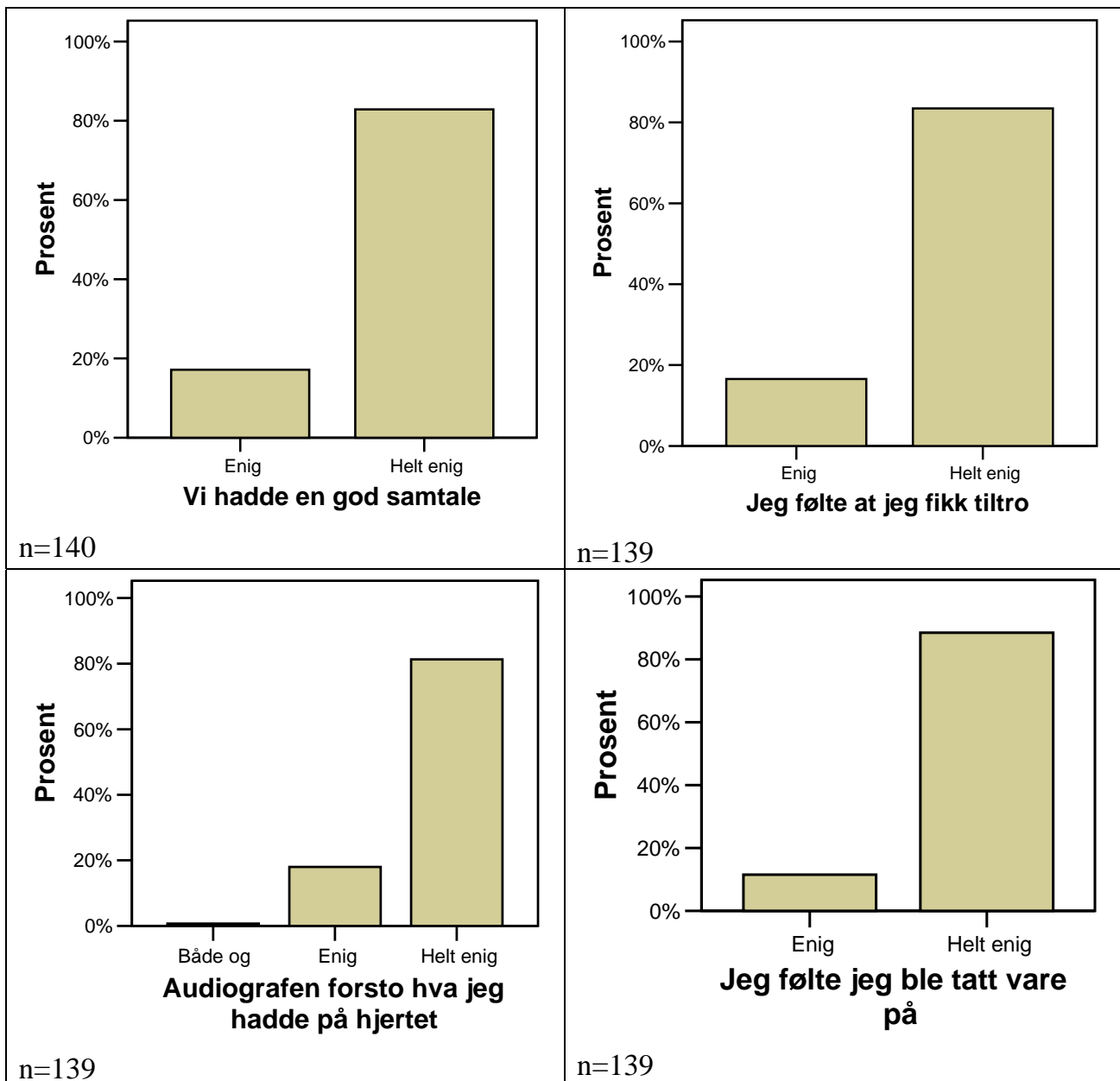
6.2 STATISTISKE FUNN

Figur 4 viser en prosentvis fordeling av respondentene på hvert av de ulike spørsmålene i området konsultasjonsutkomme. Histogrammene viser en jevn svarfordeling. Mellom 30 og 40 % har svart positivt på spørsmålene, noe som indikerer at det også er en del som ikke har fått eller kun har fått litt mer ut av konsultasjonen. Totalt gjennomsnitt for området konsultasjonsutkomme er 3,6, med standardavvik på 0,8 (tabell 3).



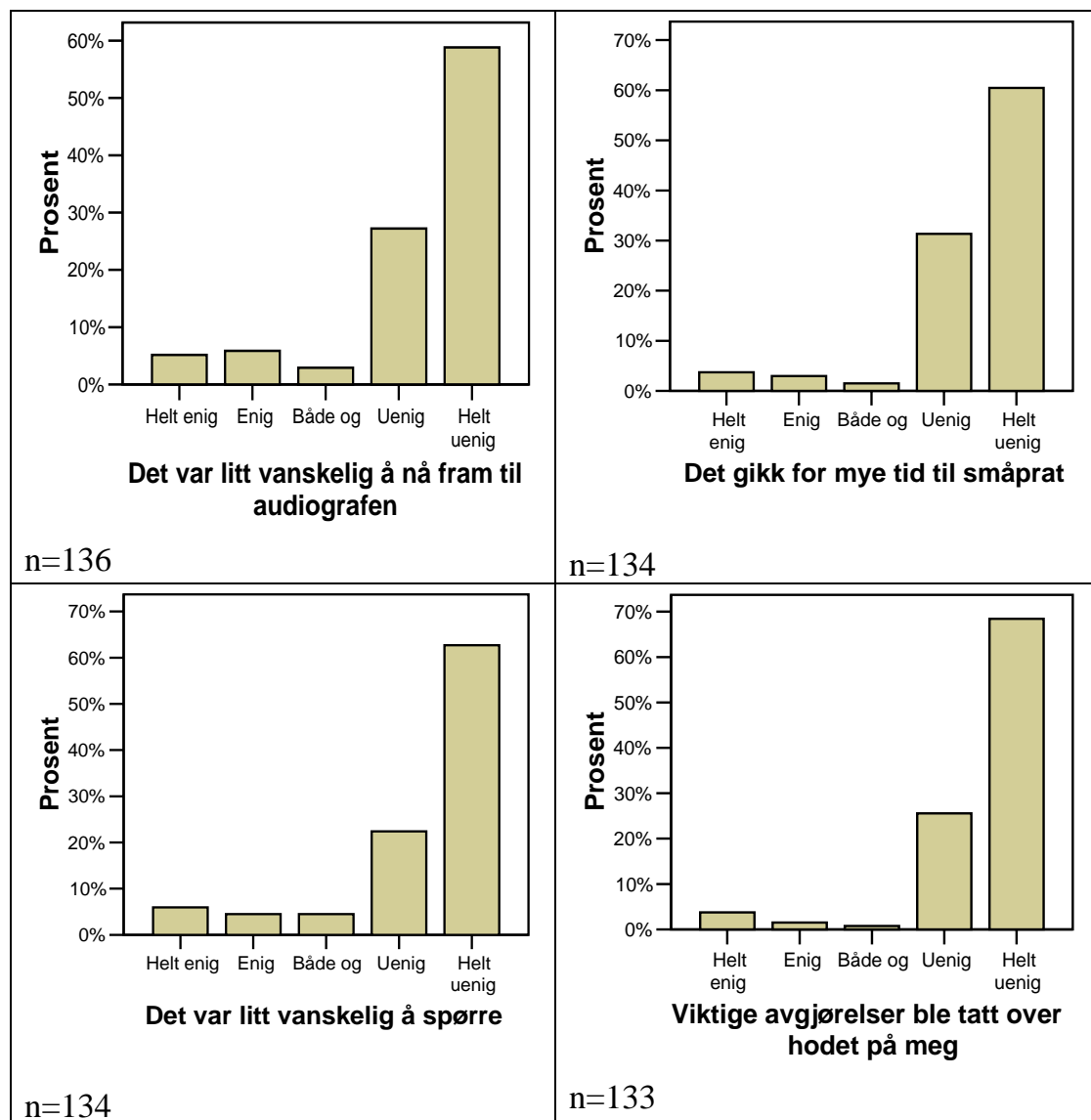
Figur 4 Svarfordeling (vist i prosent) på hvert spørsmål innen området konsultasjonsutkomme.

Når det gjelder samtaleutbytte (figur 5) ser vi en overveiende positiv respons på hvert av spørsmålene i området. Det er kun krysset av for de 3 mest positive svaralternativene. Kun én respondent hadde svart "både og" under spørsmålet om audiografen forsto hva brukeren hadde på hjertet. Gjennomsnittsverdien for hele området møte med audiografen er 4,8 med standardavvik på 0,3 (tabell 3).



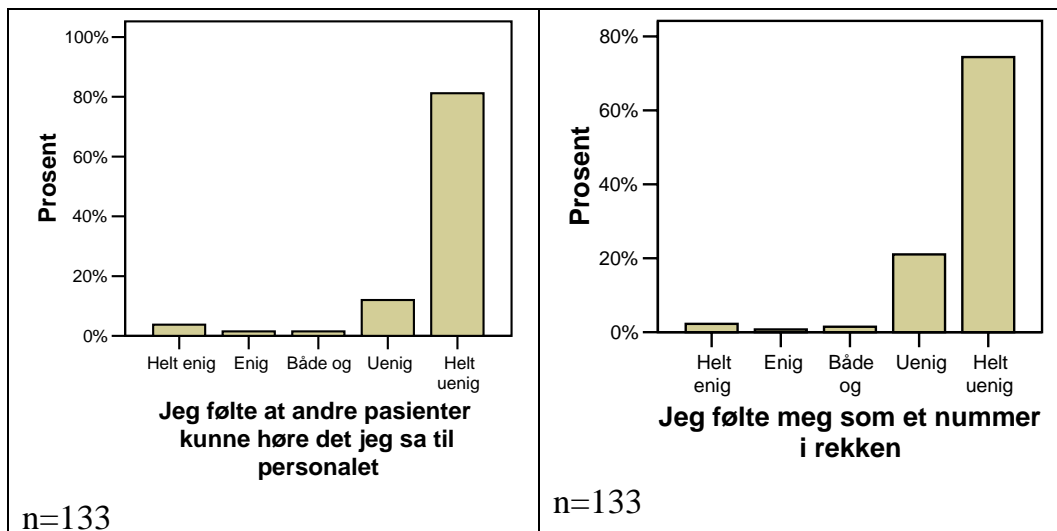
Figur 5 Svarfordeling (vist i prosent) på hvert spørsmål innen området samtaleutbytte.

Histogrammene (figur 6) viser at de fleste informantene ikke har opplevd barrierer i samtalen med audiografen. Videre var det ikke spesielt vanskelig å nå frem til audiografen, eller vanskelig å spørre. Det gikk heller ikke for mye tid til småprat og viktige avgjørelser ble ikke tatt over hodet på brukerne. Gjennomsnittsverdien for hele området samtalebarrierer er 4,4 med standardavvik på 0,9 (tabell 3).



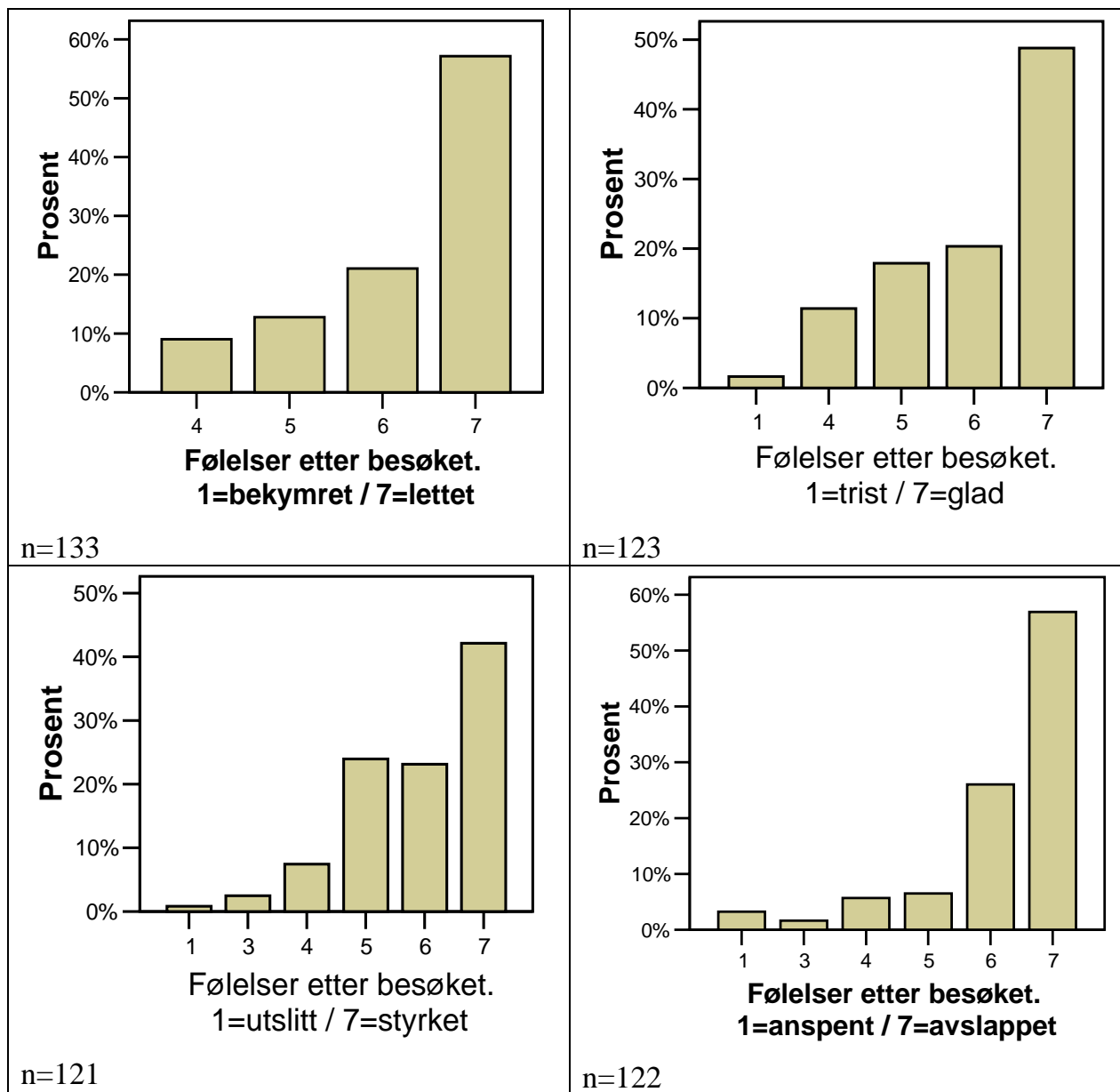
Figur 6 Svarfordeling (vist i prosent) pr. spørsmål innen området samtalebarrierer.

Histogrammene (figur 7) viser at også under møtet med det øvrige personalet har de fleste hatt en positiv opplevelse av møtet. Flesteparten har følt seg trygg på at ikke andre pasienter har hørt det de sa til personalet og de fulgte seg heller ikke som et nummer i rekken. Gjennomsnittsverdiene for hele området er 4,7 med standardavvik på 0,7 (tabell 3).



Figur 7 Svarfordeling (vist i prosent) på hvert spørsmål innen området møte med øvrig personalet.

Når det gjelder følelser etter besøket (figur 8) skulle informanten markere på en skala fra 1 til 7 hvilke følelser de hadde etter besøket. Respondentene fordeler seg over hele skalaen, men spørsmålene sett hver for seg viser en overveiende positive trend. Det er ikke krysset av for svaralternativene som indikerer bekymring etter konsultasjonen. Gjennomsnittsverdiene for hele området er 6,0 med standardavvik på 1,0 (tabell 3).



Figur 8 Svarfordeling (vist i prosent) på hvert spørsmål innen området følelser etter besøket.

Sumskårverdiene viser høye gjennomsnittsverdier. Standardavviket for samtaleutbytte er lavere enn i de andre områdene, og det er kun avkrysset i øvre del av skalaen. Det er ingen med negative opplevelser fra dette området (tabell 3).

Tabell 3 Sumskår for hvert av områdene i spørreskjemaet

	n (n=141)	Gjennomsnit t (SD)
Konsultasjonsutkomme	128	3,6 (0,8)
Samtaleutbytte	138	4,8 (0,3)
Samtalebarrierer	131	4,4 (0,9)
Møtet med personalet	133	4,7 (0,7)
Følelser etter besøket	117	6,0 (1,0)*

Tabellen illustrerer antall besvarelser, gjennomsnitt, standardavvik.

Skalaen er fra 1 (neg.) til 5 (pos.)

* Skalaen i dette området er fra 1 (neg.) til 7 (pos.)

Korrelasjonskoeffisienten indikerer styrken på forholdet mellom to variabler. Om for eksempel informantene systematisk har krysset av for én bestemt verdi på to ulike variabler. Følgende spørsmål meldte seg:

- Vil de som har svart positivt innen ett område også svare positivt innen de andre områdene?

Tabell 4 Korrelasjon (Pearsons r) mellom konsultasjonsutkomme, samtaleutbytte, samtalebarrierer, møtet med personalet og følelser etter besøket

	Konsultasjons-utkomme	Samtale-utbytte	Samtale-barrierer	Møte med personalet	Følelser etter besøket
Konsultasjons-utkomme	1	0,17	0,12	0,07	0,42**
Samtaleutbytte	0,17	1	0,27**	0,45**	0,24*
Samtale-barrierer	0,12	0,27**	1	0,58**	0,09
Møte med personalet	0,07	0,45**	0,58**	1	0,12
Følelser etter besøket	0,42**	0,24*	0,09	0,12	1

** Korrelasjon er signifikant på nivå 0,01

* Korrelasjon er signifikant på nivå 0,05

Tabell 5 Antall besvarelser innen området konsultasjonsutkomme, samtaleutbytte, samtalebarrierer, møte med personalet og følelser etter besøket

(n = totalt 141)	Konsultasjons-utkomme	Samtale-utbytte	Samtale-barrierer	Møte med personalet	Følelser etter besøket
Konsultasjons-utkomme	128	126	123	124	108
Samtale-utbytte	126	138	128	131	115
Samtale-barrierer	123	128	131	127	112
Møte med personalet	124	131	127	133	114
Følelser etter besøket	108	115	112	114	117

Tabell 4 viser statistisk signifikant svak positiv korrelasjon mellom samtaleutbytte og barrierer ($p = 0,002$). Samtaleutbytte har også en signifikant svak positiv korrelasjon med følelser etter besøket ($p = 0,01$). Videre ser vi en middels positiv signifikant korrelasjon mellom samtaleutbytte og møte med personalet ($p = <0,001$).

Konsultasjonsutkomme og følelser etter besøket har en middels positiv korrelasjon ($p = <0,001$). Konsultasjonsutkomme korrelerer ikke signifikant med andre variabler enn denne.

Barrierer korrelerer signifikant med møte med personalet. Korrelasjonen er sterk positiv ($p = <0,001$).

For å se om det utpeker seg områder hvor audiografene kan forbedre seg på, ses det nærmere på informantene som er ikke/lite tilfreds. Tabell 6 viser hvor mange som var lite tilfreds innen de ulike områdene i spørreskjemaet. I og med at det er sumskår vil informanter som ikke har besvart alle spørsmålene innen ett område bli regnet som missing.

Tabell 6 Antall tilfredse versus ikke/lite tilfredse brukere

N=141	Ikke/lite tilfreds (%)	Tilfreds (%)
Konsultasjonsutkomme (n=128)	75 (59%)	53 (41%)
Samtaleutbytte (n=138)	Ingen respondenter	138 (100%)
Samtalebarrierer (n=131)	16 (12%)	115 (88%)
Møte med personalet (n=133)	11 (8%)	122 (92%)
Følelser etter besøket (n=117)	15 (13%)	102 (87%)

Frekvensoversikten i tabell 6 viser at informantene i hovedsak er tilfreds. Området konsultasjonsutkomme skiller seg derimot ut med overvekt av lite tilfredse informanter.

Overforstående resultater gjorde det interessant å se nærmere på området konsultasjonsutkomme, og se om alder, utdanning, bosted eller kjønn kan

kjennetegne de som er lite tilfreds versus de som er tilfreds. Da skalaen for konsultasjonsutkomme var bortimot normalfordelt valgte jeg å bruke one-way between-groups (ANOVA) test. For variabelen kjønn ble det brukt t-test.

Når det gjelder alder var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene ($p = 0,74$). De som er tilfreds er ikke eldre eller yngre enn de som er lite tilfreds. Når det gjelder utdanning var det heller ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ($p = 0,06$). De som er tilfreds har ikke mer eller mindre utdanning enn de som lite tilfreds. I forhold til bosted var det nok en gang ingen signifikante forskjeller mellom gruppene ($p = 0,75$), noe som viser at bosted ikke har betydning for om de er tilfreds eller lite tilfreds.

Det var heller ikke signifikante forskjeller mellom kvinner og menn ($p = 0,43$).

Videre er det interessant å se nærmere på de som ikke er tilfreds og om det er forskjell i ett område mellom to ulike grupper. Da data ikke er normalfordelt har jeg brukt ikke-parametriske tester og dermed chi-kvadrattest for å se om det er slike forskjeller.

Tabell 7 Antall lite tilfredse brukere fordelt på områdene konsultasjonsutkomme, samtalebarrierer, møte med personalet og følelser etter besøket.

n = 141	Konsultasjons - utkomme (n = 75)		Samtale - barrierer (n = 16)		Møte med personalet (n = 11)		Følelser etter besøket (n = 15)	
	Ant. (%)	P	Ant. (%)	P	Ant. (%)	P	Ant. (%)	P
By	23 (32%)	0.78	4 (27%)	0.65	3 (30%)	0.65	7 (50%)	0.28
Land	28 (39%)		5 (33%)		5 (50%)		3 (21%)	
Tettsted	21 (29%)		6 (40%)		2 (20%)		4 (29%)	
Ingen utd. etter grunnskole	17 (23%)	0.31	7 (44%)	0.02*	3 (27%)	0.68	4 (27%)	0.71
1-3 år utd. etter grunnskole	31 (42%)		7 (44%)		5 (46%)		4 (27%)	
>3 år utd. etter grunnskole	26 (35%)		2 (12%)		3 (27%)		7 (46%)	
God helse	31 (41%)	0.13	4 (25%)	0.16	2 (18%)	0.13	5 (33%)	0.17
Middels helse	42 (56%)		11 (69%)		8 (73%)		10 (67%)	
Dårlig helse	2 (3%)		1 (6%)		1 (9%)		0 (0%)	
Kvinner	38 (51%)	0.98	9 (56%)	0.53	4 (36%)	0.33	11 (73%)	0.05*
Menn	37 (49%)		7 (44%)		7 (64%)		4 (27%)	
Over 70 år	34 (50%)	0.18	4 (31%)	0.24	5 (45%)	0.95	6 (50%)	0.73
Under 70 år	34 (50%)		9 (69%)		6 (55%)		6 (50%)	
Gift/ Samboer	56 (77%)	0.52	11 (73%)	0.80	9 (90%)	0.23	12 (80%)	0.69
Enslige	17 (23%)		4 (27%)		1 (10%)		3 (20%)	

* P-verdi under 0,05 viser signifikant sammenheng

Tabell 7 viser kun to områder hvor det er forskjell mellom gruppene. Kjønn har signifikant sammenheng med følelser etter besøket ($p = 0,05$), noe som kan bety at kvinner er mer negativ enn menn når det gjelder følelser de sitter igjen med etter besøket. Det er også signifikant sammenheng mellom utdanning og samtalebarrierer ($p = 0,02$), og det kan virke som om lengre utdanning gir mindre samtalebarrierer.

7. DISKUSJON

Resultatene fra min undersøkelse viser at informantene var overveiende positive til det som skjedde i første konsultasjon hos audiograf. Det ser ut som om kommunikasjonen har vært bra, sett ut fra at informantene har svart svært positivt i forhold til samtaleutbytte og det er få som har hatt samtalebarrierer av betydning. Det er noe større spredning i datamaterialet når det gjelder konsultasjonsutkomme, noe som kan tyde på at brukerne følte de fikk mindre utbytte av konsultasjonen i forhold til å få kunnskap som gjør at de kan være med på å forbedre sin situasjon som hørselshemmet.

7.1 METODEDISKUSJON

Jeg valgte å bruke en kvantitativ metode og spørreskjema som mitt instrument. Kvantitativ metode har den fordel at den er lett systematiserbar, og man kan analysere mange enheter samlet. Men får derimot ikke noen nyansert informasjon, da data tvinges inn i forhåndsdefinerte kategorier (Altmann, 1999). For å vurdere en undersøkelses totale gyldighet skal man i følge Jacobsen (2002) vurdere:

- Intern validitet / gyldighet
- Ekstern validitet / gyldighet
- Reliabilitet / pålitelighet

7.1.1 Intern validitet

Studiens validitet. Når det gjelder hvordan spørreskjemaet er besvart kan jeg ikke garantere for om informantene har krysset av riktig eller ikke. Jeg må anta at de har gjort det, men ta høyde for at det kan være avkrysningsfeil i materialet. Det viktigste jeg kan gjøre er å kode datamaterialet riktig før jeg skal overføre det til en datamaskin og videre sørge for at overføringen blir så riktig som mulig. Dette er et arbeid jeg har

brukt mye tid på og jeg har hele tiden dobbeltsjekket materialet. Svarene i spørreskjemaet (PEQ) ble kodet og lagt inn i statistikkprogrammet SPSS versjon 12.

Jeg hadde ikke tatt høyde for at informantene kunne svare flere svaralternativer på samme spørsmål. Dette ble tilfelle når de skulle svare på hvorfor de oppsøkte hørselssentralen. Da alle som hadde krysset av for flere alternativer også hadde krysset av for at de selv hadde innsett at de trengte hjelp, valgte jeg å bruke det svaralternativet som gjeldene. Dette fordi jeg antar at erkjennelsen som ligger i at man selv har innsett at man trenger hjelp innebærer en egeninteresse for å komme til hørselssentralen og de andre alternativene dermed ble underliggende faktorer. Da denne informasjonen ikke er avgjørende for mine videre analyser, har jeg valgt å ikke legge mer vekt på denne problematikken.

Det at jeg måtte bruke audiografene som administratorer på hørselssentralen kan ha vært uheldig, men på grunn av arbeidspress og rutiner ved hvert enkelt arbeidssted var det ingen annen løsning. Spesielt kan dette ha vært uheldig sett ut i fra skjevheten i materialet når det gjelder møte med audiografen. Audiografen var i tillegg til å være administrator også gjenstand for evaluering. Hun hadde dermed kunnskap om hva som skulle evalueres, og dette kan ha medført ekstra oppmerksomhet rundt akkurat dette, i den hensikt å kunne påvirke resultatet.

Instrumentet, PEQ, er laget for leger i primærhelsetjenesten. 13 personer hadde ikke besvart området konsultasjonsutkomme, og det kan av den grunn stilles spørsmål ved om et konsultasjonsspesifikt spørreskjema rettet mot pasienterfaringer i kontakt med lege innen primærhelsetjenesten kan brukes i kontakt med audiografer innen spesialisthelsetjenesten. I motsetning til leger, som ofte kan sies å være mer direkte løsningsorientert i form av medikamenter, svar på prøver eller fastsettelse av diagnoser, vil audiografer treffe brukere i en rehabiliteringsprosess som vanligvis skal lede ut i bruk av høreapparat. Brukerne er i en prosess som krever flere konsultasjoner og har dermed et annet tidsperspektiv. Spørsmålenes art, og egen erfaring med hva audiografer går igjennom i første konsultasjon, tilsier likevel at det skulle være mulig å besvare spørsmålene. Jeg har dessverre ikke funnet andre som

har brukt PEQ spørreskjema i forskningsøyemed, og har derfor ingen mulighet til å sammenligne mine funn med tilsvarende undersøkelser.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er nærmere beskrevet i kapittel 5, avsnitt 5.5.3. Kriteriene ble satt for at personer med egenskaper som kunne bidra til skjevhet i materialet ble utelukket fra undersøkelsen. Dette var egenskapene som lav alder, dårlig språkforståelse og tidligere høreapparatbrukere. Så langt jeg kan se viser ikke mitt materiale slike skjevheter.

Spørreskjemaets validitet. Spørreskjemaet, PEQ, er utviklet og funnet valid i forhold til bruk for leger i primærhelsetjenesten (Steine m.fl., 2000). En svakhet med spørreskjema er tilfeldig avkryssing. På spørsmål hvor man skal rangere grad av tilfredshet kan man lett systematisk avkrysse i en bestemt retning gjennom hele undersøkelsen. Dette er kontrollert for ved korrelasjonsanalyse, og viste seg ikke å være tilfelle.

For å diskutere spørsmålenes relevans i forhold til studien ønsker jeg å se på de ulike områdene i spørreskjemaet. Spørreskjemaet er delt inn i 5 områder. Ett av områdene hadde liten relevans for det jeg ønsket å undersøke da det dreide seg om møtet med øvrig personale ved hørselssentralen og ikke om hva som skjer i første konsultasjon hos audiograf. De resterende 4 områdene anser jeg for å være relevant for studien, men området for konsultasjonsutkomme kan omhandle sider ved rehabiliteringsprosessen som det kan være for tidlig å si noe om. Dette området hadde flere ubesvarte spørsmål, noe som kan tyde på at det kanskje har vært vanskelig å besvare spørsmålene.

Skjemaet inneholder ingen vanskelige begreper, og er ment til å treffe brukerne ut fra hvordan de selv ordlegger seg. Likevel har jeg, på tross av at spørsmålene er formulert så presist og lettfattelig som mulig, ingen garanti for at informantene oppfatter spørsmålene slik jeg skulle ønske.

Spørreskjemaet skal representere informantenes erfaringer, og svarkategoriene må forstås som relative representasjoner for disse erfaringene. I ettertid kan det imidlertid

diskuteres om spørreskjemaet var detaljert nok, da jeg ikke fikk informasjon om hva som faktisk skjedde under konsultasjonen og heller ikke informasjon om informantene har evaluert ut i fra innhold, audiografens væremåte eller om de har evaluert ut i fra en aksept for situasjonen. Det kan ut i fra disse mangler diskuteres om metoden som her ble brukt var god nok. Informasjon rundt hva som faktisk skjedde i konsultasjonen kunne ha gitt mer konkret informasjon rundt hva audiografene kan bli bedre på. På den annen side må jeg kunne gå ut i fra at brukerne har evaluert ut i fra det som faktisk skjedde i konsultasjonen de var i, da informantene var førstegangsbesøkende hos audiograf og hadde ikke tidligere erfaringer å referere til.

7.1.2 Ekstern validitet - representativitet

Forholdet mellom utvalg og populasjon er viktig for å kunne vurdere resultatenes generaliserbarhet. Jo større et sample er dess mer sannsynlig er det at resultatene fra undersøkelsesgruppen kan generaliseres. I min undersøkelse deltok 141 personer. Jeg antar at det på hørselssentralene i undersøkelsen kommer ca. 2800 pr. år som oppsøker hørselssentralen for første gang. Over en innsamlingsperiode på 5 måneder utgjør det ca. 1167 brukere. I min undersøkelse fikk jeg med andre ord 12 % av alle førstegangsbrukere ved de aktuelle hørselssentralene, noe jeg mener utgjør et godt representativt utvalg. Det må imidlertid tas høyre for at tallene er bygd på antagelser, og at den totale populasjonen kan være mye større.

Generalisering forutsetter også at utvelgelsen av personer til undersøkelsen skjer ved tilfeldig uttrekning (Undheim, 1998). I undersøkelsen ble hver hørselssentral bedt om å plukke ut førstegangsbrukere etter hvert som de kom til hørselssentralen for konsultasjon hos audiograf. Det at informanter blir inkludert fortløpende innebærer at det ikke gjøres en selektering av informantene. Om dette prinsippet ble overholdt ved hørselssentralene ble ikke kontrollert, og denne usikkerheten må tas hensyn til ved fortolkning av resultatene. Et problem ved tverrsnittstudier er frafall av respondenter. Dette var ikke aktuelt i min undersøkelse sett i lys av

utvelgelsesrutinene. Hørselssentralene hadde i tillegg en øvre grense på 30 spørreskjema og de hørselssentralene som ikke leverte så mange begrunnet dette med sykdom hos audiografer eller få brukere som oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Jeg mener å ha god geografisk spredning, da undersøkelsen dekker store deler av Sør- og Østlandet. På de sentralene som er med i studien har det til sammen vært 24 evaluerte audiografer, fordelt noenlunde likt på de ulike hørselssentralene. Totalt i Norge arbeider det ca. 140 audiografer ved hørselssentralene. Det vil si at ca. 17 % av landets offentlige ansatte audiografer er evaluert i studien.

Audiografene tegnet ned i et eget skjema hvor mange brukere de hadde tatt hånd om hver, og opptellingen viste at fordelingen var svært jevn. Fordelingen med hensyn til antall brukere pr. audiograf synes derfor også å være godt ivaretatt.

7.1.3 Oppsummering

Reliabiliteten i studien antas å være høy med tanke på innhenting og bearbeiding av datamaterialet. Videre mener jeg at instrumentet evner å fange opp brukernes tilfredshet etter første konsultasjon hos audiograf, på tross av at spørsmålene i området for konsultasjonsutbytte kan ha vært vanskelig å besvare så tidlig i rehabiliteringsprosessen. Studien har sine svakheter i at det ikke er mulig å kontrollere for avkrysningsfeil. Jeg vet også lite om hva som faktisk skjedde i konsultasjonen og hvilket evalueringsgrunnlag informantene har hatt. Videre har studien sin svakhet i at audiografene i tillegg til å være den som ble evaluert også administrerte utvelgelse, utlevering og innsendelse av spørreskjema. Med god geografisk spredning, tilfeldig utvelgelse av informanter og høyt antall informanter mener jeg at jeg har et representativt utvalg som kan benyttes for å generalisere mine funn til populasjonen. Jeg mener derfor å ha god ekstern gyldighet så lenge jeg tar høyde for den usikkerhet som kan ligge i utvelgelsesprosessen.

7.2 RESULTATDISKUSJON

Det første som peker seg ut fra mine resultater er at det er bortimot normalfordeling på alle spørsmålene under konsultasjonsutkomme, mens dataene er særdeles skjevfordelte i positiv retning innen områdene som omhandlet kommunikasjon. Når det gjelder følelser etter besøket er det noe mer spredning på skalaen, men skalaen tenderer også her i positiv retning. Jeg har ikke funnet andre studier som viser samme funn. Steine m.fl. (2001) fant imidlertid liknende funn under utvikling av spørreskjemaet, men skjemaet ble den gang brukt i forbindelse med legekonsultasjoner i primærhelsetjenesten. En legekonsultasjon kan skille seg fra en audiografkonsultasjon ved at konsultasjonen hos legen kan være avsluttende allerede etter første konsultasjon, mens hos audiografen er brukeren i en rehabiliteringsprosess som krever flere konsultasjoner.

Resultatene viser en overveiende positiv trend. Dette kan leses ut fra høye gjennomsnittsverdier i forhold til sumskår for alle områdene i spørreskjemaet. Den positive trenden kan indikere at brukerne er tilfreds med første konsultasjon hos audiograf. Spesielt kan det se ut som brukerne blir godt ivaretatt hos audiografene og at audiografene har gode kommunikasjonskunnskaper, noe som står i kontrast til Helse- og Sosialdepartementets rapport (2002). Brukerne i min undersøkelse fikk tiltro til audiografen og følte seg ivaretatt. Videre følte de audiografen forstod hva de hadde på hjertet, noe som kan tyde på at audiografene er oppmerksomme på brukerens personlige fortelling og at det oppleves som støttende. Gullacksen (2002) viser til hvor viktig det er at personalet ved rehabiliteringsinstansene er oppmerksomme på den hørselshemmedes aktuelle livssammenheng og at brukeren blir møtt i forhold til hvor i prosessen han er. Vi vet at pasienter verdsetter nære, lyttende og personlige leger og at konstruktiv kommunikasjon bygger på en forståelse av pasientens perspektiv (Steine m.fl., 2000). Det er nærliggende å tro at dette også vil gjelde for audiografer. Erfaring viser at brukerne gjerne ønsker å ha en fast person å forholde seg til og stort sett kommer brukeren tilbake til samme audiograf gjennom flere konsultasjoner.

Det var liten grad av samtalebarrierer. Brukerne følte de fikk fremmet sine spørsmål og at de fikk delta i de avgjørelser som ble tatt. Det var likevel en større spredning på skalaen for samtalebarrierer sammenlignet med samtaleutbytte, og til sammen 12 % hadde opplevd eller til dels opplevd kommunikasjonsbarrierer. Dette kan henge sammen med at audiografene har mye å formidle og trenger tiden til å formidle sitt budskap (Dyrendal m.fl., 2001). Til tider kan audiografene føle at brukerne snakker om forhold som ikke er vesentlige for konsultasjonen og må gå inn å styre samtalen. I slike sammenhenger kan brukerne føle seg avkortet. En annen faktor kan være at man som bruker kan være litt oppjaget under konsultasjonen. Ting man har tenkt å spørre om blir glemt bort under selve konsultasjonen. Når man da i ettertid blir spurt om man følte det var vanskelig å nå frem eller om det var vanskelig å spørre, begynner man å tenke over nettopp disse tingene og irriterer seg over at en ikke fikk spurt om nettopp det.

Pasienter er opptatt av å få noe tilbake etter en konsultasjon hos lege (Steine m.fl., 2001). De ser på legen som problemløser, trøster eller aksepterende lytter. Jeg antar at dette også vil gjelde for brukere som har vært hos audiograf, da brukerne kommer for utredning av sin hørselssituasjon og for å motta hjelp som kan lette problemene hørselsplagene gir dem. I undersøkelsen evaluerte de fleste informantene det slik at de nå visste eller delvis visste hva de kunne gjøre for minske plagene hørselshemmingen medfører og de visste hva de kunne regne med fremover. Dette kan bety at de fikk den informasjon de trengte for å komme videre. For at rehabiliteringen skal være vellykket er det viktig at brukeren får forsterket tro på seg selv og at de kan håndtere seg selv, sin hørselsnedsettelse og møtet med omgivelsene (Gullacksen, 2002). De positive opplevelsene rundt konsultasjonsutkomme kan knyttes til det faktiske resultat av konsultasjonen, da innfridde forventinger er funnet til å samvariere med en positiv opplevelse av konsultasjonen (Steine m.fl., 2001). Den positive trenden må imidlertid ses opp mot den store variasjonen på skalaen. Det kan handle om forventninger som ikke er blitt møtt, eller at forventningene til konsultasjonen har vært for store (Steine m.fl., 2001). Det kan også bety at det har vært vanskelig å evaluere konsultasjonsutkomme fordi brukerne ikke har rukket å

reflektere over hva konsultasjonen faktisk gav dem. I dette området kan spørsmålene sies å være retoriske og for å kunne svare på spørsmålene må brukeren ha fått informasjon som han har forstått eller tatt inn over seg. For brukere som ikke er mottagelig for rehabilitering og som kanskje fortsatt befinner seg i en fornektelsesfase vil det kunne være vanskelig å besvare spørsmål som omhandler endring og fremtidsvisjoner (Gullacksen, 2002, Hull, 2001). Dette kan være en forklaring på at det er 13 personer som ikke har besvart spørsmålene i dette området.

En annen forklaring kan være mengden informasjon som skal formidles i løpet av første konsultasjon. Audiografene har mye å formidle og gir ofte overflødig informasjon (Dyrendal m.fl. 2000). Det kan bety at det kan være viktig å sile den informasjon man skal gi i første konsultasjon. Det kan for eksempel slå uheldig ut å foregripe begivenheter ved å snakke om ting som man likevel skal gå igjennom på de neste konsultasjonene. Et eksempel kan være høreapparatteknikk. Dette kan imidlertid være en vanskelig balansegang, da brukerne ofte har mange spørsmål på hjertet som de ønsker svar på der og da.

Hovedvekten av informantene oppgav at de hadde en positiv følelse etter konsultasjonen. Følelsen av å være avslappet, lettet eller styrket etter besøket kan tyde på at brukeren er på vei mot en mer målbevisst stresshåndtering av sin situasjon (Gullacksen, 2002). Hvor i omstillingsprosessen brukerne er får betydning for hvordan de er ulikt mottagelig for rehabilitering, og det kan derfor være at brukere som fortsatt uttrykte bekymring eller anspenhet etter konsultasjonen har hatt vanskeligheter med å få overblikk over sin livssituasjon. Dette kan forklare spredningen på skalaen i dette området. Dette kan også forklare at ca. 17 % ikke har svart på spørsmålene i dette området. En annen forklaring kan være at det rett etter konsultasjonen har vært vanskelig å uttrykke sine følelser, da de ikke har rukket å reflektere over hva konsultasjonen har hatt av betydning for dem.

Den totalt sett positive trenden i datamaterialet må likevel ses i lys av om spørsmålene i spørreskjemaet har vært relevante. Når det gjelder spørsmålene i spørreskjemaet, skiller området for konsultasjonsutkomme seg ut som eneste område

med bortimot normalfordeling på skalaen. I lys av diskusjonen rundt hvordan de positive resultatene kan forstås kan man stille spørsmål rundt hvorvidt brukerne har hatt godt nok grunnlag til å besvare spørsmålene i dette området. Det at brukeren er i starten av en rehabiliteringsprosess kan gjøre det vanskelig å besvare spørsmål i forhold til omstillingsprosesser hos brukeren og fremtidsrettet utfall av de plagene hørselshemmingen medfører. Dette kan kanskje være en årsak til at ikke alle spørsmål innen ett område er besvart eller at de har utelatt et helt område i spørreskjemaet. Brukerne kan også ha svart på spørsmålene i tråd med veletablerte sosialt aksepterte termer, da et grunnleggende problem med spørreskjema er at de er relativt lite forpliktende (Jacobsen, 2002).

Korrelasjonsanalysen kontrollerer for om brukere som har svart positivt innen ett område systematisk har svart positivt innen et annet. Middels positiv korrelasjon mellom følelser etter besøket og konsultasjonsutkomme kan indikere at de som følte seg lettet eller styrket etter konsultasjonen var de samme som visste hva de kunne regne med fremover, og at det ville minske plagene hørselshemmingen medfører. Dette kan også ses opp mot at begge disse områdene viste god spredning på skalaen. Det viste seg også å være en svak positiv korrelasjon mellom områdene følelsene etter besøket og samtaleutbytte, noe som kan tyde på at positivt utbytte av samtalen har hatt betydning for følelsene etter besøket. Videre vist en svak positiv korrelasjon mellom samtaleutbytte og samtalebarrierer. Det kan være naturlig å anta at positiv skår på samtaleutbytte mest sannsynlig også sier at det ikke har vært samtalebarrierer av noe slag. Den svake til middels positive korrelasjonen kan indikere at det har forekommet systematisk avkrysning, men styrkegraden sett i forhold til den naturlige sammenhengen som ligger til grunn for besvarelsene velger jeg å tro at det ikke er systematisk avkrysset for en bestemt verdi.

Den svært så positive trenden kan tolkes slik at brukerne har vært tilfreds med første konsultasjon hos audiograf. Likevel var det hele 75 personer (59 %) som svarte at de var ikke/lite tilfreds med konsultasjonen. Da jeg også ønsket å se om det utpekte seg områder hvor audiografene kan forbedre seg ble det derfor sett nærmere på denne

gruppen. Det gjøres her oppmerksom på at brukere som svarte i kategori 3 på skalaen, det vil si de som hadde svart at de for eksempel visste ”noe mer” om hva de kunne regne med fremover, ble tatt med i gruppen for ikke/lite tilfredse. Dette fordi jeg tolket at det i dette svaralternativet også lå en antydning til misnøye. I ettertid kan jeg se at det kanskje har vært en noe for streng oppdeling, da det kan skjule de som har vært usikre på hva de skulle svare og dermed ikke direkte har vært misfornøyd.

For å kunne besvare spørsmålene i området for konsultasjonsutkomme må man anta at brukeren må ha kunnskap om hva han kan gjøre for å minske plagene hørselshemmingen medfører, hva han kan regne med fremover eller hvordan han kan forholde seg annerledes til sin hørselsproblematikk. Denne kunnskapen formidles av audiografen. Audiografens agenda for den første konsultasjonen omhandler blant annet å gi brukeren kunnskap om hvilke livskonsekvenser hørselshemmingen vil ha, kunnskap om brukerens aktuelle hørselssituasjon og forberede brukeren på hva som skal skje fremover. I den forbindelse gis mye informasjon. De svært så positive resultatene innen samtaleutbytte kan dermed være mer nyansert om man ser på andelen informanter som var ikke/lite tilfreds med hva konsultasjonen resulterte i. Hvis audiografens evne til å kommunisere ikke medfører at brukeren blir hjulpet videre, kan det blant annet medføre at brukeren stanser opp i en fase av rehabiliteringsprosessen hvor det er viktig å mobilisere egne krefter og ressurser (Gullacksen, 2002). Det kan for eksempel få stor betydning for brukere som enda ikke har kommet til aksept av sin situasjon og som er urolig for fremtiden. For denne typen brukere kan man anta at spørsmålene under området for konsultasjonsutkomme blir vanskelig å besvare. På den annen siden kan det reises spørsmål om brukerne på sin side har forstått informasjonen de har fått, da spørsmålene kan ses på som nettopp en kontroll på dette. Igjen kan det være at det er gitt for mye informasjon eller at informasjonen har vært for uryddig formidlet slik at brukeren ikke har forstått hvordan han skal kunne bruke denne informasjonen. Gullacksen (2002) viser til hvor viktig det er det tas utgangspunkt i brukerens ståsted og at brukeren blir møtt i forhold til hvor i prosessen han er. Sett i et slikt lys bør kanskje informasjonen gis ut i fra individuelle forutsetninger, men dette kan være vanskelig å imøtekomme.

Individualisert informasjon kan blant annet komme i konflikt med helsepersonells krav til å gi saklig, korrekt og dekkende informasjon (Helsepersonelloven, 1997, Pasientrettighetsloven 1999). På den annen side kan det stilles spørsmål ved om det i dagens praksis gis rom for å gjøres en evaluering av hver enkelt brukers ståsted, eller om det er slik at det ikke finnes nok kunnskap om dette hos audiografene.

Vi vet at det er viktig at konsultasjonen skal oppleves som meningsfull av pasienten. Steine m.fl. (2000) mener pasienter er opptatt av å få noe tilbake, for eksempel i form av en bekreftelse på at alt var i orden, et svar på et spørsmål eller en bekreftelse på at besøket hadde hatt sin berettigelse. Man kan anta at dette også vil gjelde for brukerne som kommer til audiograf, og at brukerne vil ha store forventninger til audiografen som problemløser, trøster eller aksepterende lytter. Derfor kan man anta at brukere med store forventninger til møtet kan føle at de sitter igjen med lite hvis disse ikke innfris. På den annen side vil det være få brukere som i dag forventer at alle problemer skal være løst etter den første konsultasjonen, da brukeren er klar over at det skal gjennomføres flere konsultasjoner og at høreapparatutprøving og høreapparattilvenning er noe som tar tid.

I et forsøk på å se hva som karakteriserte de som var ikke/lite tilfreds fant jeg at kjønn hadde signifikant sammenheng med følelser etter besøket. Det kan bety at kvinner føler høyere grad av bekymring, tristhet, utslitthet og anspenhet etter besøket enn det menn gjør. Det er vanskelig å si noe om årsaken til dette, da datamaterialet ikke er konstruert for en slik analyse. Likevel kan det gjøres en refleksjon i forhold til ulikheter i kvinners og menns reaksjonsmønstre. Kvinner bruker en mer emosjonell bearbeidelsestaktikk og beskriver sine problemsituasjoner mer i detalj sammenlignet med menn. De bruker av den grunn lengre tid på å komme til vendepunktet for forandring. Menn er mer direkte problemfokuseret i den forstand at de bestemmer seg for å forandre sin situasjon og fremstår som mer besluttsom når de når vendepunktet (Gullacksen, 2002). Dette kan i undersøkelsen bety at når valget om hørselstekniske hjelpemidler er tatt, har menn raskere akseptert sin situasjon og den foreslåtte løsningen på hørselsproblemet enn det kvinnene har gjort.

Blant de som var ikke/lite tilfreds med konsultasjonen vises også en signifikant sammenheng mellom utdanning og samtalebarrierer. Det kan bety at de med høyere utdanning har hatt mindre samtalebarrierer i interaksjonen med audiografen enn de uten utdanning etter grunnskole. Jeg har ikke funnet annen forskning som kan vise tilsvarende funn og har heller ikke egen erfaring som audiograf som understøtter dette.

Informasjonen jeg har fått i undersøkelsen baserer seg kun på første gangs konsultasjon og det hadde derfor vært interessant for videre studier å se nærmere på brukernes erfaringer underveis i, og etter endt rehabilitering. Det kreves i så fall et mer utdypende spørreskjema rundt de ulike delene av rehabiliteringsprosessen og informasjon rundt hva som ligger til grunn for at brukerne evaluerer som de gjør. Det hadde også vært interessant å se mer grundig på første konsultasjon, da vi vet hvor viktig det første møtet er for videre samarbeid. I tillegg til mer utdypende spørreskjema og informasjon rundt evalueringsgrunnlaget hos brukeren, ville det være hensiktsmessig å innhente mer informasjon om hva første konsultasjon inneholder.

8. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Formålet med denne oppgaven er å avdekke om brukerne er tilfreds med første gangs konsultasjon hos audiograf. Brukernes evaluering av det første møtet med audiografen, kan gi audiografene informasjon om hva de kan bli bedre på.

Ut fra dataene konkluderer jeg med at den overveiende positive trenden i materialet kan indikere at brukerne blir godt ivaretatt hos audiografen og at audiografen har gode kommunikasjonskunnskaper. Det står i så fall i stor kontrast med misnøyen som er uttrykt fra brukerne gjennom brukerorganisasjonen (HLF, 2006) og til rapporten fra Helse- og Sosialdepartementet (2002). Den store andelen ikke/lite tilfredse brukere i forhold til konsultasjonsutkomme kan tolkes dit hen at det her ligger et område for forbedring hos audiografene. Hovedvekten av informantene hadde en positiv følelse etter konsultasjonen.

Resultatene må for øvrig ses i lys av muligheten for avkrysningsfeil og antall ubesvarte spørsmål i området for konsultasjonsutkomme og følelser etter besøket. Resultatene må også ses i forhold til audiografenes mulighet til å påvirke resultater i positiv retning, da de også var administrator ved teststed. Spørreskjemaet (PEQ) er i utgangspunktet laget for leger i primærhelsetjenesten og det kan ha vært vanskelig for brukere i starten av en rehabiliteringsprosess hos audiograf å besvare spørsmål som i utgangspunktet kan være knyttet til en avsluttende behandling. Spesielt kan dette vise seg gjennom brukernes evaluering av konsultasjonsutkomme. Det kan være antydninger til systematisk avkrysning, men styrkegraden er svak og det kan foreligge en naturlig sammenheng mellom områdene. Likevel vil god geografisk spredning, god spredning når det gjelder fordeling av brukere pr. audiograf og høyt antall informanter kunne bety at informantene er tilfreds med konsultasjonen hos audiograf og at funnene kan generalisere til populasjonen.

Som audiografer kan vi ikke bare se på hørselstapet isolert sett, men hele livssituasjonen den hørselshemmede er i. Det kan være avgjørende at audiografene er

oppmerksom på hvor i rehabiliteringsprosessen brukeren er. I hvilken grad audiografene er oppmerksom på dette i dagens praksis har jeg ikke grunnlag for å si noe om, men mye kan likevel oppnås ved skolering i å ivareta andre aspekter enn kun tilpasning av hørselstekniske hjelpemidler. Mye informasjon skal formidles under den første konsultasjonen og det kan være at informasjonen bør siles mer i forhold til hvor mottagelig brukeren er for rehabilitering og hvor i rehabiliteringsprosessen han er. Innfridde forventninger er vist å henge sammen med positive opplevelser av konsultasjonen. Det er ikke alltid enkelt å imøtekomme brukernes forventninger da de kan være urealistisk høye. Det viser imidlertid hvor viktig det er at brukeren får forklart hva han kan forvente sett i forhold til hørselstester, brukerens behov og hva som er realistisk å oppnå.

Gode samtaleevner betyr nødvendigvis ikke at audiografene er gode på dette området. Spesielt om man ser dette i lys av brukernes evaluering av konsultasjonsutkomme. Denne studien viser at det er problematisk å tolke hva utkomme er. Jeg kan dermed ikke si spesifikt hva audiografen kan bli bedre på. Jeg vet også lite om hva som faktisk skjedde i konsultasjonen og hvilket evalueringsgrunnlag informantene har hatt. Det kan virke som praksisen i dag er god, men vi kan likevel ikke bruke dette for å bli bedre. Undersøkelsen må i så fall komme senere i rehabiliteringsforløpet. Dette gir imidlertid et godt grunnlag for fremtidige studier.

KILDELISTE

Altman, D.G.: *Practical Statistics for medical research*. Chapman & Hall/CRC, London 1999.

Antonsen, K.: *Rehabilitering av voksne høreapparatbrukere – en oppfølgingsstudie*. Hovedoppgave, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo 2001.

Bredland, E., Linge, O., Vik, K.: *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 2002.

Bunkholdt V.: *Lærebok i psykologi*. Tano AS, Kolbotn 1993.

California State University, URL:

<http://edschool.csu Hayward.edu/departments/tes/instruction/howe/5500/AAL-speechbanana.html>, [Lesedato 02.02.2007]

Dyrendal, E., Hauøy, G., Høvik, M-B., Jahren, S-M.: *Gjensidig forståelse – betydningen av god kommunikasjon*. Oslo 2001.

Fritt sykehusvalg Norge. URL:

<http://www.sykehusvalg.net/sidemaler/Ventetider.aspx?id=2005&BehandlingsId=20&BehandlingsNavn=%c3%98re%3a+Tilpasning+av+h%c3%b8reapparat>, [Lesedato 04.03.07]

Gullacksen, A.: *När hörseln sviktar*. HAREC, Samhällsmedicinska institutionen ved Universitetssjukehuset i Malmö, Malmö 2002.

Heap, K.: *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. Kommuneforlaget, Oslo 2002.

Helse- og sosialdepartementet: *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*. Handlingsplan, Oslo Desember 2002.

Helse- og sosialdepartementet: *Ansvar og meistring. Mot ein helskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Stortingsmelding nr. 21, Oslo 1998-99.

Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell av 9. juli 1997 nr. 64

Hull, R.H.: *Aural Rehabilitation. Serving Children and Adults, fourth edition*. Singular Thomson Learning, San Diego 2001.

Hørselshemmedes Landsforbund: *Handlingsprogram for et HLF i vekst 2006-2009*, Oslo 2006.

Jacobsen, D.I.: *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Høyskoleforlaget AS, Kristiansand 2002.

Katz, J.: *Handbook of clinical audiology. Fourth edition*. Williams & Wilkins, Baltimore 1994.

Kringlen, E., Finset, A.: "*Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling*". Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2002.

Kunnskapsforlagets blå ordbøker: *Fremmedordbok*. Kunnskapsforlaget, Oslo 1990.

Laukli, E.: *Audiologi i Norge*. Audiografen nr. 2 2001.

Lidén, G.: *Audiologi*. Almquist & Wiksell Forlag AB, Stockholm 1985.

Lærum, E., Steine, S., Finset, A., Lundevall, S.: "*Complex health problems in general practice: Do we need an instrument for consultation improvement and patient involvement? Theroretical foundation, development and user evaluation of the Patien Perspective Survey (PPS)*". Family Practice 1998; Vol. 15, No. 2

Pallant, J.: *SPSS Survival manual*. Open University Press, Philadelphia 2001.

Pasientrettighetsloven. Lov om pasientrettigheter (2. juli 1999 nr. 63, Sist endret 2. november 2005)

Phonak. URL: <http://www.phonak.com/consumer/hearing/howwehear/function.htm>,
[Lesedato 02.02.2007]

Reyter, KW., Førde, R., Solbakk, JH.: *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Gyldendal Akademisk, Oslo 2000

Røknes, O., Hanssen, P.: *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget, Bergen 2003.

Rådgivningskontoret for hørselshemmede i Oslo: *Kartlegging av tiltak og tjenester for hørselshemmede i Oslo*". Oslo 1998.

SINTEF Unimed: *Helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*. Oslo 2000.

Skau, G.: *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Universitetsforlaget, Oslo 2003.

Skollerud, S.H.: *Kommunikativ kompetanse hos voksne som får nedsatt hørsel*. Hovedfagsoppgave i 3.avdeling. Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo 1996.

Stach, BA: *Clinical Audiology, an introduction*. Singular Publishing Group Inc., San Diego 1998.

Statens Helsetilsyn, Veiledningsserie nr. 3: *Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap*. Oslo 2000.

Steine, S., Finset, A., Lærum, E.: "Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren?" Tidsskrift for Norsk Lægeforening 2000; 120:349-53.

Steine, S., Finset, A., Lærum, E.: "A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome". Family Practice 2001; 18: 410-418.

Studieplan for audiografutdanning Bachelor. Høgskolen i Sør-Trøndelag 2003/2004.

Sweetow, R.: *Counselling for Hearing Aid Fittings*. Singular Thomson Learning, San Diego 1999.

Thornquist, E.: *Klinikk kommunikasjon informasjon*. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo 1998.

Uhlin, P.: *Kommunikasjonsträning*. Audionomen nr. 1 2002.

Undheim, J.O.: *Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag*. Universitetsforlaget, Oslo 1998.

VEDLEGG

- Vedlegg 1: Spørreskjema PEQ
- Vedlegg 2: Samtykkeerklæring
- Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS
- Vedlegg 4: Godkjenning Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)
- Vedlegg 5: Forespørsel til audiografene
- Vedlegg 6: Veiledning til administrator
- Vedlegg 7: Fordelingsskjema for antall informanter pr. audiograf
- Vedlegg 8: Informasjonsskriv til informantene

Vedleggene er skannet, og kan derfor være krympet i forhold til original størrelse.

Vedlegg 1

Spørreskjema

PEQ

Et spørreskjema om pasienters erfaringer 2000

(Vennligst besvar alle spørsmålene. Sett kryss i boksen ved det svar du ønsker å gi. I spørsmål nr.15-18 skal det settes ring.)

Hva besøket resulterte i

1. Vet du hva du kan gjøre for å minske plagene/problemene din hørselshemming medfører?
(Eller forebygge plager)

- Mye mer 5
- En del mer 4
- Noe mer 3
- Litt mer 2
- Ikke mer 1

2. Vet du hva du kan regne med framover?

- Mye mer 5
- En del mer 4
- Noe mer 3
- Litt mer 2
- Ikke mer 1

3. Vil det hjelpe deg til å forholde deg annerledes?

- Nei, ikke i det hele tatt

 1

- Ikke mye

 2

- Noe

 3

- En del

 4

- Mye

 5

4. Vil det bidra til at du minsker plagene/problemene din hørselsnedsettelse medfører?
(Eller forebygge plager)

- Nei, ikke i det hele tatt

 1

- Ikke mye

 2

- Noe

 3

- En del

 4

- Mye

 5

Møtet med audiografen

5. Vi hadde en god samtale

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

7. Audiografen forsto hva jeg hadde på hjertet

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

6. Jeg følte at jeg fikk tiltro

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

8. Jeg følte at jeg ble tatt vare på

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

Barrierer

9. Det var litt vanskelig å nå fram til audiografen

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

11. Det var litt vanskelig å spørre

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

10. Det gikk for mye tid til småprat

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

12. Viktige avgjørelser ble tatt over hodet på meg

- *Helt enig* 5
- *Enig* 4
- *Både og* 3
- *Uenig* 2
- *Helt uenig* 1

Møtet med personalet

13. Jeg følte at andre pasienter kunne høre det jeg sa til personalet

- *Helt enig* 1
- *Enig* 2
- *Både og* 3
- *Uenig* 4
- *Helt uenig* 5

14. Jeg følte meg som et nummer i rekken

- *Helt enig* 1
- *Enig* 2
- *Både og* 3
- *Uenig* 4
- *Helt uenig* 5

Mine følelser etter besøket

Etter dette besøket følte jeg meg:

(vennligst sett en ring rundt det tallet som passer best for deg. En ring for hver linje)

15. *Lettet* *Bekymret*
 7 6 5 4 3 2 1

16. *Trist* *Glad*
 1 2 3 4 5 6 7

17. *Styrket* *Utslitt*
 7 6 5 4 3 2 1

18. *Anspent* *Avslappet*
 1 2 3 4 5 6 7

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Mottaker
Postadresse
Postnr. og -sted

Seksjon for Helsefag

Postboks 1153 Blindern
0316 Oslo

Besøksadresse:
Gydás vei 8, Majorstua

Telefon: 22 85 84 10

Telefaks: 22 85 84 11

E-post: seksjonen@helsefag.uio.no

Nettadresse:

<http://www.med.uio.no/andre/helsefag>

Dato: 02.04.2007

Deres ref.: SMB

Vår ref.:

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker herved å være informant i forbindelse med hovedfagsoppgaven "Hørselshemmedes evaluering av førstegangskonsultasjon hos audiograf".

Oppgaven gjennomføres av Siri M. Bergseth, student ved Institutt for helsefag v. Universitetet i Oslo.

Min deltagelse er basert på frivillighet, og jeg kan når som helst trekke meg fra prosjektet uten å måtte grunngi dette nærmere.

Jeg er blitt informert om hensikten med prosjektet og gjort kjent med at det ikke skal forekomme navn, utsagn eller beskrivelser som kan identifisere informantene i denne hovedfagsoppgaven. Jeg er også gjort kjent med at alt materiale vil bli tilintetgjort etter prosjektets ferdigstillelse.

Sted:

Dato:

Underskrift:

Vedlegg 3

Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboes gate 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Siri Merete Bergseth
Kantarellen Terrasse 22
1286 OSLO

Vår dato: 12.01.2004

Vår ref: 200400026 LT /RH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING FRA PERSONVERNOMBUDET

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.01.2004. Meldingen gjelder prosjektet:

10633 *Hørselshemmedes evaluering av første gangs konsultasjon hos audiograf*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS er utpekt som personvernombud av Universitetet i Oslo, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer at meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet.

Personvernombudets vurdering

Etter gjennomgang av meldeskjema og dokumentasjon finner personvernombudet at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-25 i personopplysningsforskriften. Dette betyr at behandlingen av personopplysningene vil være unntatt fra konsesjonsplikt etter personopplysningsloven § 33 første ledd, men underlagt meldeplikt etter personopplysningsloven § 31 første ledd, jf. personopplysningsforskriften § 7-20.

Unntak fra konsesjonsplikten etter § 7-25 gjelder bare dersom vilkårene i punktene a) – e) alle er oppfylt:

- a) førstegangskontakt opprettes på grunnlag av offentlig tilgjengelige registre eller gjennom en faglig ansvarlig person ved virksomheten der respondenten er registrert,
- b) respondenten, eller dennes verge dersom vedkommende er umyndig, har samtykket i alle deler av undersøkelsen,
- c) prosjektet skal avsluttes på et tidspunkt som er fastsatt før prosjektet settes i gang,
- d) det innsamlede materialet anonymiseres eller slettes ved prosjektavslutning,
- e) prosjektet ikke gjør bruk av elektronisk sammenstilling av personregistre.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i vedlegget.

Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg 4

**Godkjenning Regional komite for medisinsk
forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)**

Regional komite for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør)

Professor Anne Marit Mengshoel
Seksjon for helsefag
Universitetet i Oslo
Pb. 1153

Deres ref.: 05.01.04

Vår ref.: S-04009

Dato: 09.02.04

Hørselshemmedes evaluering av førstegangs konsultasjon hos audiograf

Prosjektleder: Professor Anna Marit Mengshoel, Seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo
(Student: Siri Merete Bergseth)

Komiteen behandlet prosjektet i sitt møte torsdag 29. januar 2004.

Komiteen har følgende generelle kommentarer:

Prosjektet er et studentprosjekt (hovedfag) og må vurderes ut fra den synsvinkel. Likevel synes problemstillingen svært generell og uklar, og det er tvilsomt om dette kan sies å være en vitenskapelig undersøkelse da målet synes å være en ren kartlegging av brukertilfredshet.

Komiteen vil påpeke at det er pasientene som er gjenstand for kartleggingen, ikke audiografene. Deres rolle er å medvirke ved å dele ut spørreskjemaer. Således skal pasientene ha en informasjon om deltagelse og samtykke, mens audiografene må få en informasjon som er tilpasset deres rolle i studien.

Komiteen har følgende kommentarer til pasientinformasjonen:

1. Denne må starte med overskriften "Forespørsel om å være med i en undersøkelse" og deretter tittel på undersøkelsen.
2. Annet avsnitt bør omskrives med en mer nøytral formulering om hva som er hensikten med undersøkelsen og utelate formuleringer som "jeg håper at

Komiteen har følgende kommentar til informasjonen til audiografene:

Etter komiteens mening er ikke audiografene gjenstand for undersøkelsen, i og med at deres rolle bare er å dele ut spørreskjemaer. Det er derfor ikke behov for å innhente noe samtykke fra dem, og formuleringer som henviser til samtykkeerklæring bør fjernes.

Vedtak:

"Dersom prosjektleder tar hensyn til merknadene ovenfor, har komiteen ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres."

2

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Sigurd Nitter-Hauge (sign)
Professor dr.med.
Leder



Ola P. Hole
Avdelingsleder
Sekretær

Kopi: Siri Merete Bergseth

Vedlegg 5

Forespørsel til audiografene



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Til Audiografene

Seksjon for Helsefag

Postboks 1153 Blindern
0316 Oslo

Besøksadresse:
Gydass vei 8, Majorstua

Telefon: 22 85 84 10

Telefaks: 22 85 84 11

E-post: seksjonen@helsefag.uio.no

Nettadresse:

<http://www.med.uio.no/andre/helsefag>

Dato: 02.04.2007

Deres ref.:

Vår ref.: SMB

Hovedfagsoppgave:

Hørselshemmedes evaluering av første gangs konsultasjon hos audiograf

Jeg er hovedfagsstudent ved Det medisinske fakultet, seksjon for helsefag, ved Universitetet i Oslo. Min hovedfagsoppgave har følgende problemstilling:

Hvordan evaluerer hørselshemmede første gangs konsultasjon hos audiograf?

Gjennom vedlagte spørreskjema vil jeg få frem hvordan pasienter opplever konsultasjonen hos audiografen og spesielt vil det legges vekt på om pasientene føler de får den informasjonen de trenger for å avhjelpe sitt problem. Dette kan gi informasjon om hva audiografer bør bli bedre på, og resultatene kan kanskje bidra til å understøtte det økte fokus som nå settes på den pedagogiske siden av vår yrkesutøvelse.

Jeg vil innhente opplysninger fra 30 pasienter ved denne hørselssentralen og like mange fra 7 hørselssentralen til. Til sammen vil det gi meg 240 besvarelser som grunnlag til mine funn.

Dette er en forespørsel til dere om dere vil delta i denne undersøkelsen ved å hjelpe meg med innsamling av data til min oppgave. Alle opplysninger vil være anonyme. Pasientene skal ikke noen steder oppgi hvilken audiograf han/hun har vært hos, og skjemaene vil bli fordelt noenlunde likt på alle audiografene ved hver enkelt hørselssentral. Innsamlede opplysninger vil bli tilintetgjort ved prosjektslutt 01.12.04. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Spørreskjemaet skal besvares av pasienter som er til konsultasjon for første gang hos audiograf. Skjemaet besvares rett etter konsultasjonen og en administrator ved deres hørselssentral vil være ansvarlig for å finne informantene, fordele spørreskjemaene og sende de tilbake til meg etter at de er besvart og forseglet i egen konvolutt. Dere som audiografer skal informere pasientene om undersøkelsen og oppfordre pasientene til å være så ærlige som mulige i besvarelsen av skjema. Dere skal gi pasientene et informasjonsskriv rundt undersøkelsen i tillegg til spørreskjemaet. Dere må også sørge for underskrivelse av samtykkeerklæring. Pasienten skal fylle ut spørreskjemaet på venterommet rett etter konsultasjonen og levere det forseglet i egen konvolutt i luken før de går.

Om du tar deg anledning til å delta i min undersøkelse vil du således støtte opp om forskning innen vårt fagfelt og samtidig bidra til at mitt hovedfagsarbeid blir så troverdig og gyldig som mulig.

På forhånd tusen takk for besvarelsen. Ta gjerne kontakt med meg på telefon 913 14 803 for nærmere opplysninger eller spørsmål du har underveis.

Med hilsen

Siri Merete Bergseth
Audiograf og hovedfagsstudent

Anne Marit Mengshoel
Veileder og professorstipendiat
Sign.

Vedlegg 6

Veiledning til administrator

Veiledning til administrator

Takk for at du stiller opp som administrator ved dette prosjektet. Dette veiledningsskrivet vil forklare dere hva dere skal gjøre som administrator.

Spørreskjemaet skal leveres ut til pasienter som kommer til audiografen første gang for utredning og behandling av sitt hørselsproblem. Pasientene plukkes ut etter henvisningene samt direkte spørsmål når de kommer til konsultasjonen. De plukkes ut fortløpende etter hvert som de kommer til behandling. Du som administrator må sørge for å fordele disse pasientene på de ulike audiografene ved hørselssentralen, slik at spredningen på audiografene blir ivaretatt.

Audiografene vil til slutt i konsultasjonen informere pasientene om spørreundersøkelsen og dele ut informasjonsskriv og spørreskjema. De må også sørge for underskrivelse av samtykkeerklæring. De skal informere om at deltagelse er frivillig og gi de pasientene som vil delta forståelse av at de må være ærlige. Samtykkeerklæringene samles i en egen konvolutt som ikke er linket til spørreskjemaene. Det skal noteres ned på eget skjema hvor mange pasienter som ikke ville delta, og fordelingen av antall pasienter pr. audiograf.

Spørreskjemaet skal fylles ut på venterommet etter konsultasjonen og pasienten skal selv legge spørreskjemaet ned i en konvolutt og forsegle den. Konvoluttene med spørreskjemaene samles så inn av for eksempel en person i henvendelsesresepsjonen. Du sørger så for videresendelse av disse til meg. Samtykkeerklæringene sendes også til meg etter at alle er samlet i en konvolutt. Spørreskjemaene vil være merket med en fargekode. Dette for at jeg skal sikrer meg 30 svar fra hver hørselssentral.

Her ser du inklusjons- og eksklusjonskriteriene til de som kan være med i undersøkelsen.

Inklusjonskriterier:

1. Det skal være pasienter som er henvist til spesialist for utredning av sitt hørselsproblem og samtidig er hos audiografen for vurdering/tilpasning av høreapparat eller andre tekniske hjelpemidler.
2. Det skal være pasienter som utredes for første gang, så de skal ikke ha hatt høreapparater fra før. På den måten vil jeg få tak i pasienter som ikke har erfaringer med hørselomsorgen fra før.
3. Pasientene skal ha fylt 18 år og er dermed myndige til selv å ta beslutning om hvorvidt de vil delta i undersøkelsen eller ikke.
4. 18 år er myndighetsalderen i Norge og jeg er ute etter pasientens egne erfaringer. De må derfor kunne svare på skjemaet uten hjelp av foreldre eller foresatte.
5. Personer med funksjonshemminger av slik art at utfyllelling av skjemaet er vanskelig, det vil si personer med synshemming, bevegelseshemming og lignende, kan delta ved hjelp av en tredjepart som utfører selve avkrysning i spørreskjemaet.

Eksklusjonskriterier:

1. Pasienter som ikke har god språkforståelse pga. afasi, alderssvækkelse el. kan ikke delta i undersøkelsen.
2. Pasienter som ikke har et nordisk språk som morsmål kan ikke delta i undersøkelsen.

Vedlagt finner du et skjema hvor du skal notere deg spredningen blant audiografene samt notere hvor mange som ikke ville være med på undersøkelsen. Dette sendes til meg sammen med samtykkeerklæringene.

Nok en gang vil jeg understreke min takknemlighet for at du stiller opp som administrator.

Vennlig hilsen

Siri Merete Bergseth
Audiograf og hovedfagsstudent

Vedlegg 7

Fordelingsskjema for antall informanter pr. audiograf

I denne tabellen skal du fylle ut hvor mange pasienter som har hvert hos de ulike audiografene:

Audiograf 1	
Audiograf 2	
Audiograf 3	
Audiograf 4	
Audiograf 5	
Audiograf 6	
Audiograf 7	
Audiograf 8	
Audiograf 9	
Audiograf 10	

I denne tabellen skal du fylle ut hvor mange pasienter som ikke ville delta i undersøkelsen:

Antall pasienter som ikke ville delta:

Eventuelle kommentarer:

Vedlegg 8

Informasjonsskriv til informantene



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Til Informantene

Seksjon for Helsefag

Postboks 1153 Blindern
0316 Oslo

Besøksadresse:
Gydas vei 8, Majorstua

Telefon: 22 85 84 10

Telefaks: 22 85 84 11

E-post: seksjonen@helsefag.uio.no

Nettadresse:

<http://www.med.uio.no/andre/helsefag>

Dato: 02.04.2007

Deres ref.:

Vår ref.: SMB

Forespørsel om å være med i en undersøkelse.

”Hørselshemmedes evaluering av første gangs konsultasjon hos audiograf”.

Jeg er hovedfagsstudent ved Det medisinske fakultet, seksjon for helsefag, ved Universitetet i Oslo. I min hovedfagsoppgave ønsker jeg å finne ut hva hørselshemmede synes om det første møtet hos audiograf. For å få vite noe om hva du synes, ber jeg deg om å ta deg tid til å fylle ut vedlagte spørreskjema.

Audiografer, og helsepersonell for øvrig, kan ha stor nytte av å få feedback fra sine pasienter. I denne undersøkelsen vil jeg derfor spørre om i hvilken grad de hørselshemmede er fornøyd med det som skjer i den første konsultasjon hos audiograf. Dette kan gi informasjon om hva audiografer bør bli bedre på. Resultatene kan kanskje bidra til å understøtte det økte fokus som nå settes på den pedagogiske siden av vår yrkesutøvelse og bidra til å utvikle tjenesten for å innøtekomme brukernes behov.

Jeg vil innhente opplysninger fra 30 pasienter ved denne hørselssentralen og like mange fra 8 andre hørselssentraler. Til sammen vil det gi meg 270 besvarelser som grunnlag til å si noe om hva brukere synes om det første møtet med audiografen. Dette er en forespørsel til deg om du kan tenke deg å delta i denne undersøkelsen. Din besvarelse vil være anonym for meg som forsker, og hva du svarer på spørreskjema vil ikke bli lest av noen på din hørselssentral. Innsamlede opplysninger vil bli tilintetgjort ved prosjektlutt 01.12.04. Samtykkeerklæringen vil ikke bli oppbevart sammen med besvarelsen. Deltagelse i studien er frivillig, men jeg håper du vil ta deg tid til komme med dine synspunkter. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

På forhånd tusen takk for besvarelsen. Ta gjerne kontakt med meg på telefon 913 14 803 for nærmere opplysninger.

Med hilsen

Siri Merete Bergseth
Audiograf og hovedfagsstudent

Anne Marit Mengshoel
Veileder og professorstipendiat
Sign.