

Hverdagskommunikasjon med eldre hørselshemmede

*Sykehjemsansattes muligheter og forutsetninger for
tilrettelegging av god kommunikasjon i hverdagen*

Marte Nyman



Masteroppgave i spesialpedagogikk

40 studiepoeng

Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2020

«... Alt handler jo om kommunikasjon enten om det er kroppen våres eller om det er faktisk at vi prater.» - Informant

© Forfatter Marte Nyman

2020

Tittel: Hverdagskommunikasjon med eldre hørselshemmede

Forfatter: Marte Nyman

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formål: Formålet med denne studien er å se på sykehjemsansattes opplevelser av hverdagskommunikasjon med de eldre, hvordan de beskriver sin kunnskap, og videre se på hvilke muligheter og forutsetninger de har for tilrettelegging av god kommunikasjon i hverdagen. Dette innebærer å se nærmere på dere arbeidshverdag, kunnskaper, hvilke muligheter som finnes og hva de ansatte selv opplever som utfordrende. Kunnskap om disse tingene vil kunne gi oss et bedre bilde av sykehjemshverdagen, og hvordan de ansatte møter denne problematikken. Det vil også kunne danne grunnlag for kompetanseløft og endringsarbeid med utgangspunkt i de ansattes kunnskap og kompetanse.

Problemstilling og forskningsspørsmål:

” Hvordan beskriver ansatte på sykehjem sin kunnskap om hørselstap, samt sine muligheter og forutsetninger for å tilrettelegge for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag for eldre hørselshemmede? ”

For å utdype problemstillingen er disse forskningsspørsmålene formulert:

- Hvordan beskriver ansatte sine kunnskaper om hørselstap?
- Hvordan beskriver de ansatte sine strategier for samhandlingen og kommunikasjon med eldre hørselshemmede i hverdagen?
- Hvordan beskriver de ansatte muligheter og utfordringer knyttet til tilrettelegging for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag?

Teoretisk forankring: Oppgaven vil gjennom relevant teori og forskning belyse sentrale temaer og begreper som danner det teoretiske grunnlaget vi vil drøfte resultatene ut fra. Dette omfatter hørselssystemets funksjon og oppbygning, aldersbetinget hørselstap, og dets konsekvenser for taleforståelsen, kommunikasjon og psykososial trivsel. Videre tar oppgaven for seg rammer som er viktige for tilrettelegging av god kommunikasjon, derav kommunikasjonsstrategier og lyttemiljø. Til slutt ser oppgaven kort på forutsetninger for god alderdom og sykehjemmets rolle.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming og benytter semistrukturert intervju som metode. Intervju med seks informanter danner grunnlaget for datamaterialet i denne studien, disse ble rekruttert fra ulike sykehjem i ulike deler av Norge. Informantene har et stort alder- og erfaringsspenn, består av en mann og fem kvinner, og er faglærte eller ufaglærte assistenter. Malteruds systematiske tekstkondensering er anvendt som analysemetode (Malterud, 2017).

Funn: Intervjuene belyser at en sykehjemhverdag er travel, består av mange ulike arbeidsoppgaver, og en rekke behov som må ivaretas. Informantene beskriver strategier de tar i bruk ved kommunikasjon, hensyn de må ta, utfordringer de møter og muligheter som skapes både av sykehjemmene og i lys av deres egen kompetanse. De forteller om sine kunnskaper rundt bruk av hjelpemidler og konsekvensene de ser at hørselstap har for de eldre. De opplever alle at de har god kompetanse rundt dette temaet og beskriver mye av denne kunnskapen som erfaringsbasert. De forteller også om mangel på formell opplæring og kunnskapsformidling rundt temaet hørsel og kommunikasjon, og ulike praksiser og rutiner for oppfølging av beboere med hørselstap.

Konklusjon

Informantene har mye relevant erfaringsbasert kunnskap. Vi finner svakheter i at kunnskapen kan regnes som uformell og «taus», og at den er ufullstendig sett opp mot eldre hørselshemmedes behov. Studien konkluderer med at de ansattes muligheter og forutsetninger for tilrettelegging er direkte knyttet til tre faktorer; kunnskapen de har, kunnskapen som gjøres tilgjengelig for dem, samt organisatoriske og strukturelle forhold innenfor sykehjemmet. Det er behov for et standardisert grunnlag for hva som kan regnes som nødvendige kunnskaper og god intern praksis.

Forord

Tiden min på dette masterstudie er i ferd med å nærme seg slutten. Studietiden gikk fortere enn jeg hadde trodd, og har vært en utrolig flott tid med mye lærdom og flotte mennesker. Da jeg startet på audiopedagogikkstudiet var det slett ingen selvfølge at jeg kom til å fullføre en masteroppgave. Det er derfor med stor stolthet at jeg nå skriver forordet til min ferdige oppgave. Jeg så tidlig at det ville bli aktuelt for meg å utsette innleveringen min, og jeg er utrolig stolt over at jeg nå fullfører i mitt eget tempo. Dette har vært en lærerik prosess, og selv om deler av skriveprosessen har vært krevende, kjenner jeg en enorm mestringsfølelse over å kunne få presentere funnene mine og dele disse med verden.

Jeg vil takke min veileder Björn Lyxell. Takk for gode tilbakemeldinger gjennom denne prosessen, det har hjulpet på humøret og motivasjonen når ting har stått fast. Jeg vil takke informantene som tok tid ut av egen arbeidshverdag for å la seg intervju, og sykehjemmene som tilrettela for at dette kunne gjennomføres. Etter Covid- 19 utbruddet stengte sykehjem ned for besøkende, og det ble veldig usikkert hvordan jeg ville klare å få nok informanter til å fullføre. Jeg vil derfor takke de informantene som tok tid ut av egen hverdag og gjennomførte intervjuer via Zoom, dere trådte til i en tid hvor alt var svært usikkert og «reddet» denne oppgaven. Takk alle sammen, for at dere viste interesse og delte av dere selv og deres erfaringer. Takk for tilliten. Jeg håper dere får nytte av resultatet.

Tusen hjertelig takk til min egen familie for all støtte, trøst og gode ord når dette prosjektet har virket litt håpløst for meg. Takk til min fantastiske pappa, som har vært en støtte gjennom hele studietiden. Takk for at du bruker av tiden og tålmodigheten din for å rette opp i alle skrivefeil, grammatikkfeil, og stadig forsøker å lære din voksne datter hvordan hun skal bruke «komma». Takk for at du alltid stiller opp for meg, og vil at jeg skal lykkes. Det betyr alt for meg.

Takk til gode studievenninner, spesielt Heidi. Du har vært svært savnet i andre enden av sofaen de siste månedene. Kunne jeg spolt 1,5 år tilbake i tid, hadde vi skrevet sammen! Takk til min gode venninne Camilla. Takk for at du er så god og tålmodig, og for alle forslag og oppmuntrende ord. Du har heiet på meg jevnt, og det betyr utrolig mye for meg. Takk til Astri som har brukt av sin tid, kunnskap og kompetanse og gitt meg oppmuntrende ord og gode tilbakemeldinger. Du er fin å ha, og jeg gleder meg til vi sees.

Stor takk til alle venner som har vært tålmodige med meg når dette har vært krevende. Jeg gleder meg til å kunne leve litt med dere igjen.

Oslo, November, 2020

Marte Nyman

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	2
1.2	Oppgavens problemstilling og formål.....	3
1.3	Kvalitativ eller kvantitativ forskningstilnærming.....	4
1.4	Intervju som metode og fenomenologisk forståelsesramme.....	6
1.5	Oppgavens oppbygning og begrensninger.....	7
2	Teoretisk forankring.....	9
2.1	Hørsel.....	9
2.1.1	Hvordan hører vi?.....	9
2.1.2	Aldersbetinget hørselstap.....	12
2.1.3	Hørselshjelpemidler.....	14
2.2	Hørselstap og kommunikasjon.....	16
2.2.1	Psykososiale konsekvenser.....	17
2.2.2	Forutsetninger for god kommunikasjon.....	19
2.2.3	Sykehjemmets rolle.....	22
3	Metode.....	24
3.1	Utvalg.....	24
3.2	Rekruttering.....	25
3.3	Intervjuguide og gjennomføring.....	26
3.3.1	Forskerens forforståelse.....	28
3.4	Analysemetode og analyseprosess.....	29
3.5	Reliabilitet, validitet og overførbarhet.....	32
3.6	Etiske vurderinger.....	34
4	Resultater.....	37
4.1	Kommunikasjon og samspill.....	37
4.2	Kunnskap og kompetanse.....	43
5	Drøfting av resultater.....	48
5.1	Strategier for samhandling og kommunikasjon.....	48
5.2	Muligheter og utfordringer knyttet til samhandling og god kommunikasjon....	52
5.2.1	Arenaer for samhandling og kommunikasjon.....	52
5.2.2	Utfordringer knyttet til hverdagskommunikasjon.....	54
5.2.3	Fysisk utforming og lyttemiljø.....	56
5.3	Hvordan beskriver ansatte sine kunnskaper om hørselstap?.....	59
5.3.1	Høreapparat og øvrige hjelpemidler.....	59
5.3.2	Konsekvenser av hørselstap.....	61
5.3.3	Mangel på rutiner og formell opplæring.....	63
6	Avslutning.....	68
6.1	Oppsummering.....	68
6.2	Konklusjon.....	69
6.3	Veien videre.....	70

Litteraturliste	72
Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD	78
Vedlegg 2. Informasjonsskriv	81
Vedlegg 3. Samtykkeerklæring.....	84
Vedlegg 4. Intervjuguide.....	85

Antall ord: 24257

1 Innledning

I Norge ønsker man å bo hjemme så lenge det er mulighet for det. Både politikken og organiseringen rundt eldreomsorgen handler om nettopp dette, å la eldre bo hjemme så lenge det er mulig, til tross for sykdom og funksjonssvikt (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Når det så ikke lenger er en mulighet å bo i eget hjem, vil man som oftest finne best pleie på et sykehjem. Ofte vil dette sammenfalle med et nokså omfattende pleiebehov (Waalder, 2005). Eldre på sykehjem er en sårbar gruppe som i høy grad er avhengig av de ansatte for å få dekket sine basale behov og for å oppleve en meningsfull hverdag (Paulsen, Harsvik, Halvorsen & Nygård, 2004). I folkehelse rapporten fra folkehelseinstituttet legges det vekt på fire faktorer som viktige for god aldring, disse er: *Høy kognitiv aktivitet, høy fysisk aktivitet, et aktivt sosialt liv og et godt kosthold*. «Aktivitet og fellesskap» er også et av hovedpunktene i Helse- og omsorgsdepartementets kvalitetsreform for eldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Dette gjenspeiler at livskvalitet for mange eldre er avhengig av tilgang til et fellesskap og meningsfulle aktiviteter. Et hørselstap betegnes ofte som et kommunikasjonshandikapp. Det påvirker vår evne til å delta i meningsfull samhandling med våre omgivelser. Forskning viser at hørselstap hos eldre påvirker deres evne til meningsfull kommunikasjon og er forbundet med opplevelse av sosial isolasjon, demens og depresjon. (Gates & Mills, 2005).

Et hørselstap kan utvikle seg gradvis eller inntreffe plutselig, og dette kan skje når som helst i livet. Allikevel ser vi en høyere prevalens av ervervede hørselstap i forbindelse med alderdom (Tye-Murray, 2015). FHI anslår at 3 av 4 personer over 75 år i Norge har et hørselstap som har betydning for kommunikasjonen (Folkehelseinstituttet, 2014). Ettersom forventet levealder i Norge øker, vil dette i kombinasjon med store fødselskull etter andre verdenskrig, føre til en stadig økende andel eldre de kommende årene. Riktig bruk av hjelpemidler og tilrettelegging for hørselshemmede er en viktig faktor for å øke deltaking i fellesskap, tilegning av informasjon, og en følelse av at man har kontroll over eget liv (Tye-Murray, 2015; Chew & Yeak, 2010). Et hørselstap er noe man kan leve godt med, og følgeplager som isolasjon og depresjon kan forebygges. Det vil også være individuelt i hvor stor grad et hørselstap vil påvirke et individ negativt, men all forskning peker på at en betydelig assosiasjon mellom hørselstap og negative følgeplager (Weinstein, 2015).

Selv med bruk av høreapparat er individet med hørselstap ofte avhengig av at deres samtalepartner tilrettelegger kommunikasjonen dem imellom (Anderson et al., 2007). Slik tilrettelegging krever kunnskap. Tidligere forskning på området har vist at kunnskapen blant de ansatte på sykehjem ikke er så god som man kunne ønske og at hørsel ikke er et fagområde med høy prioritet på sykehjem (Solheim, Shiryaeva og Kværner, 2016). Det finnes begrenset med forskning gjort på sykehjem i Norge og vi vet lite om hvorfor kunnskapsnivået tilsynelatende er lavt. Vi vet derimot at både faglige, politiske og økonomiske føringer legger rammene for hvordan sykehjem driftes, og disse iverksettes gjennom aktuelle lover og forskrifter (Helsedirektoratet, 2018).

På et sykehjem vil hovedansvaret for tilrettelegging og oppfølging av hørselstap ligge på ledelsen, sykepleiere og de ansatte som skal følge opp. Dette er et ansvar for å skape et godt miljø for kommunikasjon, kunnskap om riktig bruk, håndtering og vedlikehold av hjelpemidler, kunnskap rundt oppfølgingen av et hørselstap, og kunnskap til å gjenkjenne og forebygge psykososiale konsekvenser av et hørselstap (Grue, 2011). I denne sammenhengen er det viktig å vurdere og å kunne si noe om hvilke forutsetninger de ansatte på sykehjem selv opplever de har, for å kunne ivareta slike oppgaver og et slikt ansvar.

1.1 Bakgrunn

Utdanningen til audiopedagogyrket gir grunnleggende kunnskaper om hørselens anatomi, funksjon, ulike hørselstilstander, hvordan ulike hørselstap kan påvirke mennesker og hvilken effekt hjelpemidler som høreapparat egentlig har. Dette er kunnskap det kan være vanskelig å tenke seg til når man har en normalt-fungerende hørsel. Mange vil tenke på et høreapparat som et “mekanisk øre”, og at det har tilnærmet samme effekt som en brille for en person med dårlig syn. Men for en person som benytter seg av høreapparat, vil evnen til å oppfatte et fullstendig lydbilde være sårbart på mange områder (Gates & Mills, 2005). Det er en rekke faktorer ved samtalepartner og miljøet man omgir seg i, som kan svekke det kommunikative utbyttet (Anderson et al., 2007; Tye- Murray, 2015). Mange eldre ønsker heller ikke å bruke høreapparatene sine, eller har ikke nytte av dem av ulike grunner (Cole & Chasin, 2015)

Cochleaimplantater kan være et godt alternativ for eldre, med stort eller alvorlig hørselstap, som ikke har nytte av sine høreapparater (Gates & Mills, 2005).

Det finnes informasjon om hørselstap, hjelpemidler og tilrettelagt kommunikasjon tilgjengelig på nett, i form av brosjyrer, tekst og videoer fra interesseorganisasjoner som hørselshemmedes landsforbund (HLF.no). Dette kan være god og grunnleggende informasjon, men vi vet lite om i hvilken grad det brukes på norske sykehjem, eller oppleves som tilstrekkelig. Vi må ta høyde for kompleksitetene som utgjør en sykehjemshverdag, og eventuelle utfordringer som er unike her. Det er viktig å inkludere og anerkjenne erfaringene som opparbeides over år, og som danner en grunnleggende kunnskap og kompetanse for de ansatte på norske sykehjem. Det er hensiktsmessig å kunne spørre hvordan ting er, hvorfor det er slik, og om det er slik man ønsker at det skal være. Det er denne informasjonen denne studien ønsker å belyse, og av denne grunn er det hensiktsmessig å avdekke de ansattes egne perspektiver og opplevelser rundt nettopp dette.

1.2 Oppgavens problemstilling og formål

I lys av forskers egen læringskurve innenfor hørsels-feltet, og innsikt i hørselens betydning for kommunikasjon og fellesskapsopplevelsen, oppleves dette temaet som både aktuelt og viktig. Også forskningen forteller oss at dette er en aktuell problemstilling. I en studie av Solheim et al (2016) kartlegges kunnskapen rundt ivaretagelse og oppfølging av hørselstap hos eldre på norske sykehjem, og studien finner et betydelig kunnskapsgap blant ansatte. I studien, som ble gjennomført ved bruk av spørreskjema og baserer seg på 192 respondenter, oppgir respondentene et ønske om mer kunnskap og informasjon for å bedre imøtekomme behovene til de eldre med hørselstap (Solheim et al, 2016). Denne informasjonen åpner for spørsmål om hvordan dette arter seg på individnivå, og hvordan det oppleves når det sees i sammenheng med andre variabler som tidspress, flere diagnoser og en hverdag med gjøremål som skal løses. Hvorfor får hørsel en så, tilsynelatende, liten plass i sykehjemmets hverdag når prevalensen av hørselstap blant eldre er så høy (FHI, 2014; Solheim et al., 2016)? I hvilken grad påvirker et dokumentert kunnskapsgap personalet i deres daglige omgang med de eldre som har et hørselstap (Solheim et al., 2016)?

Det er disse spørsmålene som har bidratt til formuleringen av studiens problemstilling:

” Hvordan beskriver ansatte på sykehjem sin kunnskap om hørselstap, samt sine muligheter og forutsetninger for å tilrettelegge for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag for eldre hørselshemmede? ”

For å utdype problemstillingen ble disse forskningsspørsmålene formulert:

- Hvordan beskriver ansatte sine kunnskaper om hørselstap?
- Hvordan beskriver de ansatte sine strategier for samhandlingen og kommunikasjon med eldre hørselshemmede i hverdagen?
- Hvordan beskriver de ansatte muligheter og utfordringer knyttet til tilrettelegging for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag?

De ansattes eget perspektiv kan fortelle oss noe om hva som oppleves som utfordrende, hvilke muligheter som finnes og hvilken kompetanse de selv opplever at de har rundt denne problematikken. Spørsmålene krever at vi tilnærmer oss dette feltet på de ansattes premisser og forutsetninger. Håpet er at funnene i denne studien vil på sikt kunne bli en inngangsport til kunnskapsspredning og kompetanseheving.

1.3 Kvalitativ eller kvantitativ forskningstilnærming

Kvantitative og kvalitative metoder er to svært forskjellige fremgangsmåter innen forskning med ulike styrker og kvaliteter. De er dermed egnet til å svare på ulike typer forskningsspørsmål og problemstillinger.

Kvalitative metoder retter seg mot den overlappende påvirkningen mennesker, hendelser og situasjoner har på hverandre og individets opplevelse av dette. I kvalitativ forskning vil datamaterialet være i form av tekst eller bilde og hentes inn gjennom blant annet observasjoner, dokumentanalyser eller intervju. Gjennom analysen av datamaterialet dannes en forståelse av de fenomener det forskes på. Økt forståelse for individer eller gruppers opplevelse av sin hverdag er et overordnet mål ved kvalitativ forskning (Dalen 2011). For å kunne avdekke dybdekunnskap om individets opplevelse vil det derfor være hensiktsmessig å benytte et kvalitativt design (Maxwell, 2013).

Kvantitative metoder og data fokuserer i stor grad på variabler, målbare enheter og statistikk og bygger ofte sine analyser og konklusjoner på større mengder data. Metodene er godt egnet til å måle spesifikke og avgrensede aspekter av et fenomen (Creswell and Creswell, 2018). Det er denne typen kunnskap som kommer frem av forskningen som er gjort av Solheim, et al (2016), som tidligere er trukket frem i denne oppgaven. Dette er et godt eksempel på kvantitativ forskning som baserer seg på et høyt antall respondenter for å si noe om behovet for økt kunnskap rundt hørselstap på norske sykehjem. Resultatene av slik studie vil, på bakgrunn av metoden, være gjeldene for de svært mange norske sykehjem.

Ifølge Kvale og Brinkman (2015) må man ikke ha et stort antall informanter for å gjøre grundige tolkninger, og si interessante ting om samfunnet eller grupper (Kvale og Brinkman, 2015). Konklusjonene som fremlegges i kvalitativ metode, vinkles i et helhetsbilde som tar sikte på å vise hvordan tilstander er i den virkelige verden, hvor forskjellige faktorer påvirker hverandre (Creswell and Creswell, 2018). Denne studien baserer seg på et lite utvalg informanter og studiens formål er ikke å generalisere, men å danne et grunnlag for innsikt og forståelse i et felt og en tematikk hvor man tidligere har sett lite forskning. Informasjonen denne studien ønsker å frembringe, handler både om kompetanse og problemløsning på tvers av mange ulike og krevende situasjoner, her er informantene eksperter på sitt felt.

Informantene må ta hensyn til en rekke faktorer i sitt daglige arbeid. De har mange og varierte arbeidsoppgaver som krever en tilnærming tilpasset menneskene de arbeider med. Hverdagen er sammensatt og oppleves ulik. Forsker må, i størst mulig grad, legge bort sin forforståelse av temaet og være åpen for de innfallsvinkler informantene kommer med (Malterud, 2017). Datagrunnlaget vil kunne gi oss gode beskrivelser av informantenes

opplevelser og tanker gjennom bruk av åpne spørsmål og en fleksibilitet som en kvantitativ tilnærming vil mangle.

Et overordnet mål med denne studien er å avdekke ny informasjon, da spesielt det som dreier seg rundt sosiale fenomener. Å se på likheter og forskjeller på individnivå med utgangspunkt i informantenes egne utsagn. Denne typen kunnskap blir skapt gjennom forståelse og mening som oppstår i møtet mellom mennesker i sosial samhandling (Postholm, 2005). Det er opplevelsen som informantene selv besitter, oppgaven har som formål å avdekke og å si noe om. Et kvalitativt forskningsdesign er derfor godt egnet for å svare på denne oppgavens problemstilling. En slik tilnærming velges derfor.

1.4 Intervju som metode og fenomenologisk forståelsesramme

Et intervju defineres som en utveksling av synspunkter mellom to personer rundt et felles tema. Et forskningsintervju har som mål å produsere kunnskap og er preget av både profesjonalitet, men også den dagligdagse talen (Kvale og Brinkmann, 2015). Et kvalitativt forskningsintervju kan ta mange former og kan være strukturert eller mindre strukturert avhengig av typen informasjon man ønsker å avdekke (Dalen, 2011) Det er vanlig at kvalitative forskningsintervju er mindre strukturerte og benytter seg av åpne spørsmål som tar sikte på å avdekke informantenes synspunkter og meninger (Creswell and Creswell, 2018). Intervju som metode for å innhente data er derfor godt egnet for å hente inn informasjon fra informantenes dagligliv som tar utgangspunkt i deres egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2015).

I denne oppgaven ble det benyttet semistrukturert intervju som metode for innsamling av data. Ved bruk av semistrukturert intervju vil informantene føle seg frie til å utforske sine egne opplevelser og fortelle fritt innenfor rammene av temaet som er satt (Kvale og Brinkman, 2015; Creswell and Creswell, 2018).

Denne oppgaven benytter seg av en fenomenologisk forståelsesramme. Dette kommer spesielt til uttrykk under forskningsintervjuene og bearbeidelsen av datamaterialet. I kvalitativ forskning er fenomenologien et begrep som brukes for å formidle en interesse for å forstå sosiale fenomener med utgangspunkt i de intervjuedes egne perspektiver og deres beskrivelser av sine opplevelser. Det er altså informantens egne opplevelser som danner rammene for det vi utforsker gjennom intervjuet og analysen, dette blir vår fenomenologiske forståelsesramme. Allikevel må en være bevisst på at det er intervjueren som gjør fortolkningene, og det krever at man tar inn over seg hele bilde av hva som blir sagt og hvilken mening som ligger bak (Kvale og Brinkmann, 2015; Creswell and Creswell, 2018).

1.5 Oppgavens oppbygning og begrensninger

I de påfølgende kapitlene vil denne oppgaven ta for seg studiens teoretiske forankring, metode, resultater, drøfting og deretter avslutning hvor studiens konklusjon presenteres. Den teoretiske forankringen vil legge det faglige grunnlaget for aktuelle hørselsfaglige begreper og kunnskap. Dette kapitlet vil ta for seg det forsker mener er grunnleggende for å gi leseren en forståelse for hørselens kompleksitet. I tillegg vil det redegjøres for aktuelle begreper som fremkommer under intervjuene og gjør seg gjeldene i oppgavens drøftingskapittel. Her finner vi også en naturlig avgrensning innenfor oppgavens tematikk, og den vil ikke ta for seg hørselsfaglige aspekter som faller utenfor informantenes beskrivelser. Oppsummert vil kapitlet gjennomgå hørselens oppbygning og anatomi, dets betydning for verbal kommunikasjon, og det aldersrelaterte hørselstaps natur. Oppgaven ser videre på psykososiale konsekvenser et hørselstap kan medføre og forutsetninger for god kommunikasjon. Til slutt i dette kapitlet belyser oppgaven kort sykehjemmets rolle, og aktuelle styrings- og kvalitetsdokumenter som sier noe om forutsetninger for god alderdom. Denne oppgaven vil ikke ta for seg hvordan sykehjemmene forvalter sine lovpålagte plikter hva angår rehabilitering og omsorg. Det vil allikevel trekkes frem aspekter som er relevante for rehabilitering, som *kan* gi et bilde av hva som er ønskelig praksis, og hva som ifølge helse og omsorgsdepartementet (2018) ansees som indikatorer på god alderdom (helse og omsorgsdepartementet, 2018).

I kapittel tre vil oppgaven redegjøre for det metodiske grunnlaget. Her redegjøres det for fremgangsmåtene og valgene forskeren har tatt i utviklingen av dette studiet. Dette inkluderer bruk av semistrukturert intervju, og valg av analysemetode. Dette fremlegges med en antakelse om at leseren har en viss forforståelse for tilnærmingen som er benyttet. Studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet drøftes i lys av oppgavens metodikk og forskerens fremgangsmåte. Avslutningsvis redegjøres det for de etiske vurderinger som er tatt i forbindelse med denne studien.

I oppgavens fjerde kapittel vil resultatene av datainnsamlingen og den påfølgende analysen fremlegges. Funnene i dette kapittelet blir drøftet i kapittel fem. Det vil drøftes i lys av ulike tolkningsmuligheter, samt aktuell forskning og fagkunnskap på feltet. Studiens drøftingsdel preges av at funnene aktualiseres i flere ulike og overlappende kontekster. Det er forsøkt å skape struktur i dette kapittelet basert på oppgavens forskningsspørsmål, og oppsummeringer ved hvert delkapittel.

Studien avslutning gir leseren en kort oppsummering basert på slutningene fra kapittel fem, før en kort konklusjon fremlegges som svar på studiens problemstilling. Oppgaven avsluttes ved å se på studiens aktualitet og veien videre i lys av studiens funn.

Det kan være hensiktsmessig å definere bruk av begrepene «kunnskap» og «kompetanse». Studiens problemstilling sier at det i hovedsak ønskes å se på informantenes kunnskap, og deres beskrivelser av kunnskap. Kunnskap kan defineres som viten, eller innsikt, og i denne konteksten kan kunnskapen være opparbeidet av erfaringer (Holmen, 2020). Kunnskapen beskrives som god eller relevant i den forstand den samsvarer med kunnskapen vi finner i faglitteraturen. Ved kompetanse sikter forskeren til informantenes evne til å, eksempelvis, skape muligheter for kommunikasjon (store norske leksikon, 2020). Det vil i tillegg til dette bli relevant for oppgaven å se på kunnskapens natur.

2 Teoretisk forankring

I dette kapitlet vil denne studiens teoretiske forståelsesramme legges frem. Denne danner grunnlaget funnene vil drøftes ut ifra. Det vil redegjøres for hvordan hørselssystemet fungerer og hvordan den muliggjør vår taleforståelse. Det vil redegjøres for hva som utgjør et aldersbetinget hørselstap, og hvordan aktuelle hjelpemidler fungerer. Utover dette vil det redegjøres for begreper som kommunikasjon, psykososiale konsekvenser og forutsetning for god kommunikasjon. Oppgaven vil kort se på sykehjemmets rolle, og hva som utgjør forutsetninger for god aldring.

2.1 Hørsel

Hørselen er vår evne til å oppfatte lyd og betegnes som en fjern-sans. Sammen med synet bidrar hørselen til å gi oss kontroll over miljøet vi beveger oss i, vi bruker i stor grad lydsignaler til å orientere oss i omgivelsene våre. Ulike lyder og lydmiljøer sier oss noe om hvor vi er, hva som er bak oss og hva som kan komme rundt neste sving. Hørselen har mange praktiske funksjoner vi ikke alltid er bevisste på, og i naturen er hørselens hovedfunksjon å varsle om fare. Hørselen spiller også en viktig rolle i verbal kommunikasjon. Hørselssystemet er avansert og består av flere deler. Gjennom ulike prosesser føres lydsignalene fra lydbølger i luft og inn til hørselssenteret i hjernen hvor vi tolker talesignalet (Stack, 2010). Vi skal nå se nærmere på hvordan lyd og det auditive systemet fungerer og hva som skjer når det svikter.

2.1.1 Hvordan hører vi?

Hørselssystemet består av to deler. Dette er *øret* og enkelte deler av *hjernen*. For at vi skal kunne høre må disse to samarbeide. Ørets oppgave er å overføre lydbølger luften til hørselssenteret i hjernen hvor lydene tolkes (Krokstad & Laukli, 2007). Lydbølger er trykkbølger som skapes av vibrasjoner. Lydbølger kan spres gjennom luft, vann eller andre materialer. Når lyd får reise uhindret gjennom luft, vil den kunne spre seg langt og i alle retninger, men lydstyrken vil gradvis avta. I et rom hvor lyden møter hindringer vil lyden

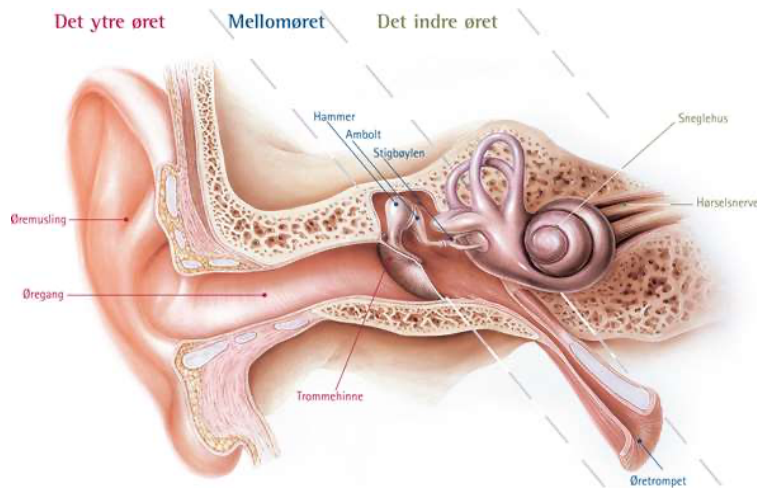
absorberes eller reflekteres. Hvordan lyd utbreder seg i forskjellige lokaler vil påvirke talekommunikasjon mellom mennesker. Hvordan lyden sprer seg bestemmes også av lydtryknivå, og frekvens. Dette er også faktorer som bestemmer hvordan vi oppfatter lydene rundt oss. Lydtryknivå angis i desibel (dB) og sier oss noe om hvor høy eller lav lyden oppleves. Frekvens angis i hertz (Hz) og sier oss om lyden er dyp eller lys. Mennesker kan høre frekvenser fra 20Hz, dette er dyp bass lyd, opp til 20 000 Hz, som er lys lyd. Mennesker vil kunne oppfatte lyd med lydstyrke fra -10dB til over 120dB, lyder over 120db vil derimot kunne gjøre vondt. (Stack, 2010; Arlinger, Jauhiainen, Jensen, 2007). Lyden vi hører rundt oss består av komplekse frekvenser og lydtrykksvariasjoner. For å forstå lydsignalenes reise er det nødvendig å se nærmere på hvordan øret fanger opp og sender disse inn i hjernen slik at vi kan forstå det. Vi begynner med å se nærmere på øret, dette kan deles i tre deler, *det ytre øret*, *mellomøret* og *det indre øret*.

Det ytre øret er den delen av øret vi kan se. Det består av øremuslingen og øregangen inn til trommehinnen. Øremuslingen bidrar til å samle lydbølger og styre dem inn i øregangen, den beskytter også øret. Øregangen viderefører lydbølgene, det er også her vi produserer *serumen* eller ørevoks. Trommehinnen finner vi innerst i øregangen. Lydbølgene i luften ledes inn i øregangen og skaper vibrasjoner i trommehinnen. Trommehinnen danner et naturlig skille mellom det ytre øret og mellomøret.

Mellomøret er hulrommet innenfor trommehinnen. Her finner vi ørebenskjeden, den består av hammeren, ambolten og stigbøylen. Hammeren er festet til trommehinnen og ambolten, og ambolten er igjen festet til stigbøylen. Stigbøylen sitter mot *det ovale vindu* i sneglehuset. Trommehinnens vibrasjoner fører til bevegelse i ørebenskjeden. I denne prosessen omgjøres lydbølgene i luft til mekaniske bevegelsesenergi.

I *Det indre øret* finner vi *cochlea*, som ofte kalles sneglehuset. Sneglehuset er en væskefylt kompleks struktur, og inni denne finner vi hårcellene. Hårcellene er sanseceller og ligger langs hele sneglehuset. Stigbøylens vibrasjoner inn og ut av det ovale vindu ved sneglehusets begynnelse danner vibrasjoner i vesken som fyller sneglehuset. Når vibrasjonene inne i sneglehuset treffer hårcellene omgjøres disse vibrasjonene til elektriske signaler. Disse sendes langs den 8. hjernenerve til hørselssenteret i hjernen. Vibrasjonene gjenspeiler lydenes frekvens og intensitet, men også hårcellenes plassering i sneglehuset påvirker hvilke frekvenser de plukker opp og sender videre. Hårcellene er viktige komponenter i å formidle en nyansert og rik hørselsopplevelse (Stack, 2010; Jauhiainen et al, 2007). Hjernen vår bearbeider lyd på flere ulike nivåer, både bevisst og ubevisst og det involverer mange

komplekse kognitive prosesser (Arlinger et al., 2007; Arnqvist et al., 2007). Tale består av lydmønstre som er kompliserte i frekvens, tid og nivå, og krever andre kognitive prosesser enn for eksempel musikk (Jauhiainen et al., 2007).



Figur 1: Ørets anatomi. Kilde: HLF.no

Talespråket vårt ligger i frekvensområdet mellom 250Hz og 8000Hz. Grunntonen og melodien i språket vårt ligger i de lavere frekvensene, her finner vi vokallydene. I de høyere frekvensene, over 1500Hz, finner vi konsonantlydene. Dette er et viktig skille fordi konsonantlydene utgjør de mest meningsbærende elementene i talen vår, det er her vi finner språkets nyanser, og det er viktig for taleoppfattelsen å kunne identifisere disse høye frekvenslydene (Cole & Flexer, 2011). I språket vårt utgjør vokallydene ca. 90% av lydbildet, og er den viktigste bidragsyteren til lydnivået. Derimot utgjør vokallydene bare 10% av de meningsbærende lydene, og bidrar lite til å forstå tale. Konsonantlydene utgjør bare 10% av lydbildet i talen, men bidrar med 90% av de meningsbærende talelydene. Et hørselstap i de høyere frekvensområdene vil kunne svekke vår evne til å skille mellom de ulike konsonantlydene og gjøre taleoppfattelse vanskelig. Det er altså en forskjell mellom lydsensitivitet og lyddifferensiering. Et menneske kan oppfatte lyd, men allikevel ha problemer med å differensiere mellom de ulike lydene (Cole & Flexer, 2011). De ulike lydene som utgjør vårt talespråk har ulike frekvenser, derfor vil hørselstap som rammer forskjellige frekvensspektrum bidra ulikt til å hemme taleoppfattelsen (Arlinger, Landström, Lauklic & Öhrström, 2007).

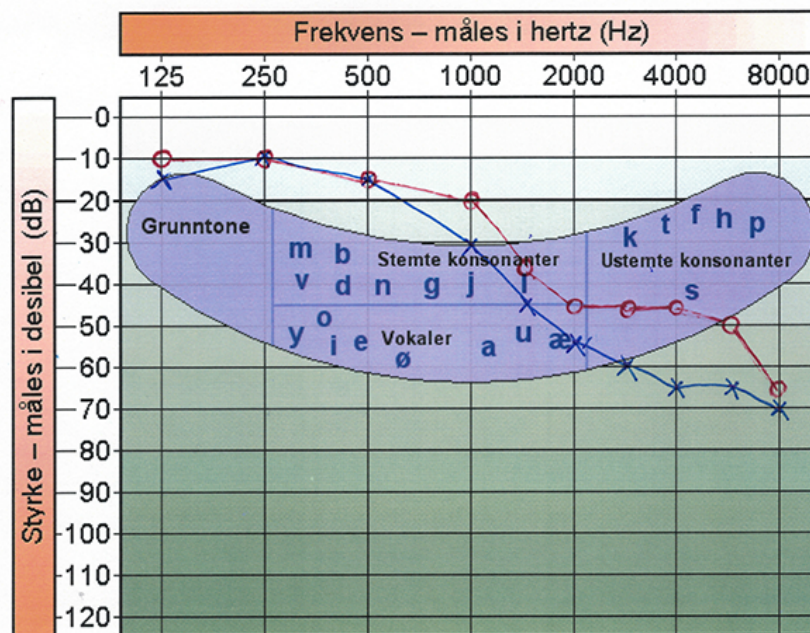
2.1.2 Aldersbetinget hørselstap

Vi skiller mellom *medfødte* og *erhvervede* hørselstap. Ervervede hørselstap oppstår vanligvis etter språkinnlæring, men kan inntreffe når som helst i livet og av ulike grunner. Årsaker som kan føre til hørselstap er ulykker, støyskader, ulike medisinske årsaker eller genetiske betingelser. Vi skiller også mellom *mekaniske* og *sensorinevralt* hørselstap. Ved mekaniske hørselstap ligger årsaken i mellomøret. Ved sensorinevralt ligger årsaken i sneglehuset eller i hørselsbanene opp til hjernen (Tye- Murray, 2015; Arlinger, Jauhiainen, Jensen, 2007).

Normalhørsel for voksne ligger mellom 0 og 25dB. Vi måler hørselen på frekvensspekteret 125 – 8000 Hz. Normalhørsel vil si at man hører lyder som har lavere lydstyrke enn 25dB. Jo mer lydstyrke man har behov for, jo større er hørselstapet. Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserer hørselstap slik:

- Lett: 26-40dB
- Moderat: 41-60dB
- Stort: 61- 80dB
- Alvorlig/døvhet: 80dB og over (Arlinger et al, 2007).

Aldersbetinget hørselstap kalles ofte Presbycusis, og er en av hovedårsakene til hørselstap hos voksne. Et aldersbetinget hørselstap kjennetegnes av at det er et sensorinevralt, bilateralt, symmetrisk og progredierende. Det vil si at man får et tilnærmet likt hørselstap på begge ører (bilateralt). Progredierende hørselstap utvikler seg over tid, noen ganger så sakte at man ikke selv legger merke til det før man har et nokså stort hørselstap. Presbycusis kjennetegnes også ved at det rammer de høye frekvensene (Stack, 2010). Dette er av betydning ettersom det er disse frekvensene vi er avhengige av for å forstå tale. Audiogrammet i illustrasjonen nedenfor viser hørselskurven ved et typisk aldersbetinget hørselstap. Den røde kurven representerer det høyre øret og den blå kurven representerer det venstre. Talebananen viser en omtrentlig fordeling av talelydene våre i frekvensområde og lydstyrke, ved normaltale. Dette illustrerer hvordan de ustemte konsonantene faller utenfor det hørbare området ved et typisk aldersbetinget hørselstap (Figur. 2).



Figur 2: Hørselskurve ved Presbycusis og talebanan. Kilde:audiografen.no

Presbycusis er blant annet en konsekvens av hårcellenes degenerering i aldersprosessen. I en aldringsprosess vil noen celler fortsette å regenerere mens nerveceller og sanseceller gjør ikke det. Dette påvirker hørselssystemets evne til å ta imot og videreføre signaler; det blir mindre sensitivt. Det er observert færre hårceller hos personer over 70 år (Arlinger et al, 2007). Presbycusis innebærer også at de funksjonene som behandler auditiv input i hjernen påvirkes av alder i ulik grad. Hørselssystemet som helhet er aldersavhengig og alle strukturer i det auditive system er sårbare for aldringsprosessen. Vi vil også måtte ta høyde for genetiske ulikheter, miljøfaktorer og belastningen livet før alderdommen har hatt på det enkelte individ (Stack, 2010; Arlinger, et al, 2007; Weinstein, 2015). Det er stor variasjon knyttet til når et aldersbetinget hørselstap kan oppstå, og hvor raskt det utvikler seg, men vi vet at prevalensen stiger i takt med alder. I Hørselsundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT) fant de at 62% av alle over 65 år hadde et hørselstap, mens for aldersgruppen over 80 år var dette tallet steget til 90% (Aarhus, Kvestad, Tambs & Engdahl, 2012; Solheim et al, 2016).

Endring i kognisjon er en vanlig konsekvens av aldringsprosessen. Kognitive funksjoner innebærer evnene til å motta informasjon, minne og hukommelse, og tankeprosesser. Som en

følge av alderdommen vil man kunne oppleve endringer i oppmerksomhet, arbeidsminne og evne til å behandle informasjon. Dette kan også påvirke taleoppfattelse, spesielt i støyfulle omgivelser. Det vil også kunne påvirke evnen til å motta og lære ny informasjon og tilpasningsdyktighet (Tye- Murray, 2015). Det spekuleres i om hørselstap har en sammenheng med kognitivt forfall og demens. Det er funnet at eldre med hørselstap hadde høyere prevalens for utvikling av svekkede kognitive evner over tid, sammenlignet med normalthørende (Weinstein, 2015). Det er allikevel uklart om det finnes en direkte sammenheng eller om disse tilstandene oppstår parallelt som en konsekvens av aldringsprosessen (Stephens & Kramer, 2010).

2.1.3 Hørselshjelpemidler

Det finnes ingen operasjon eller annen medisinsk behandling som kan gjenopprette et sensorinevralt hørselstap. I tillegg til kommunikasjonstrening og veiledning er tilpassing og bruk av hørselstekniske hjelpemidler en vesentlig komponent i en rehabilitering, da særlig bruk av høreapparater (Arlinger, Jauhiainen & Jensen, 2007; Aarhus et al, 2012).

Det finnes en rekke ulike høreapparater, men disse deles hovedsakelig i to grupper: bak- øret (BTE) og alt- i- øret (AIØ) apparater. BTE apparat kalles også en ørehenger og henger på baksiden av brukers øre. I tillegg til selve apparatet består denne av en ørepropp eller dome, denne sitter i øregangen, og en slange som går mellom apparatet og dommen eller proppen. AIØ apparater er mindre og sitter direkte i øregangen. Begge apparater har filter, dette skal hindre ørevoks i å trenge inn i høreapparatet. Ved valg av apparat som passer til brukeren, er motoriske ferdigheter en faktor å vurdere. AIØ apparater kan være svært små og krevende for eldre mennesker å håndtere (Groth & Christensen, 2015; Stack, 2010).

Høreapparat er et ofte brukt kommunikasjonshjelpemiddel. Et høreapparat er en lydforsterker og tilpasses den enkelte brukers hørselstap og behov. Det har til hensikt å kompensere for den nedsatte lydfølsomheten et hørselstap forårsaker (Anderson et al., 2007). De vil derimot ikke kunne erstatte en normalhørsel, og det tar ofte tid å tilvenne seg bruk av høreapparat (Gates & Mills, 2005). Det finnes også en rekke andre hørselstekniske hjelpemidler, som samtaleforsterkere, lyttehjelpemidler til TV og streamere som kan kobles til telefon og

lignende. (NAV, 2019). I Norge kan man søke stønad til hørselstekniske hjelpemidler (HLF, 2020).

Bruk av høreapparater krever vedlikehold og oppfølging for å optimalisere utbytte. Plager som oppstår på grunn av dårlig vedlikehold av både ører og apparat inkluderer oppbygning av ørevoks, øresvette, akustisk tilbakekobling/feedback og dårlig tilpassing. Disse plagene kan føre til at et høreapparat ikke fungerer optimalt eller at det oppleves som ubehagelig. En av hovedårsakene til at høreapparat ikke fungerer optimalt er ørevoks. Ørevoks kan ligge i ørekanalen og blokkere for lyd, det kan blokkere filteret eller slangen på høreapparatet, og det kan ødelegge komponenter inni høreapparatet. Høreapparater er også utsatt for fuktighet både inni og bak øret, og dette kan føre til oppblomstring av både bakterier og sopp. Et annet vanlig problem er akustisk tilbakekobling eller feedback; det er dette som skjer idet høreapparatet hyler eller piper. Dette oppstår idet lyd fra forsterkeren (som sender lyden inn i øret) treffer mikrofonen (som fanger opp lyden) og igjen blir forsterket på vei ut. Dette danner en forsterkningsloop og kan skape veldig høy lyd. Denne pipingene kan forårsakes av at apparatet ikke sitter slik det skal, ødelagt slange eller propp, dårlig tilpasset propp eller ørevoks i ørekanalen. Dette oppstår også om man tar av og på apparatet før det er avslått. Det finnes også andre grunner til piping og det rådes å oppsøke audiograf om problem med piping i høreapparat vedvarer. Mange benytter seg også av pipelyden for å sjekke at apparatet har batteri og fungerer ved å legge det i hånden og klemme. Enhver produsent av høreapparater vil ha egne anbefalinger vedrørende vedlikehold og bruk, og ofte vil det medfølge rensutstyr og instruksjoner (Cole & Chasin, 2015).

Presbycusis vil, i tillegg til å være et sensorinevralt hørselstap, også omfatter kognitive utfordringer med å håndtere auditiv informasjon. Eldre er mer sårbare for støy og forstyrrelser ved taleoppfattelse. Alle disse aspektene av aldring resulterer i at mange eldre ikke opplever god effekt av sine høreapparater alene. Bruk av eksterne mikrofoner, hvor lyden sendes direkte fra taler til høreapparat, har vist seg å ofte være en god måte å møte disse utfordringene på (Stack, 2010; Anderson et al., 2007).

2.2 Hørselstap og kommunikasjon

Kommunikasjon er et bredt konsept og omhandler hvordan mennesker utveksler informasjon mellom hverandre. Kommunikasjon kan ta både muntlig og ikke muntlig form og man kan kommunisere med talespråk, tegnspråk, gester og kroppsspråk, og skriftspråk.

Kommunikasjon krever ofte sosial samhandling mellom en eller flere personer og er en relasjonell handling. Selv om kommunikasjon kan ta mange former, ansees verbal kommunikasjon å være essensielt i dannelse og opprettholdelsen av sosiale funksjoner og relasjoner. Det vil si at det verbale språket gir oss evnen til å kommunisere på et nivå hvor vi møter samfunnets krav og forventninger. Dette er en forutsetning for deltakelse i storsamfunnet, dannelse av nye relasjoner og opprettholdelse av nettverk på en funksjonell og selvstendig måte (Stephens & Kramer, 2010).

Et hørselstap er et kommunikasjonshandikapp i den forstand det går ut over evnen til å oppfatte tale. Sviktende hørsel vil føre til energikrevende og vanskelig kommunikasjon. Man vil oppleve å ikke kunne oppfatte hva som blir sagt i omgivelser med bakgrunnsstøy, dårlig akustikk eller i situasjoner hvor mange prater samtidig. Man kan se på det som en barriere mellom den hørselshemmede og omverden. Der hvor kommunikasjonen tidligere fløt raskt, uhindret og gjensidig vil den nå kreve mer innsats i form av gjentakelse og tydelig tale og være sårbar for misforståelser og feiltolkninger (Tye- Murray, 2015).

Manglende evne til å formidle eller motta kommunikasjon vil kunne påvirke et individ på kritiske områder i livet og fører til et handikapp med påvirkning på alle områder hvor kommunikasjon er forventet og påkrevd. Et kommunikasjonshandikapp vil dermed kunne påvirke kvaliteten og hyppigheten av våre sosiale interaksjoner, og det er vist at mennesker med hørselstap har mindre sosiale nettverk en normalthørende (Stephens & Kramer, 2010). Det er ingen klar sammenheng med hørselstapets alvorlighetsgrad og et individs opplevde utfordringer, det er individets opplevde tap av funksjon og manglende evne til deltakelse i ulike aspekter av dagliglivet, som vil styre i hvilken grad et hørselstap blir et funksjonstap (Williams, Falkum, & Martinsen, 2015).

2.2.1 Psykososiale konsekvenser

Psykososial helse dekker i denne sammenhengen et spekter av holdninger og reaksjoner som oppstår i forbindelse med hørselstap. Ifølge Stephenson og Kramer (2010) er dette emosjonelle, kognitive, mellommenneskelige, fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner. Det er i kombinasjonene av disse vi kan si noe om hvordan et hørselstap påvirker et individ på et psykososialt plan (Stephenson & Kramer 2010).

Negative mestringsstrategier

Mange hørselshemmede ser på seg selv som en byrde for andre, og får en økt følelse av å være handikappet i sosiale situasjoner de ikke mestrer. Det er spesielt i det relasjonelle, hvor muntlig kommunikasjon står sentralt, en person med nedsatt hørsel kan oppleve å ikke fungere på det nivået det forventes eller kreves for å kunne dyrke den sosiale relasjonen (Stephens & Kramer, 2010). Det er også knyttet stigma til det å være hørselshemmet og å bruke hjelpemidler (Tye- Murray, 2015). Negative mestringsstrategier er strategier som ofte brukes for å minske opplevelsen av ubehag i forbindelse med misforståelser eller andre utfordringer assosiert med hørselstap (Gomez & Madey, 2001). Williams et al (2015) legger frem hvordan hørselshemmede individer ofte bruker en rekke unnvikelsesstrategier for å minske egen opplevelse av ubehag, dette inkluderer blant annet å trekke seg unna/unngå sosiale situasjoner, skjule høreapparatet eller hjelpemiddelet sitt fra andre, og å late som om man oppfatter det andre sier (Williams et al., 2015). Disse skiller seg fra positive mestringsstrategier, som for eksempel å spørre samtalepartner om å gjenta eller å snakke tydelig, ved å ikke fremme god kommunikasjon. Individet vil ikke nødvendigvis oppfatte mestringsstrategien sin som negativ og dermed fortsette å bruke den forutsatt at den oppleves effektiv. Anderson et al(2007) deler disse inn i *problemfokusede coping strategier*, og *emosjonsfokusede coping strategier*. Problemfokusede strategier retter oppmerksomheten mot faktoren som forårsaker stresset, kilden til problemet, hvorav den hørselshemmede aktivt forsøker å få kontroll over situasjoner ved og for eksempel gi uttrykk for egne behov eller stiller krav til samfunnet rundt. Dette vil kunne påvirke kommunikasjonsutbyttet positivt. Emosjonsfokusede strategier fokuserer på følelsen som oppstår i en utfordrende situasjon, disse er i stor grad unnvikende og passive og vil ta sikte på å dempe en følelse av eget ubehag (Anderson et al, 2007). Gomez og Madey (2001) fant i sin studie av eldre hørselshemmede, at eldre i større grad brukte negative mestringsstrategier som et resultat av at de ikke klarte å

tilpasse seg tilværelsen med hørselstap, og opplevde å ikke ha støtte i miljøet rundt seg. Studien konkluderer med at det psykososiale aspektet av et hørselstap må adresseres i tilfeller hvor eldre strever med å mestre eget hørselstap (Gomez & Madey, 2001)

Ensomhet

Ensomhet er ofte assosiert med hørselstap, og det er funnet at mennesker med betydelige hørselstap ofte opplever dyp ensomhet og sosial isolasjon (Stephenson & Kramer, 2010; Mick, Kawachi & Lin, 2014; McCreedy et al., 2018). Forskning viser at hørselstap assosieres med dårligere livskvalitet ettersom det hemmer kommunikasjon og deltakelse i dagliglivets arenaer hvor kommunikasjon er påkrevd (Dalton et al., 2003). Eldre mennesker med fem eller flere nærkontakter har ofte en bedre livskvalitet enn de med færre. Eldre mennesker med tilgang til og utbytte av samtalepartnere og nære relasjoner, har også økt motivasjon til å mestre et eventuelt hørselstap (Tye- Murray, 2015).

Tilpasningsdyktighet

Et individs mulighet for å mestre eget hørselstap er avhengig av fleksibilitet og tilpasningsevne. Man må aktivt være i stand til å mestre endringer, problemløsning, tilegne seg informasjon og justere rutiner etter behov. Dette er kognitive funksjoner som forfaller ettersom man eldes og mister fleksibilitet og tilpasningsdyktighet.

Eldre mennesker kan oppfattes av andre som forvirrede, demente eller aggressive, uten tilstedeværelse av demens, men som konsekvens av et hørselstap. Dette kan være et resultat av dårlig kommunikasjon og bruk av negative mestringsstrategier, for eksempel å svare på noe annet enn det spørres om, trekke seg unna, unngå situasjoner eller utrykke irritabilitet, sinne og frustrasjon. Disse reaksjonene kan komme av opplevd stress (Tye- Murray, 2015).

Fysiologiske reaksjoner

Anspenhet, angst og stress er vanlige fenomen hos mennesker med hørselstap. Anstrengelsen for å høre, og det opplevde presset for å oppfatte informasjonen riktig, kan føre til stressreaksjoner og utmattelse (Stephens & Kramer, 2010). Ifølge Clausen (2003) er tretthet og utmattelse mer utbredt blant hørselshemmede enn i den helhetlige befolkningen. Mange opplever også muskelstivhet i nakken, dårlig konsentrasjon og dårlig søvnkvalitet. Dette omtales ofte som følgeplager, og forårsakes av individets anstrengelse for å kompensere for eget hørselstap (Stephens & Kramer, 2010; Clausen, 2003).

Sammen med følelser av stigmatisering, frustrasjon, skam og dårlig selvfølelse vil stress, anspenthet, utmattelse, angst, ensomhet- og depresjon være reelle psykososiale konsekvenser av et hørselstap.

2.2.2 Forutsetninger for god kommunikasjon

Vi vet at hørselstap er et kommunikasjonshandikapp i den forstand et hørselstap går ut over et individs evne til å oppfatte dagligtale. Høreapparater og andre hjelpemidler er nettopp det, hjelpemidler. De er ikke en kur for hørselstap eller kommunikasjonshandikapp, men kan gjøre kommunikasjon mulig og bedre, under de riktige forholdene. Forutsetninger for god kommunikasjon ligger i hvordan en samtalepartner evner å tilpasse seg behovene til den hørselshemmede og hvordan omgivelsene er tilrettelagt for å fremme et godt lydmiljø. Andre variabler som påvirker kommunikasjon kan være bruk av funksjonelle og godt tilpassede hjelpemidler, og en persons evne til å benytte seg av munnavlesning (Tye. Murray, 2015).

Kommunikasjonsstrategier

Kommunikasjonsstrategier er måter å tilpasse kommunikasjonen slik det sikres best mulig kommunikativt utbytte. Slike strategier kan benyttes av den hørselshemmede eller samtalepartner som aktive verktøy for økt utbytte og flyt i et kommunikasjonsforløp (Tye-Murray, 2015). Undersøkelser viser at tilfeller hvor hørselshemmede instruerte sin samtalepartner i hvordan best optimalisere kommunikasjonen, opplevde 60 % dette som nyttig (Clausen, 2003). Tilpassingsbehov kan være individuelle, og i mange tilfeller vil det være avhengig av den hørselshemmedes evne til å identifisere hvor eller i hvilke situasjoner kommunikasjonen svikter, og til å gi sin samtalepartner gode instruksjoner. Det er også samtalepartner(e)s ansvar å følge anvisning og å praktisere inkluderende fellesskap (Tye-Murray, 2015). Tye- Murray (2015) mener nærpersoner eller mennesker i hyppig dialog med hørselshemmede, burde motta trening i spesifikke kommunikasjonsstrategier. Dette inkluderer også ytere av helsetjenester. Det finnes ulik aktuell faglitteratur som foreslår grep en samtalepartner kan ta for å bedre kommunikasjonsforholdene:

- Synlig ansikt. Være bevisst på å ha ansiktet vendt mot personen man prater med, ikke snur ansiktet bort eller legge hånden foran ansikt eller munn.

- Være bevisst lysforhold. Ansiktet til personen som prater må være godt synlig og man bør ikke ha sterke lyskilder bak seg, dette svekker synlighet.
- Snakke rolig og tydelig. Ved bruk av tydelig tale og pauser vil den hørselshemmede med større letthet kunne prosessere samtalen i flere deler.
- Unngå å rope. Taletydelighet er ikke nødvendigvis forbundet med økt volum. Ofte vil en økning i stemmeleie føre til et økt nivå i vokallydene fremfor konsonantlydene, noe som forringer taleoppfattelsen.
- Vær nær. Ved nærhet vil lydsignalenes vei være kort og man vil miste minst mulig informasjon på vei fra sender til mottaker. Er man langt unna eller i et annet rom er det urimelig å anta at den hørselshemmede personen vil kunne oppfatte hva som formidles.
- Korte og tydelige formuleringer. Unngå lange setninger med mye overflødig informasjon og vær konkret i formuleringene. Da vil man på best mulig måte kunne sikre at innholdet forstår riktig. Eldre lyttere er også sårbare for lengre komplekse budskap og trenger ofte mer kontekstuell informasjon for å kunne oppfatte et kommunikativt helhetsbilde (Gates & Mills, 2005; Tye- Murray, 2015; Huttunen et al., 2007; Weinstein, 2015)..

Det fremheves også at en samtalepartner må ha empati og forståelse for utfordringene hørselshemmede møter i kommunikasjonsammenheng, og utøve tålmodighet i praktiseringen og utviklingen av gode kommunikasjonsstrategier (Tye- Murray, 2015).

Tilpassede omgivelser

Sosiale sammenkomster hvor mennesker snakker i munnen på hverandre skaper store kommunikative utfordringer for hørselshemmede. Andre faktorer, som gjør kommunikasjon krevende, er forskjellige typer bakgrunnsstøy, dårlig akustikk og musikk (Clausen, 2003). I tilrettelegging for hørselshemming er omgivelsene en kritisk del av helheten. Dette innebærer å identifisere de aspektene av det fysiske rommet eller omgivelsene, som bidrar til å skape utfordringer, og finne måter å tilpasse disse på for å forbedre det kommunikative utbytte til alle parter (Stephens & Kramer, 2010). Støy og støyfulle omgivelser påvirker taleoppfattelsen negativt. Støy er uønsket lyd som forringer kommunikasjon. *Signal- støyforhold* er forholdet mellom det man ønsker å fokusere på, ofte talesignalet, og bakgrunnsstøyen (Cole & Flexer, 2011). Mennesker med nedsatt hørsel vil ha behov for mye gunstigere signal/støy forhold enn normalthørende for å kunne oppfatte tale. Støynivået vil måtte være 5-10 dB lavere enn det

normalthørende krever for å god taleoppfattelse. Dette vil si at støyfulle omgivelser vil gå negativt ut over evnen til å oppfatte tale, som man vanligvis ville oppfattet i omgivelser med et bedre signal/støy forhold. Eldre hørselshemmede har dårligere forutsetninger for å kunne oppfatte tale i støy enn yngre mennesker med samme hørselstap, dette kan ha sammenheng med forfall av kognitive funksjoner. Når talesignalet vi fokuserer på blir upresist, er vi i større grad avhengig av kognitive evner for «kompensere» for dette ved å fylle inn informasjonen som mangler. Dette er kompliserte prosesser som preges av aldring (Arlinger, Landström, Lauklic & Öhrström, 2007; Huttunen et al., 2007).

Støy kan også være et resultat av dårlig akustikk. Akustikk er lydbølgenes refleksjon i overflatene i et rom. En lydbølge sendes ut i et rom og reflekteres av nesten alle typer bygningsmaterialer, dette fører til at lydbølgen kastes rundt i rommet og bygger opp et komplisert lydfelt. Ulike materialer reflekterer lyder ulikt, noen materialer absorberer mye lyd, mens andre materialer gir oss det vi kaller etterklang. Etterklang er forsinket lyd. I musikk setter vi ofte pris på etterklangen og den komplementerer ofte den musikalske opplevelsen ved at den tar vare på lydenergien som sendes ut. I tale vil etterklang kunne være svært forstyrrende. For hørselshemmede vil etterklang gå ut over taleforståelsen, både med og uten bruk av høreapparat. Etterklangstiden vil kunne øke i større rom, men avtar også ved bruk av for eksempel lydabsorberende materialer.

Lydabsorberende materialer kan også føre til vanskeligheter med taleoppfattelse. Ofte vil disse føre til at lyden ikke bærer like langt. Den delen av lydbilde som forsvinner først er diskantlydene, mens basslydene bærer lenger. Vi husker at de lyse diskantlydene utgjør de meningsbærende lydene i språket vårt, og idet disse forsvinner, påvirker det taleoppfattelsen. Utformingen av rom har betydning for dette. Gardiner og tynne tepper absorberer diskant, men ikke bass. Tykke og tyngre mineralullmatter må benyttes for å absorbere bass og dermed forbedre lytteforholdene (Krokstad & Laukli, 2007). Høreapparatbrukere er sårbare for dårlig romakustikk. Det anbefales bruk av eksterne mikrofoner nær lydkilden(taleren) for å fange opp lydsignal av god kvalitet og sende det direkte til mottakers høreapparater. Det akustiske miljøet vil altså ha stor betydning for nytteverdien av et hjelpemiddel, som høreapparat (Anderson et al., 2007).

2.2.3 Sykehjemmets rolle

Det blir stadig flere eldre i Norge, i 2018 var 4% av befolkning over 80 år. Det regnes at dette tallet vil dobles innen de neste 20 årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Omsorgtjenestene i Norge er et samarbeid mellom kommune og stat, hvor kommunene har hovedansvaret for å utvikle et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den som trenger det (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Det anslås at cirka 40 000 eldre over 67 år bor på sykehjem, og av disse vil svært mange ha et hørselstap og behov for tilrettelegging og bistand i hverdagen for å mestre dette (Solheim, 2016; Folkehelseinstituttet, 2014).

Stortingsmelding 15 – *Leve hele livet* (2018), er en kvalitetsreform for eldreomsorgen, denne trådte i kraft januar 2019. Her vektlegges blant annet aktivitet og fellesskap, hverdagsmestring, miljøbehandling, og systematisk kartlegging og oppfølging, som sentrale elementer i arbeid for god aldring. Det inngår i disse elementene at aktivitet og fellesskap er en betydningsfull trivsels- og helseforutsetning for eldre. Helse og omsorgsdepartementet legger i denne reformen frem tydelige mangler i aktivitetstilbud til eldre. Dette er basert på dialogmøter og brukerundersøkelser, hvor det avdekkes et behov for aktivitetstilbud som er tilpasset den enkelte, mulighet til samtale, og behov for motivasjon og støtte. I en oppsummering av hovedutfordringene fremheves ensomhet. Dette skyldes blant annet endring i funksjonsnivå, samt aktivitetstilbud som ikke er tilpasset den enkeltes behov (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). *Leve hele livet* (2018) legger også frem gode fysiske og psykososiale rammebetingelser som ledd i *miljøbehandling*. Miljøbehandling er et av flere forebyggende tiltak mot utfordringene som beskrives i denne reformen. Miljøbehandling i form av fysiske og sosiale rammebetingelser beskrives som gode lydforhold og tilgjengelige hjelpemidler. (Helse og omsorgsdepartementet, 2018).

Sykehjemmet har en viktig rolle i å kartlegge og følge opp sansetap (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Grue (2011) understreker at det er en sykepleierfaglig oppgave å optimalisere sansemiljøet rundt pasienten. Hun understreker viktigheten av undervisning og veiledning av personalet rundt pasienten, pasienten selv, og pårørende, som viktige ledd i et rehabiliteringsarbeid. Her nevnes kommunikasjonsteknikk, som et viktig tema. Det kreves at sykepleiere på sykehjem er faglig oppdatert i henhold til disse fagfeltene og at sykepleier er et godt eksempel når det kommer til positiv samhandling. Det er viktig å ha kjennskap til

muligheter for nye hjelpemidler når behovet melder seg. Det anbefales at bestemte personer får ansvaret med å følge opp den enkelte pasients bruk og nytte av et hjelpemiddel (Grue, 2011). Utvikling og bruk av ansattes kompetanse i systematisk observasjon, kartlegging og oppfølging med mål om å kunne fange opp utvikling av sykdom og funksjonstap, beskrives som en viktig forutsetning for å kunne sette i gang tiltak (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Ifølge Tye- Murray (2015) vil det være aktuelt at personalet på sykehjemmet fastsetter og samles rundt noen aspekter av en rehabiliteringsplan for eldre med hørselstap.

Kompetansespredning blant personal om hvilke konsekvenser et hørselstap har for kommunikasjon, hensiktsmessige kommunikasjonsstrategier og hvordan å tilrettelegge miljøet rundt pasienten for optimalt kommunikasjonsutbytte vektlegges også her. Hun understreker at hørselsrehabilitering i en sykehjemsinstitusjon vil by på særegne utfordringer (Tye- Murray, 2015).

Slike særegne utfordringer vil være tilstedeværelsen av flere medisinske tilstander på samme tid. Dette kalles komorbiditet. Alderdom er forbundet med fremtredelsen av flere kroniske sykdommer, og over 50% av eldre vil ha tre eller flere diagnoser. Både hørsel og synssvikt er en vanlig følge av alderdom og disse oppstår uavhengig av hverandre (Weinstein, 2015). Et alvorlig sansetap kan ha store fysiske begrensende konsekvenser. Eldre er mer utsatte for fall og skader, som resultat av dette (Weinstein, 2015; Grue, 2011). Andre diagnoser kan være høyt blodtrykk, artritt, diabetes, hjertesykdommer, konsekvenser av slag og demens. Demens er en samlebetegnelse for flere tilstander, som fører til nedsatt kognitiv funksjon. Dette kan innebære hukommelsestap, desorientering, tap av ADL- funksjoner, tap av språklige evner og nedsatt evne til å tolke og prosessere språk og visuell informasjon (Tye- Murray, 2015).

Hørselstap og demens opptrer ofte sammen. Det er, som vi har sett, noe uklart i hvilken grad hørselstap fører til demens. Hørselstap kan derimot føre til kognitive anstrengelser, som vil gå negativt ut over kognisjon som helhet (Stack et al., 2009). I dette tilfelle vil godt tilpassede hjelpemidler kunne ha effekt på opprettholdelsen av kognitive funksjoner (Tye- Murray, 2015).

3 Metode

Dette kapitlet vil ta for seg prosedyrene for utvalget og rekruttering som ble benyttet i denne studien. Videre redegjøres det for utarbeidelsen av intervjuguiden og gjennomførelsen av intervjuene. Forskerens forforståelse vil kort presenteres før studiens valg av analysemetode og gjennomføring av denne gjennomgås. Begrepene reliabilitet, validitet og overførbarhet drøftes opp mot studiens metodiske valg og aktualitet til oppgaven. Avslutningsvis vil det sees på de etiske vurderingene som er lagt til grunn og hvordan disse har gjort seg gjeldende i forskningsprosessen.

3.1 Utvalg

Studiens informanter består av 5 kvinner og en mann. De representerer et stort spenn i både alder og erfaring da den yngste deltakeren er 20 år og fortsatt lærling, mens den eldste er utdannet helsefagarbeider og har vært i arbeid på sykehjem i over 30 år. Studien søkte spesifikt etter faglærte eller ufaglærte i større stillinger eller med lang erfaring, dette gjenspeiles i informantene hvor begge grupper er representert. Alle deltakerne har erfaring fra, eller jobber for øyeblikket, på somatiske avdelinger. Fire av informantene oppgir også blandede pasientgrupper med både demens og psykiatri. Det oppgis stort spenn på størrelsen på avdelingene informantene jobber på, med 8 til 30 beboere på hver etasje. Alle informantene oppgir at det er beboere med hørselstap på deres avdeling og at det er «mange» som hører dårlig. En av informantene mener opptil 80% av beboerne hører dårlig. Alle informantene oppgir at et fåtall av beboerne som hører dårlig, også benytter seg av hjelpemidler. Det kommer også frem i forkant av, eller iløpet av intervjuene at to av de seks informantene har personlig erfaring med hørselstap. Dette byr på interessante perspektiver som vil gjøre seg gjeldene i oppgavens drøftingsdel. En av disse har et betydelig hørselstap og bruker høreapparater daglig. Den andre har et mildt hørselstap og bruker høreapparater mer sporadisk.

Å velge en informantgruppe som gir relevant og god informasjon er viktig når man skal definere sitt utvalgt og bedrive rekruttering i et kvalitativt forskningsdesign (Maxwell, 2015). Det ble derfor valgt å skille mellom sykepleiere og helsefagarbeidere eller ufaglærte. Sykepleiere er fåtallige og ofte har spesialoppgaver og administrative ansvarsområder. Fagarbeidere og andre ufaglærte assistenter er de som gjennom praktiske oppgaver som stell, matlaging og lignende har mest tid sammen med beboerne, men er også den gruppen med minst formell utdanning og spesialisering. Det ble valgt å ikke skille på faglært og ufaglært ettersom det ikke finnes noe formelt skille på oppgavene disse gruppene tildeles på avdeling. Det ble i rekrutteringsprosessen spesifisert at det var ønskelig med personal ved somatisk avdeling fremfor demens avdeling, dette var derimot ikke et absolutt krav. Det ble i denne studien også spesifisert et ønske om én informant per sykehjem. Dette for å forhindre at funnene i dataen ble begrenset til noen få sykehjemskulturer.

Det var i utgangspunktet ønskelig med 4-6 informanter til denne studien. Dette med hensyn til en masteroppgaves begrensede omfang og hvilken tid forskeren hadde til både rekruttering, transkribering og analyse, som er tidkrevende arbeid. Når det da ble valgt å søke mellom 4 og 6 informanter var dette både av praktiske hensyn og fordi det ansås som et nødvendig antall for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Dette er i tråd med oppgavens formål og omfang, som er viktige faktorer å ta hensyn til når det kommer til å definere et utvalg (Magnusson og Marecek, 2015).

3.2 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen startet ved å finne en oversikt over Oslo kommunes sykehjem på deres nettsider og kontakte sykehjemmenes daglige ledere. Dagsenter, eller helse og rehabiliterings hus, samt sykehjem med spesialformål som psykiatri eller demens ble ekskludert fra rekrutteringen. Daglig leder ble kontaktet via telefon, deretter ble informasjonsskriv sendt på mail. Det lyktes studien å rekruttere tre informanter fra Oslo og Bærum kommune. Det ble sendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring på mail. Informantene fikk tilbud om å møtes på egen arbeidsplass, kafe eller hjemme hos forsker. En viktig motivator for informantene var at de kunne delta på intervjuet som en del av sin

arbeidstid, og at sykehjemmets ledelse ønsket å tilrettelegge for prosjektet ble en viktig faktor.

Tidlig i januar 2020 varslet kinesiske myndigheter om utbrudd av Covid-19 sykdommen som følge av viruset SARS-CoV-2. Dette viruset spredte seg raskt til Europa og verden, og 12 mars 2020 erklærte WHO utbruddet som en pandemi (Folkehelseinstituttet, 2020). 12 mars 2020 erklærte statsminister Erna Solberg at Norge ville innføre inngripende tiltak. Blant disse var streng kontroll av besøkende til sykehjem (Regjeringen, 2020; Helsedirektoratet, 2020). Dette gjorde at studiens rekruttering stoppet opp ettersom det ikke lenger var mulig å få adgang til sykehjem eller personalet som jobbet der. Den eneste måten å innhente mer data var gjennom videomøter med aktuelle informanter ved bruk av videokonferanseverktøyene Zoom eller Skype. I et forsøk på å rekruttere ble det lagt ut en utlysning etter informanter til studien på Facebook. Utlysningen fikk god respons og det lyktes studien å rekruttere tre nye informanter fra ulike steder i landet. Intervjuene ble deretter gjennomført over Zoom.

Det er nødvendig å reflektere over hvordan de ulike rekrutteringsmetodene påvirket hvem som ønsket å stille som informanter og hvilken påvirkning dette kan ha fått på de innsamlede dataene. Thaagard (2009) sier at blant annet at konteksten for innsamling av data, og forskers relasjon til informantene er nødvendige aspekter å ta stilling til om man skal kunne argumentere for reliabilitet ettersom dette er faktorer som påvirker informasjonen forskeren får (Thaagard, 2009). Det kom frem i prosessen at flere av studiens informanter hadde personlig erfaring med hørselstap, eller var i nær relasjon til andre personer med hørselstap. Dette må sees på som en faktor som påvirket deres motivasjon for å delta i dette studiet, og fører til ulikheter i kontekst for innsamling av data. Det bør understrekes at dette ikke var et resultat av de ulike rekrutteringsmetodene ettersom informanter med personlig erfaring med hørselstap viste seg i begge grupper.

3.3 Intervjuguide og gjennomføring

Det ble som tidligere nevnt formulert tre forskningsspørsmål i forbindelse med studiens problemstilling. Disse forskningsspørsmålene ble ledende i formulering av hovedtemaer for

intervjuguiden. Det ble utviklet en intervjuguide med tematiserte spørsmål. Dette gav større frihet til å følge informantene i deres fortellinger med trygghet i at «manuset» ville lede tilbake til de temaene som på forhånd var definert som viktige å utforske. Ifølge Kvale og Brinkman (2015) vil et intervju som preges av spontanitet, åpne for å hente inn levende og uventede svar i større grad enn et mer strukturert intervju. Et mer strukturert intervju vil på den andre siden være mer oversiktlig i en senere analyse og man vil lettere kunne finne og strukturere begreper (Kvale og Brinkman, 2015).

Intervjuguiden inneholder en «bli kjent» del, hvor det kartlegges demografiske aspekter. Etter dette følger temaene; «*Kunnskap om hørselstap*», «*Kommunikasjon og samspill*» og «*Tilrettelegging*». Som uerfaren forsker og intervjuer var det viktig å ha en tematisk struktur og å utarbeide spørsmål på forhånd av intervjuet. Samtidig var det ønskelig å gjøre intervjusituasjonen uformelle og åpne for det informanten ønsket å tilføre.

Å lage gode intervju spørsmål handler ikke om å omgjøre forskningsspørsmålene til intervju spørsmål, men å formulere spørsmål som er genuine, lett forståelige og som skaper rom for informanten til å dele et bredt spekter av sine erfaringer (Maxwell, 2013). Spørsmålene ble formulert på en så genuin måte som mulig, med utgangspunkt i at forsker ikke har tilstrekkelig forkunnskaper om hverdagen på sykehjem, og aktivt søker informasjon fra informantene rundt dette. Under utarbeidelsen av spørsmålene måtte forsker også aktivt jobbe med å slippe antakelser og forutinntattheter hun hadde om hvordan en sykehjemshverdag artet seg, også kalt for forståelse. Gjennom disse dynamiske prosessene ble det formulert spørsmål som gjenspeilet det studien ønsket kunnskap om.

I forkant av informantintervjuene ble det utført et pilotintervju med en bekjent av forsker som tidligere hadde jobbet på sykehjem. Det var verdifullt å få tilbakemeldinger på intervjuteknikk og spørsmålene i intervjuguiden. Det ble deretter gjort enkelte justeringer på spørsmål og formuleringer. Det ble gjennomført intervjuer som ble tatt opp på diktafon og transkribert i sin helhet. Tekstmaterialet som fremkom under transkriberingen utgjorde oppgavens datamateriale og dannet grunnlaget for den videre analysen. Gjennomføringen av intervjuene med de tre første informantene ble gjennomført på arbeidsplassen etter deres ønske. De tre siste intervjuene ble utført over Zoom. Alle intervjuene startet med småprat hvor forsker fortalte ytterligere om hvordan intervjuet ville foregå, bruk av båndopptaker osv. Bruk av båndopptaker var positivt for dialogen og samspillet under intervjuet, og gjorde at

forsker kunne være mer tilstede i selve intervjusituasjonen. Intervjuene varte mellom 25 og 40 minutter.

Intervjusituasjonene artet seg svært forskjellig. Noen informanter hadde mye på hjertet og fikk fortelle fritt, mens andre informanter svarte kortere, noe som krevde mer utdypende spørsmål for å avdekke informasjon. Under intervjuet ble det brukt teknikker som inngår i «aktiv lytting», disse brukes for å bistå informantene i å utforske temaet det prates om med økt selvtillit og trygghet (Magnusson og Marecek, 2015). Dalen (2011) understreker at den kvalitative intervjuformen bygger på menneskelig samspill og fremhever begrepet «intersubjektivitet» som en forutsetning for styrket validitet. Intersubjektivitet skapes i relasjonen mellom intervjuer og informant og dannes av fellesopplevelsen de deler. Dette forholdet påvirker forskerens mulighet til å tolke informanten. Dette vil igjen prege forskerens fortolkninger av intervjumaterialet (Dalen, 2011). I tillegg til å praktisere aktiv lytting og formulere spørsmål som inviterte til dialog, ble det også her viktig for forskeren å legge bort forforståelsen og være åpen, interessert og empatisk til det informantene formidlet. Forskerens forforståelse vil redegjøres for i neste delkapittel.

Etter at båndopptakeren var slått av ble det satt av tid til å svare på spørsmål, fortelle litt mer om studiens formål og forskerens bakgrunn som audiopedagogstudent. Dette viste seg å være et engasjerende tema og det resulterte i gode samtaler. Dette førte også til en trygghet om at informantene som deltok i denne studien fikk en positiv erfaring. Intervjuguide finnes i vedlegg.

3.3.1 Forskerens forforståelse

Forforståelse handler om å anerkjenne at forskeren i forkant av forskningsprosessen er påvirket av meninger og oppfatninger vi har til fenomenet som skal studeres (Dalen, 2011). Disse oppfatningene dannes av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen for prosjektet (Malterud, 2017). I tilfellet med kvalitativ forskning er forskeren en integrert del av selve forskningsprosessen, og en ren objektiv tolkning eller gjenfortelling av en hendelse eller et intervju vil ikke la seg gjøre. For å imøtekomme dette

redegjøres det for forskerens forforståelse i et forsøk på å være transparent (Maxwell, 2013; Thagaard, 2009).

Gjennom arbeidet med denne prosessen har forskeren stadig forsøkt å bevisstgjøre seg, og avdekke flere lag av egen forforståelse. Både under innhenting og arbeidet med datamaterialet har det vært viktig å la informantenes stemmer få rom og å la deres perspektiver og opplevelser føre veien videre. Forsker hadde på forhånd lite kunnskap rundt kompleksiteten som utgjør hverdagen på sykehjem. Forskerens forforståelse rundt studiens tematikk i forkant av studien er at hørselstap blant eldre blir nedprioritert sammenlignet med andre diagnoser, at det finnes lite formell kunnskap rundt hørselstap og dets konsekvenser, og at tidspres er en faktor som kan føre til dårligere kommunikasjonsutbytte for de eldre.

3.4 Analysemetode og analyseprosess

Dette kapitlet vil ta for seg analyseprosessen og se på hvilke valg som er tatt for å bringe frem resultatene av forskningsarbeidet.

Metoden som er brukt for å analysere dataene er inspirert av Malteruds (2017) «Systematiske tekstkondensering» (STC). Dette er en analysemodell som er godt egnet for nybegynnere og baserer seg på en systematisk gjennomførelse av analyseprosessen i fire faser. STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, hvor formålet er å utvikle kunnskap om informantenes opplevelser og deres *livsverden*. Hensikten med analysen er å identifisere, samt å gi en god og objektiv gjengivelse av fenomenene informantene beskriver og dermed gi ny innsikt til disse. Gjennom disse beskrivelsene vil man kunne identifisere og se nærmere på kjente eller ukjente fenomener (Malterud, 2017). For en kvalitativ analyse inspirert av fenomenologi er det viktig å sette sine forutinntattheter til side, for å kunne ta inn over seg deltakernes opplevelser slik de uttrykker dem. Redegjørelse av forforståelse, slik vi har sett, er derfor en viktig del av STC.

STC er som nevnt en systematisk analyse. Ved å trinnvis redegjøre for hvordan analysen har foregått, blir det forsøkt å tydeliggjøre grunnlaget for fortolkningene som blir gjort og

dermed grunnlaget for konklusjonene i denne studien (Malterud, 2017). Videre vil de fire trinnene i STC gjennomgås og det vil redegjøres for hvordan de er brukt i analysearbeidet. For å kunne systematisk gjennomgå de fire fasene har de fått de hensiktsmessige navnene; «helhetsinntrykk», «koding», «kondensering» og «syntese» basert på Malteruds (2017) egne beskrivelser av de ulike fasene.

Helhetsinntrykk

I denne fasen er fokuset å bli kjent med materialet ved å gjennomlese uten å systematisere stoffet videre. Dette er et foreløpig steg i organiseringen av materialet og brukes for å danne tanker om hvilke tema som intuitivt fanger oppmerksomheten (Malterud, 2017).

Etterhvert som intervjuene ble gjennomlest hadde forsker godt kjennskap til det empiriske materialet og en klar fornemmelse av de ulike informantenes stemmer i det skriftlige materialet. Enkelte sitater og biter med informasjon stakk seg tydelig ut. Det var ikke alltid lett å sette forforståelsen til side og tanker om hva studien var «på jakt etter» vil nok ha påvirket de analytiske prosessene. Tankekart ble et godt verktøy under prosessen med å identifisere temaer. Flere temaer som var representative for spørsmålene i intervjuguiden tredde etter hvert frem, men også tema som representerte ny informasjon. Det lyktes ikke forsker å skille seg helt fra problemstillingen eller intervjuguiden i dette, men prosessen resulterte allikevel i informasjon som ikke var forventet å finne.

Koding

Koding blir beskrevet som hovedstrategien for kategorisering innenfor kvalitative data. Malterud (2017) beskriver dette som å skille relevant tekst fra irrelevant, og sortere den delen av teksten som er relevant og kan brukes for å belyse de forskjellige aspektene av studiens problemstilling (Malterud, 2017).

Det ble i denne analyseprosessen valgt å benytte dataprogrammet NVivo i kodingsprosessen. Dette er et dataprogram utviklet for koding og analyse av kvalitative data. Dette er et godt verktøy for å få oversikt over materialet, spesielt materialet som gjennomgås flere ganger (Dalen, 2011). Det opplevdes som lett å kode, flytte og avkode sekvenser med tekst. Gjennom kodingsprosessen ble de ukodede transkripsjonene gjennomgått systematisk flere ganger. Nye koder vokste frem og deler av datamaterialet gjorde seg gjeldende under flere koder. I ytterligere prosesser ble deretter noen av undertemaene overflødige mens andre fikk

en utvidet eller annen betydning. Dette var et tidkrevende arbeid som krevde fleksibilitet og gjennomarbeidelse.

Kondensering

I STCs tredje fase lages et «kondensat» eller «kunstig sitat». Kondensatet bygges opp av alle de meningsbærende enhetene innenfor en kodegruppe. Kondensatet skal være tekstnært, skrives i «jeg» form, og fremstå som en samlet stemme fra deltakerne i prosjektet (Malterud, 2017).

Fra forrige trinn var det identifisert fire hovedgrupper og en rekke subgrupper av kodet materiale. Disse hovedgruppene var: «Kommunikasjon», «Kunnskap om hørselstap», «Opplevelse av egen kompetanse» og «Tilrettelegging». I både fase tre og fire ble det nødvendig å slå sammen subgrupper og kontinuerlig justere kodegruppene. Under hovedgruppen «kommunikasjon» ble det laget en subgruppe med navn «kommunikasjonsstrategier», og kondensatet til denne gruppen ble seende slik ut:

«Man må se an personen man snakker med, man finner seg noen teknikker etterhvert. Noen ganger må man snakke rolig og tydelig og noen ganger må man snakke høyt. Det er viktig å ikke skrike. Jeg er veldig forsiktig når jeg nærmer meg de eldre som hører dårlig, kan stryke dem litt på armen for å få kontakt for eksempel, men jeg går aldri bak dem, da kan de bli skremt. Det er viktig med kroppsspråk, viktig å smile, og viktig med øyekontakt. Man finner alltid smarte måter å formidle det man ønsker å se, for eksempel vise frem en klut for å signalisere at det er stell. Det er viktig å ikke drive med andre ting når man prater, jeg merker at mange forstår bedre når vi har øyekontakt og jeg er nærme.»

En del av denne prosessen er også å velge ut et «gullsitat» som på best mulig måte illustrerer kondensatet over. Gullsitatet til dette kondensatet ser slik ut:

«Det er jo, jeg har jo masse samtaler og dialoger med dem, men sånn for eksempel for de som hører dårlig da så blir det jo mye kroppsspråk, bruk av kroppsspråk, snakke høyt, bruke mye øyekontakt, ja.»

Syntese

Med utgangspunkt i kondensatene og sitatene lages en analytisk tekst som blir resultatene av studien. Det inngår i denne prosessen å systematisk gjennomgå empirien, lete etter data som motsier disse konklusjonene og sikrer at deltakerne er representert i sluttarbeidet (Malterud, 2017).

Denne teksten krevde mye arbeid for å på best mulig måte fange nyansene forskeren ønsket å formidle for leseren. I fremstillingen av teksten er lojalitet mot informantene fremhevet og bevissthet rundt forskers rolle som en gjenforteller av deres perspektiver. Funnene er fremstilt i to hovedgrupper med tilhørende undergrupper. Disse undergruppene representerer hovedgruppens ulike nyanser. Undergruppene vil også representere ulike nyanser og perspektiver, sitatene som er brukt har til formål å underbygge og fremheve de ulike informantenes perspektiver og opplevelser.

3.5 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet i kvantitativ forskning stiller strenge krav til etterprøvnbarheten til en studie. Man vil forsøke å sikre reliabiliteten i kvalitativ forskning ved å redegjøre for trinnene i forskningen på en nøyaktig måte, slik at andre lett kan sette seg inn i hvordan forskeren har utviklet dataen og hvilke forhold som påvirker prosessen (Dalen, 2011; Thagaard 2009). Denne studiens reliabilitet ble forsøkt styrket ved å gi gode beskrivelser av de ulike trinnene som inngår i studien og derfor gjøre forskningsprosessen gjennomsiktig eller transparent (Thaagard, 2009). På denne måten kan den kritiske leseren følge prosessene og forholdene som danner rammene for forskningen og vurderingene som er gjort, og selv vurdere studiens reliabilitet. Det må bemerkes at forskeren er uerfaren og har utviklet denne studien alene med hjelp av veileder, dette er en faktor som utvilsomt har betydning for forskningens kvalitet.

Validitet er knyttet til tolkning av data og om gyldigheten av de tolkningene forskeren har kommet frem til og om disse gjenspeiler den virkeligheten man ønsket å studere. Et ledd i å kunne vurdere dette ligger i begrepet transparens. Dette gjør seg gjeldende i alle ledd i

forskningen men ikke minst i analysen hvor fortolkningene har sitt grunnlag (Kvale & Brinkman, 2015; Thagaard, 2009).

Det er tidligere redegjort for forskerens forforståelse for studiets tematikk. I en kvalitativ studie vil man aldri klare å eliminere intervjueren eller forskerens påvirkning, og det er heller ikke målet, men det vil øke studiens validitet om man kan redegjør for hvordan det kan tenkes at forskeren vil kunne påvirke informantene, hvilken informasjon som blir gitt, og dermed resultatet (Maxwell, 2013). Det blir i kapittel 3.2.3 redegjort for intervjuers rolle og utførelse av intervjuene med sikte på å gi leseren nok informasjon til å vurdere intervjusituasjonen og ytterligere sikre validitet til denne oppgaven. Det skal fremkomme at metodene som er valgt er egnet for å belyse problemstillingen, undersøkelsens mål og den teoretiske forankringen. (Dalen, 2011). Både i kapittel 1.3, 1.4 og flere steder i kapittel 3 blir det argumentert for valg av metode og fremgangsmåte som vil gi leseren innsikt i vurderingene som ble gjort når disse valgene ble tatt. For å kunne gjennomføre en analyseprosess systematisk og trinnvis på en ryddig måte ble *systematisk tekstkondensering* (STC) valgt som analysemetode. Dette er som tidligere nevnt, et godt valg for en uerfaren forsker og gir analysen en ryddig struktur. Validiteten i denne oppgaven er gjennomgående forsøkt styrket gjennom gode beskrivelser av de prosessene som er gjennomgått, beslutningene som er tatt i forskningsprosessens ulike trinn, samt hva som har påvirket vurderingene som er gjort.

Overførbarhet går også under begrepet *ekstern validitet* eller *generaliserbarhet*, og handler om hvorvidt tolkningene man utvikler i et prosjekt er gyldige i andre sammenhenger (Thagaard, 2009). I kvalitative studier ligger grunnlaget for overførbarhet i fortolkningene og ikke i beskrivelsene av mønstrene man finner i dataen (Thagaard, 2009). Studiens fortolkninger finner hovedsakelig sted i kapittel 5 som tar for seg drøftingen av de resultatene som er presentert. Dette innebærer å se informantenes utsagn og beskrivelser i lys av relevant teori og forskning på feltet, og reflektere over hvilken betydning det informantene sier kan ha i praksis. Ettersom en oppgave som denne vil sitte igjen med både et lite utvalg av informanter og ulike beskrivelser fra våre informanter, vil kvalitativ forskning ikke kunne hevde særlig grad av generaliserbarhet, det kan være en svakhet i et kvalitativt studiedesign. Ved å bruke en fortolkningsprosess til å danne rike kontekstuelle beskrivelser av fenomenene som observeres, og argumentere godt for tolkingen som danner konklusjonene, øker man grunnlaget for å hevde at funnene har en overføringsverdi. Denne studiens overføringsverdi

kan innebære en større bevissthet rundt hvordan kompetanse og kunnskap innenfor sykehjem dannes, deles og forstås. Det kan også gi et godt grunnlag for å drive systematisk kompetanseheving eller utvikle rutiner som sikrer bedre kvalitet for eldre hørselshemmede. Studien vil kunne bidra til å gi et godt bilde av begrensningene og utfordringene man finner innenfor sykehjems- sektoren, og en større forståelse for hverdagens kompleksiteter. Mange av informantene som deltok i studien, gjorde seg under intervjuet refleksjoner rundt egen kompetanse basert på spørsmålene i intervjuguiden. Dette er positivt i den forstand at det kan forespeile en nytte rundt å stille spørsmål og reflektere rundt dette temaet i feltet.

3.6 Etiske vurderinger

Det er et krav om at all vitenskapelig virksomhet må følge lover og retningslinjer som er basert på etiske prinsipper. Ifølge personopplysningsloven er alle prosjekter som behandler personopplysninger via elektroniske hjelpemidler meldepliktige (Dalen, 2011). Prosjektet meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD er et organ som bidrar til at institusjoner følger lovpålagte plikter knyttet til internkontroll og kvalitetssikring av egen forskning gjennom å blant annet tilby vurderingstjenester og veiledning (Norsk senter for forskningsdata, 2020) Denne studien er godkjent av NSD, dette dokumenteres ved utskrift i vedlegg.

Ifølge de nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH, 2016) plikter forskeren både å informere og å innhente samtykke fra de som deltar i forskningsprosjektet. Denne studiens informasjonsskriv og kopi av samtykkeerklæring er dokumentert som vedlegg. NESH (2016) beskriver i sine retningslinjer for samtykke og informasjonspålykt, hva som inngår i at samtykket er *informert, fritt og uttrykkelig*.

Informert samtykke krever at personen som skal delta i et forskningsprosjekt besitter informasjon om og er innforstått med hva forskningsprosjektet går ut på, hva som er formålet, og hva det kan komme til å kreve av ham eller henne (NESH, 2016). Det ble derfor utarbeidet et informasjonsskriv som på en nøytral og informativ måte skulle ta en potensiell informant gjennom disse punktene. I arbeidet med rekrutteringsprosessen ble dette sendt ut

sammen med en kopi av samtykkeskjema slik at potensielle informanter i forkant kunne få all informasjon og ta den inn over seg i trygge omgivelser uten å oppleve press.

NESH (2016) sine retningslinjer for konfidensialitet understreker at informanten har krav på at forskeren behandler informasjonen om han eller henne på en slik måte at man i ettertid ikke kan identifisere informanten (NESH, 2016). I denne studien ble all data anonymisert, informantene fikk fiktive navn som ble brukt under kodingsprosessen, navn er ikke brukt videre i denne oppgaven, men begrepene «informant» eller «deltaker» er brukt.

Informantenes navn opptrer kun på samtykkeerklæringen som er oppbevart i et låsbart skap, og vil destrueres i etterkant av oppgavens ferdigstillelse. Informantene i denne studien består av en mann og fem kvinner, det ble derfor forsøkt å omtale informantene uten bruk av kjønnsmarkører som «hun» og «ham». Dette viste seg vanskelig i utarbeidelsen av teksten, og leseren vil kunne finne at det er brukt «hun» eller «henne» i relasjon til informantene, men aldri «han». Dette ble gjort for å ivareta den mannlige informantens anonymitet på lik linje som de kvinnelige. Det ble også nødvendig å understreke at informantene selv har taushetsplikt mht. å oppgi personopplysninger og opplysninger som kan identifisere beboerne på sykehjem. På disse måtene sikres ivaretagelse av denne studiens troverdighet og informantenes tillit (NESH, 2016).

Ifølge NESH (2016) kreves det også at informasjonen gis eller presenteres på en nøytral måte, som ikke utsetter personen for press om å delta. Ettersom første del av rekrutteringen foregikk via ledelsen på sykehjem, var dette et aspekt som var viktig å vurdere. Fritt samtykke innebærer nettopp dette, at samtykke blir gitt uten at deltakeren opplever press fra autoriteter eller at det vil medføre ulemper å ikke bli med i prosjektet (NESH, 2016). Slike hensyn ble ivaretatt ved at forsker understreket informantenes rett til å kunne trekke seg når som helst, også etter at intervjuet var gjennomført, og at dette ville forbli konfidensielt. Ettersom de første tre intervjuene foregikk på sykehjemmet i arbeidstiden, var det en viktig forutsetning at det fantes et sted det var mulig å sitte uforstyrret og privat slik at informasjonsutvekslingen forble konfidensiell og kunne flyte uhindret. Informantene ble også tilbudt å møtes andre steder, men samtlige valgte arbeidsplassen sin.

Forsker plikter å beskytte informantenes integritet gjennom hele forskningsprosessen, og informanter skal ikke risikere å ta skade av å bidra til forskningsprosjektet (Thagaard, 2009). I analysen har forskeren vært bevisst dette i sitt arbeid, og de perspektivene og meningene som trekkes frem skal være lojale mot informantene. Det er viktig at informantene ikke

opplever å bli fremstilt feilaktig eller negativt. Som nevnt er det også viktig å sikre at informantene er innforstått med hva prosjektet kan kreve av dem og eventuelle konsekvenser, ulemper eller risiko (NESH, 2016). Det bør finnes en likevekt mellom hva et forskningsprosjekt krever av sine deltakere, og hva de opplever å få igjen (Thagaard, 2009). I arbeidet med intervjuene til denne studien var alle informantene positive til å delta på intervjuene og temaet virket svært engasjerende. Alle informantene ytret at de opplevde temaet og fagfeltet som viktig, og ønsket å bidra med informasjon og perspektiver som ville kunne ha nytteverdi i fremtiden. Alle informantene ønsket å lese studien etter dens ferdigstillelse.

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres studiens funn.

4.1 Kommunikasjon og samspill

Alle informantene fortalte om deres arbeidshverdag. Disse samtalen gikk i dybden rundt både strukturerte sosiale aktiviteter og den naturlige sosiale omgangen og samspillet de har med de eldre gjennom dagen. Beskrivelser av kommunikasjonsstrategier og tanker informantene hadde rundt kommunikasjon med de eldre ble både selvstendige tema og tatt opp i lys av rammene de ansatte på sykehjem må forholde seg til.

Aktiviteter, samspill og hverdagen som sosial arena

Informantene forteller om en hverdag preget av samspill og sosialisering. Alle informantene forteller om ulike aktivitetstilbud beboerne kan benytte seg av, slik som sanggrupper, besøk av frivillige, spill og turer. De fleste forteller om opp til flere strukturerte sosiale aktiviteter iløpet av en uke, og et fokus på aktivisering. Foruten strukturerte aktiviteter beskrives det samspill med de eldre gjennom store deler av arbeidsdagen. Informantene forteller at det ofte faller seg naturlig å spise maten sin sammen med de eldre og det er sjeldent de trekker seg helt unna for å ta pause. De beskriver også samspill i form av høytlesing fra avis eller å bare prate om noe de har sett på tv. De forteller hvordan de aller fleste arbeidsoppgaver blir en arena for kommunikasjon og samspill både verbalt og ved kroppsspråk.

«... alt handler jo om kommunikasjon enten om det er kroppen våres eller om det er faktisk at vi prater.»

Stell-situasjoner trekkes frem som er viktig arena for kommunikasjon og samspill, en tid som bør prioriteres og som gir mulighet for relasjonsbygging mellom pleier og pasient.

«... jeg er hvert fall der da at jeg tenker at i stell situasjonen så er det ofte den en- til- en- tiden du får med pasienten. Det virkelig gode tiden. Så jeg bruker heller litt ekstra tid der enn å, altså, det blir aktivisering der også på et eller annet vis.»

Personalets bruk av kommunikasjonsstrategier

Informantene beskriver hvordan de benytter seg av en rekke kommunikasjonsstrategier. Dette er tilpassinger informantene gjør i sin kommunikasjon for å best mulig kunne formidle informasjon til de eldre med hørselstap. Informantene fortelle om bevisst bruk av blikk-kontakt og kroppskontakt. Blant annet forteller en informant hvordan hun bruker berøring for å få oppmerksomheten til den hun vil prate med på en varsom måte. Viktigheten av blikk-kontakt og fullt fokus når man forsøker å formidle informasjon understrekes av alle informantene. Det beskrives som en viktig bit av den helhetlige kommunikasjonen at den hørselshemmede kan se ansiktet og munnen til den som snakker. Mange av informantene bygger dette på erfaringer de har av å måtte gjenta seg og at kommunikasjonene har blitt dårligere når de har forsøkt å utføre praktiske oppgaver samtidig som de prater. Informantene beskriver også kroppsspråk som en viktig del av god kommunikasjon ofte i kombinasjon med nærhet og tydelig tale.

«Jeg har jo masse samtaler og dialoger med dem, men sånn for eksempel for de som hører dårlig da så blir det jo mye kroppsspråk, bruk av kroppsspråk, snakke høyt, bruke mye øyekontakt, ja. Det gjelder jo både når det er dialog og formidling av informasjon at du må bruke mye kroppsspråk og snakke veldig høyt.»

Noen av informantene forteller også om strategier som inkluderer bruk av rekvisitter som å peke på objekter, det kan være en tannbørste eller en klut, for å signalisere at de nå skal i gang med tannpuss eller stell. Til dette formålet beskriver mange også bruk av egen kropp for å illustrasjon, da ved miming av forskjellige aktiviteter ofte knyttet til stell.

Som vi ser av sitatet over beskriver mange av informantene det å snakke høyt som en strategi de ofte benytter seg av, og opplever som nyttig. Informantene bruker ulike beskrivelser rundt dette som å: «*rope inn i øret*», «*snakke veldig høyt*» eller understreker ordet «*høyt*» når de beskriver det å «*snakke høyt*» som en av strategiene sine. Her skiller en informant seg ut ved å trekke frem det å snakke høyt som en negativ strategi og beskriver dette ofte som «*skriking*».

«Det er det å ha blikk-kontakt, det å ikke prate for fort, eeh, det å kanskje, bruke litt, bruke noen tegn, sånne fellestegn for beboere som man bruker. Og det at man ikke skriker til hverandre.

Utfordringer

Informantene beskriver også ulike problemstillinger som kan gi utfordringer ved kommunikasjon og være kilde til frustrasjon. Noen av informantene forteller at selve kommunikasjonene kan være energikrevende av ulike grunner. De fleste av informantene beskriver komorbiditet som en hovedårsak til utfordringer ved kommunikasjon. Dette innebærer at de eldre på avdelingen lider av andre funksjonstap, tilstander eller sykdommer i tillegg til hørselstap. Informantene beskriver i denne forbindelse sammensatte sykdomsbilder hos beboerne på avdelingene. Noen av diagnosene som nevnes er, afasi, psykiatri, svekket motorikk, kognitiv svikt og demens. Selv om informantene jobber på somatiske avdelinger beskriver mange at eldre med kognitiv svikt og demens utgjør en andel av pasientgruppen, og at dette i kombinasjon med hørselstap byr på unike utfordringer ved kommunikasjon. En informant forteller hvordan mer kognitivt oppegående beboerne med hørselstap oppfatter mer av kroppsspråket og har bedre fokus som gir gode forutsetninger for kommunikasjon og utbytte av kommunikasjonsstrategier. Når beboeren også lider av kognitiv svikt blir problemet mer omfattende.

«Men det er ofte at de som hører dårlig har andre kognitive utfordringer, og det også gjør jo at situasjonen blir vanskelig, hadde man bare kunnet formidle, og jeg bare kunne snakket høyt og de hadde forstått det. Men når det er andre ting som også svikter, gjør jo at det blir utfordrende»

En informant forteller også om utfordringer ved kommunikasjon som forekommer når pleiere ikke oppfatter det pasienten ønsker å formidle, og at pasientens formidlingsevne kan være reduserte som følge av en rekke tilstander.

«... altså hørselstap pleier ikke å være det store problemet i forhold til kommunikasjonen.»

Informantene forteller om beboere som ikke ønsker å bruke hjelpemidler, og at dyre hjelpemidler forsvinner. Informantene er forståelsesfulle til at ikke alle eldre ønsker å benytte seg av hjelpemidler. Informantene beskriver tanker de gjør seg rundt at dette kan være fordi det er ubehagelig, slitsomt og at man hører ekkolyder av sin egen stemme. En informant forteller også at noen eldre ikke klarer å uttrykke hva som gjør de ikke ønsker å bruke dem. Noen av informantene beskriver opplevelser av at hjelpemidlene ikke har effekt og tenker at grunnen til dette kan være at beboeren har for dårlig hørsel, eller at teknologien ikke er tilrettelagt eller fungerer optimalt. Mange informanter uttrykker at de syns det er trist når enkelte beboere har betydelige hørselstap og høreapparat og andre hjelpemidler ikke har effekt. Alle informantene opplever at beboerne i ulik grad har en nytte av høreapparatene. Noen forteller om merkbart bedre kommunikasjon og sosialt utbytte for den enkelte beboer.

«Det finnes jo beboere der begge to brukerhøreapparater, hadde de ikke hatt det kunne de ikke sattet å snakke sammen»

Andre beskriver det som noe mer subtilt, da gjerne at beboer ikke har det utbytte man gjerne kunne ønske, men at hjelpemiddelet allikevel kan påvirke at beboeren oppfatter enkelte lyder. En informant forteller at de eldre sjeldent har den aller nyeste teknologien, mens en annen forteller at hørselen hos eldre kan endre seg raskt og at sjekk av hørselen ikke forekommer ofte nok for å imøtekomme dette. Dermed opplever informanten at de eldre i noen tilfeller ikke har adekvate hjelpemidler, og at dette kan by på utfordringer.

«Det kan være litt energikrevende å snakke så høyt hele tiden, jeg snakker naturlig høyt egentlig hehe, men for de som hører veldig dårlig kan det jo bli litt... At det hadde vært veldig fint visst de hadde hatt noen hjelpemidler som funket bra da»

Samme informant gir uttrykk for en følelse av at hun ofte må prate like høyt til pasienter som bruker høreapparat som hun må til andre pasienter med hørselstap som ikke bruker høreapparat, og opplever dette som en frustrasjon i hverdagen.

«Det er jo det jeg kanskje mener, med hvor nyttig er det, når du egentlig må snakke like høyt om de har det på eller ikke. Men det er jo noen da hvor det funker og de kanskje oppfatter en lyd før, mens jeg er på vei dit, at det er ett eller annet som fanger oppmerksomheten deres, men ja ...»

Noen av informantene forteller også at støy påvirker hvor stort utbytte den enkelte beboer har av hjelpemidlene sine og at mange trives best i mindre grupper.

Alle informantene beskriver en generell opplevelse av tidspress og konsekvenser av å være få personal på jobb. Alle uttaler at tidspress kan gå ut over beboernes aktivitetstilbud og kvaliteten på tiden de får brukt sammen med de eldre, derav tid til kommunikasjon og informasjonsformidling. Noen beskriver dette som en kilde til frustrasjon, mens andre har et mer nøkternt forhold til det.

«Jeg skulle jo gjerne ønske at vi var flere på vakt, og at det fører med seg mange utfordringer, sånn ja for eksempel med formidling av informasjon og, visst det er noen som er engstelig eller.. for å på en måte roe dem ned, og for å få snakket ordentlig, det, det skulle gjerne vært flere!»

En informant uttaler seg om prioritering av tid og kommunikasjon slik:

«Altså, du må bare ta deg tid. Ja, men jeg tenker ofte at om du bare tar deg de to minuttene ekstra det tar for å være tydelig så slipper du spørsmålet ti ganger liksom, så du sparer jo tid på å bruke litt tid.»

Tilrettelegging

Informantene forteller om en rekke måter de tilrettelegger på i løpet av en arbeidsdag. De beskriver dette blant annet som å tenke på plassering av beboere under både måltider, aktiviteter og bruk av fellesarealene. De er også bevisste hvor de plasserer seg selv med tanke på hvem som trenger mest støtte. Mange av informantene beskriver smarte og kreative løsninger på avdelingen for å imøtekomme enkelte beboere. En informant forteller at det ble kjøpt inn headset som ble koblet til TV-en i fellesstuen for å imøtekomme en beboer som ønsket å sitte der og som på grunn av sitt hørselstap hadde behov for høyt volum. En annen informant forteller om bruk av White Board for å optimalisere kommunikasjon med en beboer som var sterkt hørselshemmet og hadde nedsatt syn. To av informantene forteller om avtaler gjort med beboere som av ulike grunner ikke ønsker å bruke høreapparat jevnlig.

Disse avtalene går ut på å bruke høreapparat i korte tidsrom hvor det formidles informasjon, og beskrives som å fungere svært bra.

«Så det er jo på en måte ikke, så vi prøver på at det ikke skal være en hemning, men at vi korrigerer oss etter pasientene.»

En del av tilretteleggingen beskrives som å finne gode måter å gjennomføre daglige gjøremål på, slik at alle blir ivaretatt og dagen flyter best mulig. Igjen legger noen av informantene vekt på still situasjonen som en god tid, dette er en faktor det tilrettelegges for ved planlegging av dagen slik at både pasient og pleier får et godt utbytte av tiden de har sammen.

«Jeg prøver jo å, å legge til rette for at det ikke skal bli stress. At man gjerne ikke tar den pasienten som hører dårlig eller veldig dårlig, hvor du ikke kan gjøre flere ting samtidig, prøver å ikke ta den pasienten kanskje som førstemann da, for da går hele vekten litt treig og du henger etter hele tiden. Og nå er jeg så heldig med at det går fint at man gjør det på den måten, at man må jo.. Det er sånne ting man må ta hensyn til å prøve å legge opp dagen etter det da.»

Noen av informantene forteller at de gjerne skulle sett at aktivitetstilbudene de eldre kan benytte seg av var bedre tilrettelagt for de med hørselshemninger. Da gjerne i form av mindre grupper.

Fysisk utforming og lyttemiljø

Informantene beskriver forskjellige opplevelser av den fysiske utformingen når det kommer til støy og akustikk. Informantenes beskrivelser av hvordan de opplever lyd og lyttemiljøet viser at de har forskjellige preferanser og ulikt fokus i deres arbeid. Noen beskriver åpne avdelinger som kaotiske og støyende, og at de kunne ønsket seg færre beboere på mindre område. Andre mener åpne avdelinger gir oversikt.

Informantene med personlige erfaring av hørselstap skiller seg fra dem uten dette ved at de har konkrete tanker rundt støy og gjenklang. Allikevel har de to ulike opplevelser av to svært like situasjoner. En informant beskriver den klingende lyden på badet som god akustikk og foretrekker lyd miljøet der:

«Nei, ellers så har ikke lagt merke til noen ting til akustikken på sykehjemmet. Men jeg synes alltid badene er mye bedre å høre på fordi det klinger.»

En annen informant beskriver gjenklngen som noe negativt:

«Jeg ser det inne på badene, altså det er jo lite kott. Noen beboere sitter der, under morgenstellet, og det å være der å prate med beboere, og det ... Det er forferdelig, forferdelig gjenklang.»

Informantene uten personlig erfaring med hørselstap har lite bevissthet rundt hva som utgjør god og dårlig akustikk på avdelingen. Som illustrert av denne informantens tanker etter et direkte spørsmål rundt akustikk:

«For jeg har jobbet litt i de andre etasjene og det er så svært der, og de har skyvedører istedenfor åpne- lukke dører og der blir det ekko når du prater høyt, men mer en det vet jeg på en måte ikke. Nede hos oss er det såpass trangt at, heh, det er vel kanskje derfor jeg ikke legger merke til det fordi, eeh, ja, det er vell greit.»

Bare én informant forteller om fysisk tilrettelegging for å minske støy i form av lyddempende plater i taket på avdeling:

«Og for noen år tilbake så fikk jeg tilrettelagt sånne plater på veggene inne på spisestuen og i taket, og en beboer sa det at, dette var rett etter- samme dagen, så sa en beboer at; nå var det bedre lyd her.»

4.2 Kunnskap og kompetanse

Informantene beskriver både strukturert og ustrukturert kunnskapsformidling på arbeidsplassen, og de viser til en bred kompetanse som strekker seg over teknisk og

rutinemessig kunnskap til en forståelse for opplevelsen til den enkelte pasient. De forteller om opplevelsen av egen kompetanse og hvordan de vurderer kompetansen de ser rundt seg.

Kunnskapsformidling og rutiner på arbeidsplassen

Samtlige informanter forteller at de ikke har hatt eller vet om kurs eller strukturert kompetansespredning rundt temaet hørsel og hørselstap fra sykehjemmenes side. De beskriver en rekke andre kurs som er tilgjengelige for dem som nettkurs eller på avdelingen med jevne mellomrom. Dette er blant annet kurs som omhandler ernæring, hygiene, tannpleie og fallforebyggende.

«Men vi har ikke noe kurs om hørsel og det, vertfall ikke som jeg har fått med meg, og nå har jeg jobbet der i fem år så jeg regner med det burde dukket opp i så fall.»

To av informantene forteller at avdelingen har en fast person som er hørselskontakt og da får et kurs i forbindelse med dette. Den aktuelle hørselskontakten har ansvar for høreapparat og hjelpemidler og da rens og bytte av batterier osv. De andre informantene forteller om andre rutiner for rengjøring av høreapparat og bytte av batteri, eller en opplevelse av manglende faste rutiner for dette. En informant forteller at en frivillig person kommer innom med jevne mellomrom og gjør disse tingene. En annen informant tar dette ansvaret selv. En av informantene knytter dette til primærkontaktene som deres ansvarsområde, men er selv usikre på om det finnes noen faste rutiner.

«Men det er ikke noe rengjøringsrutiner som jeg har fått med meg, jeg vet at flere av primærkontaktene er kjempeflinke på det, også er det primærkontakter som ikke er så flinke på det.»

Når informantene beskriver hvordan de har bygget opp kunnskapen sin, er det som ting de bare har funnet ut etterhvert, og ting som sier seg selv. Noen forteller om god opplæring når de startet ved sykehjemmet, mens andre opplevde mangelfull eller ingen opplæring, to av informantene har kunnskap som resultat av eget hørselstap.

«Jeg fikk egentlig beskjed om at jeg skulle, eh, det var ingen internopplæring. Fikk beskjed egentlig at du må snakke ganske tydelig og ganske høyt. Også, fikk jeg beskjed om at du steller de bare, du trenger ikke å ta på høreapparat først, du tar det

etter du har stelt. Så da følte jeg, det ble en veldig dårlig kommunikasjon mellom pasienten og vi pleiere.»

En informant forteller at kommunikasjon er et hyppig tema på avdelingsmøter men dette er ikke noe som skjer fast eller strukturert. På spørsmål om formidling av kunnskap fungerer godt internt, uten bruk av kurs og formelle metode for kunnskapsspredning svarer en informant dette:

«Ja, vi, jeg føler jo at vi gjør det, men det er mye sånn som du sier, taus kunnskap, at de fleste vet, at om jeg sier hun bruker høreapparat så skjønner man på en måte hva det innebærer men ikke en ordentlig innføring i hvordan man tar de på, husk å bytte batterier, sjekke at det sitter bra, at personen har det på hele tiden og ikke tar det av for eksempel. Det er nok mye som bare på en måte sier seg selv, men gjør det egentlig det? Det gjør kanskje egentlig ikke det.»

Mange av informantene forteller om gode rutiner ved mistanke om hørselstap hos de eldre. De forteller om faste legevisitter, hyppig bruk av øreskyl og henvisning til øre- nese- halsspesialist ved behov.

Hjelpemidler

Informantene forteller hva de gjør for å vedlikeholde beboernes høreapparat og passe på at de fungerer som de skal. En informant beskriver hvordan man sjekker at apparatet virker ved å holde det i hånden å høre etter tilstedeværelsen eller fraværet av en pipelyd, hun husker ikke helt hvilken det var. En informant nevner filteret på høreapparatet og at det kan blir tett, mens flere av de andre informantene forteller at ørevoks på apparatet kan bidra til at det ikke fungerer bra. Mange av informantene nevner også ørevoks i øregangen som en grunn til at hørselen svekkes og at apparatene ikke virker optimalt. En informant forteller at hun er nøye med å sjekke øregangene for ørevoks, vaske ørene godt og smøre dem. En annen informant beskriver hvordan hun har laget seg en egen rutine hvor hun vasker høreapparatet før hun setter det inn hver morgen, men at dette ikke er en rutine på avdelingen. Det er bare noe hun selv gjør. Informantene uten personlig erfaring med hørselstap forteller at de har lært disse tingene ved både prøving og feiling, opplæring fra kollegaer og ved å google. To av informantene nevner at høreapparatene kommer med instruksjoner og at de benytter seg av

disse. Informantene som selv har hørselstap forteller at det i stor grad er de som lærer opp og deler egen kunnskap med personalet på avdelingen sin.

«Det er noe jeg vet på grunn av at jeg bruker det selv. Så den ene gangen var det, at jeg hadde hatt ferie på en sånn to uker. Da fikk jeg beskjed om at høreapparatet hadde sluttet å fungere, da spurte jeg om de hadde rensket de, da fikk jeg til svar at nei det visste ikke de hvordan de gjorde. Så da spurte jeg, har dere utstyr, for det skal vi alltid ha liggende sant? Og da måtte jeg vise ansatte hvordan vi rensker, sånn at de fungerer, for det er ikke alltid batteriet. Av og til så er det hele høreapparatet som må fikses og etter det så har det fungert som det skal. For folk har jo bare trodd at det var batteriet hele tiden.»

Konsekvenser av hørselstap

Flere av informantene beskriver opplevelser av eldre med hørselstap som trekker seg unna sosiale situasjoner eller strever med å delta i aktiviteter på sykehjemmet.

«Jaa, ja jeg opplever jo at det kan, det er flere som sier at de opplever det som veldig trist at de ikke hører og at de ikke klarer å delta i samtaler og at de trekker seg mer tilbake, så jeg vil jo si da at vertfall her da blant de eldre så vil jeg jo si da at vertfall de sosiale konsekvensene er kanskje størst. At det er klart det er slitsomt sikkert med fysiske utfordringer og det som følger med det, men for de som er her så er det jo veldig viktig å få kontakt med andre, å få kontakt med oss men også med de andre som bor her, at det er flere da som velger å heller holde seg for seg selv inne på rommet en hel dag fordi at de ikke hører.»

De forteller om beboere som uttrykker frustrasjon over at de ikke mestrer sosiale settinger like godt som før og en opplevelse av isolasjon.

«De kan jo bli deprimerte av det, og de kan bli veldig lei seg, eller at de trekker seg litt mere tilbake, for at de føler seg utenfor. Og tenker, "åh nei at jeg er så dum at jeg ikke får med meg noe, så jeg vil ikke sitte med de andre å snakke", og det har jeg faktisk opplevd.»

En annen konsekvens som trekkes frem av en informant er følelsen av stigmatisering, og at noen eldre velger å ikke bruke hjelpemidler av denne grunn. En informant trekker frem at ikke alle har samme utbytte av å være sosiale og noen foretrekker å være alene, men forteller allikevel at hun observerer eldre som isoleres ufrivillig på grunn av hørselstap. Informantene beskriver også at dette har konsekvenser for den enkelte beboers ønske om å delta i aktiviteter og sosiale arenaer i fellesskap med andre.

Opplevelse av egen kompetanse

Alle informantene oppgir at de føler seg trygge på håndtering av hørselshjelpemidler, og at de kan rengjøre høreapparat og bytte batterier. De forteller at de har tilegnet seg denne kompetansen gjennom god opplæring, å observere andre eller prøving og feiling. Eller i noen tilfeller, eget hørselstap.

«Du plukker jo opp noen ting selv.. Altså alle måter lærer en jo på, en lærer av hverandre, en lærer av pasientene, en lærer av seg selv altså ...»

Informantene oppgir også at de selv mener de har gode kommunikasjonsstrategier og opplever ikke store problemer med å formidle det de ønsker. Noen av informantene forteller at de allikevel opplever generelt dårlig kompetanse blant kollegaer.

«Jeg forstår at det er ikke noe vits i å stå bak en pasient som hører dårlig å snakke der liksom, men jeg ser også at det er mange som ikke skjønner det. Som dropper øyekontakter som dropper å snakke høyt, som forventer at de hører første gang.»

To av informantene mener å selv ville hatt utbytte av mer og systematisk informasjon. En av informantene her beskriver at hun «forstår hva hun gjør» når hun håndterer høreapparat og er sammen med de eldre med hørselstap, men hun mangler den formelle kunnskapen. En annen informant mener ikke at et kurs innen hørsel ville utgjort en stor forskjell, men ønsker heller mer informasjon rundt hjelpemidler og mulighetene her. De fleste informantene mener selv de har god kompetanse innenfor hørselsfeltet og at de er i stand til å dekke beboernes behov adekvat med den kunnskapen de besitter.

5 Drøfting av resultater

I dette kapitlet vil funnene sees i lys av den teoretiske forankringen som er presentert, og drøftes opp mot både problemstilling og forskningsspørsmålene denne studien bygger på. Denne delen er derfor hensiktsmessig strukturert etter forskningsspørsmålene. Det vil først bli sett på hvordan informantene beskriver sine kommunikasjonsstrategier. Dette legger grunnlag for hvordan de ansatte omgås og forholder seg til de eldre og hvilket kommunikativt utbytte samhandlingen kan sies å ha. Videre vil oppgaven se på muligheter og utfordringer knyttet til tilrettelegging for kommunikasjon, basert på informantenes beskrivelser av disse. Dette innebærer beskrivelser av ulike sosiale arenaer, øvrige utfordringer og hvilken rolle det fysiske miljøet har for det kommunikative utbyttet de eldre får. Til slutt vil oppgaven se på hvordan informantene gjennom intervjuene, har gitt beskrivelser av sine kunnskaper relatert i til hørselstap. Dette kapitlet tar for seg bruk av hjelpemidler, kunnskap om de ulike konsekvensene et hørselstap kan ha, og informantene beskrivelser av kunnskapsformidling og rutiner på arbeidsplassen. Beskrivelser av hvordan informantene opparbeider seg sin kunnskap kan ha relevans for kunnskapens natur og om den er gjeldende innad i sykehjemsektoren for øvrig. Drøftingen vil forsøke å belyse ulike aspekter av resultatenes betydning, og hvordan de gjør seg gjeldende i lys av relevant teori.

5.1 Strategier for samhandling og kommunikasjon

Å kunne kommunisere bidrar til å skape kontakt mellom mennesker, denne kontakten beskrives ofte som en livsbetingelse (Tye- Murray, 2015). Kommunikasjon oppleves krevende for mange hørselshemmede, og dette kan føre til sosial tilbaketrekking og isolasjon (Mick et al., 2014). Kommunikasjonsstrategier er teknikker som benyttes for å øke kommunikasjonsflyt, og bedre et kommunikasjonsutbytte (Tye- Murray, 2015; McCreedy et al., 2018). Hørselshemmede vil oppleve at kommunikasjonen er mindre anstrengt sammen med andre som har kjennskap til deres behov (Clausen, 2003; Tolson, 1997). Alle informantene beskriver erfaringer de har med bruk av kommunikasjonsstrategier. Informantene omtaler disse strategiene som vesentlige verktøy for, i hovedsak, verbal

kommunikasjon med mange eldre. De beskriver i grove trekk fem hovedstrategier, men disse består også av andre delstrategier. De fem hovedstrategiene er øyenkontakt, kroppsspråk, berøring, økt stemmeleie og individuell tilpasning. Informantenes tilegnelse og utvikling av disse strategiene bygger på erfaringsbasert kunnskap hvor de opplever misforståelse og dårlig flyt i kommunikasjonen om strategiene ikke følges opp på riktig måte.

Informantene beskriver hyppig bruk av øyenkontakt som en hovedstrategi. Deres erfaring med «blikk kontakt» som effektiv strategi, bygger på opplevelser de har hvor det å snu seg bort, eller å gjøre andre ting, ofte fører til at de må gjenta seg selv, eller blir en kilde til misforståelser. Mange av informantene vektlegger at ansiktet deres må være synlig i kommunikasjonsøyeblikket og at beboeren kan se munnen deres. Ved å opprettholde øyenkontakt sikrer informantene at samtalepartner får tilgang til informasjon som formidles gjennom både munnavlesning, ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Denne informasjonen kan bidra til å fylle inn kontekstuelle hull og bidra til den helhetlige forståelsen (McCreedy et al., 2018) Det informantene beskriver her, er en godt dokumentert strategi (Gates & Mills, 2005; HLF, 2015). Bevisst bruk av lysforhold blir derimot ikke nevnt av informantene. Dette påvirker synligheten av ansiktet og dermed kommunikasjonsforholdene (Kunnskapsbanken, 2018; HLF, 2015).

Kroppsspråk er også en hovedstrategi alle informantene benytter seg av. To av informantene beskriver hvordan de bruker egen kropp til illustrasjon og benytter miming for å formidle informasjon og skape forutsigbarhet for de eldre. De benytter også gjenstander, blant annet klut og tannbørste, og peker på disse. Her viser informantene forståelse for kommunikasjon som et bredt konsept og ikke nødvendigvis er begrenset til tale (Stephens & Kramer, 2010). Denne forståelsen, sammen med informantenes egen kreativitet og erfaringsbaserte kunnskaper, danner deretter grunnlaget for utviklingen av slike strategier. Disse strategiene beskrives ikke i litteraturen, men har en tydelig egenverdi i en sykehjemsituasjon.

Berøring og nærhet benyttes også som strategier, og en av informantene beskriver at dette er en god måte å tilnærme seg eldre hørselshemmede på for å etablere kontakt. Nærhet ble ofte beskrevet som en konsekvens av berøring. Berøring ble i denne sammenhengen fremhevet av informantene, og blir dermed å anse som en hovedstrategi. Nærhet ble allikevel hyppig nevnt. Nærhet gir lydsignalet kortere vei fra sender til mottaker. Lydsignalet kvalitet vil være bedre når avstanden mellom sender og mottaker er kort, og mest mulig uhindret (Huttunen et al.,

2007; Anderson et al., 2007). Sammen med andre strategier, som synlig ansikt, kan dette bidra til å bedre forutsetningene for god kommunikasjon (McCreedy et al., 2018; Tye-Murray, 2015). En informant forteller hvordan hun alltid tilnærmer seg de eldre hørselshemmede fra en vinkel hvor de vil kunne se henne komme, og aldri bakfra i frykt for å skremme dem. Hun forteller videre at hun ofte forsiktig legger en hånd på armen deres slik at de vet at hun er der. Ved sansetap vil en konsekvens være å ikke kunne benytte seg av sine sanser, som syn og hørsel, for å få oversikt og kontroll over miljøet rundt seg (Stack, 2010; Grue, 2011). Ved å tilnærme seg på denne måten tilpasser informanten seg de eldres behov og bidrar til å øke forutsigbarheten og kontrollen, man ofte kan miste når sansene svekkes.

Berøring beskrives også av en informant i forbindelse med å holde de eldres fokus. Informanten erfarer at denne kroppskontakten bidrar til økt fokus spesielt med eldre beboere som også lider av kognitiv svekkelse. Igjen belyser informantene viktige aspekter av kommunikasjon, disse kan tenkes å være unike for en sykehjemssituasjon.

Mange av informantene nevner hyppig viktigheten av å snakke rolig, tydelig og høyt. Allikevel blir det å «snakke høyt» ofte fremhevet av informantene. Økt stemmeleie understrekes i ulike sammenhenger under intervjuene. Dette trer derfor frem som en hovedstrategi for fem av de seks informantene, til tross for at faglitteraturen beskriver dette som å være lite effektivt (Huttunen et al., 2007; Tolson, 1997). En av informantene er kritisk til bruken av økt stemmeleie. Informanten har selv et betydelig hørselstap, er høreapparat bruker, og forteller om hyppige oppfordringer på egen avdeling til sine kollegaer om å snakke roligere og å unngå dette. Allikevel opplever informanten raske tilbakefall til høylytt stemmebruk. Det er interessant at så mange opplever at dette er en god og tilsynelatende effektiv strategi når faglitteraturen sier oss noe annet (Huttunen et al., 2007; HLF, 2015; Tolson, 1997). Tolson (1997) mener at mangel på kunnskap rundt hørselstapets natur, samt passive holdninger til aldersbetinget-hørselstap som tilstand, bidrar til at det å prate høyt, og å skru opp volumet på TV o.l blir en automatisk respons. Denne responsen finner vi utbredt i samfunnet for øvrig (Tolson, 1997). Disse tre tale-strategiene; rolig, tydelig og høyt, blir av informantene ofte tatt opp sammen. Det kan virke som de utgjør forskjellige aspekter av samme strategi. Et rolig tempo og tydelig tale, er strategier som vil bidra til et økt kommunikativt utbytte. Talehastigheten er knyttet til taletydighet, og fokus på et rolig tempo i talen vil kunne påvirke oppfattelsen og forståelighet svært positivt (Huttunen et al., 2007). Det er dermed ikke utenkelig at det kan bidra til økt forståelighet dersom rolig tempo,

og økt taletydighet benyttes sammen med økt stemmebruk, fremfor å unnlate bruk av kommunikasjonsstrategier. Ettersom informantene baserer sin kunnskap på erfaringene de gjør seg, kan det tenkes at dette fremstår for dem som en effektiv og god kommunikasjonsstrategi nettopp på dette grunnlaget.

Flere av informantene vektlegger individuell tilpasning ved kommunikasjon. Altså vurderer de den individuelle pasientens behov og tilpasser seg deretter. Dette er vesentlig ettersom et hørselstap vil påvirke individer ulikt, og flere faktorer i aldringsprosessen vil kunne påvirke kommunikasjon og tilpasningsbehov (McCreedy et al., 2018; Tye- Murray, 2015). Standardiserte kommunikasjonsstrategier vil ikke kunne tilby det samme kommunikative utbytte for alle, dermed er individuell tilpasning en viktig dimensjon innen sykehjems-institusjonen.

Oppsummert sees det at mange av strategiene informantene beskriver, også gjengis i faglitteraturen, og er grunnleggende for god kommunikasjon. Her trer bruken av øyenkontakt frem, og blir et godt eksempel. Informantene beskriver også nærhet, tydelig og rolig tale, og individuell tilpasning. Selv om beskrivelsene er mindre uttalte er det allikevel grunnlag for å kunne si at de brukes hyppig. Videre beskriver informantene egne strategier som er tilpasset deres arbeidsmiljø og brukergruppe. Utbredt bruk av kroppsspråk og berøring beskrives her. Dette brukes både i kommunikasjon, tilnærmelse og generell kontaktskaping. Informantene vektlegger ikke miljøfaktorer som belysning i sine strategier og funnene underbygger utbredt bruk av økt stemmevolum til tross for dårlig dokumentert kommunikativt utbytte av dette. Som helhet gir strategiene gode forutsetninger for å kunne møte de eldre på mange kommunikative arenaer.

5.2 Muligheter og utfordringer knyttet til samhandling og god kommunikasjon

5.2.1 Arenaer for samhandling og kommunikasjon

Det beskrives to hovedarenaer for samhandling og kommunikasjon av informantene. Den ene omhandler planlagte og strukturerte aktiviteter i regi av sykehjemmet eller frivillige. Den andre består av hverdagsøyeblikk og utnyttelse av tiden sammen med de eldre, dette innebærer rutiner og arbeidsoppgaver for de ansatte.

Informantene beskriver en rekke aktivitetstilbud de eldre kan benytte seg av, tilbudene beskrives som varierte og består av både utflukter og aktiviteter på sykehjemmet. Aktivitetene arrangeres delvis av frivillige og delvis av sykehjemmet selv. Gjennom å være en sosial arena kan vi si at disse strukturerte aktivitetene blir muligheter for sosialt felleskap, kommunikasjon og samhandling for de eldre. Alle informantene formidler et overordnet fokus på aktivisering, og det kan det kan virke som at sykehjemmene har interne målsetninger rundt å ivareta et aktivt miljø for de eldre, og ser verdien av fellesskap og aktivitet som en forutsetning for god alderdom. Disse verdiene fremheves av både Helse og omsorgsdepartementet og FHI (Helse og omsorgsdepartementet, 2018; FHI, 2014). Tre av informantene peker derimot også på at flere av disse aktivitetene ikke er tilpasset de eldre med hørselstap. Informantene forteller at eldre velger å ikke delta på aktiviteter eller deltar i en svært korte tidsrom. Informantene peker i denne sammenhengen på gruppeaktiviteter som et hovedproblem.

«Vi har jo musikk og trim, hver mandag og onsdag og fredag der det er ballonger og det er musikk, og da samles jo hele huset. Da er det mye lyder og mye som skjer. De kan sitte der, det er snakk om 10 sekunder, så vil de tilbake igjen.» - Informant forteller om hørselshemmedes deltakelse på fellesaktiviteter.

Støyfulle omgivelser er utfordrende for mennesker med nedsatt hørsel, spesielt er eldre mennesker med dårligere kognitive forutsetninger sårbare (Cole & Flexer, 2011; Arlinger,

Lunner, Lyxell & Pichora- Fuller, 2009). Ettersom støy forhindrer oppfattelse av talesignalet, minimeres et eventuelt kommunikativt og sosialt utbytte (Pryce & Gooberman- Hill, 2011). I tillegg vil anstrengelsen mot det å lytte, sammen med belastningen av støyfulle omgivelser, være utmattende (Stephenson & Kramer, 2010; Clausen, 2003). Stortingsmelding 15 – Leve hele livet (2018), legger frem lite individtilpassede aktivitetstilbud som en vesentlig utfordring i sin kvalitetsreform for eldre. Her pekes det også på at samarbeid med frivillighetssektoren ikke er tilstrekkelig satt i system, og at bruk av aktivitetsgrupper hindrer at individers behov blir sett og møtt (Helse og omsorgsdepartementet, 2018, s 79). En informant forteller at hun ser økt deltakelse i aktiviteter som baserer seg på færre deltakere. Eksempelvis når damene på avdelingen skal gjøre noe sammen. To av informantene forteller om eldre som deltar på aktiviteter *til tross for* hørselstap. Denne observasjonen underbygger informantenes forståelse for at et hørselstap kan føre til utfordringer, eller hindre deltakelse i slike aktiviteter. Allikevel forteller kun en av informantene om forsøk på tilrettelegging i forbindelse med strukturerte aktiviteter, men da med fokus på plassering av beboere og avstand fra lydskilden. Pryce & Gooberman- Hill (2011) viser i sin forskning at hørselstap og mangelen på tilpassede omgivelser, er faktorer som kan hemme eldre hørselshemmede mulighet til å utnytte seg av sosiale arenaer (Pryce & Gooberman- Hill, 2011). I lys av dette, og til tross for beskrivelser av et bredt aktivitetstilbud på sykehjemmene, kan det virke som mulighetene for å utnytte seg av disse aktivitetene er begrenset for de eldre hørselshemmede.

Sosial kontakt bidrar til en følelse av tilhørighet i samfunnet og aktiv deltakelse i livet, noe som har en påvirkning på menneskers helse og fysiske funksjon. Nettverk, relasjoner og jevnlig interaksjoner vil, for eldre mennesker, kunne forebygge isolasjon og depresjon og ha en positiv effekt på livskvalitet (Tye- Murray, 2015). Informantene beskriver kommunikasjon og samhandling som mer enn verbal kommunikasjon, og fremhever den relasjonelle kontakten og samværet gjennom dagen. Disse hverdagsøyeblikkene kan være høytlesning fra en avis, et slag yatzi, måltidsituasjoner eller bare nærvær og småprat. Det kommer ikke tydelig frem om det er mulighet for å tilrettelegge for en-til-en kontakt ved disse aktivitetene, men det kan virke som at flere av dem finner sted i fellesarealet. Ved beskrivelse av måltidsituasjonen oppgir flere av informantene at det bevisst tas hensyn til de eldres kommunikasjonsutbytte ved at de eldre plasseres hensiktsmessig og pleierne selv sitter der det er behov for mer støtte. Støtt-situasjon blir av noen informanter spesielt trukket frem som en god tid for relasjonsbygging. En av informantene beskriver det som en tid hvor det bygges mye tillit ettersom det er svært intimt og man kommer tett på beboerne. Mange av

informantene forteller om nettopp stell-situasjonen i sine beskrivelser av kommunikasjonsstrategier. Denne tiden fremheves dermed både direkte og indirekte av informantene som et tidsrom med mye kommunikasjon og kontaktskaping. Det kan tenkes at denne tiden alene med pasienten i rolige og tilpassede omgivelser vil gi gode forutsetninger for kommunikasjon og dermed blir en betydningsfull sosial arena for de eldre.

Oppsummert beskriver informantene en rekke strukturerte aktiviteter på sykehjemmet som uten tvil reflekterer at sykehjemmene tar Eldres behov for en aktiv hverdag på alvor, og ønsker å tilrettelegge for dette. Informantene beskriver derimot også at mange hørselshemmede ekskluderes fra dette tilbudet eller ikke får tiltenkt utbytte på grunn av sitt handikapp. Dette medfører at de aktivitetene som virker mest tilrettelagt for fellesskap og kommunikasjon, er muligheter denne gruppen ikke kan benytte seg av. I en kontrast til dette gir informantene oss et bilde av en hverdag preget av en rekke muligheter for samhandling og kommunikasjon. Disse hverdagsstundene fremstår som noe mer tilrettelagt og på de hørselshemmedes premisser. Det kommer frem at informantenes kompetanse og verdier legger grunnlaget for utnyttelsen av disse øyeblikkene, og dermed tilretteleggelse for samhandling og kommunikasjon.

5.2.2 utfordringer knyttet til hverdagskommunikasjon

Ved spørsmål om utfordringer som påvirket kommunikasjonen med eldre hørselshemmede var et flertall av informantene raske til å trekke frem andre diagnoser og tilstander som vesentlige hindringer for god kommunikasjon i hverdagen. Fem av seks informanter beskriver i løpet av intervjuene at komorbiditet er en faktor som påvirker hverdagskommunikasjonen. En av informantene mener at hørselstap ikke er en kilde til utfordringer ved kommunikasjonen, men at problemet ofte oppstår på grunn av andre tilstander, og påvirkningen de har på beboerens evne til å uttrykke seg. Informanten nevner afasi og pasienter som har hatt slag. Samme informant forteller om erfaring med en pasient med både syn- og hørselsnedsettelse. Hun er eneste informant som forteller om erfaringer med dette. Kombinert sansetap er svært utbredt blant eldre ettersom både syn og hørselstap øker i prevalens i takt med alder (Grue, 2011; Weinstein, 2015). Sansetap vil kunne gå ut

over kommunikasjon i den grad et individ ikke vil kunne benytte seg av synet for å tilegne seg informasjon som bidrar til kommunikasjon og taleforståelse (Tye- Murray, 2015).

For flere av informantene var demens og kognitiv svekkelse en tilstand hvor de oftest opplevde signifikante problemer med kommunikasjonen. To av informantene beskriver hvordan kognitiv svikt påvirket fokuset til beboerne, og at dette gjør at kommunikasjonsstrategier ikke fremstår som effektive. De bygger dette på erfaringer og observasjoner av at mer kognitivt oppegående pasienter ofte oppfatter mer av kroppsspråk, gester og ansiktsuttrykk, og har et bedre utbytte av den helhetlige kommunikasjonen. Stack et al (2009) legger frem at manglende fokus, og evnen til å rette oppmerksomheten mot noe hensiktsmessig, kan være et resultat av kognitivt forfall. Dette vil igjen påvirke taleforståelse og kommunikasjon (Stack et al., 2009). Vi ser i kapittel 5.1 at informantene beskriver berøring som en strategi for å holde de eldres fokus, og da spesielt eldre med demens. Det faktum at informantene her beskriver en særegen strategi som brukes målrettet mot eldre med demens underbygger også deres beskrivelser av denne tilstanden som en kommunikasjonsutfordring.

En annen større kilde til utfordringer ved kommunikasjon ble beskrevet som relatert til hjelpemidler. Da spesifikt at høreapparater forsvinner, at beboere ikke ønsker å bruke dem, og at de ikke er til nytte. At høreapparater forsvinner og at beboere ikke ønsket å bruke dem ble nevnt av flere av informantene. Dette er en velkjent utfordring (Solheim et al., 2016). Det kan være mange grunner til at eldre ikke ønsker å benytte seg av hjelpemidler, eller får utbytte av hjelpemidlene sine. Dette kan dreie seg om kognitive faktorer, feil og mangler ved høreapparatet, miljøet rundt og faktorer som påvirker personlig motivasjon (Cole & Chasin, 2015; Hickson & Worrall, 2003; Pryce & Gooberman- Hill, 2011; Solheim et al., 2016). En av informantene forteller at en del av de eldre som tar av seg høreapparatet i løpet av dagen og ikke ønsker å bruke det, ikke er i stand til å formidle hvorfor. Dette kan indikere at demens er en faktor også her. Flere av informantene forteller at de stadig oppfordrer sine beboere til bruk av høreapparat. En informant forteller om tilrettelegging ved at beboer bruker høreapparat i korte tidsrom. Alle informantene er altså innom opplevelser av at enkelte beboere tilsynelatende ikke har godt utbytte av hjelpemidlene sine. Allikevel kan fem av seks informanter peke på konkrete situasjoner hvor de opplever at beboere har fått bedre kommunikativt utbytte ved bruk av høreapparater på oppfølgende spørsmål om dette.

En del av forskerens forforståelse var at tidspress ville utgjøre en betydelig utfordring. Kommunikasjon med hørselshemmede er tid- og energikrevende, og som informantene også beskriver, er tidspress en faktor (Stephens & Kramer, 2010). Likevel hadde informantene et tilsynelatende avklart forhold til tidspress. Dette kom ikke opp spontant under intervjuene, men ble adressert ved direkte spørsmål. Alle fortalte at dette kunne påvirke beboernes aktivitetstilbud og kommunikasjon. To av informantene beskrev en følelse av at de ikke strakk til og var tydelig frustrerte ved tanken på at beboere av denne grunn fikk et dårligere tilbud, da spesielt med tanke på kommunikasjonsutbytte. De resterende informantene beskrev et mer nøkternt forhold til dette. En av disse trekker frem at hun ofte prioriterer den gode tiden ved stell, fremfor å haste. Selv om dette kan gå på bekostning av en strukturert aktivitet. Basert på det informantene beskriver, anslås det at en slik tilrettelegging kan bidra til å sikre ivaretagelse av eldre hørselshemmede som helt klart har et bedre kommunikativt utbytte av denne tiden fremfor strukturerte gruppeaktiviteter. Dette illustrerer hvordan informanten, i lys av sin kompetanse, tar valg som gir eldre hørselshemmede muligheter for verdifull sosial kontakt og gode kommunikative muligheter.

Alt i alt gir beskrivelsene av kommunikasjonsrelaterte utfordringer et godt og sammensatt bilde av flere komponenter/faktorer de ansatte må forholde seg til i sin arbeidshverdag. Blant disse beskrives komorbiditet og kognitiv svikt. Flere av informantene beskriver dette som en kilde til dårligere kommunikativt utbytte enn et hørselstap alene. Også utfordringer relatert til hjelpemidler, og da spesielt høreapparat beskrives. Tidspress er tilsynelatende noe informantene ser på som en del av hverdagen, og selv om de vedkjenner at dette kan by på utfordringer, har de et svært nøkternt forhold til dette.

5.2.3 Fysisk utforming og lyttemiljø

Miljøbehandlingstiltak som beskrevet i Stortingsmelding 15, er et av fem virkemiddel hvor målet er å øke mestring og livskvalitet, samt å forebygge funksjonsfall.

Miljøbehandlingstiltak retter seg mot enkeltpersoner eller en gruppe, og tar utgangspunkt i individets forutsetninger. Herunder beskrives blant annet utforming og innredning av rom, lys- og lydforhold (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Informantene beskriver flere av avdelingene som åpne avdelinger, og svært støyutsatte. At en av informantene beskrev bedre

lydforhold etter montering av lydabsorberende plater i tak og på vegger, bidrar til å illustrere at mange sykehjem nok ikke er universelt utformet.

Informantene har svært motstridende preferanser og opplevelser når det kommer til lyttemiljø, og det kan virke som at flertallet av informantene vier lite tankevirksomhet til akustiske forhold og bakgrunnsstøy. Kun en informant nevner bakgrunnsstøy. En hovedgrunn til dette kan være at lyttemiljøet oppleves ulikt for normalthørende og hørselshemmede. Denne ene informanten har selv et betydelig hørselstap og benytter høreapparater daglig. Det er vesentlig å poengtere at selv om informantene ikke har noe særlig å bemerke når det gjelder støy eller akustikk, er ikke dette synonymt med gode lytteforhold for hørselshemmede. Hørselshemmede har behov for et gunstigere signal/støy-forhold (Cole & Flexer, 2011). I tillegg er hørselshemmede, da spesielt eldre, mer sårbare for bakgrunnsstøy (Arlinger et al., 2009) Normalthørende vil ha gode forutsetninger for å filtrere ut uønsket lyd og fokusere på talesignalet. Dette vil ha betydning for hvordan informantene opplever lyttemiljøet og i hvilken grad de oppfatter det som en kommunikasjonsrelatert utfordring. Det er rimelig å anta at bevisstheten rundt hvordan et dårlig lyttemiljø vil påvirke eldres kommunikasjonsutbytte og psykososiale trivsel på avdelingene er lav. Den fysiske utformingen, og pleiernes manglende kunnskap rundt tilrettelegging, vil kunne ha konsekvenser for de eldre hørselshemmede. Utfordringene som et lite gunstig lyttemiljø kan medføre, reflekteres i mange av utfordringene informantene tidligere har beskrevet. Dette på tross av at informantene selv ikke beskriver disse i denne sammenheng.

Et dårlig tilpasset lyttemiljø vil kreve økte kognitive ressurser. Dette er ressurser mange eldre ikke har (Stack et al., 2009; McCreedy et al., 2018). Spesielt den delen av pasientgruppen med kognitiv svikt vil kunne bli berørt av dette, slik informantene også beskriver.

Høreapparater er forsterkere og vil ikke bidra til å skille mellom talesignal og bakgrunnsstøy, all lyd vil forsterkes (Anderson et al., 2007). Dette vil føre til dårligere taleforståelse, fysisk utmattelse og negative psykososiale konsekvenser for de eldre (Claussen, 2003).

Informantene reflekterer rundt at ubehag eller dårlig utbytte kan være grunner til at beboere ikke ønsker å bruke sine høreapparat. Vi ser at et dårlig lyttemiljø vil kunne føre til dårligere utbytte, ettersom det blir krevende å oppfatte talesignalet. Den kognitive anstrengelsen og den konstante strømmen av lyd vil også kunne gi ubehag og utmattelse. Vi kan dermed argumentere for at dårlig tilrettelegging av lytteforhold vil påvirke de faktorene som bidrar til å motivere eldre til å ta i bruk hjelpemidlene sine (Pryce & Goberman- Hill, 2011; Tolson,

1997). Når vi også vet at bruk av hjelpemidler vil kunne ha en positiv effekt på opprettholdelsen av Eldres kognitive kapasitet blir lyttemiljøet betydningsfullt (Tye- Murray, 2015). Støyreduksjon er en av de mest effektive måtene å forminske et hørselshandikapp på (McCreedy et al., 2018). På bakgrunn av dette kan vi anta at ansatte ikke har tilstrekkelig kunnskap rundt hva som kan regnes som bakgrunnsstøy og hvordan dette oppstår.

Lyd fra TV og stemmer er signifikante kilder til bakgrunnsstøy på sykehjem (McCreedy et al., 2018). Mange av informantene beskriver TV- titting som en fellesaktivitet, samt høytlesning fra avis. Forskning viser at stemmebruk på sykehjem i stor grad oppstår på grunn av de ansattes interne kommunikasjon (McCreedy et al., 2018; Joosse, 2011 referert til i McCreedy et al., 2018). Informanten som selv har hørselstap, beskriver kolleger som roper til hverandre i gangene som svært slitsomt. McCreedy et al (2018) peker på at tilbaketrekning fra krevende lyd miljøer vil kunne bli en automatisert handling for eldre med hørselstap (McCreedy et al., 2018) Pryce & Goberman- Hill (2011) legger i sin artikkel frem at eldre som hører dårlig, sjeldent vil be pleiere sku av tv, eller gjøre andre tiltak for å redusere bakgrunnsstøy (Pryce & Goberman- Hill, 2011). Dette vil si at eldre velger å trekke seg bort fremfor å be ansatte fjerne eller tilpasse kilden til støy.

Det bør også fremheves her at mange av informantene beskriver måltidsituasjoner som en arena for kommunikasjon (se delkapittel 5.2.1). Dette står i kontrast til funn gjort av Pryce & Goberman- Hill (2011) hvor de beskriver måltidsituasjoner som støymessig krevende for eldre hørselshemmede, og fant at dette gikk ut over deres kommunikasjonsmuligheter (Pryce & Goberman- Hill, 2011). Kontrasten mellom informantenes beskrivelser og funnene gjort av Pryce & Goberman- Hill (2011) bør sees i sammenheng med normalthørendes forutsetninger for å filtrere ut uønsket lyd og underbygger at de fleste av informantene antakelig ikke har kunnskap om dette. Tolson (1997) mener at kunnskapen om hva som utgjør et godt lyttemiljø, og evne til å tilrettelegge for dette, er en viktig premiss for hørselsrehabilitering på sykehjem (Tolson, 1997). Og som vi har sett vil et dårlig tilpasset lyttemiljø kunne ha konsekvenser for de eldre hørselshemmede på mange områder. Når ansatte mangler kunnskap om dette kan det hevdes at det går ut over deres forutsetninger og muligheter for å legge til rette for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag for de eldre hørselshemmede.

Oppsummert kan det, til tross for at lyttemiljøet tilsynelatende ikke blir betraktet som utslagsgivende for kommunikasjonsutbyttet av informantene, allikevel argumenteres for det motsatte. Et ugunstig lyttemiljø bestående av dårlig akustikk og bakgrunnsstøy, kan føre til, eller forsterke, mange av utfordringene informantene beskriver. Det antas at dårlige akustiske forhold er normalt for mange sykehjem i Norge. Det gis også grunnlag for å anta at de ansatte mangler nødvendig kunnskap for å kunne tilrettelegge både rom og miljø, inkludert deres egen rolle som støyprodusenter. Helhetlig indikerer dette at de ansatte ikke har kunnskap om hvilke konsekvenser et dårlig lyttemiljø kan ha, og da heller ikke kunnskapen eller muligheten til å tilrettelegge for dette i egen praksis.

5.3 Hvordan beskriver ansatte sine kunnskaper om hørselstap?

5.3.1 Høreapparat og øvrige hjelpemidler

Hørselstekniske hjelpemidler, er hjelpemidler som bidrar til å bedre hørselsfunksjonen i dagliglivet (HLF, 2020). Bruk av høreapparater er assosiert med bedre psykososial trivsel og bedre livskvalitet (Ciorba, Bianchini, Pelucchi & Pastore, 2012) Cohen- Mansfield & Taylor (2004) legger frem en rekke årsaker til at høreapparater ikke benyttes ved sykehjemsinstitusjoner. En av disse er manglende kunnskaper hos sykehjemsansatte som hindrer dem i kunne bistå eldre hørselshemmede med bruk av sine hjelpemidler. En annen er dårlige oppfølgings- og vedlikeholdsrutiner hos ansatte (Cohen- Mansfield & Taylor, 2004). Solheim et al (2016) finner i sin forskning at 23% av respondentene oppgir at de har fått opplæring i bruk og håndtering av høreapparater, og bare 29 % mente de de hadde tilstrekkelig kunnskap rundt hjelpemidler (Solheim et al., 2016). Dette kunnskapsnivået illustreres til en viss grad av informantenes beskrivelser. Ingen av informantene har fått formell opplæring, alle mener dog at de selv har tilstrekkelig kompetanse til å møte beboernes behov, og føler seg trygge på håndtering av høreapparater og hjelpemidler.

Beskrivelsene informantene gir av vedlikehold av høreapparatene de håndterer er noe upresise, men har likevel tydelige fellestrekk. Tre av dem forteller om at høreapparatet må renses, men bare en av dem forteller spesifikt om at filteret kan bli tett. Alle forteller om at ørevoks kan være problematisk, dette beskrives ikke utover risiko for blokkering av øregangen eller at høreapparatet blir skittent. Alle er bevisst på at batteriet må skiftes jevnlig, men også dette preges av ulike preferanser og rutiner. Til tross for unøyaktige beskrivelser og variasjoner samsvarer elementene informantene forteller om, med HLF's beskrivelse av vedlikehold for høreapparater, med et unntak (HLF, 2015b). Ingen av informantene forteller at skift av slange på BTE apparater kan være vesentlig for at de fungerer som de skal (HLF, 2015b). Utelatelsen av dette, samt unøyaktigheten i informantenes beskrivelser, kan det være mange grunner til. Hos noen vil det falle utenfor ansvarsområdene deres: eksempelvis forteller to av informantene om bruk av hørselskontakter på avdelingen. Hørselskontakter er ansatte som får kurs og har hovedansvar for vedlikehold og oppfølging av hjelpemidler for beboerne. Unøyaktige beskrivelser kan også skyldes det store mangfoldet av høreapparater som finnes på markedet (Solheim et al., 2016). Det ble heller aldri etterlyst spesifikke detaljer i intervjuet, det er derfor også rimelig å anta at dette fremsto som uviktig for informantene. To av informantene bruke høreapparat selv, en jevnlig og den andre sporadisk, og disse vil trolig ha kunnskap om skift av slange. Når det kommer frem at det ikke gis opplæring kan det likevel ikke utelukkes at kunnskapen er unøyaktig og mangelfull på grunn av manglende systematisk opplæring og rutiner.

Informantenes beskrivelser er også varierende når det kommer spørsmål om øvrige hjelpemidler. Det nevnes eksterne mikrofoner og bordmikrofoner av et fåtall informanter, og det gis inntrykk av at dette ikke brukes jevnlig. To informanter forteller om Hørat/Hearit, og at dette ofte brukes på avdelingen. Dette er mikrofoner som kobles til headset (Hjelpemiddeldatabasen). Det er verdt å merke seg at eksterne mikrofoner ikke virker å være i særlig utbredt bruk. Vi vet at dette er et godt hjelpemiddel for eldre, og at det forbedrer utbytte et høreapparat kan ha (Stack, 2010; Anderson et al., 2007). Strawbridge et al (2000) mener at strategier som kan bidra til å maksimere hørselskapasitet er viktige å ta i bruk ettersom det bistår individet i å opprettholde kommunikative og sosiale forhold (Strawbridge et al., 2000).

Oppsummert er informantene oppmerksomme på mange av de viktigste aspektene av vedlikehold og håndtering av høreapparater. Kunnskapen de beskriver er unøyaktig, men

dette kan skyldes forhold ved både intervjuet og organiseringen på sykehjemmene. Informantene sier de er trygge på egen kompetanse rundt håndtering av høreapparat, men mange forteller om dårligere kompetanse blant kolleger. Beskrivelser av øvrige hjelpemidler er også lite presise, og bruk av eksterne mikrofoner er lite utbredt. Dette kan ha konsekvenser for de eldres sosiale liv og kommunikative utbytte.

5.3.2 Konsekvenser av hørselstap

Informantene gir rike og detaljerte beskrivelser av konsekvensene et hørselstap kan ha for et individ, basert på observasjoner de har gjort seg. Her nevnes stigmatisering, utfordringer ved bruk av briller, generelt ubehag og sosiale konsekvenser av de ulike informantene. Sosiale konsekvenser er den eneste konsekvensen som nevnes av alle informantene, men i ulik grad. Det finnes dokumenterte assosiasjoner mellom hørselstap og en rekke negative helsepåvirkninger, både fysiske og psykiske (McCreedy et al., 2018; Strawbridge, Wallhagen, Shema & Kaplan, 2000). Disse har en tett sammenheng med hørselstapets status som kommunikasjonshandikapp (Strawbridge et al., 2000). Sosial isolasjon er knyttet til nettopp manglende mestring i kommunikasjonssammenhenger, og er igjen assosiert med dårlig fysisk og psykisk helse (Mick et al., 2014; Weinstein, 2015).

En av informantene gir en god gjengivelse av hennes erfaringer med en eldre dame som uttrykte utrygghet i sosiale situasjoner og behøvde støtte av personalet for å komme seg ut av rommet sitt. Informanten forteller også at eldre uttrykker at de «føler seg dumme» fordi de ikke oppfatter hva andre sier. En annen informant beskriver de sosiale konsekvensene som så store for enkelte at det overskygger andre fysiske plager eller tilstander de måtte ha. Hun beskriver også eldre som holder seg inne på rommene sine nettopp fordi de ikke hører. En tredje informant gjengir en observasjon av en hørselshemmet beboer, hun beskriver ham som svært sosialt søkende og kognitivt oppegående.

«Men situasjonen jeg tenkte på var det at, ja vi sitter rundt et bord og pasienten får spørsmål fra de andre beboerne, og pasienten hører at de snakker til vedkommende men, eeh, pasienten svarer med at "jeg hører ingenting, beklager" og da gir de andre beboerne opp da, med å prøve å kommunisere med vedkommende. Og da blir den

pasienten sittende der aleine da å spise den forbanna brødiskiva. Før pasienten går inn på rommet sitt igjen og sitter der hele dagen. Og det er flere situasjoner, men det er den verste og den vondeste, for den pasienten er så herlig.»

Informantenes beskrivelser illustrerer hvordan de eldre bruker unnvikelsesstrategier, som resulterer i sosial isolasjon. Trolig benytter de disse strategiene fordi de opplever at de ikke mestrer det sosiale samspillet og kommunikasjonen, og igjen fører dette til emosjonelt ubehag (Gomez & Madey, 2001; Williams et al., 2015; Andersson et al., 2007). Det kommer tydelig frem at informantene ser sosial isolasjon som en direkte konsekvens av hørselstapets effekt på kommunikasjonsmulighetene de eldre har (Mick et al., 2014; Weinstein, 2015). At plagene ved et hørselstap beskrives som større en andre fysiske plager gir oss et bilde av hvor grunnleggende den sosiale kontakten er for mennesker, og hvor stor påvirkning et hørselstap kan på den psykososiale helsen (Tye- Murray, 2015; Weinstein, 2015). Contrera et al (2016) finner i sin forskning at hørselstap hos eldre er assosiert med symptomer på angst, og at dette stiger i takt med hørselstapets alvorlighetsgrad (Contrera et al., 2016). Strawbridge et al (2000) fant at hørselstap vil kunne gå ut over mestring i dagliglivet, inkludert evnen til å være selvstendig (Strawbridge et al., 2000) Informantene beskriver sterke negative følelser beboere har knyttet til sine hørselstap, og påfølgende handikapp. Disse beskrivelsene innebærer også tap av selvstendighet.

Tre av informantene beskriver eldre som trekker seg unna aktiviteter og samlinger med flere mennesker. To av disse er tydelige på at et hørselstap gjør at de eldre foretrekker å forholde seg til færre mennesker og helst bare sitte to og to. I informantenes refleksjoner kan det trekkes paralleller til kapitlene om både lyttemiljø og sosiale arenaer (kap 5.2.1 og 5.2.3), tidligere i oppgaveteksten. Der understrekes det at eldre med hørselstap ofte trekker seg unna samlinger med flere mennesker, og støyende omgivelser fremfor å be ansatte om å skru ned lyd osv (Pryce & Gooberman- Hill, 2011; McCreedy et al., 2018). Dette er også illustrerende for hvordan eldre ofte velger unnvikelsesstrategier fremfor mer problemfokuserede mestringsstrategier (Gomez & Madey, 2001; Williams et al., 2015). Når informantene beskriver eldre som foretrekker omgivelser med færre mennesker er dette en indikator på at miljøet vil kunne ha betydning for de eldres psykososial helse. Dette blir gjeldende i den grad det ikke legges til rette for gode lytteforhold og det dårlige miljøet forsterker et kommunikativt handikapp (Pryce & Gooberman- Hill, 2011; Stephens & Kramer, 2010).

Bedre psykososial helse og livskvalitet vil i større grad kunne sikres ved å fremme gode mestringsstrategier i tillegg til andre hørselsintervensjoner (Ciorba et al., 2012). Gomez & Madey legger frem at det psykososiale aspektet av hørselstap er viktig å adressere om man ønsker at eldre skal mestre eget hørselstap (Gomez & Madey, 2001). Ingen av informantene forteller om at dette tas opp eller adresseres i særlig grad på sykehjemmet. De informantene som beskriver observasjoner av sosial tilbaketrekking sier alle at de synes det er trist, men de virker også resignerte i sine uttalelser. Dette betyr at denne gruppen av eldre hørselshemmede ikke ivaretas under Stortingsmelding 15 beskrivelse av sentrale elementer for god aldring. Dette innebærer aktivitet og fellesskap, hverdagsmestring, miljøbehandling og, systematisk kartlegging og oppfølging (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Stortingsmelding 15 er ikke lovgivende men kan i denne sammenhengen sees på som en mal for god praksis og premisser for god aldring.

Informantene gir detaljerte beskrivelser av eldre som i stor grad benytter unnvikelsesstrategier. Dette fører til sosial isolasjon og negative emosjonelle responser. Andre informanter forteller om at beboere trekker seg unna samlinger med flere mennesker, og foretrekker å være to og to. Dette vitner om at det fysiske miljøet, gjennom å være dårlig tilpasset for hørselshemmede, også kan bidra til dårlig psykososial trivsel. Ingen informanter forteller om grep sykehjemmet gjør for å bedre denne situasjonen for de eldre som berøres av dette. Resignasjonen i informantenes fortellinger kan vitne om at de ikke har kunnskapen eller ressursene for å legge til rette for bedre psykososiale forhold for eldre hørselshemmede.

5.3.3 Mangel på rutiner, opplæring og formell kunnskap

Alle informantene mener at kompetansenivået rundt det hørselsfaglige er varierende, men bare en informant mener de eldre får dekket behovene sine adekvat til tross for dette. De øvrige fem informantene mener at et flertall av deres kollegaer ofte er dårlig rustet til å møte eldre hørselshemmedes behov. Ifølge forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) skal medarbeidere i virksomheten ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å kunne utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Dette innebærer en kartlegging av kompetanse og kompetansebehov hos de ansatte og påfølgende nødvendig veiledning og opplæring av personalet (Helsedirektorater, 2017). Resultatene viser at det ikke

finnes noen form for formalisert opplæring rundt nedsatt hørsel, kommunikasjon eller bruk og vedlikehold av hjelpemidler, som er tilgjengelig for alle i personalet. To av informantene beskriver en ordning med hørselskontakter og at disse får eget kurs. Utover dette viser ikke funnene til strukturert kunnskapsformidling innen hørselsfeltet. Informantene forteller om andre kurs de har tilgang på og generelt god kultur for kunnskapsspredning på en rekke andre fagområder. Det vi finner her støtter funn i øvrig forskning som forteller oss at hørsel er et underprioritert fagområde i sykehjemsektoren (Wallhagen & Pettengill, 2008; Yueh et al., 2003).

Basert på funnene kan det hevdes at informantenes kunnskaper i stor grad er erfaringsbaserte. De beskriver kunnskapsspredningen på arbeidsplassen som svært uformell og i stor grad tilfeldig. De beskriver også manglende grunnleggende kunnskaper blant kolleger, og fraværet av et system for å videreføre kunnskap, når det gjelder bruk og vedlikehold av hjelpemidler (kap 5.3.1). Studien har ikke som mål å avdekke konkret informasjon rundt informantenes tekniske kunnskaper. Det er allikevel interessant å se på informantenes beskrivelser av rutiner, og hvordan informantene har opparbeidet seg kunnskapen de nå besitter. Flere av informantene beskriver prøving og feiling som en måte å opparbeide seg kunnskap på. Bare en av informantene forteller om å ha mottatt opplæring av en kollega, men dette beskrives som tilfeldig. De benytter seg i noen grad av hjelpemiddelets medfølgende instruksjoner, internettsøk og kunnskap fra kollegaer. Både Tolson (1997) og Solheim et al (2016) finner i sin respektive forskning manglende tekniske kunnskaper blant ansatte på sykehjem, samt behov for bedre oppfølging av beboere som benytter høreapparat (Tolson, 1997; Solheim et al., 2016). Tolson (1997) understreker også at det i hennes forskning er tatt høyde for at det finnes informasjon om dette, forholdsvis lett tilgjengelig, i form av både faglitteratur og brosjyrer gitt ut av interesseorganisasjoner (Tolson, 1997). Dette er også tilfelle i Norge hvor både brosjyrer og filmer er gjort tilgjengelige for allmennheten via Hørselshemmedes landsforbund (HLF.no) Mange av informantene benytter seg av ressurser via internett og dette kan bidra til å gi nødvendig kunnskap på området. Allikevel er dette bare en del av utfordringen, ettersom forskning viser at også vedlikeholdsrutiner og hensiktsmessig ansvarsfordeling er nødvendige for å øke bruk og utbytte av høreapparater på sykehjem (Cohen- Mansfield & Taylor, 2004).

Det beskrives ulike praksiser for stell og vedlikeholdsrutiner for hjelpemidler. To av informantene beskriver rutiner de har rundt rengjøring og stell av høreapparat, og sier også at

dette er rutiner de har laget selv og at disse ikke praktiseres felles. I andre tilfeller beskrives dette som oppgaver som utføres av hørselskontakt, primærkontakt, frivillige eller hos de ansatte som selv har hørselstap. Hørselskontaktordningen baserer seg på en avklart ansvarsfordeling innad i avdelingen, og beskrives som god. I tilfellene uten hørselskontakt, fremstår rutiner for vedlikehold som personavhengige og svært sårbare. En av informantene beskriver nettopp dette, at noen primærkontakter følger opp sitt ansvar på en god måte, og andre ikke strekker til her. Det bør understrekes at primærkontakter ikke får eget kurs i forbindelse med sitt ansvar, slik hørselskontakter gjør. Funnene som beskrives her har likhetstrekk med funn lagt frem av Cohen- Mansfield & Taylor (2004) hvor de beskriver ansvaret for oppfølging av høreapparat bruk som uavklart og fordelt mellom både sykepleiere, assistenter og pårørende. I tillegg beskriver de forhold hvor det råder ulik oppfatning rundt hvilket oppfølgingsbehov den enkelte høreapparatbruker egentlig har. Det argumenteres for at disse faktorene bidrar til underbruk av høreapparat, så vel som at høreapparat forsvinner. De legger allikevel vekt på funnene av to enkeltstående tilfeller hvor ansvaret for oppfølging falt på en fast person, disse skiller seg fra de øvrige funnene (Cohen- Mansfield & Taylor, 2004). Dette kan sees i sammenheng med informantenes beskrivelser rundt bruk av hørselskontaktordningen.

Manglende kunnskap og dårlige vedlikeholdsrutiner kan føre til oppsamling av ørevoks i og rundt høreapparatets ulike deler. Ørevoks vil kunne føre til plager som piping, og at høreapparatet tettes. Det vil da blokkere for lyd og i verste fall kunne føre til dårligere hørsel (Solheim et al., 2016). En informant illustrerer dette når hun forteller at hun selv dro på ferie, og da hun kom tilbake hadde ingen av hennes kolleger kompetanse til å vite hvorfor høreapparatene til en av beboerne ikke fungerte. Det viste seg i dette tilfellet at filteret var tett. Personalets manglende kunnskap påvirker deres evne til å bistå eldre høreapparatbrukere med bruk av deres hjelpemidler. Dette vil påvirke de eldres muligheter for kontakt med andre mennesker (Solheim et al., 2016). Denne fortellingen samsvarer også med de øvrige informantenes beskrivelser rundt at de, til tross for trygghet i egen kompetanse, ikke opplever at dette er gjennomgående på avdelingen. Informantens beskrivelser samsvarer med forskning på området (Solheim et al., 2016). En av informantene mener det ikke er behov for strukturert opplæring vedrørende bruk og håndtering av høreapparater, men informanten etterlyser heller mer informasjon om andre hjelpemidler. Dette er en av informantene som forteller om bruk av hørselskontakt på avdelingen, og at dette fungerer bra. De resterende informantene ønsker i større grad informasjon og kurs rundt hørselstap, kommunikasjon og

hjelpe midler. Det kan tenkes at denne ene informanten som ikke har behov for mer kunnskap opplever at de eldre med hørselstap er godt ivaretatt på bakgrunn av hørselskontaktordningen. Det ville i så fall vært av interesse å kunne se nærmere på hvordan denne ordningen bidrar til både ivaretagelse av de eldre og øvrig kunnskapsspredning på avdelingen. Det må også tas med i betraktningen at ansattes opplevelse av å ha adekvat kunnskap ikke alltid samsvarer med det vi finner som ønskelig i den aktuelle forskning og litteratur. Dette illustreres også i denne studien, men det poengteres at dette ikke er et ansvar som kan tillegges de ansatte i særlig grad.

Informantene beskriver alle rutiner som også fungerer godt, disse innebærer hyppige legevisitter, øreskryll og en uformell praksis rundt å merke seg endringer i beboerens hørsel. Mange av informantene beskriver også godt samarbeid med spesialhelsetjenesten og oppfølging ved endringer i de eldres hørselsfunksjon.

Informantene beskriver egen kompetanse som god, og de opplever selv at de klarer å imøtekomme de eldre hørselshemmede på en tilstrekkelig måte. Rutinene noen av informantene beskriver kan sies å være gode, men disse praktiseres kun av informantene selv. Det er ikke allmenn kunnskap på avdelingen. Dette gjelder både i stell, kommunikasjon, samt rengjøring og håndtering av hjelpe midler. Her må det trekkes frem en mulig iboende interesse for temaet som motivator for deltakelse på informantenes side. Når informantene skal beskrive hvordan de har tilegnet seg kunnskapen sin sier mange at det er ting som «sier seg selv,» og mange sier også at de lærer av kolleger. Dette legger grunnlag for en kultur av taus kunnskap rundt dette fagfeltet innad i sykehjemmene. Forskeren bruker begrepet «taus kunnskap» under ett av intervjuene og dette fører til at informanten reflekterer rundt hvorvidt kunnskapen hun har, egentlig sier seg selv. Hun er enig i at kompetansen innenfor feltet er preget av taus kunnskap. Når kompetansespredning foregår på denne måten vil det gjøre det svært vanskelig å sikre at hver enkelt ansatt har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse slik Helsedirektoratet legger til grunn i sin forskrift (Helsedirektoratet, 2017).

Går vi tilbake til kapittel 5.1 kan vi se at dette illustreres godt. Til tross for manglende formell kunnskap har informantene gjort seg viktige erfaringer rundt nyttige kommunikasjonsstrategier i samspill med de eldre. Dette utgjør kompetanse som er svært aktuell når det kommer til å møte de eldres kommunikative behov. Basert på funn i denne studien kan en anta at en mer systematisk opplæring, basert på gode faglige rammer, vil

kunne korte ned tiden det tar å bygge opp dette erfaringsgrunnlaget selv. Dette dokumenteres når informantene beskriver kolleger som ikke i særlig grad benytter seg av kommunikasjonsstrategier eller har denne kunnskapen. McCreedy et al (2018) mener at opplæring av ansatte mot å bli bedre kommunikasjonspartnere, er nødvendig om man skal ivareta omsorgen man gir eldre på sykehjem. Å gi de ansatte en grunnleggende forståelse av hvilket handikapp et hørselstap kan utgjøre og gode strategier, vil kunne gjøre kommunikasjon mindre energikrevende for både de ansatte og de eldre hørselshemmede (McCreedy et al., 2018). Hickson & Worrall (2003) skriver i sin studie at vedlikehold og forbedring av kommunikative evner er grunnleggende i rehabiliteringsforløpet ved et hørselstap (Hickson & Worrall, 2003). Grue peker på at dette arbeidet er en sykepleierfaglig oppgave, det er allikevel noe uklart i hvor stor grad aldersbetinget hørselstap dekkes tilstrekkelig i sykepleierutdannelsen. I den grad det kan kreves at sykepleiere tilegner seg denne kunnskapen etter endt studie vil mangelen på en tydelig standard for hva som er ønskelig kunnskap gjøre dette vanskelig, også for sykepleiere.

Oppsummert gir informantene oss noe uklare beskrivelser rundt hvordan deres kunnskap blir til. Det kommer allikevel tydelig frem at det i all hovedsak dreier seg om erfaringsbasert kunnskap, som de har opparbeidet seg over tid eller på bakgrunn av personlige erfaringer. Fire av seks informanter peker på manglende strukturert ansvarsfordeling, gode rutiner og opplæring av personalet i grunnleggende håndtering av hørselstekniske hjelpemidler og kommunikasjonsteknikk. To av informantene beskriver en ordning med bruk av hørselskontakt, og at dette fungerer bra. Informantene opplever selv at de har adekvat kunnskap. Vi finner allikevel at hørselsfagfeltet preges av taus kunnskap. Dette vil kunne ha signifikante konsekvenser for ansattes muligheter og forutsetninger i arbeidet med å sikre gode kommunikative forutsetninger for de eldre hørselshemmede.

6 Avslutning

I oppgavens avslutning gis en kort oppsummering hvor slutningene fra foregående kapittel presenteres. Deretter fremlegges studiens konklusjon og veien videre.

6.1 Oppsummering

Mye av kunnskapen som beskrives av informantene, er relevant og egenartet for sykehjemsektoren. De viser en viktig forståelse for hva som kreves av dem i deres samhandling med de eldre, og de tilpasser seg intuitivt. Denne kunnskapen gir dem god kompetanse som kommunikasjonspartnere for eldre hørselshemmede. De trekker inn viktige aspekter av hverdagen på sykehjem, som både muliggjør og utfordrer kommunikasjonen på ulike måter. De belyser spesielt rollen komorbiditet og demens spiller, og gjør det tydelig at dette er krevende for kommunikasjon på mange måter. Deres beskrivelser av hjelpemiddelrelaterte utfordringer gjenspeiles av forskning på området, og innebærer at høreapparater forsvinner og ikke brukes (Solheim et al., 2016). De opplever egen kunnskap som tilstrekkelig, og føler seg alle trygge i håndtering av høreapparater. Vi kan ikke bedømme informantenes generelle hjelpemiddelkunnskaper basert på funn gjort i denne studien. Det må likevel belyses at informantene beskriver et svært varierende kunnskapsnivå blant sine kolleger, både i relasjon til hjelpemidler og kommunikasjonsstrategier. Mye av grunnen til dette vil være kulturen for «taus kunnskap» vi finner i informantenes beskrivelser. Denne typen kunnskap opparbeides av erfaringer og uformell spredning fra, og mellom, kollegaer.

Informantene fremhever mange muligheter for samspill med de eldre gjennom dagen. Noen av disse organiseres i regi av sykehjemmet eller frivillige, og noen skapes av informantene selv. Det er lagt frem på grunnlag av informantenes beskrivelser at mange eldre hørselshemmede nok ikke har det ønskede utbytte av organiserte aktiviteter. Dette begrunnes i at disse aktivitetene i hovedsak baserer seg på samlinger i større grupper. Her kan vi identifisere større strukturelle mekanismer som gjør at rommet for tilrettelegging begrenses.

Informantene fremhever samspill med de eldre og skaper mange gode og viktige muligheter for samhandling og kontakt i hverdagen. I deres beskrivelse av stell-situasjonen skaper informantene muligheter for god kommunikasjon med de eldre som har behov for tilrettelagt omgivelser.

En svakhet ved kunnskapen informantene beskriver, ligger i dens erfaringsbaserte natur. Dette premisset gjør at strategier for tilrettelegging kun utvikles og opprettholdes i den grad det oppleves nyttig for informantene. Informantenes opplevelser av hva som er krevende er ofte begrenset til egne opplevelser og perspektiver som normalthørende. Dette perspektivet gir rom for utelatelse av mange faktorer som forringer de eldre hørselshemmedes kommunikative utbytte. Dette er noe som gjenspeiles i både kommunikasjonsstrategiene som beskrives, og i deres utelatelse av det fysiske miljø som kommunikasjonsfaktor. Funnene belyser en tydelig mangel på systematisk informasjon og tiltak for å imøtegå dette, fra sykehjemmets side. Dette går ut over de ansattes muligheter og forutsetninger for å kunne tilrettelegge for gode kommunikative forhold for eldre hørselshemmede.

Begrensningene i de ansattes muligheter og forutsetninger, blir tydeliggjort i observasjonene av rollen kommunikasjonshandikappet har for mange av de Eldres psykososiale helse. Det kommer tydelig frem gjennom informantenes beskrivelser at mange eldre benytter negative mestringsstrategier som fører til sosial isolasjon. Informantene viser empati og forståelse for at dette er en vanskelig situasjon for de eldre å være i. Samtidig kommer det ikke tydelig frem at det finnes muligheter for de ansatte for å tilrettelegge for disse individene. Manglende kunnskap på dette feltet går ut over de ansattes forutsetninger for å kunne møte og ivareta de Eldres psykososiale behov, på en tilstrekkelig måte.

6.2 Konklusjon

Denne studien ønsket å se på hvordan ansatte på sykehjem beskrev sin kunnskap om hørselstap. Samt de ansattes muligheter og forutsetninger for å kunne tilrettelegge for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag.

Basert på informantenes beskrivelser finner denne studien at sykehjemmene i stor grad er preget av uformell og taus kunnskap innenfor hørselsfeltet. Informantene opplever seg selv som trygge på egen kunnskap og kompetanse, og gode i deres rolle som kommunikasjonspartnere for de eldre. Funnene underbygger at informantene har mye relevant og variert kunnskap og benytter sin kompetanse til å skape viktige muligheter for kommunikasjon og samhandling med de eldre hørselshemmede. Informantene beskriver relevante kommunikasjonsstrategier, inkludert strategier som har særegne funksjoner i arbeid med eldre hørselshemmede. De beskriver også unike forhold ved sykehjemshverdagen som har betydning for kommunikasjonen. Mangelen på opplæringsrutiner og et standardisert kunnskapsgrunnlag gjør det derimot ikke mulig å sikre at alle ansatte har denne kunnskapen og kompetansen.

Studien finner at ansattes muligheter og forutsetninger i stor grad er knyttet til kunnskapen de har og kunnskapen som er gjort tilgjengelig for dem, i tillegg til organisatoriske og strukturelle forhold på sykehjemmet.

Funnene underbygger også at kunnskapen som trengs for å kunne tilrettelegge for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag for eldre hørselshemmede ikke kan etableres på grunnlag av erfaringer alene. Det er behov for et standardisert grunnlag for hva som kan regnes som nødvendige kunnskaper og god intern praksis. En slik standard bør bygge på den gode kunnskapen og unike erfaringene vi finner innen sykehjemsektoren, og forhold etablert i faglitteraturen.

6.3 Veien videre

Studiens utvalg er lite, og forskningens kvalitet kan sees på som begrenset av forskerens manglende erfaring. Det pekes allikevel på at det har lyktes studien å rekruttere informanter fra ulike byer og kommuner på tvers av landet, som en styrke. Studien avdekker relevante aspekt om en egenartet kompetanse innenfor sykehjemsektoren, samt hvordan kunnskap opparbeides og spres. Dette er innsikt som sier noe om hvilken type kompetanse som finnes

og hva det er behov for om man ønsker å bedre eldre hørselshemmedes kommunikative forutsetninger og psykososiale helse.

Det er uten tvil behov for mer standardisert kunnskap for sykehjemsektoren hva angår tilrettelegging for gode kommunikative forhold. Et kompetanseløft vil kunne bidra til å heve hørselsfeltets status- og aktualitet, sikre de eldre hørselshemmedes forutsetninger for en god alderdom, og øke de ansattes muligheter for å kunne tilrettelegge for dette. Dette innebærer kommunikasjonsstrategier, lyttemiljø, håndtering og vedlikehold av hjelpemidler, samt bruk av gode mestringsstrategier i møte med psykososiale utfordringer. Dette innebærer også at det legges til rette for gode fysiske forhold og tilpassede aktivitetsmuligheter fra sykehjemmets side, og fokuseres på god intern praksis. Man vil videre kunne argumentere for behovet for større hørselsfaglig fokus innen de ulike utdannelsene man finner i sykehjemsektoren. En tydeliggjøring av dette fagfeltet vil kunne løfte hørselens betydning for psykososial helse og dens forhold til Eldres kognitive kapasitet. Utover dette er det også behov for en økt anerkjennelse av sykehjemmet som en integrert del av eldre hørselshemmedes rett til rehabilitering. Funnene denne studien frembringer gir et utgangspunkt for videre forskning på området.

Litteraturliste

- Aarhus, L., Kvestad, E., Tambs, K., & Engdahl, B. (2012). Aldersrelatert hørselstap: En kort oppsummering av resultater fra Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). DOI: 10.5324/nje.v22i2.1563
- Andersson, S. Arlinger, S. Arvidsson, T. Danielsson, A. Jauhiainen, T. Jönsson, A. Kronlund, L. Laukli, E. Lyxell, B. Nielsen, P. Nyberg, E. Rönnberg, J.(2007). Rehabilitering I: E. Lauklie, (Red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. s.352 – 419. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arlinger, S., Landström, U. Lauklie, E., & Öhrström, E. (2007). Støy. I: E. Lauklie, (Red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. s. 466 – 492. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arlinger, S. Lunner, T. Lyxell, B. Pichora- Fuller, M. K. (2009)
The emergence of cognitive hearing science. *Scandinavian journal of psychology*. 50(5), 371–384. DOI:10.1111/j.1467-9450.2009.00753.x
- Chew HS, Yeak S. (2010) Quality of life in patients with untreated age-related hearing loss. *J Laryngol Otol.*;124(8):835–841. DOI: 10.1017/S0022215110000757
- Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012).
The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults.
Clinical interventions in aging, 7, 159–163. DOI: 10.2147/CIA.S26059
- Clausen, T. (2003). Når hørelsen svigter. København, Socialforskningsinstituttet.
- Cohen-Mansfield, J., & Taylor, J. W. (2004). Hearing aid use in nursing homes.
Part 2: Barriers to effective utilization of hearing AIDS. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(5), 289–296.
- Cole, W. Chasin, M.(2015). Troubleshooting and testing hearing aids I: Katz, J. (Red.).
Handbook of clinical audiology,(7). s.727 – 759. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Contrera, K. J., Betz, J., Deal, J., Choi, J. S., Ayonayon, H. N., Harris, T., Helzner, E., Martin, K. R.,
Mehta, K., Pratt, S., Rubin, S. M., Satterfield, S., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Lin, F. R., &

- Health ABC Study (2017). Association of Hearing Impairment and Anxiety in Older Adults. *Journal of aging and health*, 29(1), 172–184. DOI: 10.1177/0898264316634571
- Cole, E. B., & Flexer, C. A. (2011). *Children with Hearing Loss: Developing Listening and Talking, Birth to Six*. (2. utg.). San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5th edition.). Los Angeles, California: Sage.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komitéene (NESH), fjerde utgave (2016, mars). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* Hentet, 15.09.2020, fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Folkehelseinstituttet (2020, 26.03) Fakta om Covid- 19 utbruddet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/fakta-om-covid-19-utbruddet/>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2020-02-04-119 fra 01.03.2020) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Ledelse%20og%20kvalitetsforbedring%20i%20helse->
- Gates, G. A & Mills, J. H (2005) Presbycusis. *The Lancet*, 366(9491). 1111- 1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67423-5
- Gomez, R. G. & Madey, S. (2001). Coping with hearing loss model for older adults. *The journal of gerontology. Series B, psychological sciences and social sciences*. 56(4). 223-225. DOI: 10.1093/geronb/56.4.P223
- Groth, J. Christensen, L.A. (2015). Hearing aid technologyI: Katz, J. (Red.). *Handbook of clinical audiology*,(7). s.703 – 727. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Grue, E. V. (2011). Sansesvikt hos eldre. *Geriatrisk Sykepleie*, 3(2), 2-8.
- Grue, E. V. (2011). Syn og hørselsvikt hos eldre – sykepleierens rolle. *Geriatrisk Sykepleie*, 3(2), 4-8.

Helsedirektoratet (2020, 12.03) Helsedirektoratet har vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-har-vedtatt-omfattende-tiltak-for-a-hindre-spredning-av-covid-19>

Helse hos eldre i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Oppdatert 23.05.2018; lest 26.09.20]. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Helse og omsorgsdepartementet (2018) *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15. (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Helsepersonellov. (2019) Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11)
Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Hickson, L., & Worrall, L. (2003). Beyond hearing aid fitting: improving communication for older adults. *International journal of audiology*, 42(Suppl 2), 2S84–2S91. DOI:10.3109/14992020309074649

Hjelpemiddeldatabasen. Hentet (5.11.20) fra:
<https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/r11x.asp?linkinfo=52546&newsid=3783&apostid=717>

Holmen, Heine: *kunnskap* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 17. november 2020 fra
<https://snl.no/kunnskap>

Huttunen, K. Jauhiainen, T. Levänen, S. Lyxell, B. McAllister, B. Määttä, T. Rönnerberg, J. & Svendsen, B. (2007). Språklig kommunikasjon. I: E. Lauklien, (Red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. s. 77 – 107. Bergen: Fagbokforlaget.

Hørselshemmedes landsforbund (2020) Hentet fra: <https://www.hlf.no/hva-vi-jobber-med/hlfs-rettighetsguide2/#Hjelpemidler%20for%20h%C3%B8rselshemmede>

Hørselshemmedes landsforbund. (2015) *Vedlikehold av bak- øret høreapparat (BTE)* [Brosjyre] Lørenskog: Helse sør- øst.

Hørselshemmedes landsforbund (2015) Hentet fra:

<https://www.hlf.no/aktuelt/2015/kommunikasjonstips/>

Jauhiainen, T. Lind, O. Magnuson, B. Moore, J. K. Osen, K. Ulfendahl, M. (2007).

Anatomi og fysiologi I: E. Lauklie, (Red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. s.127 – 161.

Bergen: Fagbokforlaget.

kompetanse i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 17. november 2020 fra

<https://snl.no/kompetanse>

Krokstad, A. Laukli, E. (2007). Akustikk I: E. Lauklie, (Red.). *Nordisk lærebok i audiologi*. s.20 – 56.

Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.).

Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapsbanken (15.10.2018) Hentet fra:

<https://www.kunnskapsbanken.net/kommunisere-med-horselshemmede/#>

Levealderen i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. [nettdokument].

Oslo: Folkehelseinstituttet. Oppdatert:14.05.2018; lest 20.09.20. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/?term=&h=1>

Magnusson, E & Marecek, J (2015) *Doing interview based qualitative research: a learners guide*.

Cornwall: Cambridge university press.

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (utg.4).

Oslo: Universitetsforlaget.

Maxwell, J. A. . (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed).

Los Angeles: Sage.

McCreedy, E. M., Weinstein, B. E., Chodosh, J., & Blustein, J. (2017). Hearing loss:

why does it matter for nursing homes? *JMDA*, 19(4), 323-327. DOI:

10.1016/j.jamda.2017.12.007

Mick, P., Kawachi, I., & Lin, F. R. (2014). The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 150(3), 378–384. DOI: 10.1177/0194599813518021

Nav (12.09.2013) Hentet fra <https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hva-har-du-vansker-med/horsel2>

Norsk senter for forskningsdata (2020, 28.08) Personverntjenester.

Hentet fra: https://nsd.no/personvernombud/om_oss.html

Paulsen, B. Harsvik, T. Halvorsen, T. & Nygård, L. (2004) Bemanning og kvalitet i sykehjem. *Tidsskriftet den norske legeforening* 124(22) 2954- 2055. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/11/aktuelt-i-foreningen/bemanning-og-kvalitet-i-sykehjem>

Pryce, H., Goberman-Hill, R. (2012). There is a hell of a noise: Living with a hearing loss in residential care. *Age ageing*, 41(1), 40-6. DOI: 10.1093/ageing/afr112

Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen (2020, 12.03) Omfattende tiltak for å bekjempe Koronaviruset.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-tiltak/id2693327/>

Stach, B. A. (2010). *Clinical audiology, an Introduction* (2. utg.). USA, NY: Delmar Chengage Learning.

Stach, B. A. Horsby, B. W. Y. Rosenfeld, M. A. L. & DeChicchis, A. R. (2009)

The complexity of auditory aging. *Thieme medical publishers*(30). 94- 111.

DOI: 10.1055/s-0029-1215438. ISSN 0734-0451.

Stephens, D., & Kramer, S. E. (2010). *Living with hearing difficulties: the process of enablement*. West Sussex: Wiley- Blackwell.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (2000).

Negative consequences of hearing impairment in old age: a longitudinal analysis.

The Gerontologist, 40(3), 320–326. DOI:10.1093/geront/40.3.320

- Solheim, J., Shiryayeva, O., & Kvaerner, K, J. (2016). Lack of ear care knowledge in nursing homes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 30*(9), 481-488. DOI:10.2147/JMDH.S113689
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Tolson, D. (1997) Age-related hearing loss: a case for nursing intervention. *Journal of advanced nursing, 1997*(26), 1150- 1157. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.00425.x
- Tye-Murray, N. (2015). Foundations of aural rehabilitation: Children, adults, and their family members. (4. utg.). Stamford: Cengage Learning.
- Waalder, H. M. (2005) Pleiebehov blant mottakere av kommunale omsorgstjenester. *Tidsskriftet Norsk legeforening 125*(8) 1012- 1014 Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/pleiebehov-blant-mottakere-av-kommunale-omsorgstjenester>
- Wallhagen, Margaret, PhD, APRN, BC, AGSF, Pettengill, Elaine & PhD, RN. (2008). Hearing Impairment: Significant but Under assessed in Primary Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing, 34*(2), 36-42.
- Weinstein, B. E. (2015) Hearing loss in the elderly: a new look at an old problem: Katz, J. (Red.) *Handbook of clinical audiology*,(7). s.703 – 727. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Williams, K. C., Falkum, E., & Martinsen, E. W. (2015). Fear of negative evaluation, avoidance and mental distress among hearing- impaired employees. *Rehabilitation Psychology, 60*(1), 51-58. DOI: 10.1037/rep0000028
- Yueh, B. Shapiro, N. MacLean, C. H. Shekelle, P. G. (2003) Screening and Management of Adult Hearing Loss in Primary Care: Scientific Review. *JAMA. 289*(15):1976–1985. DOI:10.1001/jama.289.15.1976

Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Hverdagskommunikasjon med eldre hørselshemmede på sykehjem

Referansenummer

257709

Registrert

28.01.2020 av Marte Nyman - marteny@uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det utdanningsvitenskapelige fakultet / Institutt for spesialpedagogikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Björn Lyxell, bjorn.lyxell@isp.uio.no, tlf: 22858144

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marte Nyman, marteny@student.uv.uio.no, tlf: 47616063

Prosjektperiode

13.01.2020 - 31.12.2020

Status

28.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

28.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 28.01.2020 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2. Informasjonsskriv

“ Hverdagskommunikasjon med eldre hørselshemmede på sykehjem ”

I forbindelse med min masteroppgave på Universitetet i Oslo søker jeg deltakere til mitt forskningsprosjekt. I dette skrevet vil jeg informere litt om meg selv, om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Litt om meg

Jeg heter Marte Nyman, er 31 år og er fra Stavanger. Jeg tar nå en mastergrad i Spesialpedagogikk med spesialisering i Audiopedagogikk ved universitetet i Oslo, jeg har også bodd i Oslo de siste fire årene. Jeg har en bachelorgrad som barnehagelærer og har jobbet en del år som pedagogisk leder. De siste årene har jeg derimot jobbet i bolig for psykisk utviklingshemmede på Nordstrand, både fulltid og parallelt med studiene.

Formålet

Formålet med prosjektet er å intervju ansatte ved sykehjem rundt deres kunnskap om hørselstap hos eldre samt hvordan de opplever kommunikasjon og samspill med hørselshemmede eldre. Jeg ønsker å se på hva type kunnskap ansatte har, om eller hvordan kunnskapsformidling rundt dette temaet foregår på avdeling, og hvordan de ansatte opplever kommunikasjon og samspill med de eldre i hverdagen.

Min foreløpige problemstilling er:

”I hvilken grad opplever ansatte på sykehjem at de har adekvat kunnskap om hørselstap, og mulighet til å tilrettelegge for god kommunikasjon og en meningsfylt hverdag for eldre hørselshemmede?”

For å utdype problemstillingen har jeg formulert disse forskningsspørsmålene:

- Hvilke kunnskaper har ansatte på sykehjem om hørselstap?
- Hvordan beskriver de ansatte samhandlingen/kommunikasjon med eldre hørselshemmede i hverdagen?
- Hvordan beskriver de ansatte muligheter og utfordringer knyttet til tilrettelegging for god kommunikasjon i hverdagen?

Ansvarlig for prosjektet er Universitetet i Oslo ved veileder Bjørn Lyxell.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker som nevnt å intervju ansatte på sykehjem til prosjektet mitt. Jeg ønsker i all hovedsak å intervju ufaglærte og personal med fagbrev ettersom det er min opplevelse at disse gruppene har mest tid i samspill med beboerne på sykehjemmet og mindre administrative oppgaver og ansvar. Jeg ønsker også fortrinnsvis å komme i kontakt med ansatte ved somatiske avdelinger som hovedsakelig består av eldre som har ordinær sykehjemsplass eller aldershjems plass. Dette er dog ikke et absolutt krav.

Jeg håper dette kan virke som en spennende og interessant mulighet og at dere har anledning til å formidle dette skrevet til de i personalgruppen som kunne vært aktuelle for deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å intervju til sammen 4-6 informanter fordelt på ulike sykehjem. Jeg har utformet en intervjuguide på bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålene som består av 14 spørsmål. Jeg beregner at et intervju vil ta 20-40 minutter, og jeg vil i den forbindelse benytte båndopptaker.

Om du ønsker å delta vil jeg være fleksibel vedrørende møtested og tidsrom.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Jeg vil ikke samle inn personopplysninger utover stillingsprosent, erfaring og evt utdanning. Ingen navn, arbeidsplass eller andre opplysninger som kan identifisere deg vil bli brukt. Alle opplysninger vil bli anonymisert og jeg vil i oppgaven bruke fiktive navn eller bare referere til deg som intervjues som "informanten/informantene".

Prosjektet vil avsluttes innen November 2020, og alle lydopptak vil slettes innen utgangen av desember 2020.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Oslo ved Björn Lyxell
Mail: bjorn.lyxell@isp.uio.no
Eller Marte Nyman
Mail: marteny@student.uv.uio.no
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye
Mail: personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig- Björn Lyxell

Student- Marte Nyman

Vedlegg 3. Samtykkeerklæring

Med dette samtykker jeg å stille som informant til prosjektet “ Hverdagskommunikasjon med eldre”, et masterprosjekt av Marte Nyman ved Universitetet i Oslo.

Jeg har lest og satt meg inn i informasjonsskrivet jeg har fått og er klar over studiens formål og mine rettigheter som informant i dette prosjektet. Jeg deltar frivillig og er kjent med at jeg når som helst kan trekke meg uten at dette vil medføre negative konsekvenser.

Jeg samtykker til at informasjonen jeg gir vil bli tatt opp med lydopptaker og at det vil gjøres notater underveis.

Jeg forstår at informasjonen jeg gir vil bli bearbeidet i ettertid av intervjuet i forbindelse med oppgaven og at alle lydopptak vil slettes når oppgaven avsluttes, senest 31.12.2020

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker til å delta:

Dato

Signatur

Vedlegg 4. Intervjuguide

Innledning

-Takke for deltakelse

-Fortelle om prosjektet

-Gå igjennom samtykkeerklæring

-Fortelle om intervjuets struktur, oppfordre til å være konkret.

(Må ikke bare svare på spørsmål men gjerne fortelle om opplevelser eller ting som kan være relevant for temaet)

Kartlegging/Bli kjent

Alder

Utdannelse

Stillingsprosent

Erfaring

Kurs/intern opplæring rettet mot hørselstap

1. Hvordan ser din arbeidshverdag ut? (hvor mange eldre bor på avdelingen)

2. I tillegg til evt utdannelse, hva type opplæring/kurs har du mottatt på denne arbeidsplassen?

3. Hvilke helsemessige utfordringer opplever du med beboerne på avdelingen?

4. Hvor mye tid av arbeidshverdagen din bruker du i en form for samspill/kommunikasjon med de eldre beboerne?

Kunnskap om hørselstap

5. Hvor mange av de eldre på avdelingen din har et hørselstap og hvor mange bruker hjelpemidler?

Og dette er mennesker du jevnlig er i kontakt/kommunikasjon med?

6. Finnes det noen tiltak eller prosedyrer på avdelingen som omhandler hørsels eller sansetap?

7. Føler du deg trygg på håndtering av høreapparat og andre hjelpemidler?

- Hva er utfordrende?

8. Opplever du at bruk av hjelpemidler er nyttig for den enkelte beboer?

- Hvordan/hvordan ikke?

Kommunikasjon og samspill

9. Hva type kommunikasjon har du med beboerne?

- Samtaler?
- Formidle informasjon?
- Nonverbal kommunikasjon?

10. Hvordan opplever du kommunikasjonen med beboerne?

-Opplever du utfordringer knyttet til kommunikasjon med beboerne?

- evt hvilke og hvordan?

-Føler du at du klarer å formidle det du ønsker?

10. Er du bevisst på hva du selv gjør for å bedre/ivareta kommunikasjonen mellom deg og beboer?

- Er dette evt noe det er fokus på eller bevissthet rundt på avdelingen?

- Deling av erfaring og kunnskap?

11. Er du bevisst på/ klar over hvilke konsekvenser et hørselstap kan ha?

- Opplever du at hørselstap har konsekvenser for den enkelte beboer?
- Da med spesielt fokus på kommunikasjon og det sosiale samværet.

Tilrettelegging

12. Opplever du at avdelingen tilrettelegger for å imøtekomme eldre med hørselstap?

- fysisk
- Kurs og kompetanse spredning
- Daglige rutiner
- Fokus på generell basis

13. Føler du at det legges til rette for god kommunikasjon og samspill mellom de eldre på avdelingen din?

- Tid
- Fokus på det sosiale
- Fokus på kommunikasjon?

14. Føler du selv at det legges til rette for at du skal kunne gjøre ditt beste i samspill med beboere som er hørselshemmede?

- Hvorfor/hvorfor ikke?