

audiografen

FAGBLAD FOR AUDIOGRAFER | NR 4 – 2024 | www.audiograf.no **delta**  Audiograf forbundet  Fagpressen



MEDLEMS-
UNDERSØKELSEN

BACHELOR-
OPPGAVE

DELTA
SVARER

HYPERACUSIS
KONFERANSE



3. mars, 2025

Hørselskonferansen 2025

– Bedre tilbud! Kvalitet og helhetlige tjenester i hørselsomsorgen.

- ♥ Tverrfaglig møteplass med spennende foredragsholdere
- ♥ En digital fagkonferanse innen hørsel
- ♥ Aktuelle temaer som teleaudiologi og digitale løsninger

hørselskonferansen.no



Skann QR-koden
for å melde deg på!

Foto: DariaS - stock.adobe.com



INNHOOLD

Leder	4
Styret informerer	6
Hørselsteknologi	8
Konferanse	10
Medlemsundersøkelsen	14
Bacheloroppgave	18
Delta direkte	32
Spørsmål og svar	34

REDAKSJONEN redaksjon@audiograf.no

Redaktør

Kai Menear,
tlf 984 14 110

Annonseansvarlig

Andreas Selfors Hansen
Arbeidssted: Sørlandet sykehus HF
Mobil: 406 14 853

Redaksjonsmedlemmer

Erlend Eggstad
Elisabeth Engebregtsen
Kathrine Malm
Margrethe Romskaug

Audiografens adresse:

Audiografen v/Kai Menear,
Kolstadflata 37e, 7098 Saupstad

Deadline for materiell:

1/2023 – 6. februar
2/2023 – 2. mai
3/2023 – 21. august
4/2023 – 13. november

Annonsepriser:

Årsavtaler
– 4 x 1/2 sider, kr 26.000,- u/mva
– 4 x 1/1 sider, kr 37.500,- u/mva
– 1/2 side, kr 8.000,- u/mva
– 1/1 side, kr 10.000,- u/mva

Forsidefoto:

stock.adobe.com

Stillingsannonser:

¼ side: kr. 2000.-
½ side: kr. 4000.-

Stillingsannonser blir fortløpende lagt ut på nett etter som de kommer inn. Dette koster kr. 4000. Ønskes stillingsannonser trykt i Audiografen bestilles dette spesielt og kostnader er som beskrevet over. Ekstrakostnader ved mangelfullt materiale tas opp med trykkeriet, og trykkeriet sender egen faktura på dette.

Abonnementspris:

Kr. 500.- pr. år



Layout og trykk:
Merkur Grafisk AS

Merkur Grafisk er
godkjent som
svanemerket bedrift.



Hei kjære lesere!

Da er et år overstått og vi går inn i den lune høytiden med mange opplevelser og noe ny kunnskap innabords. Fagbladet har satt stor pris på å kunne formidle en del av denne kunnskapen og annen trivelig og relevant informasjon for dere igjennom det foregående året.

Arets siste nummer er litt mer fyldig og inneholder blant annet en interessant bacheloroppgave som veldeig godt tar for seg samhandlingstematikk i kommunal kontekst som er relevant for oss audiografer. Styret har også bidratt godt i dette nummeret med medlemsundersøkelsen som fagbladet også samstemmer i at er viktig og ikke minst viktig å delta på for videre politisk drakraft for vår faggruppe. Det er ellers i bladet litt konferansmateriale fra en gruppe som har vært en tur til Warszawa for å få faglig oppdatering på hyperacusis og misofoni. Det presenteres også noe relatert til kunstig intelligens fra det teknisk medisinske perspektiv. Og delta kommer med et innspill om ting som er relevante angående

arbeidsforhold. Tinnitus utvalget presenterer også nyttig info om praksis i klinisk behandling. Noen artikler har dessverre måttet vente til over nyttår, blant annet en interessant konferanse avholdt av NTAF samt noe annet trivelig innhold. De av våre lesere som er så heldige å få veilede studenter over nyttår må bruke høytiden godt til opplading og dere andre kan også ta en pust i bakken og hør gjerne fra dere i løpet av '25 med ting dere har på hjertet. Fagbladet ønsker alle leserne i mellomtiden en riktig god og fin jul og ei trivelig nhyttårsfeiring!

Mvh Redaktøren



Foto: Eaterina - stock.adobe.com

BANEBRYTENDE

Neuro Sound Technology

Kraftfull kunstig intelligens for den klareste lyden overalt.



Drevet av
Starkey Neuro Processor

80 millioner
individuelle, automatiske
hørselsjusteringer i timen



**Unik
brukerstyrt
DNN**

51 timer
brukstid på en
lading

GENESIS^{AI}

Les mer og bestill på **StarkeyPro.no**

Styret informerer

Nå har vi kommet inn i årets siste måned og de aller fleste av dere ser nok frem til noen dager fri i jula sammen med familie og venner. Og det er velfortjent.

For oss i styret har 2024 vært et travelt år, spesielt politisk. Å delta i politiske møter, krever gode forberedelser og vi har, før hvert møte, sendt inn skriftlig materialet slik at også de vi skal møte, kan forberede seg på det vi ønsker å ta opp. Vi opplever at de leser seg opp på forhånd og vi får tid til å utdype det vi har sendt inn, eller at de stiller spørsmål rundt temaet vi har møte om.

Det siste halve året, har vi brukt en del tid på ventetidsløftet. Vi har i ettertid av møtene med HOD i oktober, hatt møter med ledere i helseregionene for å høre om de tiltak som er satt i gang fra dem, samt i hvilken grad audiografene er involvert i dette arbeidet. Vi opplever at de som har audiografer som plassstillitsvalgte, er mer involvert i dette arbeidet enn andre – noe som også er naturlig. Så her er en oppfordring til dere om å melde deg som plassstillitsvalgt på din arbeidsplass. Vi ønsker fortsatt en tilbakemelding fra dere medlemmer om jobben i din region. Oppfølgingsmøter av ventetidsløftet skal vi ha over jul og tiltakene skal gå ut året 2025.

I denne utgaven av Audiografen, kan du også lese mer om medlemsundersøkelsen fra i år og de resultatene vi fikk der. Det var noe lavere svarprosent, sammenlignet med året før. Vi har full forståelse for at det kan bli mange undersøkelser, men vi ser at de er gull verdt når vi skal i møter. Det gir oss en tyngde bak det vi sier og det viser i tillegg audiografens arbeidshverdag, både på godt og vondt. Vi kommer til å sende ut en ny medlemsundersøkelse våren 2025 og håper så mange som mulig svarer på den.

Delta har hatt Kongress i november og Audiograf-forbundet deltok også der. Mer enn 100 tillitsvalgte fra hele landet deltok og de representerte så godt som alle tariffområder. På kongressen ble det foretatt nye vedtak og det var valg. Trond Ellefsen og Marit Solheim ble gjenvalgt som henholdsvis leder og 1.nestleder og Ola Yttre ble valg inn som 2.nestleder. Vil du lese mer om både vedtak og valg, kan du gå inn på Delta.no.

Vi går nå inn i vårt siste år i denne landsmøteperioden og vi minner om at EU komiteen allerede er i gang med å utarbeide program for neste års EU. Audiografforbundets representanter i EU komiteen, ble presentert med kontaktinformasjon i forrige utgave av Audiografen – ta gjerne kontakt med dem hvis du sitter inne med forslag til programmet.

Med dette ønsker vi i styret:
En riktig god jul til dere, håper dere har hatt et fint og minnerikt år. Og når juleklokkene nå ringer inn julen, håper vi dere flere gode minner får.

GOD JUL!

*På vegne av styret
Mona Elisabeth Hansen*



Foto: photonic - stock.adobe.com

PHONAK
life is on

A Sonova brand



En ny æra innen hørselsløsninger!

Med verdens første AI-chip dedikert til lydbehandling i et høreapparat, DEEPSONIC™, skiller Phonak Audéo Infinio Sphere™ ut uønsket støy og leverer klar lyd fra alle retninger på et helt nytt nivå. Med opptil 10 dB forbedring i SNR og 53 ganger mer kraft i forhold til dagens chip-teknologi reduserer man lytteanstrengelsen og øker taleoppfattelsen betraktelig.

Når hvert eneste ord teller. Frigjør en verden av muligheter med Infinio Sphere™!

www.phonak.no



Lyden av fremtiden:

Hvordan DNN påvirker hørselsteknologi

I sin bok Hearing Aids skrev Harvey Dillon i 2001 at programmerbare høreapparater er så enkle å tilpasse, at du som audiograf kanskje blir arbeidsledig. Som audiografstudent har man kanskje lest dette avsnittet med et bekymret blikk. Leser man videre i Dillons tekst kommer man til en linje som forteller deg at på tross av all automatikken er det fortsatt et stort behov for deg som audiologisk fagperson. Det menneskeorienterte aspektet ved hørselsrehabilitering er stort, og dine menneskelige egenskaper er uvurderlige. Ta med deg denne gode tanken når du leser videre i teksten nedenfor.

AV KIM HAUG



Høreapparatteknologi beveger seg fremover i stadig raskere tempo. For 10 år siden ble made for iPhone teknologi gjort tilgjengelig for enkelte høreapparater. For 20 år siden ble Bluetooth teknologi gjort tilgjengelig for enkelte høreapparater. Felles for alle store teknologiske fremskritt er at de som regel blir adoptert av alle produsenter og utviklere av teknologi, og på den måten blir bransjestandard. I den seneste tiden har utviklingen i høreapparatteknologi handlet om kunstig intelligens. Integreringen av KI-

teknologi i høreapparater representerer et betydelig fremskritt innen hørselsrehabilitering. Det har muliggjort utvikling av produkter som gir uovertrufne nivåer av tilpasning og ytelse, skreddersydd til de unike behovene til hver enkelt bruker. Men hva er det kunstig intelligens i et høreapparat egentlig tilbyr sluttbruker? Og hva er DNN?

Under paraplyen kunstig intelligens finner man maskinlæring og dyp læring (DNN – dype nevrale nettverk). Maskinlæring har vært integrert i høreapparater de siste



«Høreapparatene skanner, tilpasser og optimaliserer automatisk etter hvert som brukeren beveger seg fra lydmiljø til lydmiljø. Tør man tenke seg et høreapparat helt fri for programmer?»

15 årene. Typisk vil man finne maskinlæringsalgoritmer i bruk under høreapparatenes ulike støydempingsfunksjoner, for eksempel vindsus. Med maskinlæring er høreapparatet trent til å kunne oppfatte vindsus bedre enn uten maskinlæring, og på den måten reagere automatisk når vindsus er til stede. DNN er en type kunstig intelligens-modell basert på nevrale nettverk med flere lag. DNN er designet for å etterligne menneskelig hjernefunksjon og brukes i en rekke applikasjoner, fra bilde- og talegjenkjenning til naturlig språkprosessering og spill. Facebook og Amazon bruker DNN blant annet for å gi brukerne personlige anbefalinger av for eksempel bøker eller annen reklame. Dype nevrale nettverk representerer en mer sofistikert form for datalæringsalgoritmer. DNN har evnen til å behandle informasjon og gjenkjenne mønstre med en bemerkelsesverdig hastighet, og overgår ofte menneskelige evner i visse oppgaver.

DNN er designet for å håndtere store mengder data og kan analysere komplekse mønstre. I høreapparater kan lydmiljøet være ekstremt variert, med bakgrunnsstøy, tale og andre lyder som blandes sammen. DNN-modeller trenes på et stort antall lyddata typer og situasjoner, slik at de kan lære å skille mellom disse lydene effektivt. Dette gjør at høreapparatene kan justere seg dynamisk til forskjellige akustiske omgivelser. DNN er altså et supert verktøy for å analysere lydmiljø og optimalisere høreapparatinnstillingene,

men kan den forutsi hva høreapparatbrukeren ønsker å gjøre? For eksempel kan DNN forstå at brukeren er på kafe, men den kan ikke vite om man vil ta del i samtalen, bare lytte, eller kanskje bare lese en bok.

I Starkey Genesis høreapparater brukes DNN som en brukerstyrt funksjon, i tillegg til annen KI-teknologi i apparatene, som maskinlæring. Hvis man bruker Starkey Genesis AI i kombinasjon med MyStarkey app, kan man brukeren selv velge hvordan KI skal benyttes. Hvis man bruker det tenkte eksempelet med besøk på kafe, kan brukeren selv velge å påføre DNN for bruk i samtale med andre (forbedre tale), bare lytte (bedre lyd) eller lese en bok (komfort). Det er da tre ulike valg brukeren kan ta, som angir retning på hvilke hensyn apparatens DNN funksjon skal veie.

Starkeys brukerstyrte DNN funksjon går under navnet Edge Mode+, og kan være påslått hele dagen om brukeren ønsker det. Høreapparatene skanner, tilpasser og optimaliserer automatisk etter hvert som brukeren beveger seg fra lydmiljø til lydmiljø. Tør man tenke seg et høreapparat helt fri for programmer? Det er ingen tvil om at Kunstig Intelligens er et stort fremskritt for høreapparatteknologien. Forskningen og teknologiutviklingen er allerede kommet langt, men bare fantasien (og kanskje batteriteknologien?) setter grenser for hva vi kan se for oss i fremtiden. ●

7. Internasjonale konferanse om hyperacusis og misofoni

Norge var godt representert med hele 13 deltagere på den 7. internasjonale konferansen om hyperacusis og misofoni i Warszawa 15. – 17. September 2024. Konferansen ble i år arrangert av World Hearing Center i Warszawa, og det var en imponerende klinikk.

TEKST OG BILDER AV: SIRI M. BERGSETH, HEIDI SABATIER-OLNE, HANNE GJØNNES, ELISE LIVERØD HAGEN AUNE OG INGVLID ØRLAND



Siri M. Bergseth, Dag Sunde og Hashir Aazh.

Nesten som et eget lite sykehus for hørselshemmede, med hovedfokus på operasjon av mellomøretilstander, CI og benforankrede høreapparater. Her inngikk også audiologisk fagpersonell i behandling og oppfølging. Det er mange barn på klinikken, og for at de ikke skal kjede seg mens de er der, har de likeså godt en egen dyrehage som dem kan kose seg i. Det er hotell hvor pasienter og pårørende kan bo, og dette var også åpent for fagdager og konferanser ala den vi nå deltok på. Dag to og tre av konferansen ble holt på et stort hotell i byen, da det var tre parallelle konferanser der samtidig som World Hearing Centre var arrangør for.

Vi var 6 audiografer, 6 audiopedagoger og 1 ØNH-lege fra Norge. Helt klart den største troppen fra ett enkelt land. Flere land i Europa var representert, og forskerne som pre-

senterte sin forskning kom fra både USA, Australia og flere steder i Europa. Det er høyt faglig nivå, og psykologene var sterkt representert. Det er nok mer konsensus i enkelte land at psykologer behandler misofoni (kognitiv terapi, KAT, viser stor behandlingseffekt), men sterke personer som Hashir Aazh og Pawel Jastreboff er helt klar på at audiografer og audiopedagoger også har like viktig balast i å bruke TRT og KAT som behandlingsmetode.

Denne konferansen samlet alle de store innen feltet. Her traff vi og fikk snakket mye med Pawel Jastreboff og hans kone Margareth Jastreboff, i tillegg til Hashir Aazh, Brian Moore og Richard Salvi. For en gjeng å ha knyttet i nettverket sitt, og vi fikk mye faglige gode samtaler med alle sammen. Det er nok også siste gangen man ser dette knippet



Elise Liverød Hagen Aune, Hanne Gjønnnes, Heidi Sabatier-Olne, Siri M. Bergseth og Ingvild Ørland.



Hanne Gjønnnes, Pawel Jastreboff, Heidi Sabatier-Olne og Elise Liverød Hagen Aune.

sammen på en internasjonal konferanse, da Jastreboff nå annonserte at de ville trekke seg mer tilbake og at de nå kun deltok på et par konferanser til før de pensjonerte seg. Vel – de greide nok ikke holde seg helt borte fra faget, så de ville fortsette sin forskning så lenge de orket – bare i et roligere tempo enn tidligere. Det ble også opplyst om at de nå senere i høst vil kjøre sitt aller siste utdanningskurs i TRT, og at de ikke visste hvem som ville plukke opp arven etter dem.

Det var flere foredrag som omhandlet forskning rundt angst eller stress og i hvilken grad dette kunne ses i sammenheng med misofoni og/eller hyperacusispasienter. Spennet var vidt, fra «Kvalitet på sexlivet til individer med misofoni og deres partnere» til å utforske nevrokemiske og psykofysiologiske basiser i misofoni og hyperacusis, og evaluering av hørsel i støy hos pasienter med misofoni og forståelsesmodeller for disse tilstandene. Videre ble det diskutert fysiologiske forskjeller og likheter mellom tilstandene og utforskning av kognitive, emosjonelle, auditive funksjoner i tillegg til familiefungering hos barn med misofoni. Det var tydelig konsensus på at man kunne ha både misofoni og hyperacusis selv om man hadde hørselstap.

Vi har sammenfattet alle foredragene og ønsket å dele det med dere. Det ble et nærmere 20 siders dokument og vanskelig å gjengi i fagbladet uten å ta hele bladet alene. Det blir derfor mer reisebrev i Audiografen og da en gjengivelse av

essensen, også deler vi gjerne ut vår lange sammenfatning til de som ønsker.

Det var lange dager, med lange økter og korte pauser. Alle foredrag var på 20 minutter, så her var det bare å holde hjernen skjerpet og tenke at hvile får vi gjøre når vi kommer hjem. Alle sesjoner varte i 2 timer og pausen på 10 minutt mellom hver sesjon ble ofte bare 5 minutter. Vi opplevde å være sterkt uenig i ting som ble presentert, samtidig som vi opplevde å kjenne på tilfredshet over å ha den gode fagkompetansen vi har i Norge på dette feltet. Flere audiografer har kurset seg eller tatt utdanning innen hyperacusis og misofoni, både når det gjelder TRT (Tinnitus Retraining Therapy) og KAT (Kognitiv atferdsterapi). Å kunne tilby en kombinasjon av dette fikk vi se på konferansen at også gjøres i mange land.

Konferansen startet med «live»-visning (direkte) fra 5 operasjonsbord på klinikken. Simultant. Vi fikk blant annet overvære CI-operasjon og tympanoplastikk. Vi satt altså i kongresshallen og fulgte med på storskjerm, hvor lege hele tiden guidet oss gjennom hva de gjorde i de ulike salene rundt oss. Imponerende. ØNH-legen var mektig imponert, og det var vi andre også. Ikke vanlig å få være med på noe slikt på en så stor og mektig måte.

Deretter var det work-shops hvor tema blant annet var bruk av Hashir Aazh skjema for hyperacusis og misofoni, en metode for å forberede pasienter på terapi.



Siri M. Bergseth, Heidi Sabatier-Olne, Pawel Jastreboff og Ingvild Ørland.

Resten av konferansen bestod av foredrag og rundebordsdiskusjoner. Ekteparet Jastreboff presenterte den nevrofysiologiske forklaringsmodellen, som fortsatt står sterkt, og vi så at de også har gjort små justeringer i sin svært så oppskriftsmessige behandlingsmetode TRT, for å møte dagens forskning og nyere viten som de mente var viktig eller nyttig.

Det er utviklet mange skjema i alle land, men vi så nok at de fleste inneholdt mye av det samme. Skjema som vi bruker i Norge, oversatt og funnet gyldige, mente mange manglet mye og var ikke gode nok hvis vi ønsket å måle forbedring i behandling, men samtidig hadde de lite å tilby som da skulle fungere bedre. Det er vel derfor så mange prøver å utvikle nye skjema, men enda har ingen greid å imøtekomme kravene slik det er ønsket. Og utfordringen er å få dette oversatt til alle lands språk. Det hadde vært ønskelig og kunne gjort forskning enda mer spennende. THI fikk vi vite ikke var et godt nok skjema i så måte, men det er det vi har i dag.

Det er fortsatt diskusjon om definisjon av de ulike begreper og diagnosene vi bruker. Noen bruker Jastreboffs oppdeling av nedsatt lydtoleranse der han skiller mellom hyperacusis, misofoni og fonofobi. Andre følger Moore og Hashir sin Hyperacusis der man skiller mellom loudness hyperacusis og pain hyperacusis. Likevel så det ut til at mange nå bruker misofoni og skiller det fra de ulike hyperacusisstilstandene. Pain Hyperacusis dekker for eksempel TTTS (tonisk tensor tympani syndrom), som vi bruker som egen benevnelse i Norge i dag.

Et innlegg fra Nederland proklamerte at de ikke brukte lydgenerator i behandling av hyperacusis, noe vi også ser de europeiske retningslinjene signaliserer, men de fleste land bruker fortsatt lydgenerator og TRT behandling i tillegg til kognitive teknikker som nå blir mer anerkjent. Det ble også

en diskusjon i hvorvidt vi kunne si at vi kurerer misofoni/hyperacusis eller behandler, og der havnet Jastreboff og Hashir på hver sin side. Jastreboff mente tydelig at vi kan kalle TRT en kur, og deres behandlingsresultater ville vise dette. Hashir på sin side mener vi behandler, da vi ikke kan forvente at misofoni/hyperacusis behandles til de oppnår en «normaltilstand», men at vi som med tinnitus lærer oss å leve med, vi har fått ned plagegraden. På sin side er jo nettopp dette også en ting Jastreboff har sagt tidligere på tinnitus, men innen misofoni/hyperacusis mener har vi kan bruke ordet kur siden pas. kan bli helt kvitt sin lyd-sensitivitet. Dette har vi jo også erfaring på selv kan skje.

Konferansen ble avsluttet med en paneldiskusjon rundt klinisk håndtering av hyperacusis og misofoni, og vi skjønner alle at vi har mye forskning igjen før vi kan lande noe mer konkret enn det vi har i dag. Men forskning stiller nye spørsmål, og vi får alle nye tanker å spinne videre på. Dette er et spennende og viktig felt, her burde vi i Norge også gjort mer forskning slik at vi kunne bidratt mer sammen med de andre landene. ●



Vil dere se mer om denne konferansen, kan dere følge denne linken <https://Ichm7.pl>. Ønsker dere tilsendt vårt sammendrag av alle foredragene sender dere epost til siri@audiograf.no, så får dere dokumentet tilsendt på e-post.

Bernafon Encanta

Opplev vårt nye høreapparat

Med klar og naturlig Bernafon lydkvalitet



CANTEC
- helping people

Bernafon
THE SOUND EXPERIENCE

Medlemsundersøkelsen 2024,

utarbeidet av Audiografforbundet

I mange år har vi vært vitne til at mange utdannede audiografer aldri kommer ut i arbeid og at audiografer med både kort og lang fartstid velger seg vekk fra yrket. Styret i Audiografforbundet besluttet derfor å gjennomføre årlige medlemsundersøkelser i innværende Landsmøteperiode (2022-25) for å belyse audiografsituasjonen i Norge ved å spørre medlemmene om arbeidsforholdene de opplever. Spørsmålene har vært revidert underveis og resultatene brukes aktivt i styrets fagpolitiske arbeid.

Gjennomføringen

Spørreundersøkelsen ble opprettet i Microsoft Forms og sendt ut til våre registrerte medlemmer i Audiografforbundet/Delta. Vi fikk i år inn 104 svar, fordelt på: 57 ved offentlig høresentral, 27 hos avtalespesialist, 6 hos helprivat klinikk (selvstendig), 1 hos helprivat klinikk (kjede), 13 besvarelser fordeles på leverandør, NAV Hjelpemiddel og tilrettelegging, kommune, kompetansesenter/stiftelse, ikke-lengre yrkesaktiv og pensjonist. 52 tilhører Helse Sør-Øst, 33 Helse Midt-Norge, 15 Helse Vest og 4 i Helse Nord. Av respondentene er det 96 som svarer at de jobber fast fulltid, øvrige 8 er enten fast deltid, ikke-yrkesaktiv eller vikar-fulltid.

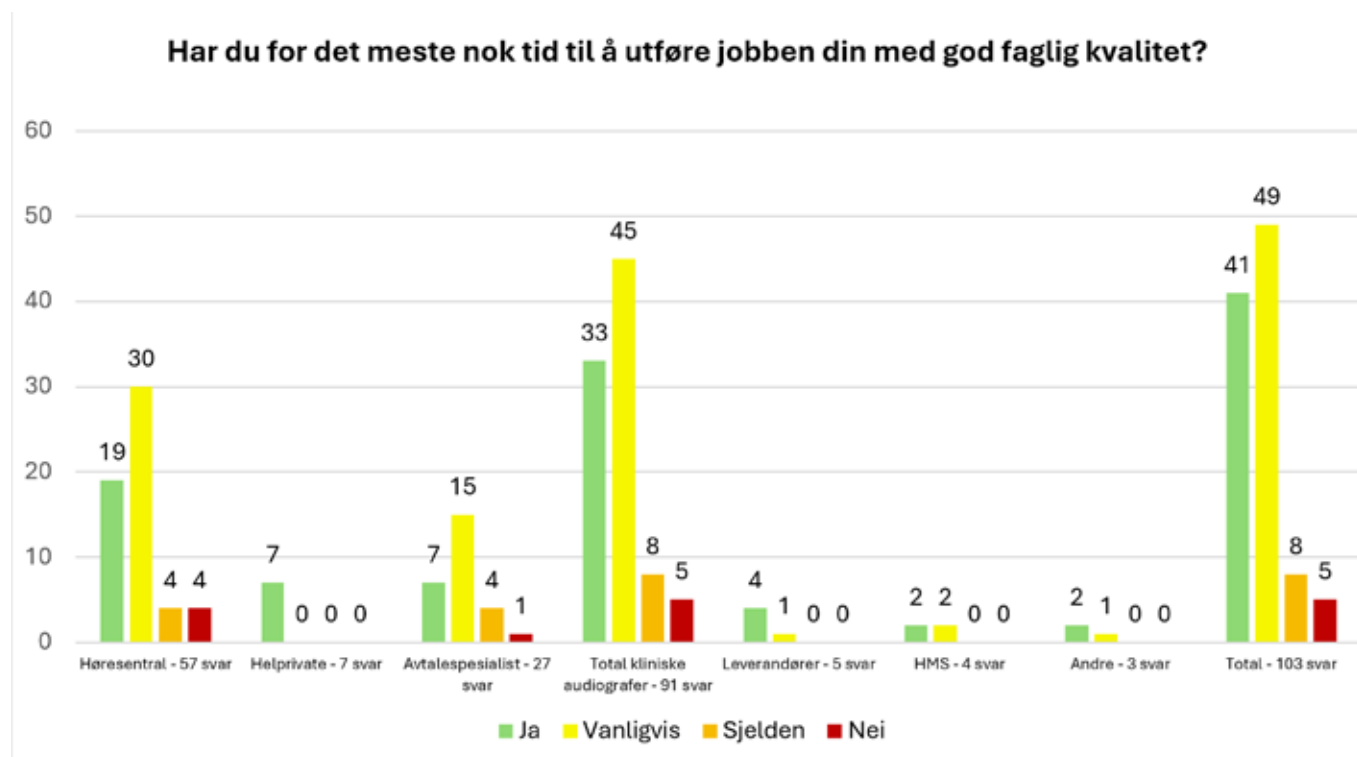
Kompetanse og forsøk på oppgaveglidning

14 svarer at det er ikke- autorisert personell på arbeidsplassen som utfører oppgaver audiografen mener krever audiologisk

kompetanse. I oppfølgingsspørsmålet ser vi, som i 2023-undersøkelsen, at sekretærer eller leger utfører enkel service av høreapparater og noe hjelp med tilkobling til mobil. Ved 4 klinikker oppgis det også at sekretærer utfører screening av hørsel. Ved en av disse svares det at audiogram målt av sekretær brukes i høreapparattilpasninger da audiograf ikke har tid til å reteste. En respondent svarer at sekretær tar avstøpning av ører. Arbeidet er vurdert som «godt nok» av klinikk eller leder.

Kvalitet på audiografftjenestene

Med tanke på noen av resultatene i fjorårets medlemsundersøkelse og resultatene i Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 (Samarbeid mellom Hørselshemmedes Landsforbund og Audiografforbundet), la vi i år til spørsmålet: *Har du for det meste nok tid til å utføre jobben din med god faglig kvalitet?*



«Audiografene som svarer at de kjenner på et høyt arbeidspress og dårlige arbeidsforhold, er svært tydelige i sin stemme.»

Av kliniske audiografer (høresentral, avtalespesialist, helprivate klinikker) svarer 36% ja, 49% vanligvis, 9% sjelden, og 6% nei. Slår vi de sammen så er det 86% som svarer «ja + vanligvis» og 14% som svarer «sjelden + nei». Hos respondenter fra leverandør, NAV og Andre er det totalt 66% som svarer ja og 34 vanligvis, med ingen som svarer sjelden eller nei. Om vi deler opp i helseregioner er svarene nokså like for ja og vanligvis.

Et annet nytt spørsmål i årets undersøkelse er: Når det kniper på tid: *Hva utelater du eller utfører du med dårligere kvalitet enn du skulle ønske?* Vi fikk her inn 57 fritekstbesvarelser der de fleste respondentene svarer med flere arbeidsoppgaver. Vi har delt svarene inn i kategorier og telt antall svar (arbeidsoppgaver) innen ulike temaer og hvor ofte de går igjen. 24 respondenter beskriver oppgaver innen **tilpasning av høreapparater og opplæring av pasienter samt vurdering av hjelpemiddel**. 16 svarer at de ikke utfører **motivasjonssamtale** med den kvaliteten de ønsker. 28 beskriver redusert **kvalitet på audiometri**, som at det droppes benledning eller taleaudiometri, men også nøyaktighet. 24 svarer at de ikke utfører **REM** når det er dårlig tid. 10 svarer at **journalføring** blir svært kortfattet eller **administrative oppgaver** som lager og logistikk, må utsettes og hopper seg opp. 5 svarer at de ikke utelater noe og heller blir forsinket.

Konsekvenser av dårlige arbeidsforhold

I 2023 svarte 30% av 122 svar, ja til at de vurderer å bytte jobb eller slutte som audiograf det kommende året. I år svarer 39% det samme. Vi ser i år en prosentvis økning hos avtalespesialister og høresentraler, men ikke på antall da vi i år har et lavere antall respondenter i år. 40% av respondenter ved høresentraler og 48% ved avtalespesialister svarer ja. Graden av «ja» er tydelig lavere hos ikke kliniske audiografer. Fordelt på helseregioner er det forholdsvis likt.

I oppfølgingsspørsmålet om respondentene ønsker å utdype, fikk vi 26 fritekst- svar. 18 svarer at det er høyt arbeidspress og yrket føles for travelt. 7 svarer at yrket er for lite fleksibelt eller begrunner det med andre arbeidsforhold. 16 beskriver misforhold mellom lønn sett i forhold til arbeidsmengde/arbeidspress. 6 opplever lav status som audiograf, at de føler seg behandlet som «legens hjelpepersonell» og opplever hørselsomsorgens organisering som negativ. Det kommer også fram meninger om for svake kompetansekrav i yrket, at man bare ønsker å gjøre noe helt annet eller at det er en nært forestående pensjonist-tilværelse.

Audiografene som svarer at de kjenner på et høyt arbeidspress og dårlige arbeidsforhold, er svært tydelige i sin stemme. Det er et ønske om økt autonomi for å selv kunne legge premisene for en god faglig praksis, og ønske om å være på en arbeidsplass hvor man føler seg rettferdig lønnet i forhold til

kompetanse, arbeidsmengde og ansvar. De føler et misforhold mellom hvor viktig jobb en audiograf gjør i andre menneskers liv og den lave statusen til yrket. Andre opplyser om andre yrker med lavere grad av ansvar hvor man lønnes bedre.

Audiografkompetanse i kommunene

Vi spurte i år om medlemmene kunne tenke seg å jobbe som kommune-audiograf om det ble opprettet stillinger for dette. Av 103 svar var det 51% som svarte ja, 22% svarte *nei* og 27% svarte *vet ikke/ikke tenkt over*. Svarprosenten er forholdsvis lik på type arbeidsplass og helseregion.

Selvstendige audiografer

I spørsmålet om medlemmene kunne tenkt seg å starte for seg selv om det ble en realitet at vi fikk refusjonsrett svarte 39% ja, 18% *nei*, 17% *vet ikke/ikke tenkt over* og 25% *trenger mer informasjon* om hva det innebærer. Svarprosenten blant kliniske audiografer er ganske lik som totalen.

100% av respondentene som jobber helprivat svarte ja.

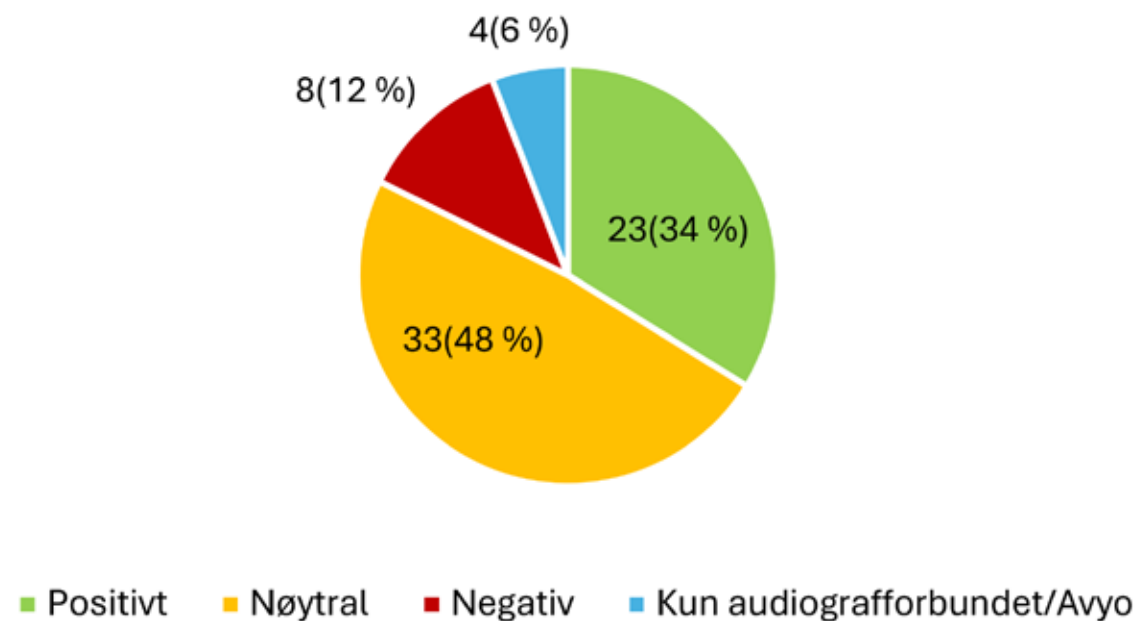
Vi fulgte opp med å spørre om respondentene kunne utdype og fikk 31 tekstsva. Blant 17 respondenter som i oppfølgingsspørsmålet svarer ja er det mange som ønsker seg økt autonomi i hverdagen sin og mener det kan øke trivsel og gi bedre arbeidsforhold. Flere svarer at de kunne tenke seg å skape et tilbud i distriktene og jobbe der de ønsker å bo. Noen ønsker å starte selvstendig for å hjelpe til med å få ned ventelistene. Noen presiserer at det må stilles tydelige kliniske krav om vi skal ha refusjonsrett. Av de som svarer nei, begrunnes det med at det er for mye ansvar og risiko involvert, mens andre forklarer at de liker fast lønn og stabile arbeidsforhold.

I spørsmålet om «å jobbe som audiograf uten rekvisisjonsrett – hva tenker du om dette?» får vi 103 tekstsva. 30 svarer noe om at det føles urettferdig og upraktisk i hverdagen at audiografene ikke har dette. 6 svarer noe om viktigheten av tverrfaglighet, at både audiografer og leger trenger hverandre for en godt fungerende hørselsomsorg. 8 svarer at det ville vært uaktuelt å jobbe privat uten rekvisisjonsrett da det ikke er rettferdig for pasientene. 9 svarer at en rekvisisjonsrett uten refusjonsrett gjør det uaktuelt å jobbe privat.

Andre problemstillinger

Vi spør i år også om medlemmene har noen utfordringer de ønsker at styret skal være kjent med. Av 54 tekstsva er det 40% som svarer nei. Av de som utdype, er det over halvparten som nevner problemstillinger rundt ventelistepress og medfølgende kvantitet over kvalitet i arbeidet. Spesifikt så nevnes det høyt arbeidspress, for lite tid til journalføring og søknadsskriving, følelse av samlebåndsaktivitet, hektiske hverdager, for mange pasienter i omløp i klinikkene og at tiden

Hvilken relasjon og tilknytning opplever du til Delta?



«Vi i styret skal fortsette med å synliggjøre audiografenes situasjon og jobbe for at morgendagens hørselsomsorg blir bedre for alle parter.»

med pasienten blir kortere. Følelsen av at det er for lite audiologisk kompetanse på arbeidsplassen, kommer også opp.

Forventninger til styret og fremtiden som audiograf

Når vi spør om én ting medlemmene ønsker seg i hørselsomsorgen svarer de i store trekk som i fjor. De ønsker bedre arbeidsforhold og høyere lønn, mulighet for å jobbe mer selvstendig som audiograf. Flere svarer i år at de ønsker bedre audiografdekning utenom den tradisjonelle kliniske hørselsomsorgen. Veldig mange svare at de ønsker flere audiografstillinger og kortere ventelister. Det ønskes bedre synliggjøring av jobben vi gjør - både i samfunnet, men også blant våre nærmeste tverrfaglige kollegaer. En god del ønsker en høyere faglighet generelt i yrket og bedre muligheter for videreutdanning. Noen ønsker et poengsystem på videre og etterutdanning, som man ser i enkelte andre land. Det nevnes også ønsker om bedre løsninger på samhandling med NAV.

Medlemmene forventer også at vi som styre skal være åpen om hva vi jobber med, at vi fortsetter med webinarer og annen medlemspleie, at vi jobber for å forsvare og heve utdanningen ved NTNU, jobber for kvalitetssikring av anbudsprosesser for høreapparat- og proppeanbud i NAV,

samt at vi jobber for medlemmene våre og det beste for hørselsomsorgen.

Dere blir hørt!

Styret i Audiografforbundet vil igjen rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen i år og håper enda flere vil ta seg tid til det når det kommer ny undersøkelse i 2025. Dataene vi samler inn er svært nyttige i styrearbeidet. Med ca. 560 tekstsvartotalt i undersøkelsen, og noen som er flere avsnitt lange har det vært litt å lese igjennom, vi vil betrygge med at alle er hørt enten det skrives i G50, 65, 80 eller MPO.

Det er leit å lese om den store frustrasjonen som medlemmene opplever og det store ansvaret man kjenner på når man ikke strekker til for behovene i hørselsomsorgen, og hvor ille det kan være å se de store konsekvensene dette får i livene til de menneskene vi jobber for å hjelpe. Vi i styret skal fortsette med å synliggjøre audiografenes situasjon og jobbe for at morgendagens hørselsomsorg blir bedre for alle parter. ●

Fokus på det som er viktig for brukeren!



MEDUS
www.medus.no

Fokus høreapparater!

- Bluetooth® streaming og handsfree til nesten alle mobiltelefoner
- RogerDirect™
- Velg med eller uten Telespole
- Bedre i støy enn noen gang før!

HANSATON
hearing & emotions

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

- En kvalitativ studie av erfaringer og tanker i fagfeltet

AV ALF JOHAN FOLGERØ OG TORVALD VRÅLSTAD

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

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

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

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

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

INTRODUKSJON

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

Audiografer jobber med et mål om å utøve, tilby, samt være del av et helhetlig rehabiliterende tilbud for landets hørselshemmede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002,

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

Klinisk arbeidende audiografer møter pasienten i kontekst av hørselsutredning og eventuell rehabilitering av et hørselstap eller hemning. Det objektive hørselstapet kan dog være en del av et større sammensatt rehabiliteringsbehov, og audiografen ser og vet bare det pasienten selv velger å dele med sin behandler om egne behov (Tye-Murray, 2020, s. 280). Audiografer forsøker å veilede pasienten mot et mål om mestring av den hørselshemmede livstilværelsen. I denne prosessen kan det tilpasses hørselstekniske hjelpemidler og tilleggsutstyr på grunnlag av en behovskartlegging, men audiografen har utover de kliniske timene med pasienten

liten kontroll over hvor godt pasienten evner å ta disse i bruk. Her vil helsepersonell som kommer nær pasienten på et mer personlig plan i hjemmet være en gylden samarbeidspartner, både for behovsavklaring og sikring av at tildelt utstyr faktisk tas i bruk og mestres av pasienten. Landets kommunale hørselskontakter er i denne sammenheng en naturlig samarbeidspartner for audiografer (Helsedirektoratet, 2020, s. 8-11). Slik samhandling vil i teorien kunne gi økt kompetanse og sikre kvaliteten av arbeidet som utføres, både av hørselskontakt og audiograf, for et mer helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede pasienter (Benum et al., 2018, s. 13-17).

Lovverk og det kommunale ansvaret for hørselsomsorg
I Norge har vi et offentlig driftet helsevesen, som skal gi et likeverdig tilbud til alle. Planleggende ansvar for rehabilitering av hørselshemmede i Norge ligger på den enkelte kommune (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1; Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §§5 og 6). Helse- og omsorgstjenestelovens tredje kapittel definerer kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, og her inngår blant annet et overordnet ansvar for pasient- og brukergrupper med nedsatt funksjonsevne, og ansvar for å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og

omsorgstjenesteloven, 2011, §3.1-3.2). Folkehelseloven (2011) omtaler kommunens ansvar i kapittel 2, og definerer at «kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å imøtekomme folkehelseutfordringer» (Folkehelseloven, (2011, §7).

Samhandlingsreformen (St. Meld. nr. 47, 2008-2009), var reformen som la grunnlaget for de ovennevnte lovene. Den ønsket å sikre et helhetlig, sammensatt tjenestetilbud, med økt vekt på forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus, og et mål om å styrke kommunale helse- og omsorgstjenesten og videreutvikle spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3) Reformen la, gjennom ovennevnte lover, større ansvar og belastning på kommunenes helsetjenester, og økte ressursbevilgningen til kommunene for å kompensere for endringen i ansvarsfordeling (Nødland & Rommetvedt, 2019, s. 181). Det heter seg i reformen at «formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3). I Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om rehabilitering, habilitering og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §5) defineres det at kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud skal



PHONAK
life is on

Kjærlighet fra første lyd.

Tilgang til lyd er utrolig viktig helt fra fødselen av, og spiller en avgjørende rolle i et barns utvikling. Vi i Phonak har lang erfaring og ekspertise når det gjelder pediatriske løsninger, og har utviklet flere hørselsprodukter rettet mot barn.



Sky Lumity

En serie høreapparater spesielt utviklet for barn. Robust, pålitelig og komfortabelt å ha på. En rekke fargekombinasjoner gir barnet mulighet til å sette sitt eget preg på høreapparatet.



Roger™

Roger gir deg støtten du trenger i utfordrende lytmiljøer. Våre løsninger er tilpasset både privat bruk og situasjoner i barnehage og skole.

roger

integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud, og at rehabiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Videre skal kommunale helse- og omsorgstjenester samarbeide med andre etater for å imøtekomme dette behovet .

Struktur og organisering

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

For organiseringen i mindre kommuner betyr dette, slik lovverket krever (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3.4), som oftest at pasienter med hørselshemninger henvises til eksempelvis en høresentral i en større kommune, for utredning og tilpasning av høreapparat. Dette kan resultere i lang reisevei, ventetid, og utilgjengelighet for pasienter. Det skaper også økt belastning på høresentralen, spesielt hvis pasienten har behov for nye oppfølgingstimer. I slike tilfeller vil i teorien en behjelpelig hørselskontakt i egen kommune spare pasienten mye tid, hvis problemene er mindre, og kan løses uten teknisk utstyr og kompetanse fra en høresentral eller klinikk (NAV Kunnskapsbanken, u.å.). Hørselskontakten skal ideelt sett fungere både som en rehabiliterende koordinator for den hørselshemmede, og som et bindeledd mellom bruker og hjelpemiddelsentral (Sørensen, 2010, s. 15-17). Når det er sagt finnes det per i dag ingen offentlige veiledere eller stillingsinstrukser for kommunale hørselskontakter, eller krav til formell hørselsfaglig utdanning (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Slikt definerer den ansettende kommunen selv, og det er dermed stor variasjon i disse instruksene, samt hvilke krav hver kommune stiller til stillingsinnehaver (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Mangelen på en mer uniform organisering gjør at det kan være vanskelig å danne seg en grundig oversikt over struktur og yrkesroller i den kommunale hørselsomsorgen. For pasienter og pårørende kan det derfor være vanskelig å oppdrive relevant informasjon om hvor en skal henvende seg for aktuelle tilbud (Helsedirektoratet, 2020, s. 15-16).

Yrkesrollene

Både audiografer og hørselskontakter spiller viktige, men ulike, roller i rehabiliteringen av hørselshemmede i Norge. Både for pasient og fagpersonell er det hensiktsmessig å avklare tydelig hva som er forskjellene: hvem som har kunnskap rundt hvilke temaer og hvem som har ansvar for hvilke tjenester. Forståelse av hva hver enkelt rolle kan bety for rehabiliteringsløpet er vesentlig for oppgaven, og for en faglig diskurs av funnene som presenteres. I noen tilfeller faller enkelte oppgaver og tjenester innenfor ansvaret til flere av de ulike partene i et tverrfaglig fellesskap, noe som kan være en

hindring for naturlig flyt i behandlingen og tillitsbygging hos pasienter. I beste fall kan derimot distinksjonene mellom spillerne i et tverrfaglig løp utnyttes, og resultere i en dynamisk vekslning mellom hvert medlem og deres ulike muligheter (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 43-46). En beskrivelse av yrkesrollene til audiografer og hørselskontakter følger, samt hvilken kompetanse hver kan og skal inneha.

Hørselskontakt

En hørselskontakt har som nevnt ingen offisiell eller nasjonal stillingsbeskrivelse i seg selv per dags dato, men er ofte en kombinert delstilling av varierende prosentandel, integrert i annen kommunal stilling (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Spesifikk informasjon om hørselskontaktens tjenester og arbeidsoppgaver finner man, i varierende grad, på hjemmesidene til kommunen det er snakk om (Sørensen, 2010, s. 6-7). Ergoterapeuter derimot, som ofte innehar disse delstillingene (Sørensen, 2010, s. 6-7), har definerte kompetanseområder i norsk lov. En ergoterapeuts rolle er generelt, kort beskrevet, å kunne identifisere pasienter sine barrierer for deltakelse i hverdagen, og hjelpe dem å finne måter og løsninger for å mestre disse (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3). I rollen som hørselskontakt vil dette som kommunalt ansatt bety at ergoterapeuten har mulighet til å være med pasienten inn i omgivelsene de omgås med hver dag, og gjøre en kartlegging av eventuelle hørselstekniske behov i hjemmet deres. Til tross for at mange ergoterapeuter innehar hørselskontaktrollen, foreligger ingen lovpålagte læringsmål for spesifikk hørselsfaglig kompetanse for ergoterapeuter (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3). Hørselskontakter får gjennom NAV hjelpemiddelsentral opplæring i hørselstekniske hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Assistanse til oppsett og installasjon av slikt utstyr er også noe ergoterapeuten/hørselskontakten kan bistå med i slike tilfeller, i tillegg til generell rådgivning og opplæring i bruk.

Audiograf

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

Samhandling i praksis

Som nevnt tidligere foreligger det ikke krav om audiograf i kommunal stilling. Audiografer har heller ingen bred kompetanse knyttet til kartlegging av bomiljø eller pasienters hjemmetilværelse. En ergoterapeut i rollen som hørselskontakt har heller ikke nødvendigvis bred kunnskap om eller kompetanse knyttet til menneskelig lydoppfattelse og persepsjon (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3), men har derimot muligheten til boligbesøk og behovskartlegging, og kan tilby assistanse til installasjon av teknisk utstyr som en del av arbeidshverdagen sin. En kan derfor argumentere for at et samarbeid mellom partene, hvor audiografen og hørselskontakten kompenserer for hverandres svakheter i praksis, i teorien kan medføre en mer utfyllende rehabilitering og kvalitetssikring av pasientene. Det er liten tvil om at bevissthet rundt verdien av samhandling på et idealistisk nivå resonneres i landets lovverk, retningslinjer og føringer for helsetilbud og utøvende tjenester, nyligst i en Stortingsmelding fra skrivende år (Meld. St. 9, 2023-2024, s. 7-12). Ord som «kompetansehevning», «tverrfaglig samarbeid» og «rutine» er gjennomgående i visjonen om hvordan Norges helsevesen skal utøve helsehjelp etter klinisk beste praksis. Slike idealer kan likevel bli utfordrende å imøtekomme på kommunalt plan når styringsstrategier, kommunikasjon på tvers av informasjonsinstanser, og kommunikasjonsplattformer ikke nødvendigvis er strømlinjede og velfungerende (Riksrevisjonen, 2024, s. 17-18). Det finnes også begrenset statistikk på den faktiske samhandlingen som forekommer i den norske hørselshelsetjenesten.

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

Disse tallene viser et iøynefallende sprik mellom oppfattet behov og funksjon, og faktisk forekomst av samarbeid eller konkrete plandokumenter innad i kommune/bydel. Tallene viser at behov for, og utbytte av, hørselskontaktordningen oppfattes som stort, men at et rammeverk rundt ordningen og forsøk på å etablere funksjonell samhandling er fraværende. Undersøkelsen belyser også et uoversiktlig mangfold i hvilke kommunale etater hørselskontaktene arbeider i, alt fra «Pleie og omsorg» og «Helse», til

«Forebyggende tjenester» og «Annet» (Sørensen, 2010, s. 30).

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

Samhandling på hørsels- og helsefaglig plan må også sees i kontekst av rammene den utøves i. Norge er et unikt land i geografi og organisering. Derfor har internasjonal forskning begrenset relevans for temaet samhandling i hørselshelsetjenesten, gitt at den gjennomføres innenfor andre rammer, strukturer og kulturer (McPake & Mills, 2000, s. 1). Lupen må derfor rettes mot hva som har blitt testet og rapportert i Norge. Her er pilotprosjektet Setesdalprosjektet fra 2018 aktuelt. Her samarbeidet Lokalmedisinske tjenester Setesdal med Sørlandet Sykehus Helseforetak og NAV Hjelpemiddelsentral Aust-Agder. Prosjektet ønsket å heve audiologisk kompetanse i den helhetlige rehabiliteringen av pasienter, og utforsket en løsning hvor en interkommunal audiografstilling ble opprettet i Setesdalskommunene (Benum et al., 2018, s. 7). Dette er en stilling som også er forsøkt implementert i Romsdalsregionen, i den såkalte Romsdalsmodellen (HLF Molde, 2014, s. 2-4). Audiografen samarbeidet tett med Setesdalskommunene for å styrke det lokale rehabiliteringstilbudet, og hørselskontaktene i kommunene blir beskrevet som å ha dratt stor nytte av modellen i form av utvidet mulighet for opplæring gjennom felles kommunebesøk med audiograf, årlig arrangerte samlinger med fokus på informasjon omkring tekniske hjelpemidler, og assistanse med spesifikke tjenester og kasus utenfor deres kompetanseområde (Benum et al., 2018, s. 15-17).

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

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

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

Problemstilling

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

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

«Hva karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter i rehabiliteringen av hørselshemmede?»

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

Metode

Når vi snakker om samhandling mellom audiografer og hørselskontakter, snakker vi om individuelle fagarbeidere som møter hverandre, og kommer fra ulike bakgrunner.

Dermed snakker vi også om ulike opplevelser og erfaringer. Slike data kan være vanskelige å kvantifisere på detaljnivå gjennom statistikk og tall (Dalland, 2017, s. 52).

Deltakere

Kvalitative metoder søker å gå i dybden rundt individer (Dalland, 2017, s. 76), og datametning kan ofte oppnås selv ved et lite utvalg deltakere (Hennink & Kaiser, 2022, s. 9). Fokusgrupper kan som forskningsmetode ha stor variasjon i antall deltakere per gruppe, men litteraturen foreslår gjerne rundt 6 til 12 deltakere (Halkier, 2010, s. 38). Deltakere bør velges med et primærfokus på egnethet overfor studiens tema, og hvorvidt de vil kunne produsere datamateriale med høy relevans og reliabilitet for dette (Malterud, 2012, s. 42-43). En fokusgruppe vil i seg selv kunne gi store mengder data, avhengig av antall deltakere i gruppen (Halkier, 2010, s. 38-41). Da dette prosjektet er en bacheloroppgave stilles det også begrensede krav til datamaterialets omfang. Ambisjonen for prosjektet ble derfor å gjennomføre kun ett intervju, i en gruppe med rundt seks deltakere.

Strategisk utvalg

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

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

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

Kriterier til deltakende audiograf:

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

Kriterier til deltakende hørselskontakt:

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

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

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

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

Rekrutteringsprosessen

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

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

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



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



Gjennomføring

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

Analyse

Gjennom den kvalitative analysen forsøker forskeren å fortolke og sammenfatte datamaterialet, og således bygge bro mellom rådata og resultater (Malterud, 2002, s. 1). Datamaterialet i denne oppgaven ble analysert med tematisk analyse, og nærmere bestemt den tverrgående analysemetoden systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97-116). En individuell og påfølgende felles drøfting av datamaterialet ble gjort, og på bakgrunn av dette ble det identifisert fem hovedtemaer; «arbeidsoppgaver og yrkesrollen», «kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser», «hørselsrehabilitering for bruker/pårørende», «samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter» og «veien mot en bedre hørselshelsetjeneste». Alle utsagn fra deltakerne som ble ansett som meningsbærende for oppgavens problemstilling ble kategorisert innenfor disse temaene. Undertemaer innenfor hovedtemaene ble så formulert. Meningsbærende enheter ble deretter formulert som funn innenfor hovedtemaene, og dannet i fellesskap grunnlaget for oppgavens resultatdel. Vektleggingen av funn har forsøksvis tatt i betraktning hvor mange av deltakerne som delte eller hadde ulike tanker og erfaringer om et tema, og den oppfattede viktigheten av temaene som ble diskutert, slik forskerne tolket det. Unike erfaringer og tanker er også vektlagt hvis de syntes å fremkalle interesse i form av spørsmål eller verbal/nonverbal enighet fra de andre deltakerne. Det har derfor ikke vært et krav at store utsagn fra flere deltakere måtte foreligge for vektlegging av et synspunkt. Den oppfattede viktigheten av de ulike temaene er basert på forskernes fortolkning, da dette er en viktig del av den kvalitative forsknings- og analysemetoden (Malterud, 2017, s. 43). Alle meningsbærende enheter som er brukt i oppgaven for eksemplifisering, ble bearbeidet

og tilpasset skriftlig format med tekstbehandlingsmetoden «slightly modified verbatim mode» (Malterud, 2017, s. 78). I vedlegg 3 finnes et trinnvis eksempel på gjennomføring av analysemetoden.

RESULTATER

Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter Deltakernes refleksjoner om mangelfull samhandling

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

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

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

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

Deltakernes refleksjoner om vellykket samhandling

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

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

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

Ulikheter i arbeidsoppgaver og yrkesrollen

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

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

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

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

Kommunal organisering

av hørselsrehabiliterende instanser

Hørselskontaktene fortalte om stor variasjon i stillingsbeskrivelser og -prosenter mellom kommunene. Dette

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

Hørselskontakt 2: «*Ja, så er det en utfordring at det er så forskjellig løst, det med hørselskontakter. Mange har det kanskje bare som en tilleggsoppgave i hjemmetjenesten? Av det jeg opplever her i området, så er det veldig få, eller ingen, som har så stor stilling som jeg har, dedikert til det området [hørsel].*»

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

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

Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende

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

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

Brukere i mindre kommuner, med lang avstand til høre- og/eller hjelpemiddelsentral, ble beskrevet som helt avhengige av hørselskontakt i et oppfølgende rehabiliteringsløp. Samtlige deltakere opplever at det å kunne tilby et godt hørselsrehabiliteringstilbud for brukerne også er noe som gir det utøvende helsepersonellet glede og mestringsfølelse i hverdagen og jobben en gjør. På bakgrunn av dette kan god sam-

handling også ha en positiv verdi for arbeidsgleden i hørselsfeltet.

Utnyttet samhandlingspotensial i hørselshelsetjenesten

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

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

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

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

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



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

Diskusjon

Intervjudeltakerne i dette prosjektet har alle sine egne, unike tanker, erfaringer og refleksjoner om fenomenet samhandling, og de belyste temaene innenfor dette, som resultatene i studien er basert på. Resultatene er ikke generaliserbare for andre audiografer og hørselskontakter i Norge, da disse kan ha andre tanker, erfaringer og refleksjoner om de samme temaene. Diskusjonskapitlet vil diskutere prosjektets funn opp mot relevant litteratur.

Om arbeidsoppgaver og yrkesrollen

Deltakerne i studien fortalte om variasjoner mellom kommunale hørselskontakter i daglige arbeidsoppgaver, og i rolle-innehavernes forkunnskaper om hørsel fra ansettelsesstilling eller utdanningsbakgrunn. I Synovate sin kartlegging av hørselskontaktordningen fra 2010 fremkom det store variasjoner i hørselskontaktenes rapporterte stillinger og utdanningsbakgrunn (Sørensen, 2010, s. 31). Ergoterapeut var stillingen med høyest representasjon (34%) i kartleggingen, og også stillingen med høyest representasjon blant denne oppgavens deltakere. Nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning nevner ikke hørsel som et kompetansemål (Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning, 2019, §3). Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede fra 2020 beskriver også hørselskontaktrollen

som et ofte udefinert ansvarsområde, gjerne underlagt ergoterapitjenesten, hvor organisering varierer mellom kommunene, og det ikke foreligger krav om audiologisk kompetanse for rollens innehaver (Helsedirektoratet, 2020, s. 11 & 19). Det trekkes i denne sammenheng også frem at mangel på hørselsfaglig kompetanse i kommunene kan være en utfordring. Allerede i 2002 poengterte regjeringens handlingsplan for helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede at lovpålagte bestemmelser om hørselsrehabilitering ikke er realisert i tilstrekkelig grad, at kommunene har behov for hørselsfaglig kompetanse og veiledning, og at manglende samarbeid og helhetlig perspektiv kan være en årsak til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, s. 29 og 37). Problemet synes likevel reelt, også i dag, over 20 år senere. Variasjonene deltakerne i denne oppgaven beskriver gjenspeiles med andre ord i relevant litteratur.

Kommunal organisering av hørselsrehabiliterende instanser

Stor variasjon ble også beskrevet av deltakerne i forhold til stillingsprosenter og -beskrivelser. I audiografforbundets undersøkelse av kommunal hørselsomsorg i Norge, utført i 2023, svarte 55 av 108 deltakende hørselskontakter at de ikke har en dedikert stillingsprosent til hørsel i sin kommune. Kun 17 deltakere svarte at de har en stillingsprosent på 50% eller mer, dedikert til hørsel. 69 deltakere svarte også at det ikke finnes en stillingsbeskrivelse som definerer deres ansvarsområde innen hørsel (Audiografforbundet, under utgivelse). Tilsvarende svarte 59% av hørselskontaktene i Synovate sin kartlegging at deres stillingsprosent ikke er avklart, og kun 10% at de hadde en stilling på 50% eller mer (Sørensen, 2010, s. 32). Kun 26% av koordinerende enheter i samme undersøkelse svarte at det foreligger beskrivelse av kommunens rehabiliteringstilbud i plandokumenter (Sørensen, 2010, s. 20). Slik variasjon i kommunal organisering av hørselskontaktordningen blir også beskrevet i Helsedirektoratets utredning av tilbud til hørselshemmede, under delkapitlet «hørselskontakter» (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Her poengteres det også at opplæring og videre kompetanseutvikling skjer gjennom eksterne samarbeidspartnere, men at fokuset først om fremst omhandler det tekniske aspektet. Dette resonnerer i stor grad med funnene gjort i denne oppgaven. Deltakerne i denne oppgaven trakk også frem utfordringene slik variert organisering kan medføre for rehabiliteringen, og for kompetansebygging for og mellom yrkesrollene. Ulik organisering og begrensede krav til forkunnskap virker i noen beskrevne tilfeller å føre til manglende samhandling, og et ulikt fokus i rehabiliteringen som utføres. Deltakerne påpekte hvordan dette går ut over brukerne, og deres utbytte og opplevelse av rehabiliteringen. Helsedirektoratet fikk i samtale med brukere beskrivelser av utrednings- og behandlingsforløp som gjenspeiler disse refleksjonene (Helsedirektoratet, 2020, s. 18). I Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, ble det funnet at mange kommunalt ansatte føler på en frustrasjon over at kommunene ikke har



en felles, velfungerende og mer helhetlig etablert struktur for tilrettelagt samarbeid i den helsefaglige rehabiliteringen (Riksrevisjonen, 2024, s. 103). Deltakerne i denne oppgaven oppfattes å dele denne frustrasjonen i egne beskrivelser.

Hørselsrehabilitering for bruker/pårørende

Rehabilitering av hørsel handler til syvende og sist nettopp om de hørselshemmede, deres livstilværelse og utfordringer i denne, samt pårørende som tar del i disse. Deltakerne i denne oppgaven poengterte viktigheten av støttespillere for de hørselshemmede, da spesielt eldre, som sliter med å til egne seg informasjon og de tekniske aspektene av hjelpemiddelstringen. Her vil forskjellen på tilbudet og hjelpen man kan gi være stor i lys av den kommunale hørselskompetansen. Ochoa fant i sin masteroppgave fra 2014 at hjemme-sykepleiere opplevde å i liten grad gi et adekvat tjenestetilbud til hørselshemmede eldre, og at kunnskapsmangel og uoversiktlige samarbeidsforhold ble oppfattet som bakomliggende faktorer for disse manglene (Ochoa, 2014, s. 55-58). I sammenligning av selvrapportert bruk av høreapparater fra HUNT2 og HUNT4, fant Engdahl og Aarhus at å ha støttespillere var en positivt påvirkende faktor for høreapparatbruk og -adopsjon (Engdahl & Aarhus, 2024, s. 9-10). Liknende funn ble gjort i en studie om faktorer relatert til vellykket høreapparatbruk blant eldre, fra 2014. Studien trakk frem støttespillere som en viktig faktor for eldres suksess med høreapparater (Hickson et al., 2014, s. 24-26). Den positive verdien av støttespillerrollen de rehabiliterende partene kan ha for de hørselshemmede, gjennom god samhandling slik deltakerne i denne oppgaven beskriver, gjenspeiles altså i andre studier. Samtidig etterspørres også et adekvat kompetansenivå på hørsel i kommunene. Videre beskrev deltakerne i oppgaven brukere i mindre kommuner med lang avstand til høre- og/eller hjelpemiddelsentral som helt avhengige av hørselskontakt i oppfølgende rehabiliteringsløp. Dette er beskrivelser som stemmer godt overens med brukeres

respons om rehabiliteringstilbud, fra Setesdalprosjektet (Benum et al., 2018, s. 13-14).

Samarbeid og kommunikasjon blant behandlende parter

Deltakerne trakk frem erfaringer med det de beskrev som mangelfull samhandling. Sentralt i funnene knyttet til mangelfull samhandling var en generell opplevelse av lav grad av kommunikasjonsflyt mellom audiografer og hørselskontakter. I HLF sin kartlegging av høresentralenes samhandling, svarte 12 av 21 (67%) audiografer fra ulike høresentraler at de ikke hadde noen form for samhandling med sine respektive kommuner, til tross for samhandlingsreformens forventninger som trådte i kraft 5 år før (Birkeland, 2017, s. 7). I en kartlegging av det kommunale tilbudet til hørselshemmede, publisert av Oslo Economics i 2019, besvart av omkring 150 hørselskontakter, ble det beskrevet hvordan deres samarbeid med lokale høresentraler var. Selv om 86% svarte at et samarbeid mellom høresentraler eksisterer i deres kommune, så svarte kun 50% at denne samhandlingen var god. Tilsvarende svarte 13% at samhandlingen var svært dårlig, og 5% at den var totalt manglende. I den samme kartleggingen svarte de aller fleste høresentraler at pasienters epikrise eller informasjon ikke ble sendt til hørselskontakter (Oslo Economics, 2019, s. 26-27). Variasjonen som fremkommer i disse rapportene resonnerer i stor grad med erfaringer deltakerne i denne oppgaven formidlet.

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

Deltakerne i dette prosjektet trakk også frem erfaringer med vellykket samhandling blant audiografer og hørselskontakter. En deltaker fortalte at pågang mot høresentral er merkbart mindre fra kommunene hvor samarbeidet og kommunikasjonen mellom audiograf og hørselskontakt er tett, og at kompetansenivået dermed styrkes. I Setesdalprosjektet ble det funnet at å øke audiologisk kompetanse i kommunene, gjennom å ansette en interkommunal audiograf i en delstilling mellom høresentralen og kommunale tjenester,

kan hjelpe pasienter med et bistandsbehov raskere og mer effektivt (Benum et al., 2018, s. 15-17). Her ble det også gitt tilbud om «skulder-til-skulder» hospitering for hørselskontaktene, som fikk mulighet til å delta i den ambulerende behandlingen (Benum et al., 2018, s. 15). Slike former for hospitering ble også nevnt av deltakerne i denne oppgaven som noe flere hadde erfaring med. Det ble beskrevet som en god mulighet, for uerfarne hørselskontakter, til å få innsikt og kompetanseøkning og til å knytte bånd med audiograf i sitt område.

Veien mot en bedre hørselshelsetjeneste

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

Deltakerne i denne oppgaven reflekterte rundt digitale løsninger for enklere informasjonsdeling om pasienters behov og behandling mellom høresentral og kommunen. Deltakere så stor gevinst i tanken om å effektivisere og senke terskelen for informasjonsformidling. I HLFs samhandlingsprosjekt fra 2023 gjenspeiles dette uttrykte behovet i bedringen av samhandlingsgrad og -kvalitet. For bedre kommunikasjonsmuligheter ble det i løpet av prosjektet opprettet muligheter til å kommunisere på tvers av journalsystemer blant

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

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

Konklusjon

Denne oppgaven ønsket å undersøke hva som karakteriserer samhandlingen mellom audiografer og hørselskontakter. Funn fra studiens deltakere viser at denne samhandlingen karakteriseres av variasjon. Her beskrives variasjoner i kommunal organisering og hørselsfaglig kompetanse, som skaper et sprik, hvor alt fra svært vellykket og produktiv, til mangelfull og lav grad av samhandling foregår mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i ulike kommuner.

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

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

Referanser på neste side

Dette er forfatterens redigerte versjon av oppgaven.

Opgaven kan leses i sin helhet på NTNU Open for de som ønsker et mer utfyllende materiale:

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/3138238>

Audiograførbundet. (under utgivelse). *Under-søkelse av kommunell hørselsomsorg i Norge*. Fagbladet Audiografen.

Benum, E., Knudsen, O. J., Skretteberg, G. (2018). *Styrket rehabiliteringstilbud til hørselshemmede i kommunene*. LMT Setesdal. Hentet 12. oktober 2023 fra <https://img2.custompublish.com/getfile.php/4282496.1622.77w7sawuaqqsb7/Sluttrapport+fra+pilotprosjekt+++Styrket+rehabiliteringstilbud+til+h%C3%B8rselshemmede+i+kommunen+19-02-18.pdf?return=www.e-h.kommune.no>

Birkeland, S. (2017). *Hørselssentralenes Samhandling*. Hørselshemmedes landsforbund.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.

Engdahl, B., & Aarhus, L. (2024). *Prevalence and predictors of self-reported hearing aid use and benefit in Norway: the HUNT study*. BMC Public Health, 24(1), 474. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17852-z>

Falter, M., Arenas, A. A., Maples, G. W., Smith, C. T., Lamb, L. J., Anderson, M. G., ... Wafa, N. Z. (2022). *Making Room for Zoom in Focus Group Methods: Opportunities and Challenges for Novice Researchers (During and Beyond COVID-19)*. Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research, 23(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-23.1.3768>

Folkhelsenloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>

Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for audiografutdanning*. (FOR-2020-01-03-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-23>

Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning*. (FOR-2019-03-15-413). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413>

Greenspan, S. B., Gordon, K. L., Whitcomb, S. A., & Lauterbach, A. A. (2021). *Use of Video Conferencing to Facilitate Focus Groups for Qualitative Data Collection*. American Journal of Qualitative Research, 5(1), 85-93. <https://doi.org/10.29333/ajqr/10813>

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

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

Helsedirektoratet. (2020). *Utdredning av tilbud til hørselshemmede*. Helsedirektoratet. Hentet 19. september 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-hørselshemmede>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-helhetlig-rehabiliteringstilbud-til-h/d102041/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak - Nasjonal veileder*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). *Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests*. *Social Science & Medicine*, 292. 10.1016/j.socscimed.2021.114523

Hickson, L., Meyer, C., Lovelock, K., Lampert, M., & Khan, A. (2014). Factors associated with success with hearing aids in older adults. *International journal of audiology*, 53(sup1), S18-S27. 10.3109/14992027.2013.860488

HLF Briskeby. (2019). *Lavterskeltilbud hos hjelpemiddelsentral*. Hørselshemmedes landsforbund. Hentet 21. oktober 2023 <https://damnett.no/internal/rest/public/attachments/80897854>

HLF Molde. (2014). *Romsdalsmodellen - ei interkommunal audiofagleg teneste - Ein modell i tråd med Samhandlingsreforma og Folkehelsemeldinga*. Hørselshemmedes landsforbund.

HUNT Research Centre. (2019). *The HUNT4 survey*. Hentet 15. april 2024 fra <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/survey/NT4>

Malterud, K. (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskrift for Den norske legeförening. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (1. utg.). Universitetsforlaget.

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

McPake, B., & Mills, A. (2000). *What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?*. Bulletin of the World Health Organization, 78, 811-820. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10916918/>

Meld. St. 9 (2023-2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

NAV. (u.å.). *Informasjon om hjelpemidler og tilrettelegging*. Hentet 26. april 2024 fra <https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging>

NAV Kunnskapsbanken. (u.å.) *Tilrettelegging for hørselsvansker i hjem og fritid*. Hentet 24. april 2024 fra <https://www.kunnskapsbanken.net/horsel/tilrettelegging-for-horselsvansker-i-hjem-og-fritid/#tilrettelegging>

NTNU. (u.å.). *Læringsmål for Bachelor i audiologi*. Hentet 23. april 2024 fra <https://www.ntnu.no/studier/hsgaub/laeringsmal>

Nødland, S. I., & Rommetvedt, H. (2019). *Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger*. Tidsskrift for samfunnsforskning, 60(2), 166-188. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-02-03>

Ochoa, S. M. R. (2014). *Hjemmeboende eldre med hørselstap-ivarerett eller ignorert? Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/40527/MasteroppgavelSPSandraMicheleRoldanOchoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oslo Economics. (2019). *Kartlegging av tilbudet til hørselshemmede i kommunene med vekt på den eldre befolkningen* (Utredding for Helsedirektoratet). Oslo Economics.

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse - kvalitative metoder i samfunnsfag*. Universitetsforlaget.

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

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

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

St. Meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad-32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm-200820090047000dddpdfs.pdf>

Sørensen, L. B. (2010). Kartlegging av hørselskon-taktordningen. Synovate.

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

Willumsen, E., & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofes-jonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (2utg.). Universitetsforlaget.



9 av 10
er fornøyd med
medlemskapet*

*ref medlemsundersøkelsen 2023

PLUSS-forsikring for ytterligere dekning

Våre medlemmer kan også tegne PLUSS-forsikring, dersom høreapparatene koster mer enn kr. 7000,- pr. stk.

Takk for at du anbefaler Hørselshemmedes Landsforbund!

Vår høreapparatforsikring gir trygghet i hverdagen for alle medlemmer fra første dag.

Les mer på hlf.no/forsikring

Innmeldingskort kan bestilles på **hlf.no** eller på telefon **22 63 99 00**

Delta Direkte svarer:

PRØVETID

Hva er prøvetid?

Prøvetid er en periode i starten av et arbeidsforhold, der arbeidstaker og arbeidsgiver kan vurdere om arbeidsforholdet fungerer godt for begge parter. Mens arbeidsgiveren får undersøkt om arbeidstakeren er egnet til jobben, kan arbeidstakeren finne ut om jobben innfrir forventningene.

Det er vanlig å avtale prøvetid ved nyansettelser, både i faste og i midlertidige stillinger. Prøvetid gjelder ikke automatisk i ethvert arbeidsforhold, men må være skriftlig avtalt i arbeidsavtalen for å være gyldig.

Bestemmelsene om prøvetid i arbeidsmiljøloven ble skjerpet 1.juli 2024 for å sikre arbeidstaker tydelige og mer forutsigbare arbeidsvilkår. Nå gjelder det begrensninger for både lengden av prøvetiden og adgangen til å avtale prøvetid når arbeidstaker får ny stilling i samme virksomhet.

Hvor lang kan prøvetiden være?

Prøvetid kan maksimalt vare 6 måneder. Ved midlertidige ansettelser kan prøvetiden aldri utgjøre mer enn halvparten av ansettelsestiden. Er du for eksempel ansatt i et vikariat på 6 måneder, er det ikke lov å avtale prøvetid utover 3 måneder.

Prøvetiden kan forlenges hvis arbeidstakeren har vært fraværende, for eksempel på grunn av sykdom. Forlengelsen kan ikke være lenger enn fraværperioden. For at arbeidsgiver skal kunne forlenge prøvetiden, må arbeidstakeren ha fått skriftlig informasjon om adgangen til forlengelse når arbeidstakeren ble ansatt. I tillegg må arbeidsgiveren gi arbeidstakeren skriftlig beskjed om forlengelsen innen utløpet av prøvetiden.

Prøvetiden kan ikke forlenges hvis det er arbeidsgiverens skyld at arbeidstakeren har vært fraværende, for eksempel på grunn av dårlig arbeidsmiljø eller manglende opplæring.

Kan det avtales ny prøvetid hos samme arbeidsgiver?

Som hovedregel kan det ikke avtales ny prøvetid hos samme arbeidsgiver. I arbeidsmiljøloven § 15-6 er det imidlertid to unntak fra dette.

Det første unntaket er hvis den nye stillingen er vesentlig annerledes enn den forrige, for eksempel hvis det er store endringer i arbeidsoppgaver eller funksjon. Hvis man for eksempel jobber med teknisk tilpasning av høreapparater, vil ny prøvetid kunne avtales i stilling der man skal jobbe med rådgivning om hørsel og kommunikasjon.



Josefin Zachariassen

Det andre unntaket er hvis arbeidstakeren har hatt en kortvarig midlertidig ansettelse og deretter får tilbud om fast ansettelse i den samme eller i en relativt lik stilling. Da kan ny prøvetid avtales, så lenge tidligere ansettelsestid og ny prøvetid ikke overstiger 6 måneder sammenlagt.

Er arbeidstakerens oppsigelsesvern svakere i prøvetiden?

I prøvetiden er terskelen for oppsigelse noe lavere enn ellers. Arbeidsmiljøloven § 15-6 gir da arbeidsgiveren adgang til å si opp arbeidstakeren på bakgrunn av arbeidstakerens tilpasning til arbeidet, faglige dyktighet eller pålitelighet.

Det er viktig å merke seg at selv om terskelen for oppsigelse er lavere i prøvetiden, må oppsigelsen likevel være saklig begrunnet. Prøvetiden skal ikke brukes som en omgåelse av oppsigelsesvernet, men som en reell mulighet til å vurdere arbeidsforholdet.

Arbeidsgiver må ha oppfylt sin plikt til å gi nødvendig opplæring og veiledning. Forventningene til arbeidstakerens innsats kan ikke settes for høyt, men må bygge på hva som kan forventes ut fra utlysningstekst, arbeidsavtale og stillingsinstruks.

I prøvetiden gjelder i utgangspunktet en gjensidig oppsigelsesfrist på 14 dager etter arbeidsmiljøloven § 15-3 syvende ledd. Både kortere og lengre frister kan midlertid avtales i arbeidsavtalen eller følge av tariffavtale. Oppsigelsesfristen i prøvetiden løper fra dato til dato, med mindre noe annet er avtalt. ●

Fremtidens
hørselsteknologi
er her!

Med ReSound Nexia™ er høreapparatbrukerne klare for å oppdage en ny verden av lyd. Er du?

ReSound Nexia™ fungerer med den nyeste Bluetooth®-standarden, Bluetooth Low Energy (LE) Audio og Auracast™ - den nye kringkastingsteknologien. Auracast rulles for tiden ut på offentlige steder og i kompatible mobile enheter over hele verden. I løpet av den nærmeste fremtiden forventes 2,5 millioner offentlige steder å tilby Auracast.

Dette vil bety at høreapparatbrukeren for eksempel vil kunne koble seg opp på varslingssystemet til togstasjonen eller til gaten på flyplassen - ved å skanne en QR-kode eller trykke på en knapp - og motta informasjon om akkurat deres avreise.

ReSound Nexia bringer verden nærmere

La dine høreapparatbrukere dra nytte av fremtidens hørselsteknologi nå. Med bransjens minste oppladbare høreapparat, ReSound Nexia microRITE, får de komfort og diskresjon i tillegg - uten å gå på kompromiss med lyd eller funksjoner. Vi hjelper deg godt i gang.

Les mer på pro.resound.com



Spørsmål og Svar

Tinnitusutvalget har mottatt en henvendelse, fra audiopedagog ved et av landets kompetansesenter innen tinnitus. Vi ønsker å bekjentgjøre svaret vi ga, da vi tenker det er viktig at vi står samlet om gjengs praksis som tilbys i Norge i dag og unngår feilinformering av våre pasienter. Henvendelsen gjelder bruk av lydgenerator eller ikke ifm tinnitusbehandling.

HENVENDELSE:

«Jeg har den siste tida fått flere misfornøyde pasienter som sier de nå ikke får lydgenerator i høreapparater og at de som har tinnitus uten hørseltap ikke får lydgenerator. Dette er jo litt forunderlig for meg, spesielt når pasienten bytter apparat og sier at de er svært fornøyd med lydgenerator, men det er altså noen audiografer som sier at det har de slutta med da det er så mange som er misfornøyde».

Bruker audiografer lydgenerator i tinnitus-behandling?

- I Norge i dag er lydgenerator en stor del av behandlingstilbudet for de som er plaget av tinnitus. Audiografer bruker TRT (Tinnitus Retraining Therapy) eller elementer fra TRT. TRT er en vel etablert behandlingsmetode og er noe vi bruker alene eller i kombinasjon med andre tiltak.

Hvordan brukes lydgenerator i tinnitus-behandling?

- Audiografer tilpasser lydgenerator for lydberikelse og for avlæring av fokus/oppmærksomhet på tinnitus lyden.

Brukes masker i tinnitus-behandling?

- I dag fokuseres det ikke på masker blant audiografer, da maskering av tinnitus ikke gir en behandlingseffekt, men kun en kortvarig maskeringseffekt.

Pasienten kan likevel bruke en lyd-generator slik at den gi en masker effekt, men bør da informeres grundig om forskjellen på avlæring av fokus/oppmærksomhet og maskering. I NAV systemet kan det fremdeles refereres til masker, men lydgenerator er en mere hensiktsmessig betegnelse.

Kan alle med tinnitus få lydgenerator dekket av det offentlige?

- Ja, er pasienten plaget av tinnitus har pasienten krav på å få dekket lydgenerator av det offentlige. Har pasienten tinnitus kombinert med hørselstap er det naturlig å søke om stønad til kombi-apparat. Har pasienten svært god hørsel må audiografer sikre at det søkes om apparat som har lav nok egenstøy til at det ikke gir en fast masker-effekt og gir praktisk betjening av volum, det kan derfor forekomme at det søkes om

høreapparat til normalt hørende der audiografer deaktiverer høreapparatet og kun benytter lydgeneratoren.

Behandlingsmetoder ved tinnitus:

- I Norge tilbys i dag TRT, KAT og nevromodulasjon som behandlings-metoder. Sistnevnte kun via private klinikker. TRT (Tinnitus Retraining Therapy) er en anerkjent erfaringsbasert metode, der lydbehandling er en viktig del av behandlingen. KAT (Kognitiv atferdsterapi) er en velkjent metode for å endre dysfunksjonelle tankemønstre til mer funksjonelle tankemønstre og har siste årene fått en stor plass innen tinnitusbehandling. I noen klinikker tilbys en kombinasjon av disse to metodene, mens i andre tilbyr audiografer ren TRT eller audiopedagoger ren KAT-behandling. Dette bunner i hvilken kompetanse behandler har tilegnet seg og kan tilby. ●

Oticon Intent

Verdens første høreapparat med 4D-sensorer som forstår brukerens lytteintensjoner



Vårt minste oppladbare miniRITE-apparat noensinne

Verdens første selvkalibrerende receiver gir opptil 57% mer presis forsterkning

Størrelse 13 lithium-ion batteri

Nye miniFIT Detect-receivere gjør oppkobling til Genie raskere og enklere

Forbedret ladekapasitet og 33% raskere ladetid

Telespole



Les mer om hvordan Oticon Intent kan hjelpe dine pasienter på www.oticon.no

oticon
life-changing technology

Leder
Mona Elisabeth Hansen
Dragarøra 4
6457 Bolsøya
Molde sjukehus
mona@audiograf.no
eller post@audiograf.no

Nestleder
Roar Erlien
roar.erlien@audiograf.no
St. Olavs Hospital

Sekretær
Ingrid Nordal Kristoffersen
ingrid@audiograf.no
NAV Hjelpemiddelsentralen Agder

Kasserer
Michael Pedersen
michael@audiograf.no
Ålesund ØNH

Styremedlem
Siri Merete Bergseth
siri@audiograf.no
Molde sjukehus

Varamedlemmer
Caroline Falao Pettersen
caroline@audiograf.no
GHØR v/Onsøy Synssenter

Inger Murr
inger@audiograf.no
Sonova

Signe Wennemo
signe@audiograf.no
Ullevål Stadion ØNH

Returadresse:
Kai Menear
Kolstadflata 37e
7098 Saupstad



Ved flytting eller endring av arbeidsplass må dette endres
på www.audiograf.no eller ved www.delta.no.



Hearing Is Our Concern™

