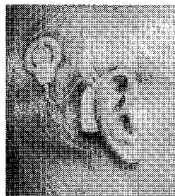


Den voksne CI-bruker og kommunen: Hvordan fungerer dette samarbeidet?  
En spørreundersøkelse om brukernes erfaringer om kommunens tilbud og dets  
betydning for informantens livsmestring.



Wenche Helsingeng

40 stp.

Masteroppgave i Tilpasset opplæring  
fordypning spesialpedagogikk

Mai 2010

Oppgnr; 11/2010

ISBN; 978-82-7314-617-5

ISSN; 1890-4998

Høgskolen i Bodø, lærerutdanning, kunst og kulturfag

### **Førord**

Endelig er jeg ferdig etter 3 år som har vært lærerikt, men slitsomt ved siden av jobb. I disse årene har jeg fått muligheten til å fordype meg i fagfeltet spesialpedagogikk. Det siste året med fokus på hørselshemming og Cochlea Implantat.

Tema for denne masteroppgaven ble valgt for mange år siden da jeg opplevde at oppfølgingen av voksne CI-opererte ikke fungerte slik det skulle i kommunene. Da jeg fikk anledning til å begynne på masterutdannelsen ble det naturlig å bringe dette temaet videre.

Først og fremst vil jeg takke Rikshospitalet v/Arne Rødvik som var behjelpelig med å finne frem til informantene, og spesielt takk til alle informantene som tok seg tid til å svare på spørreskjemaet.

Jeg vil også takke min veileder Bent-Cato Hustad ved Høyskolen i Bodø og Nordlandsforskningen som har kommet med positive og konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til min arbeidsgiver, Briskeby skole og kompetansesenter AS, som har gitt meg permisjon de ukene jeg har vært på samling i Bodø. Mine arbeidskollegaer Aslaug Lunde, Aud-Eli Thjømøe, Ellen D. Straube og Anne Elisabeth Strøm som har hjulpet meg med korrekturlesning, gjennomlesing og oversettelse. Tusen takk.

En stor takk til Elsa Wiig som fikk i stand pilotgruppene som gikk gjennom mitt spørreskjema og gav meg fine tilbakemeldinger.

Samtidig vil jeg takke Elin og Steinar Jæger for at de ville innlosjere meg på loftet de ukene jeg var nordover.

Til slutt vil jeg takke min mor og min sønn Eirik som har gjort det mulig for meg å reise til Bodø ved å være barnevakt for Frida. De har vist tålmodighet med mitt fravær.

Lier, 14.mai 2010

Wenche Helsingeng

## Sammendrag

Helsingeng, Wenche (2010). *Den voksne CI-bruker og kommunen: Hvordan fungerer dette samarbeidet? En spørreundersøkelse om brukernes erfaringer om kommunens tilbud og dets betydning for informantens livsmestring.*

Jeg har i flere år arbeidet med tunghørt ungdom og voksne, og i de siste årene vært meget interessert i Cochlea Implantat. Målsettingen med min oppgave har vært å finne ut hvordan den voksne CI-opererte opplever å bli møtt av sin kommune og hvilken betydning dette hadde for den enkelte i kommunikasjonsammenheng, dette på bakgrunn av at de voksne CI-brukere mener rehabiliteringen i kommunene ikke fungerer slik den burde.

Metodisk er problemstillingene belyst gjennom spørreundersøkelse som har gått til CI-opererte i 3 fylker som hadde hatt CI lengre enn et halvt år og var over 18 år gammel. Spørreundersøkelsen er gjennomført som en postal spørreundersøkelse og ble sendt ut til 53 brukere. Av disse var det 28 informanter som svarte. Målet med undersøkelsen er å få brukernes opplevelse av kommunene, og hvordan de mestrer ulike kommunikative sider ved livet etter CI-operasjon.

Svarene fra spørreundersøkelsen på kommunespørsmålene om hvordan de ble mottatt har jeg drøftet opp mot de offentlige lover og forskrifter kommunene er pålagt å følge. Funnene fra undersøkelsen viser at kommunenes kvalitet på tale- og kommunikasjonstrening etter CI-operasjonen er oppsiktsvekkende dårlig. Ut fra informantenes besvarelser er det grunn til å si at kommunens rehabilitering fungerer dårlig tross for at det er klare juridiske føringer på området samt hva råd fra faglig ekspertise anbefaler.

Spørreundersøkelser er en systematisk anerkjent forskningsmetode for datainnsamling. Reliabiliteten er for øvrig ivarettatt gjennom å følge en anerkjent metode, systematisk arbeid og redegjørelse for hvordan forskningsarbeidet er gjennomført. Undersøkelsens validitet er tatt hensyn til i utvikling av spørsmål og svarkategorier som passer til å samle inn brukernes opplevelser. Analyse og tolkningsarbeid har vært støttet opp med funn fra annen forskning og tolket i forhold til hva som er rimelig slutninger i kvalitativt forstand knyttet til de fylkene som er med i studien. Videre forskning som fokuserer på kommunen tilbud til CI-opererte, vil kunne gi mer inngående informasjon om hva som svikter i det kommunale tjenestetilbudet for CI-opererte. Denne studien er avgrenset til et kvalitetsperspektiv basert på brukernes opplevelse av tilbudet.

CI betyr mye i forhold til hørsel og utvikling av talespråk, men siden CI er et teknisk hjelpemiddel som ikke er så dynamisk som vanlig hørsel, må dette tas høyde for siden brukerne vil ha behov for livslang støtte og rehabilitering. Funnene viser at det var forskjell på brukere som nettopp hadde blitt operert og de som hadde hatt CI i 16 år, men ut fra svarene ser det ut til at alle mine

informanter med tiden oppnår en bedre kommunikasjon med andre. CI-brukerne har fått både bedre selvtillit og livskvalitet etter operasjonen. Dette tyder på at det å mestre sin nye hørsel med CI har vært positivt. CI-brukere som hadde brukt tegnspråk eller NMT (Norsk med tegnstøtte) før de ble operert, fortsatte med det også etter at de hadde fått CI. Hvis kvaliteten på kommunenes rehabilitering innenfor kommunikasjon, mestring og tale-/lyttetrening hadde vært bedre, ville informantene kanskje ikke ha behov for NMT eller tegnspråk. Rehabiliteringsprosessen til hver enkelt CI-bruker må styrkes, derfor bør kommunene oppdatere seg faglig og juridisk i forhold til hørselshemmede. Alle som får operert inn CI er avhengig av sin kommune slik at det blir satt i gang rehabiliteringsprosesser som er tilpasset den enkelte.

Stikkord: Cochlea Implantat, voksne, rehabilitering, kommune

## Summary

Helsingeng, Wenche (2010). *The adult cochlear implanted person and her/his home county. How does this cooperation work? This is a study on the experiences of cochlear implanted adults in regard to the support they are given from the county and what impact it has on the informants mastering of life.*

I have for several years worked with hearing impaired young people and adults, and over the past few years I have been very much interested in cochlear implants. The aim of my study is to find out how cochlear implanted adults are met by the county and what this means for the individual when it comes to communication. The background of this is the fact that cochlear implanted adults have claimed that the rehabilitation offered by the county does not work as it should.

Methodologically the question is focused on through a questionnaire given to cochlear implanted adults in three counties, who had had their implants for at least half a year, all with an average age of at least 18 years. The questionnaire was sent by mail. Of 53 invitations, 28 positive responses were received. The aim of the study is to focus on how the cochlear implanted adults experience the support given by the county, and how they master different communicative aspects of life after having an implant.

The answers from the questions dealing with how the adults were met by the local county are discussed along with official laws and regulations that the county is ordered to follow. The study concludes that the quality of the speech- and communication training following the operation of a cochlear implant, are sensationally poor. According to the answers on the questionnaire, there is reason to say that the rehabilitation offered by the county does not work as intended, in spite of the fact that there are clear legal guidelines in this field as well as recommendations from professionals like audiologists and speech therapists.

Surveys are systematic recognized research methodology for data collection. The reliability is secured by following an approved method, systematic work and detailed information on how the research is carried out. The validity of the questionnaire is secured by developing questions and categories of answers that are suitable to sum up and analyze the experience of the cochlear implanted adults. The analysis is supported by conclusions from other research in the same field and discussed in relation to what can be concluded qualitatively regarding the counties in this study. Further research with focus on the support given by the county to cochlear implanted persons, will give more detailed information about what it is that goes wrong when it comes to the support offered to cochlear implanted adults. This study is limited and deals only with the perspective of

quality based on the experience of the cochlear implanted adults who answered the questionnaire.

Cochlear implants are important in respect to hearing and development of speech, but because an implant is a technical device, it is not as dynamic as normal hearing and there is a possibility that the implanted person will be in need of lifelong support and rehabilitation. My study shows that there is a difference between those who had recently had their cochlear implants, and those who had had their implants for approximately 16 years. But according to the given answers, it seems that everybody experiences that communications with other people improve as time goes by. Cochlear implanted adults feel more self confident and experience a better quality of life after the operation. This seems to indicate that mastering their new hearing with an implant is a positive experience. Cochlear implanted adults, who had used sign-language or NMT (Norwegian with signed support) previous to the operation, continued using it after having their implants. If the quality of the rehabilitation offered by the county within the field of communication, speech training and developing of listening skills had been better, these adults would perhaps not have needed sign-language or NMT. The rehabilitation process of the individual cochlear implanted adult must be reinforced, and the county needs to learn more about hearing impairment and laws and regulations dealing with this. Everybody who is having a cochlear implant is dependent on the county to get a tailor made rehabilitation process.

Keywords: Cochlear implant, adult, rehabilitation, county

## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Innledning .....	9
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave .....	9
1.2 Målsetting .....	9
1.3 Problemstilling og avgrensning .....	9
1.4 Oppbygging av oppgaven .....	10
Kapittel 2 Teoribakgrunn .....	12
2.1 Hørselshemming .....	12
2.2 Cochlea Implantat .....	15
2.2.1 Beskrivelse av Cochlea Implantat .....	16
2.2.2 Historikk og forekomster .....	18
2.2.3 Hvem er aktuelle CI-brukere på Rikshospitalet .....	19
2.3 Kommunikasjon .....	21
2.4 Livskvalitet .....	25
2.5 Mestring .....	26
2.6 Tale-/lyttetrening .....	27
2.7 Rehabilitering .....	29
Kapittel 3 Design og metode .....	35
3.1 Metode tilnærming .....	35
3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode .....	35
3.1.2 Survey/spørreskjemaundersøkelse .....	37
3.2 Forforståelse .....	41
3.3 Utvalg .....	41
3.4 Frafall .....	42
3.5 Utsending .....	42
3.6 Statistisk bearbeiding .....	43
3.7 Etske betraktninger .....	44
3.8 Validitet og reliabilitet .....	44
3.8.1 Validitet .....	45
3.8.2 Reliabilitet .....	45

3.9 Metodekritikk .....	46
Kapittel 4 Presentasjon av funn .....	47
4.1 Fordeling av informanter .....	47
4.2 Kommunen .....	48
4.3 Rikshospitalet og Hjelpemiddelsentralen.....	54
4.4 Informanten .....	56
Kapittel 5 Drøfting av funn .....	69
5.1 Kommunen .....	69
5.2 Rikshospitalet og Hjelpemiddelsentralen.....	75
5.3 Informanten .....	77
5.4 Avsluttende kommentarer .....	84
Kapittel 6 Oppsummering .....	86
Litteraturliste.....	90

## Vedlegg

Vedlegg 1 - Brev fra NSD

Vedlegg 2 - Informasjonsbrev - sendt til brukerne

Vedlegg 3 - Spørreskjema - sendt til brukerne

Vedlegg 4 - Tabelloversikt



## Kapittel 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Jeg har i de siste 16 årene jobbet innenfor område hørsel som audiopedagog, og de siste ni årene vært interessert i Cochlea Implantat for voksne. Jeg har sett i årsrapportene til kompetansesentrene for hørsel i Norge, og hørt fra fylkesaudiopedagogene i fylkene at barn som får Cochlea Implantat automatisk blir henvist til kompetansesentrene eller kommunene for å få tilbud om tale-/lyttetrening. Sykehusene som opererer voksne har i sine instruksjoner at de skal sende brev til kommunene om at en operasjon er utført. De voksne forteller selv at de ikke kjenner til at kommunene har mottatt et slikt brev. I denne oppgaven kommer jeg til å bruke forkortelsen CI for Cochlea Implantat.

Gjennom mitt arbeid på Briskeby skole og kompetansesenter AS, hvor vi arrangerer kurs for voksne CI-opererte, har jeg hørt fra flere deltakere at de ikke får den tilretteleggingen og det behovet de har med hensyn til tale-/lyttetrening eller andre rehabiliteringstilbud. Det er like viktig for voksne som for barn å få tale-/lyttetrening så tidlig som mulig rett etter operasjonen, da CI-brukere må lære seg å høre på en ny måte. Lyden de får inn gjennom et CI har en annen lyd enn hva de har hatt gjennom det vanlige hørselsorganet. Dette vil jeg komme nærmere inn på i teorikapitlet. Siden mange av de voksne som i dag blir operert har vært uten hørsel i flere år må de læres opp til å høre på nytt, samtidig må de kunne stole på sitt CI og den nye hørselen.

### 1.2 Målsetting

Formålet med masteroppgaven er å finne ut hvordan de voksne CI-brukerne opplever møtet med sine kommuner samt hvordan de selv fungerer i forskjellige kommunikasjonsammenhenger. Dette knytter seg opp til en hypotese jeg har om at voksne CI-brukere ikke får den oppfølging og rehabilitering de har krav på fra kommunene, slik at de kan utvikle sin nye hørsel i kommunikasjon med andre.

### 1.3 Problemstilling og avgrensning

Ut i fra dette har jeg kommet frem til to problemstillinger hvor den ene problemstillingen går på hvordan den voksne CI-bruker blir møtt av sin kommune og den andre hvordan den voksne CI-opererte fungerer i hverdagen.

Mine problemstillinger er:

**Hvordan opplever voksne CI-opererte å bli møtt av sin kommune? og**

**Hvordan fungerer den enkelte CI-bruker i kommunikasjonssammenheng?**

Jeg ønsker å belyse spørsmålene i problemstillingene ved å la de voksne CI-brukerne svare på et spørreskjema, og ut ifra dette håper jeg å finne ut om brukerne opplever at kommunene gjør den jobben de er pålagt med hensyn til de offentlige lover og forskrifter. Samtidig ønsker jeg å få svar på hvordan den enkelte informant fungerer i hverdagen. Er det riktig at kommunene følger opp de CI-opererte eller er det slik at brukerne selv må finne ut hva som er best for dem. Mine spørsmål i problemstillingen er derfor blitt todelt, en systemrettet som går mot kommunens tilbud i forhold til de offentlige dokumentene og en individrettet som går på rehabiliteringsprosessen til den enkelte. Ut i fra dette har jeg valgt å dele opp resultatene i spørreskjemaet inn i to naturlige deler, det som angår det kommunale tilbudet og det som angår informantens kommunikative funksjonsnivå. Tale- og lyttetrening i rehabiliteringsprosessen er viktig, slik at de voksne CI-brukerne kan få best mulig utbytte av sitt CI. Derfor blir også brukernes erfaringer på hvordan de selv fungerer i kommunikasjonssammenheng tatt opp.

Selv om denne gruppen på landsbasis er liten, har de krav på oppfølging fra sin kommune ut fra lovverket. Kommunene sier selv at de gjør sitt beste for brukerne, men mange av dem jeg møter på kurs nevner at kommunene ikke vet hva de skal tilby.

Avgrensning av min oppgave førte til at jeg konsentrerte meg om tre fylker på Østlandet, hvor informantene kun var operert på Rikshospitalet, det er Akershus, Buskerud og Oslo. Det ble trukket ut 20 brukere fra hvert fylke. Mine kriterier var at brukerne måtte være over 18 år og hatt lyd på sin CI i minst 6 måneder. Jeg jobbet en del med utformingen av informasjonsbrevet for å få så god svarprosent som mulig, dette for at jeg ønsket at svarene skulle bli så representativt som mulig.

#### **1.4 Oppbygging av oppgaven**

Denne oppgaven starter med kapittel 1 hvor bakgrunn for oppgaven og problemstillingene blir presentert. Jeg har videre delt oppgaven inn i 3 hoveddelar, en teoridel, en metodedel og til slutt en resultatdel med drøftinger.

Teoridelen i kapittel 2 tar for seg teorien om hørselshemming, Cochlea Implantat, kommunikasjon, livskvalitet, mestring, tale-/lyttetrening og rehabilitering. Metodedelen i kapittel 3 omhandler de metodene jeg har brukt. Her kommer jeg også inn på de etiske betraktninger, validitet og reliabilitet. Tredje del, kapittel 4, beskriver jeg resultatene fra spørreskjemaene og drøftingen av mine funn kommer i kapittel 5. Avslutningsvis i kapittel 6 kommer en oppsummering for å finne ut om jeg har fått svar på problemstillingene. Vedleggene som har betydning for oppgaven ligger bakerst.

## Kapittel 2 Teoribakgrunn

Dette kapitlet innholder teoretiske begreper som har bakgrunn i masteroppgavens problemstilling. Undersøkelsen omhandler voksne med Cochlea Implantat, derfor starter jeg med å forklare en del sentrale begreper som omhandler det å være hørselshemmet og hva et CI er. Alle som får operert inn CI er hørselshemmet. Hørselshemming og CI har stor betydning for kommunikasjon, brukernes mestring og deres livskvalitet, derfor vil disse temaene bli tatt opp. Videre vil rehabilitering og kommunenes oppgave stå sentralt i forhold til den enkelte bruker. For å få til en god rehabiliteringsprosess i forhold til talespråk er det viktig å se alle disse temaene sammen.

### 2.1 Hørselshemming

Å ha en hørselshemming innebærer at hørselen er mer eller mindre ødelagt. Dette fører til at man ikke uten videre kan delta i samtaler, lære ord og begreper eller innhente informasjon som formidles gjennom talespråket. Tapet kan være medfødt eller ervervet i voksen alder. Hørselshemming er en fellesbetegnelse for alle grupper tunghørte og døve. Hørselshemmede som er i stand til å utnytte hørselsresten til å oppfatte tale og kontrollere sin egen stemme anses som tunghørte. Personer som ikke kan kontrollere egen stemme eller oppfatte tale via hørselen, selv med tekniske hjelpemidler, betraktes som døve. Ordet hørselshemming forteller oss bare at personen har nedsatt hørsel og forteller oss ikke hvor godt eller dårlig personen hører. Hørselshemming er derfor et alvorlig kommunikasjons- og informasjonshandikap i en verden som er tilpasset normalthørende (Kvam, 1991).

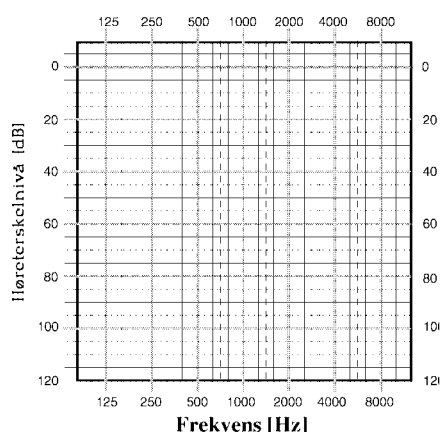
I Norge finnes det i dag ca 5000 døve (Norges Døveforbund, 2009) og ca 700.000 tunghørte personer (Hørselshemmedes landsforbund, 2009). Hørselshemming kan derfor være alvorlig for den som opplever det. Hørselshemmede bruker ofte synet for å få med seg det som blir sagt, og kan bruke strategier som gjør at det ser ut som om de er tilstede i ulike kommunikasjonsituasjoner.

Ordet tunghørt er blitt brukt gjennom flere generasjoner og i Helse og Sosialdepartementet (2002) *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*, der definerer de tunghørt som:

*hørselstap av moderat karakter som ikke utelukker taleoppfattelse og talekontroll via hørselen, men hindrer det i ulik grad. Tunghørte avhjelpes vanligvis med høreapparat og eventuelt andre hørselshjelpemidler (s. 10).*

Tunghørt omfatter derfor alle ulike grader og typer av hørselstap hvor et høreapparat kan hjelpe den enkelte til å oppfatte hva som blir sagt. Personer med et hørselstap eller et CI vil kunne fungere godt i familien og i arbeidslivet hvis det blir godt tilrettelagt (Grønlie, 1995).

Den medisinske graden av hørselstap blir som oftest kartlagt ved hjelp av ulike audiometriske målinger. Målingene skjer ved å måle hvilken lydstyrke (dB) som må til for at rene toner for ulike frekvenser (Hz) registreres av den hørselshemmede. Man vil få et toneaudiogram med frekvensene (Hz) langs den horisontale aksene og lydstyrken (dB) langs den vertikale aksene. Kvam (1991) benytter følgende inndeling av begrepene tunghørt og døv:



Normal hørsel	0 – 20 dB
Lett tunghørt	21 – 40 dB
Moderat tunghørt	41 – 55 dB
Moderat/alvorlig tunghørt	56 – 70 dB
Alvorlig tunghørt	71 – 90 dB
Døv	> 90 dB

Det er viktig å kommentere at toneaudiogrammet ikke alene kan si noe om hvordan den tunghørte fungerer. Mange kompenserer for eksempel med munnavlesning, noe som kan gjøre at de får med seg mer i et støyende miljø, enn andre som i utgangspunktet har et bedre hørselstap. Det er blitt presisert fra Rikshospitalet at personer med Cochlea Implantat fremdeles er tunghørte.

Definisjonen på døve er at brukerne har et så stort hørselstap at oppfattelsen av tale og kontroll av sin egen taleproduksjon vesentlig må skje ved hjelp av andre sanser enn hørselen. Døv defineres gjerne som et gjennomsnittlig hørselstap på 90 dB eller mer, hørselstapet er av den grad at kirurgi eller bruk av høreapparat ikke bidrar til funksjonell taleoppfattelse (Kvam, 1991).

Med bakgrunn i kommunikasjonsaspektet skilles det også mellom førspråklige hørselstap og ervervet tap etter at talespråket er lært. Personer som har mistet hørselen etter at talespråket er lært kalles for døvblitt/tunghørtblitt. Døvblitte/tunghørtblitte har i utgangspunktet et fullt utviklet talespråk, men må

lære seg nye kommunikasjonsformer og/eller kommunikasjonsstrategier (Helsedirektoratet, 2007).

Når flere personer er sammen kan tunghørte ha problemer med å oppfatte hva som blir sagt, i slike situasjoner vil de bli betraktet som sosialt døve. De tunghørte blir ofte slitne av hele tiden å skulle anstrenge seg for å forstå hva samtalen dreier seg om, samt forsøke å fange opp det som foregår i omgivelsene. Særlig i de første årene med hørselstap har enkelte personer problemer med å spørre om igjen og er redde for å være til bry for pårørende, arbeidskollegaer og venner (Kvam, 1991).

En person med en sterk identitet som hørselshemmet, har en grunnleggende forståelse for sin funksjonshemming, dens begrensninger og muligheter – og aksepterer disse. Da blir ikke målet å skjule sitt handikap, men å fungere optimalt kommunikasjonsmessig og sosialt ut i fra de forutsetninger de har, uten å føle seg underlegen i forhold til sine omgivelser. Det kan være smertefullt for den enkelte å måtte endre sin identitet, og den hørselshemmede vil ikke lykkes med dette hvis han eller hun prøver å skjule sitt hørselstap. Å akseptere sin egen livssituasjon er et resultat av en lang rehabiliteringsprosess samtidig som det gjør det lettere for dem å fungere som tunghørt. God veiledning i bruk av både høreapparat, CI-apparatene og en innføring i ulike sider av høretaktikk kan være en stor hjelp for å lette denne prosessen (Lorentsen og Berge, 2003).

Tap av hørsel frembringer naturlig nok ofte store sorgreaksjoner for de som opplever dette, det å miste hørselen er derfor et alvorlig tap. En konsekvens av dette kan kanskje medføre at man får en mindre krevende jobb som ikke fører med seg så mye kommunikasjon. Dette kan igjen påvirke selvfølelsen og føre til at man trekker seg tilbake fra sosial kontakt med kollegaer, og kanskje etter hvert fra venner. Selvtilliten og livskvaliteten til den enkelte kan da bli forverret.

Manglende eller nedsatt hørsel kan resultere i et betydelig kommunikasjonshandikap på flere plan, nettopp fordi hørselsproblemet rammer evnen til å kommunisere med andre. Hørselstapet kan først og fremst merkes i den direkte dialogen i de nære sosiale sammenhengene, men hørselsproblemene kan også begrense den tunghørtes utfoldelsesmuligheter (Gran og Nilsen, 2005). Personer med nedsatt hørsel kan derfor ha problemer med for eksempel å følge et TV-program eller høre et foredrag i en større sal. Dermed kan hørselsproblemet føre til utelukkelse fra deler av det samfunnsmessige og kulturelle liv.

Samspeillet i familien er også viktig for den CI-opererte, slik at hjemmet kan være et sted hvor en kan slappe av. Her har man mulighet til å forstå hverandre bedre enn utenfor familien samtidig som det stilles store krav til gjensidig forståelse. Det sentrale i familielivet er basert på fellesskap, et felles livsinnhold, som er sterkt knyttet til kommunikasjon og mestring. Innenfor familien må man

forsøke å utvikle en aktiv holdning til problemene. Hverken en selv eller andre tjener på at man gir seg over til irritasjon og bitterhet over og ikke få med seg det det snakkes om (Lorentsen og Berge, 2003).

## 2.2 Cochlea Implantat

Cochlea Implantat er et elektronisk apparat som gir mulighet for døve og sterkt tunghørte å oppfatte tale. Elektrodene blir operert inn i sneglehuset, der elektrodene formidler elektriske signaler fra prosessoren ved øret til hørselsnerven som igjen oppfattes som lyder for den hørselshemmede når de når hjernen. Elektrodestaven som blir plassert i sneglehuset har fra 16 – 22 elektroder. Lydene må læres og tolkes på en riktig måte slik at det blir mening i det som oppfattes. Operasjonen gjøres på personer som har mistet hørselen helt, eller store deler av den. En grundig utredning må utføres for å avgjøre om personen kan være kandidat til å få CI med utsikt til å bedre talcoppfattelsen. Utredningen består av medisinske undersøkelser, en rekke hørselstester og spesialpedagogiske vurderinger. Først når alle disse testene er undersøkt og vurdert av medisinsk personale ved sykehusene får brukeren tilbud om operasjon. Først fire til seks uker etter operasjonen får brukeren koblet på de ytre delene og lyden blir satt på (Wie, 2005).

De hørselshemmede trenger visuell stimulering i tillegg til auditiv trening for å oppfatte og å forstå tale. Siden alle Cochlea Implantat brukere (CI-brukere) er tunghørte, vil det si at ingen som opereres får normal hørsel, og de vil alltid ha nytte av tale-/lyttetrening og tekniske hjelpemidler. Et hørselstap vil i større eller mindre grad alltid påvirke oppfattelsen av tale via hørselen. CI-brukere vil ikke uten videre kunne ta del i talespråklig kommunikasjon eller innhente informasjon som formidles auditivt. Et hørselstap medfører ofte at talelyder forvrenges og er utydelige, med andre ord kan det være vanskelig å skjelne språklydene fra hverandre (Kvam, 1991). Det betyr at man hører lyd, men at man ikke alltid forstår hva som blir sagt. Derfor trenger voksne CI-brukere systematisk teknisk og pedagogisk rehabilitering. I dag tilbys det lite rehabilitering til denne gruppen hørselshemmede.

Rikshospitalet (telefonsamtale med Arne Rød vik, januar 2009) sier at de har lange ventelister for å få vurdert voksne til en CI-operasjon. Dette medfører til at mange voksne venter i flere måneder eller år før de blir vurdert til de får operasjon. Dette kan føre til store utgifter for samfunnet da flere brukere har problemer på jobben, og av den grunn ofte blir sykmeldte mens de står i kø. De fleste kommer tilbake i jobb, mens andre igjen må slutte eller de blir overført til andre typer trygd. Hvis flere brukere hadde fått operasjon og opplæring i bruk av CI like etter at døvheden kom, ville de fleste kunne fungere godt i dagliglivet.

Hensikten med CI er å generere elektriske signaler i hørselsnerven hos døve som ligner mest mulig på de elektriske signalene i hørselsnerven hos normalthørende

slik at de kan forstå tale. CI betyr mye med hensyn til både hørsel, kommunikasjon, mestring og livskvalitet, men allikevel er CI et teknisk hjelpemiddel som ikke er så dynamisk som vanlig hørsel, og derfor bør det tas hensyn til at brukerne har behov for livslang støtte og rehabilitering. For at CI skal fungere optimalt er den pedagogiske oppfølgingen etter inngrepet viktig. Brukerne må lære seg å tolke informasjonen lyden gir, og veiledning fra kompetente fagpersoner er nødvendig. Derfor kreves det både individrettet og samfunnsrettet rehabilitering og økt tverrfaglig tilnærming og samarbeid (Wie, 2005).

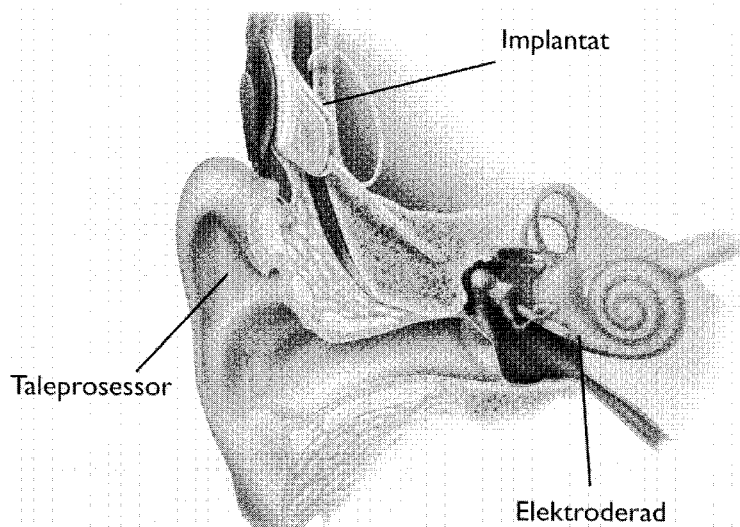
Pr. i dag tilbys Cochlea Implantat til voksne ved tre norske sykehus, St. Olavs hospital i Trondheim, Haukeland sykehus i Bergen og Rikshospitalet i Oslo. Alle tre sykehusene har satsset på tverrfaglig team sammensatt av legespesialister innenfor øre/nese/hals, audiopedagoger, audiografer og audioingeniører, slik at vurderingene for å få operert inn CI blir tatt på riktig og rettferdig grunnlag. Sykehusene legger også vekt på at det skal være et tilbud tilgjengelig i hjemkommunen etter at lyd er satt på.

### 2.2.1 Beskrivelse av Cochlea Implantat

Et Cochlea Implantat er som nevnt et elektronisk hjelpemiddel som erstatter funksjonen til de skadde eller tapte hårcellene gjennom å gi elektrisk stimulans til nervefibrene som er igjen i sneglehuset. Implantatet gir brukerne stor grad av høreevne og en bedre kommunikasjonsevne. Et CI er i utgangspunkt et avansert høreapparat med en mikrofon og en elektrisk enhet som bearbejder lydssignalet på en sikker, pålitelig og effektiv måte til personer som er døvblitte eller sterkt tunghørtblitte (Wie, 2005).

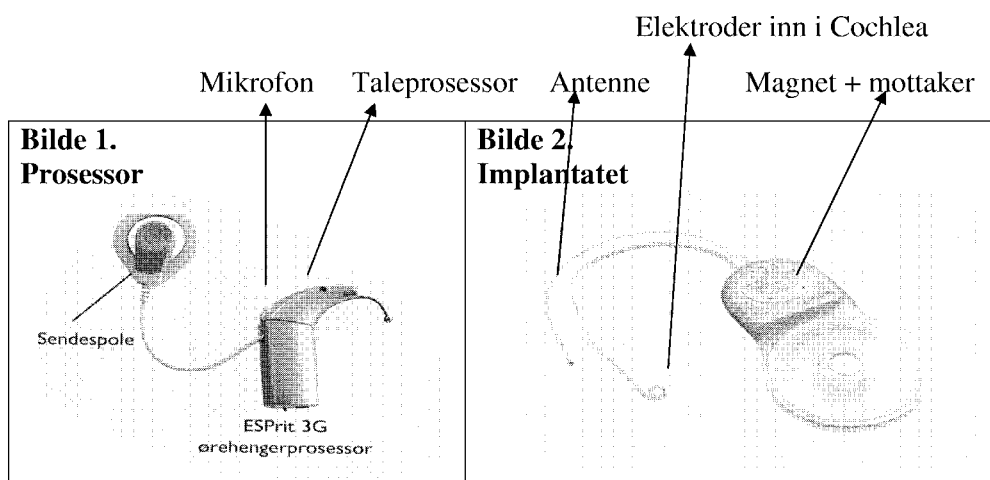
Et høreapparat forsterker lyden og sender den inn gjennom øregangen, og forutsetter en viss funksjon i mellomøret og sneglehuset. Cochlea Implantatet omsetter lydssignalet til elektriske impulser som ikke tar hensyn til de skadde partiene i hørselsmekanismen. Elektrodene på implantatet blir plassert i det indre øre og stimulerer de gjenværende nervecellene direkte med elektriske signaler. Hver elektrode avgir elektriske impulser som stimulerer sansecellene og hørselsnerven og hver elektrode gir lyd på forskjellige frekvenser. CI gir derfor døvblitte og sterkt tunghørtblitte mulighet til å oppfatte og tolke lyd og tale. For unge og voksne i utdanning og arbeidsliv gir dette større mulighet til å delta og mestre hverdagen enn hvis de ikke hadde blitt operert (Falkenberg, 2007).





CI-apparatet består av to deler, en ytre og en indre del. Ytre del består av mikrofon, taleomformer (prosessor) og sender. Den indre delen består av mottaker og elektroder som plasseres i det indre øret.

Under operasjonen blir den indre delen av cochlea-implantatet plassert inn i sneglehuset også kalt det indre øret (cochlea). Elektroderaden som sitter på implantatet blir under operasjonen ført ca 25mm inn i sneglehuset, med frittstående og virksomme elektroder som stimulerer spesifikke soner i sneglehuset (Cochlear, 2002).



Bildene er hentet fra Medisan sin hjemmeside. [www.medisan.no](http://www.medisan.no)

Bilde 1 er prosessoren som alle CI-opererte bærer på øret, sendespolen blir festet på magneten som er operert inn under huden bak øret (implantatet). Denne prosessoren inneholder lytteprogrammer som er unike for hver bruker. Den angir den minste mengde av elektriske stimulans som er nødvendig for å få en opplevelse av å høre og den maksimale mengde elektriske stimulans som føles behagelig for brukeren (Cochlear, 2002). Mikrofonen fanger opp all lyd og omformer den til elektriske signaler. Disse sendes videre til taleprosessoren som koder og bearbeider signalene til et spesielt mønster av elektriske impulser. Taleprosessoren er enten kroppsbåret som brukes på barn, eller integrert i ørehengeren for unge og voksne. Fra prosessoren sendes pulsene til sendespolen som er holdt på plass bak øret ved hjelp av en magnet. All lyd som kommer forfra og fra en 45 graders vinkel fra siden av mikrofonen blir bearbeidet. Lyd som kommer bakfra og fra motsatt side av hodet er vanskelig å høre på grunn av retningsmikrofonen og hodets skyggeeffekt (Eilertsen mfl, 2007).

Bilde 2 er selve implantatet som blir operert inn i Cochlea (sneglehuset). Magneten og mottaker blir operert inn i tinningbenet bak øret. Mottakeren avleser signalene og dekoder disse, og sender så videre informasjonen om hvor sterk impuls som skal sendes til hver av elektrodene som er ført inn i cochlea. De elektriske pulsene stimulerer hørselsnerven, som sender impulsene videre til hjernen hvor de tolkes og oppfattes som lyd (ibid.).

De innvendige og utvendige komponentene kommuniserer via en spesifikk radiofrekvens som tolkes i hjernen, dette skjer like raskt som for normalthørende. Talesignalene som gis ved elektrisk stimulering, kan være forskjellig fra de signalene som gis ved normal akustisk stimulering. Å lære disse elektriske simulerte signaler i talemønstre og assosiere dette med ord kan være en utfordring for mange (Nebb, 2008).

I rapporten fra Sosial og Helsedirektoratet (2005) om Cochlea Implantat sies det at det kirurgiske inngrepet er bare en liten del av en langvarig og omfattende rehabiliteringsprosess. Et godt resultat forutsetter innsats fra et bredt spekter av fagfolk og brukeren selv, derfor er det viktig at alle som blir operert får tilbud om rehabilitering rett etter at lyden er satt på.

### 2.2.2 Historikk og forekomster

Den Italienske fysikeren Alessandro Volta (1745-1827) forsøkte allerede i 1790 med elektrisk stimulering av hørselsnerven ved døvhet. Han førte metallstaver inn i sine egne ører og sendte inn 50 volt. Dette gav han en lydfornemmelse, som lyden av kokende vann. Han forutsa at det i fremtiden kunne bruke disse studiene til å fremstille kunstige ører. På 1800-tallet ble det foretatt flere undersøkelser av dette, men interessen for elektrisk stimulering var ikke lenger tilstede i forskningsmiljøet (Knudsen, 2002).

Siden den gang har forskningen på feltet elektrisk stimulering av cochlea og hørselsnerven vært sporadisk. Først på 1930-tallet fikk fenomenet ny interesse blant forskerne da Weaver og Bray oppdaget det potensielle cochlea hadde ved akustisk stimulering. På 1950-tallet ble den første direkte stimuleringen av hørselsnerven rapportert, men i dette tilfellet ble lyden bare oppfattet som støy. I 1957 ble lyden oppfattet som ord når brukeren fikk se og høre de ordvalgene han hadde. På 1960-tallet var det mest USA som holdt på med forskning på Cochlea Implantat. Legen William F. House opererte på starten av 1970-tallet den første voksne døvblitte med en (1) elektrode. Dette utløste en intens forskning rundt om i verden. Apparatene ble teknisk bedre for hvert år og i Europa ble den første CI-operasjonen utført i Frankrike i 1973, og fra 1970 til 1980-tallet ble over 1000 voksne døvblitte operert rundt om i verden (Wie, 2005).

I 1978 i Melbourne, Australia, ble den første operasjonen gjennomført med flere elektroder. Elektrodene ble ført inn gjennom i det runde vinduet i starten av sneglehuset og inn i cochlea. Selv om operasjonen var vellykket ble det ikke før på 1980-tallet vanlig å operere inn CI med flere elektroder. Dette førte til at flere personer klarte å oppfatte tale uten visuelle holdepunkter. CI blir i dag sett på som et effektivt hjelpemiddel til å oppfatte tale, men implantatet klarer ikke å behandle det auditive signalet like godt som det auditive systemet kan hos normalhørende. I dag pågår utviklingen av nye CI-modeller med bedre teknologi og bedre løsninger hele tiden (ibid).

I Norge ble det første implantatet operert inn ved Regionsykehuset i Trondheim i 1985, nå St. Olavs Hospital, og året etter begynte de å operere voksne på Rikshospitalet. Haukland i Bergen begynte først på midten av 1990-tallet. Kriteriene den gangen var at personen var helt døv, men at de hadde brukt talespråket som kommunikasjonsform før de mistet hørsel. I perioden 1985 til 1989 ble det i Norge operert 19 voksne personer (ibid). Pr januar 2009 hadde Rikshospitalet operert totalt 423 voksne med CI (telefonsamtale med Arne Rødвик på Rikshospitalet februar 2009).

### 2.2.3 Hvem er aktuelle CI-brukere på Rikshospitalet

Vurdering av hvem som er aktuelle brukere av CI blir vurdert av et team på Rikshospitalet i Oslo. Vurderingen baserer seg på blant annet audiologiske, radiologiske og psykologiske undersøkelsesresultater. De audiologiske fastsetter hvor alvorlig hørselstapet er og hvor utilstrekkelig nytte de har av vanlig høreapparat, samt sikre nøyaktig hørselsnervefunksjon hvis det er mulig. For postlingualt døde er det avgjørende hvor lenge brukeren har vært døv før operasjonen, og hvilket taleoppfattelsesnivå med høreapparat brukeren har hatt før implantasjonen (Laukli, 2007).

Kriteriene for å få CI for voksne er døvhet eller sterkt nedsatt hørsel på begge ørene, med ingen eller meget liten nytte av høreapparatet. Til slutt må de være meget motiverte for å jobbe både selvstendig og sammen med audiopedagoger i rehabiliteringsprosessen. De må likevel ha en moderat forventning for lydene implantatet gir. Døvblitte og sterkt tunghørtblitte som har utviklet hørsel og språk, viser som oftest veldig gode resultater med et CI. Voksne som har vært døve hele livet, eller som har vært døve lenge vil ha begrenset nytte av et CI, da hørselsnerven ikke fungerer slik den skal.

Rikshospitalets kriterier i en utredning som alle brukere må gå gjennom:

- Medisinsk konsultasjon med gjennomgang av sykehistorie og øre-, nese- og halsundersøkelse.
- Røntgenundersøkelse for å undersøke om forholdene i det indre øret ligger til rette for implantasjon.
- Omfattende høreprøver. Prøvene består av både subjektive tester hvor en tester tone- og taleoppfattelse og objektive tester som otoakustiske emisjon og ERA. (Otoakustiske emisjon gjøres ved at man setter en målesonde inn i øret, og de måler en svak lyd som øret sender ut hvis hørselen er normal. Ved ERA-testen måles et elektrisk signal som sendes fra øret og opp til hjernen ved lydstimulering.)
- Spesialpedagogisk vurdering av tale, språk og sosiale forhold med vurdering av mulighet for tale-/lyttetrening oppfølging i den enkeltes hjemmekommune.
- Eventuelt andre undersøkelser som er nødvendig i det enkelte tilfelle.

Høy alder er ingen hindring for en CI-operasjon, mange døvblitte personer har hatt god nytte av CI selv om de er 70 -80 år gamle. Det sies at det sannsynlig er mellom 3000 – 5000 voksne døve i Norge som ville kunne ha nytte av CI. Selve funksjonsnivået etter et CI er vanskelig å forutsi. Noen oppfatter bare omgivelseslyd, noen får hjelp i munnnavlesning og tilslutt har man gruppen som kan delta i fullt talespråklig miljø. I tillegg til at de CI-opererte får tilbake noe av sin hørsel har man registrert mindre angst og depresjoner og en bedring i livskvaliteten hos brukerne (Sosial og Helsedepartementet, 2005).

Det er viktig at den som blir operert informeres at det kreves en stor del egeninnsats til trening og tilvenning. Sykehusene som opererer har derfor en stor utfordring med å gi realistisk informasjon til den enkelte om hva som kreves av dem. Et tverrfaglig samarbeid starter allerede ved diagnosetidspunktet, fordi selve operasjonen er bare en liten del av en langvarig prosess. Fastlegen, kommunene og Rikshospitalets CI-team må koordinere tjenestene som den enkelte har bruk for. Dette er som regel koordinerte og langvarige tjenester, og derfor har de krav på en individuell plan etter Lov om helsetjenesten i kommunene § 6-2a.

### 2.3 Kommunikasjon

Skollerud (2006) skriver at språk og tale ikke kan betraktes isolert men må sees i sammenheng med målet for aktiviteten – det å kommunisere. Kommunikasjon kan man derfor si er ”å gjøre noe til felles”, og kommunikasjonen innebærer at vi både sender og mottar et budskap som har den intensjonen at vi skal forstå hverandre. Kommunikasjon er et viktig redskap for den enkelte for å kunne nyttegjøre seg den hørselen de har. Det er derfor viktig for meg å komme inn på dette området siden det finnes forskjellige typer kommunikasjon.

Å lære seg å kommunisere er blant annet å bli et sosiokulturelt vesen, det gir oss tilgang til et kulturelt mangfold som stadig utvikler seg, fra den nærmeste familien til de mange ulike kontekstene vi etter hvert deltar i. Siden sosiokulturell teori legger stor vekt på språkets læringspotensiale er det viktig at alle får ta del i dette. Ut i fra det sosiokulturelle perspektiv er kommunikative prosesser helt sentrale i menneskets læring og utvikling. Det er gjennom å lytte, samtale, etterligne og samhandling med andre at vi får ta del i kunnskap og ferdigheter. Språk og kommunikasjon er ikke bare et middel for læring, men selve grunnvilkåret for at læring og tenkning skjer (Dysthe, 2001).

Hørselsevnen betyr at mennesker kan oppleve lyder og deres ulike egenskaper både bevisst og ubevisst. Lydpersepsjon innebærer ikke bare det vi oppfatter, men også det vi kan diskriminere, identifisere, gjenkjenner og husker lyder. På denne måten kan vi lære å kommunisere med andre. Hørselstapet kan forårsake forvrengning og gjør det ofte vanskelig å identifisere lydene. Forutsetningen for å kommunisere med andre er at vi kan diskriminere de forskjellige lydmønstre som gjør talekommunikasjonen mulig (Laukli, 2007).

Språkets kommunikative funksjon gir oss mulighet til å oppleve fellesskap og kontakt, men denne funksjonen kan også være årsak til ensomhet når kommunikasjonen mangler eller mislykkes, noe mange hørselshemmede har fått erfare. Kommunikasjon menes at det er en avsender som formidler et budskap til en mottaker med et ønske om at budskapet oppfattes. Her skjer det ofte brudd i kommunikasjonen når en person sender et budskap til hørselshemmede, siden de ikke oppfatter alt som blir sagt. Gjennom kommunikasjon blir vi delaktige i hvordan vi og våre medmennesker forstår hverdagen og hvordan vi handler gjennom språket, og gjennom disse erfaringene blir vi fornet for å kunne bruke de språklige redskaper som finnes. Kommunikasjon forutsetter at alle perspektiver som finnes tas i bruk (Dysthe, 2001).

Kommunikasjon er sentralt i læringsprosesser, og det er derfor av stor betydning hva slags kommunikasjonsmodell som blir lagt til grunn. Å få til en dialog mellom to mennesker er å få kommunikasjonen mellom dem til å fungere (ibid).

Lassen (2004) skriver om kommunikative ferdigheter blant annet hvilke prosesser er viktig å ha når en skal snakke med CI-brukere. Kommunikativ kompetanse har sin teoretiske forankring i relasjon mot en bestemt oppfatning av begrepet språkkompetanse som er selve instrumentet vi har for hånden. Kommunikativ kompetanse omfatter i tillegg til grammatisk kunnskap, både kunnskap om og forventninger til hvem som bør eller ikke bør snakke i visse situasjoner, når man skal ta ordet, hvem man kan snakke til og hvordan man snakker til folk med forskjellig sosial status og i forskjellige roller. Dessuten omfatter kommunikativ kompetanse ikke-verbal kommunikasjon i forskjellige kontekster, rutiner for turtaking i samtaler og hvordan man utfører forskjellige språkhandlinger. Kommunikativ kompetanse omfatter alt som har med bruken av språket å gjøre, inkludert relevante faktorer med hensyn til hva som passer i ulike sammenhenger.

Ved å ha kommunikativ kompetanse medfører dette til frihet til å slippe å late som om man har hørt hva andre sier, og gi seg ut for å være en annen en den man virkelig er. Kommunikativ kompetanse synliggjøres i samtaleferdigheter, der sosialt samspill spiller en stor rolle for hvordan man inkluderer andre i samtalen. Sideinformasjon eller indirekte informasjon er noe de CI-opererte ofte går glipp av da de ikke har hørt hva som ble sagt. Derfor er det viktig at de CI-opererte føler seg trygg på å bruke sitt apparat i alle sammenhenger (ibid).

Hørselshemming endrer først og fremst en persons mulighet for å kommunisere med omgivelser. Som en del av rehabiliteringsprosessen står strategier og mestring knyttet til kommunikasjon sentralt. Mange hørselshemmede trenger opplæring i å optimalisere sine kommunikasjonsferdigheter for å kunne utnytte mulighetene og minimalisere begrensningene (Helsedirektoratet, 2007).

Det er naturlig at de som mister hørselen i størst mulig grad ønsker å beholde de kommunikasjonsmetodene som de vant til å bruke i et hørende samfunn. Det vil i praksis si å basere seg på en kombinasjon av munnnavlesning og CI-apparatet. Å trene på munnnavlesning er grunnleggende, men for personer med små hørselsrester er dette ikke nok til å kunne kommunisere lett og uanstrengt med andre. Munnnavlesning har sine begrensninger, det kreves full konsentrasjon og er meget slitsomt. Familie, venner, arbeidskollegaer og fagpersoner forventer ofte det umulige av den CI-opererte hvis de mener at vedkommende skal fungere i kommunikasjon med andre utelukkende ved hjelp av disse metodene. På tomannshånd og i rolige omgivelser kan det gå bra, men som oftest oppstår store problemer. Munnnavlesning er å forstå talt språk ved å se oppmerksomt på den som snakker, det inkluderer å tolke munnbevegelsene som fremkommer ved tale, ansiktsuttrykk og gester. Munnnavlesning er derfor et redskap for å oppnå bedre kommunikasjon. Det kan sammenlignes med å legge puslespill, poenget er å få øye på hele bildet, og ikke bare på en liten brikke. Får man tak på motivet er det meste av jobben gjort (Lorentsen og Berge, 2003).

Et hørselstap er et kommunikasjonshandikap som rammer hele familien, derfor er det viktig at pårørende også får tilbud i rehabiliteringsopplegget. Pårørende trenger informasjon om det å være hørselshemmet og bruken av CI, og hvilke tekniske hjelpemidler den enkelte kan bruke for å gjøre hverdagen deres lettere. De bør også få informasjon om hvilke begrensninger den enkelte har og hvilke konsekvenser dette kan føre til. Kommunikasjon er viktig for alle mennesker og er den vanskeligste oppgaven de hørselshemmede møter i dagliglivet (Bastholm, 2008).

Kommunikasjon mellom mennesker foregår for det meste ved hjelp av talespråk, men også mimikk, fakter og kroppsspråk er viktige faktorer. Når hørselen er nedsatt, kan det bli vanskelig å oppfatte ord og nyanser i språket. Det er lett å tolke feil, og misforståelser kan oppstå. Det kan være vanskelig for den CI-opererte å ta kontakt med andre mennesker når han eller hun vet at en ikke hører det som blir sagt. Kommunikasjon er å forstå hverandre rett, det å lytte - ikke bare til ordene i seg selv - men til det de er ment å si. Siden kommunikasjon bygger på gjensidig forståelse, er øyekontakt med samtalepartneren et viktig ledd i kommunikasjonen og gir mye tilleggsinformasjon. Gjennom samtaler sender man hverandre både verbale og ikke-verbale signaler. Verbale signaler er ord og uttrykk som brukes mest til saklig informasjon, mens ikke-verbale signaler viser innstillingen og holdningene våre, det vi kaller kroppsspråk. Kroppsspråk gir oss mer informasjon enn vi vanligvis er klar over (Skau, 2008).

Det å lytte når man har fått CI kan være en utfordring, det er ikke alltid like lett å få med seg alle nyansene i språket vårt. Samtalepartneren til en CI-operert må derfor kunne kommunisere klart og tydelig i starten slik at det ikke oppstår misforståelser. De voksne CI-brukerne må bygge opp sin kommunikative kompetanse for å kunne beherske sin kommunikasjon i dagliglivet som de har brukt før de mistet sin hørsel. Siden hørselstapet går ut over språkevnen er de CI-opererte ofte i en situasjon der de ikke lenger kan bruke denne evnen, og det vil derfor dukke opp hull eller brudd i den muntlige kommunikasjonen. Når CI-opererte blir fortrolig med sin nye kommunikative kompetanse vil deres kommunikasjon i forskjellige situasjoner sannsynligvis bli bedre. Å utvikle kommunikativ kompetanse er også et spørsmål om å være villig til å se seg selv i et nytt perspektiv der det fokuseres på mulighetene fremfor begrensningene (Skollerud, 1996).

Tolking og bruk av lydinformasjon oppnås ikke av seg selv. Det foregår derfor læringsprosesser hos den enkelte og et vellykket resultat avhenger av de samme forholdene som vi vet er viktige for å lære i andre situasjoner. Mye av denne treningen kan de CI-opererte få gjennom rehabiliteringen kommunene setter opp for den enkelte. Det er en stor utfordring for de voksne å bli operert, derfor må de være motivert for å trene, og lære seg å tolke de nye lydene som CI-apparatet gir dem. Denne treningen avhenger mye av motivasjon og at de føler mestring,

for å få til et vellykket resultat. Læringen må da foregå på den enkeltes premisser og at læringen har tilstrekkelig intensitet og varighet.

Kontakt med andre mennesker; familie, venner og arbeidskamerater krever at en kan kommunisere. Den alvorligste konsekvensen av et hørselstap er bruddet på kommunikasjonsmuligheter. De CI-opererte kan fortsatt snakke selv, men kan ha problemer med å høre hva andre har å si, eller de får kun med seg bruddstykker av det som blir sagt. For å opprettholde kommunikasjonen med omgivelsene, blir det en avgjørende betydning at CI-opererte og familien lærer seg mestringsstrategier og kompensierende ferdigheter med hensyn til kommunikasjon. Det blir da viktig å finne frem til teknikker som kan hjelpe til med å synliggjøre talen (ibid).

Hos en voksen CI-operert er det to forhold som gjør at det må mye trening til for å ha nytte av CI-apparatet. For det første er informasjonen som hørselsnerven formidler mye fattigere og annerledes enn det som hjernen opprinnelig lærte seg å forstå. For det andre skjer det endringer i hørselsområdene i hjernebarken hos den som mister hørselen. Disse endringene blir større jo lenger tid det går uten at hørselen blir brukt. De CI-opererte må koble den nye lyden til mentale bilder de har i minnet fra før, noe som kan være meget krevende for den enkelte (Herheim, 2007a).

Det er logisk og nødvendig at det utvikles et rehabiliteringstilbud til opplæring til CI-brukere. Det blir sagt på Rikshospitalet at nesten alle som blir operert får noe bedre hørsel og at livskvaliteten deres blir bedre med CI. Herheim (2007a) skriver at det ikke finnes noen undersøkelser som forteller hvor god hørsel en kan få ved systematisk trening. Alle brukere har forskjellig utgangspunkt og trenger derfor forskjellig opptrening. Herheim mener at det burde vært enkelt og interessant å undersøke høretreningens betydning for taleforståelsen. Dette er kanskje undersøkelser Høresentralene burde ta fatt på.

Pedagogenes viktigste oppgave er å skape tillit til at en greier å bruke hørselssansen på nytt. De skal gi inspirasjon og motivasjon til brukerne slik at de selv må jobbe for å bli bevisst sine muligheter på å høre på nytt. Aktiv lytting er nødvendig for virkelig å høre andres perspektiv, og for å forstå ulike ting. I mange kommunikasjonssituasjoner kan CI-opererte bli usikre fordi de misforstår det som blir sagt, noe som kan føre til at de føler seg usikre og dumme.

Kommunikasjon med andre er altså en viktig faktor for å få bedre livskvalitet. Personer som savner optimal kommunikasjon med omgivelsene kjenner seg ofte sosialt utenfor og blir usikre. Voksne som blir operert og dermed forenkler sine kommunikasjonssituasjoner, beskriver at den totale opplevelsen etter operasjonen er en forbedret livskvalitet (W-Svensson, 1999).



## 2.4 Livskvalitet

Ordet livskvalitet blir i dag definert på mange forskjellige måter, og det er opp til hver enkelt hva de legger i begrepet. Det å ha det godt og kunne være i aktivitet betyr mye. I denne masteroppgaven definerer jeg ordet som både fysisk og psykisk velvære da det har med personens levekår å gjøre. Det kan være bevisste kognitive og affektive opplevelse som er både positive og negative. Det vil si følelsen av å ha det godt der det kognitive tar for seg tanker og vurderinger og reflekterer til de følelsemessige tilstandene som for eksempel glede, engasjement og lignende (Næss, 2001).

Selve ordet livskvalitet bør derfor betraktes som en subjektiv opplevelse. Livskvaliteten kan bare evalueres ved å spørre den enkelte bruker som har CI, og opplevelsen vil variere siden evnen til å mestre livet og den sosiale støtten varierer fra person til person. Derfor er det viktig med individualiserte behandlinger i rehabiliteringen for å oppnå best mulig livskvalitet for den enkelte CI-bruker og deres familie (Sosial og Helsedepartementet, 2005).

Livskvalitet har av ulike forskere blitt karakterisert som resultatet av den totale livsopplevelse personen har, og den er nært knyttet til personens følelse av meningsfullhet. Menneskets opplevelse av helse er sannsynligvis knyttet til dets evne til tilpasning, til å mestre nye utfordringer og til å utføre hensiktsmessige valg, mer enn til fysisk og kognitive faktorer alene (Conradi og Rand-Henriksen, 2004a).

Forskningen innen begrepet livskvalitet belyser hvilke forhold storsamfunnet, familien og arbeidslivet som fremmer og hemmer det enkelte menneskets livskvalitet. En kan ikke alltid bedømme svaret ut fra høyere materiell levestandard, en må også ta hensyn til menneskets livssituasjon. I spørreskjemaet tok jeg utgangspunkt i hvordan informantene selv opplever sin situasjon etter at de har fått lyd på sin CI. Dette er selvfølgelig en subjektiv opplevelse for den enkelte CI-bruker, men kan være viktig å belyse da alle brukere opplever sin livssituasjon forskjellig i forhold til mestring.

Mange voksne CI-opererte oppnår sosial hørsel på lik linje med eller noen ganger bedre enn velfungerende tunghørte med høreapparat. Dette gjør at flere med CI ofte oppnår bedre livskvalitet enn hva de hadde fra før (ibid).

Den som mister hørselen i yrkesaktiv alder vil ofte ikke kunne fungere optimalt i sitt arbeid. Resultatet for noen kan bli langvarig sykmelding eller uføretrygd. Jo kortere tid det tar fra hørselstapet er oppstått til det utføres en CI-operasjon dess bedre er utsikten for å gjenvinne en god hørsel og komme tilbake til arbeidet. Enkelte CI-opererte er tilbake i jobb få måneder etter inngrepet. I tillegg til den gevinsten CI-brukeren kan høste i form av bedret funksjonsevne og livskvalitet, er det en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst ved at den CI-opererte er så raskt som mulig tilbake i arbeid.

Rapporten IS-1363 fra Sosial og Helsedepartementet (2005) henviser til Birger Mo sin doktoravhandling om CI og livskvalitet, hvor han fant ut at de CI-opererte opplevde bedre livskvalitet og mindre grad av angst og depresjon 12 – 15 måneder etter operasjonen. Det var et overraskende funn at bedringen av livskvaliteten ikke var direkte korrelert til hvor godt hørselsresultat de opererte fikk. Bare det at brukeren opplevde bedring i forhold til før, så ut til å gi bedre utslag på livskvaliteten. I denne undersøkelsen fant han også ut at pårørende og venner til den CI-opererte oppnådde bedring i livskvaliteten.

## 2.5 Mestring

Mestring er et fellesbegrep som er brukt om de strategier og handlingsmåter mennesker benytter seg av for å håndtere situasjoner som på en eller annen måte oppleves som en utfordring. En funksjonshemming er et eksempel på slike situasjoner. Sosial mestring og trivsel styrker, og kanskje er en betingelse for læring (Knudsen, 2002).

Personer som mister sin hørsel kan fortrenge følelser som mestring i starten, men etter hvert aksepterer de den nye situasjonen. Ofte trer det inn forskjellige forsvarsmekanismer i hjernen som gjør at de takler hverdagen bedre. Dette er en prosess som de fleste går gjennom, og ved å akseptere sin situasjon øker som oftest deres livsglede, og livet blir lettere for den enkelte å beherske. Hvis personene har vanskeligheter med å akseptere sin hørselshemming kan de utvikle stress og dette kan igjen føre til ekstra påkjenninger.

Uansett hvordan man tilrettelegger er det slitsomt å lytte når en er tunghørt. Smertene setter seg ofte i nakke, skulder og hode. Derfor er det viktig at brukerne holder seg i form for å holde mye av det fysiske stresset den enkelte kan oppleve nede. Hørselshemmede er som regel avhengig av å munnavlese og støtte i form av mimikk og kroppsspråk. De må ofte spørre om igjen og ut i fra sammenhengen gjette seg til en del av innholdet. Dette kan igjen føre til flere misforståelser i mestringen av kommunikasjonen. Det å være trygg på sin hørselshemming gjør at situasjonen blir bedre og stressnivået deres blir mindre (Jæger, 2008).

Knudsen (2002) skriver at tunghørte elever kan komme inn i en ond sirkel som gir utslag i et negativt selvbilde og en utrygg identitet. Om man er voksen, mister hørselen og må vente i flere år for å få operert inn et Cochlea Implantat opplever også voksne å komme inn i en ond sirkel. De opplever at de ikke strekker til i en hørende verden, og de negative reaksjonene og holdninger fra samfunnet kan gi den CI-opererte en følelse av å være lite akseptert. Dette fører igjen til at de kan bli en belastning for samfunnet om de mottar trygd istedenfor å jobbe. Mange CI-opererte prøver å tilpasse seg de omgivelsene de er i for å bli akseptert.

De CI-opererte lager seg ofte flere mestringsstrategier for å klare hverdagen. Hensikten med mestringen kan være at de prøver å endre det som er en trussel i miljøet eller de prøver å tilpasse seg det for å opprettholde et positivt selvilde. Brukernes personlige ressurser vil kunne påvirke den enkeltes situasjon. Positiv forventning om og lykkes er det som skaper motivasjon og gir driv til læring og dermed mening. Etter hvert som treningen i oppfattelse av lyd gir bedre hørsel, blir opplevelsen meningsfylt, den positive forventningen og motivasjonen øker og de får dermed et enda bedre resultat. Dette gjør at livskvaliteten til de fleste vil øke fordi de mestrer sin hverdag på en positiv måte (Herheim, 2007b).

De fleste personene med nedsatt hørsel utvikler egne strategier for å klare å mestre både det sosiale og arbeidslivet på best mulig måte. For noen blir strategien å trekke seg unna og ikke delta i det sosiale eller i arbeidslivet, og foretrekker å leve sitt liv i mer ensomhet enn de egentlig ønsker. Flere av de hørselshemmede har funnet ut at jo mer åpne de er om sin hørselshemming jo lettere blir kommunikasjonssituasjonen.

Normann mfl (2009) skriver at det å mestre omfatter personens psykiske prosesser eller opplevelsesverden. Andre igjen mener at mestring også omfatter praktiske forhold og personers forhold til omgivelsene. Det er også noen som mener at mestring begrenser seg til personens egne personlige ressurser og handlingsmåter eller hvordan personen selv benytter seg av familie eller venner. Med tanke på rehabilitering er det viktig at mestring inkluderer CI-brukernes mentale strategier, deres evne til å bevare seg selv og sin integritet og sine muligheter til å håndtere relasjoner til andre. Det å få støtte fra familien og venner må sees som en viktig mestringsstrategi. Det å få positive opplevelser er viktig for at brukerne skal kunne klare seg i samfunnet.

## 2.6 Tale-/lyttetrening

Siden lyttetrening er en systematisk opptrening av den auditive oppfattelsesevnen er det viktig for den CI-opererte at dette er tilgjengelig. Lyttetrening kan ikke forbedre personens hørsel, men ved å stimulere og trene opp brukerens evne til å lytte, gjenkjenne, skille og kombinere lyder vil man etter hvert utvikle en forståelse av talens oppbygging slik at CI-brukeren er bedre i stand til å tolke og oppfatte det talte språk (Skollerud, 1991).

CI skal gi den tunghørtblitte eller døvblitte mulighet til å oppfatte tale. Implantasjonene er en høyspesialisert medisinsk prosedyre som stiller store krav til teknikk og ekspertise. Det er store individuelle forskjeller hva gjelder lyd- og taleopplevelser ved bruk av Cochlea Implantat. For at gevinsten skal være optimal, kreves det en god opplæring, stor innsats fra bruker og tett oppfølging fra nært samhandlende helse og pedagogisk personell (veileder Bent-Cato Hustad v/HiBo). Tale- og lyttetrening/veiledningen må derfor tilpasses den enkelte brukers behov. Lyttetrening av den auditive oppfattelsesevnen hos

hørselshemmede er basert på tilgjengelig hørselsrest eller bruk av CI hos den enkelte bruker. CI gir brukerne en kunstig elektronisk hørsel og det kreves tale-/lyttetrening for å kunne utvikle et meningsfylt lydbilde som består av taleforståelse og å kunne skjelle omgivelseslyder. Munnnavlesning, lyttetrening og taltrening henger tett sammen og kan overlape en del. Derfor er det viktig å bevisstgjøre den CI-opererte hvordan disse strategiene henger sammen (Nebb, 2008).

Siden det er vanskelig å forutsi funksjonsnivået til brukerne før operasjonen må man se til at et tverrfaglig team er med fra tidspunktet for diagnostiseringen. Det blir sagt at generelt kan man forvente at mer enn 50 % av de CI-opererte bør oppnå en viss grad av taleoppfattelse uten hjelp av munnnavlesning. Det å være en god munnnavleser har også i en del studier vist seg å henge sammen med et godt funksjonsmessig resultat av CI. Den viktigste enkeltfaktoren for et godt hørselsmessig resultat er likevel kortest mulig periode med døvhet før operasjonen blir utført (Sosial og Helsedepartementet, 2005). Derfor er det synd at så mange voksne må stå på venteliste i flere måneder eller år før de blir vurdert til en CI-operasjon.

Personer som etter operasjonen har vansker med taleoppfattelse, har behov for strukturert, pedagogisk lyttetrening for at de skal få optimalt utbytte av sin CI. De med relativt god taleoppfattelse etter lydpåsettingen kan også ha behov for støtte, oppmuntring og eventuelt endring av kommunikasjonsstrategier i en periode (Nebb, 2008). I talepersepsjon utnyttes og integreres det auditive, de kognitive, de sosiale og de språklige ferdighetene. Informasjonen som hørselssystemet tar imot går gjennom vårt hørselssystem som tilslutt gir oss mening med ordene. Tale-/lyttetreningen er viktig for de CI-opererte å jobbe med slik at de får en mening med lydene som er rundt oss. Med økende forståelse av språklige ferdigheter kan det gi den CI-opererte bedre evne til å oppfatte hva lydene betyr. Denne ferdigheten varierer fra person til person i relasjon til alder, utdanning, personlighet og kognisjon. Språket vårt er det grunnverktøyet for menneskelig samarbeid (Laukli, 2007).

Dysthe (2001) skriver at læring fra et kognitivt ståsted må sees som progresjon fra enkle til mer komplekse mentale modeller. CI-brukerne skal lære seg de grunnleggende fakta steg for steg, og først senere i prosessen forventer fagfolk, familie og venner at brukerne er i stand til å tenke, reflektere og bruke de nye lydene som de har lært gjennom sitt CI. Fra et sosiokulturelt perspektiv legger man vekt på den motivasjonen som ligger innebygd i forventningene for å lykkes. Så lenge CI-brukerne opplever sammenheng mellom de ulike arenaene de befinner seg på og det gir mening til det de lærer, kan motivasjonen øke mer.

Språket har også en universalitet som gjør at det gjennom kommunikasjon blir etablert et samtaleunivers som går ut over konkrete situasjoner. Dette gjør det mulig å få tilgang til et mangfold av perspektiver og legger grunnlaget for å ta andres perspektiv. Det å ta andres perspektiv er en grunnleggende læreprosess for relasjon med andre mennesker (ibid).

I Helse og Sosialdepartementet (2002) påpekes det at kommunen forventes å ha kompetanse om hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblem og psykososiale konsekvenser ved å ha nedsatt hørsel. Tilgangen på fagpersoner i kommunene med kunnskap om hørsel er i beste fall meget begrenset, derfor bør kommunene henvise brukerne til andre fagpersoner innenfor hørselssystemet selv om de er på et annet forvaltningsnivå enn kommunen.

Enkelte har behov for tale-/artikulasjonstrening som vedlikeholder stemme og taleferdigheter. Dette er spesielt viktig for de med store hørselstap, da de ikke lenger kan oppfatte sin egen stemme. Bruk av CI medfører at lydene ofte oppleves annerledes enn det man er vant til, og dette innebærer at man trener på å lytte til lydene, slik de fremkommer gjennom CI-apparatet. Man lærer å tolke det man hører samt bli fortrolig med de nye lydbildene. I all språkbruk vil det være en spenning mellom den individuelle ytringen og de språkmønstrene som er en del av vårt språk og vår kultur (Wie, 2005).

## 2.7 Rehabilitering

Det finnes ingen allment akseptert oppfatning av hva rehabilitering er, eller hvor grenseoppgangen går mellom fagfeltet og andre typer tjenester rettet mot personer med funksjonshemming. Både Helse og Sosialdepartementet og Helsetilsynet har presentert flere definisjoner på begrepet, noen av definisjonene fokuserer på hvilke aktører som gjør hva med plassering av ansvar og oppgaver, mens andre definisjoner beskriver en planmessig prosess hver bruker må gå gjennom (Conradi og Rand-Henriksen, 2004b).

Rehabilitering kan ikke bare begrenses til å handle om opptrening av fysisk funksjonshemming. Den skal gi bistand til at den enkelte kan delta i samfunnet på egne premisser og på lik linje med andre. Når formålet er full deltakelse, kreves det også at andre sektorer enn helsetjenesten må komme på banen overfor den enkelte bruker. Dessuten må det skje en organisering og tilrettelegging slik at samfunnet vårt blir lettere tilgjengelig for alle funksjonshemmende (Normann mfl, 2009).

I Helse og Sosialdepartementet (2002) *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede* står det under § 2.4:

*Hørselshemmede får dekket sine individuelle behov for habilitering/rehabilitering uavhengig av bosted og alder.*

*Rehabiliteringstjenesten skal være sammenhengende, tverrfaglige og bygge på et helhetssyn. Det skal finnes koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen. Behovet for grunnleggende og spesialisert rehabilitering blir ivaretatt av fagpersonell med hørselsfaglig kompetanse når dette er nødvendig, og hvor brukermedvirkning er vektlagt (s. 11).*

Her er det lagt vekt på funksjonsforbedring med fokus på den enkeltes ressurser samt helhetlige og tverrfaglige tilnærmelser. Siden den medisinske diagnosen ofte er en forutsetning og et utgangspunkt i rehabiliteringsprosessen, er det viktig å sette fokus på funksjonsnivå og potensialet til den enkelte. Rehabiliteringen skal handle om individets forutsetninger for å fungere og kompensere for et funksjonstap. En skal bygge opp individenes egeninnsats slik at de kan mestre sine funksjonsproblemer. Brukeren skal og bør selv styre rehabiliteringsprosessen da de vet best hva som vil fungere for dem. Noen vil mene at også pårørende og nærpersoner bør regnes med i rehabiliteringsprosessens målgruppe, siden det nesten alltid vil få konsekvenser for denne gruppen når et medlem av familien har en alvorlig nedsatt funksjonsevne. Hvordan vi fungerer og har det vil i stor grad være avhengig av hvem vi har rundt oss, hvordan de forholder seg til den hørselshemmede og hvordan samspeillet mellom dem er (Normann mfl, 2009).

I rapporten fra Eilertsen (2005) til SHDIR om tilbudet til hørselshemmede i kommunene sier 62 % av kommunene at de har utviklet hørselsfaglig kompetanse gjennom veiledningstiltak og etterutdanning. Dette er alt for lite da det står i Helse og Sosialdepartementet (2002) at kommunene har ansvaret for å gi alle hørselshemmede et rehabiliteringstilbud. I Innst.S.nr. 138 (2008-2009) står det at: "Stortinget ber Regjeringen sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering umiddelbart etter operasjonen". I Rapporten fra Eilertsen (2005) til SHDIR kommer det også frem at bare 8-15 % av de spurte kommuner har oversikt over antall hørselshemmede. Her kom det også frem at 40 – 60 % av kontaktpersonene for hørsel i kommunene ikke vet om de har noen oversikt over antallet hørselshemmede. Jeg har spurt informantene hvordan oppfølgingen av kommunen var og vil se på om mine resultater støtter seg i resultatene fra rapporten.

Rehabilitering som tjenesteområde er hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene (1982). Manglende hørselsfaglig kunnskap ute i kommunene kan være en av årsakene til at kommunene ikke tilbyr CI-opererte den rehabilitering de har behov for. Hørselsrehabilitering har tradisjonelt handlet om høreapparat og tekniske hjelpemidler, men CI-brukerne trenger tale-/lyttetrening for å kunne klare hverdagen på en god måte (Lorentsen og Berge, 2003).

Å kunne leve opp til samfunnets normer er også for de fleste mennesker med funksjonshemming ensbetydende med å kunne delta og gjøre nytte for seg i sosiale sammenhenger, oppnå en anstendig inntekt, fremstå som sosialt attraktiv i jobben, i familien og hos venner. Derfor er det viktig å minne om at det er nettopp de andres forventninger og krav som er med på å gi den enkelte et positivt selvbilde og respekt (Conradi og Rand-Henriksen, 2004b).

Olaussen (2010) fant i sin doktoravhandling at dagens offentlige velferdssystem ikke makter å imøtekomme de enkelte hørselshemmedes ønsker og behov. I praksis opplever flere med diagnosen hørselshemming bare å få en rekvisisjon på høreapparat. Det er lite eller ingen oppfølging fra kommunene. I rehabiliteringstilbudet har ofte kommunene kun fokus på høreapparater og ikke på brukerne, derfor er den politiske målsettingen om full inkludering i samfunnet mislykket. Olaussen sier også at hørselshemming fortsatt anses som en medisinsk defekt, og et problem som kan løses med tekniske hjelpemidler. Dette skygger for de sammensatte psykososiale problemene som mange hørselshemmede opplever.

Rehabilitering defineres ofte som en tidsavgrenset prosess, og det er viktig å kunne revurdere tiltaket underveis etter avtale med brukeren, og ta en ny runde med rehabilitering når brukeren føler behov for det. Livet for en person med CI vil derfor ofte kunne sees som en spiralbevegelse, avbrutt av korte eller lengre perioder med "vanlig liv" uten rehabilitering. Siden rehabilitering er en prosess og skal være tidsbegrenset, er det viktig at prosessen fører frem til en forandring i livssituasjonen. Det er brukerens mål som avgjør om han eller hun kommer fremover. Ved hjelp av fagfolk som legger til rette for den enkelte, vil denne prosessen gå av seg selv og brukeren vil nå sitt mål. Sosial deltakelse i samfunnet er en menneskerett for alle. Det er den enkelte eller nærpersonene som må formulere hva en slik deltakelse skal inneholde.

Rehabiliteringsprosessen kan da innrettes etter dette for å oppnå deltakelse. For andre personer i yrkesaktiv alder vil målet om samfunnsmessig deltakelse være knyttet til det å komme tilbake i arbeid. Arbeid er for mange et viktig mål med stor økonomisk velferd, selvrealisering, yrkesidentitet, sosial anseelse og ikke minst tilgang til sosialt nettverk (Normann, 2009).

I St.prp.nr. 1 (2007-2008) *Kap. 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*, står det skrevet at hørselshemmede trenger spesifikke rehabiliteringsstrategier. Her er både de logopediske og de audiopedagogiske tjenester nevnt som viktige deler i rehabiliteringsprosessen. Problemet for mange kommuner er om de har eller om de klarer å rekruttere personer i denne profesjonen. I Lov om helsetjenesten i kommunene § 6-2a skal alle som får rehabilitering ha en individuell plan. Her er det viktig at brukerne er med på å lage sin egen individuelle plan, og planen skal være et viktig dokument i

rehabiliteringsprosessen. Om dette gjøres i alle typer rehabilitering er vanskelig å si.

Rehabilitering forutsetter god og relevant kunnskap, og dette er ofte kunnskap som bare besittes av fagpersoner med høy utdanning. Hvilke fagpersoner som vil være involvert i en rehabiliteringen vil variere fra en prosess til en annen. Den gode helhetlige rehabilitering skal ivareta den hørselshemmede i sin nye situasjon. Det er også viktig at man forbygger sekundærplager. Dette er først og fremst viktig for personen selv og hans/hennes nærpå personer, men det er også god samfunnsøkonomi. I prosessen med å bygge opp et godt rehabiliteringstilbud er det viktig å sikre en god grunnmur for tilbudet og gi flest mulig anledning til å delta. I de fleste rehabiliteringstilbudene som finnes, blir personene fristilt fra jobbene sine til å kunne delta på kurs, men det både har vært og fremdeles er diskusjoner for å få dette godkjent i kommuner når det gjelder rehabilitering i forhold til hørsel (Bastholm, 2008).

Spesialpedagogisk senter i Nordland (SSN) gjennomførte et pilotprosjekt i 2008 hvor opptrening for voksne med CI stod sentralt. SSN tok ansvaret for rehabiliteringen da det viste seg at flere kommuner ikke hadde nødvendig kompetanse for å gi opplæring. For brukerne var det derfor viktig å få med seg sine kommuner slik at de kunne dekke de nødvendige utgifter samt å gjøre kommunene bevisst på hva rehabilitering av CI-opererte innebærer. Sluttevalueringen til prosjektet var meget positiv både fra arrangør og brukerne selv. Dette viser at det er behov for rehabilitering så brukerne kan klare å mestre hverdagen (Bastholm og Knudsen, 2008). Grieg og Øicstad (2008) kom frem til de samme resultatene i sitt prosjekt på Vestlandet.

Rehabiliterende virksomheter (kommunene) bør planlegge tiltak systematisk ut fra individuelle behov og forutsetninger. Planleggingen må gjøres i samarbeid med den enkelte, og planen må vise alle planlagte og vedtatte tiltak. Når det gjelder hørsel har de fleste personene kommunikative og/eller personlige vanskeligheter som følge av sitt hørselstap. Allikevel er den ytre sammenhengen og den indre opplevelsen alltid unik for den enkelte. Kommunikasjon og sosialt samspill omfatter derfor en kompleks kombinasjon av personlige, mellommenneskelige og miljømessige faktorer. Derfor må rehabiliteringstiltakene tilpasses slik at den enkelte får et godt resultat. I de fleste tilfeller har kommunene liten kunnskap om hørsel og CI. Derfor er det viktig at de er villige til å henvise brukerne videre i systemet for at tiltakene skal kunne gjennomføres. Hvor lenge den enkelte er på rehabiliteringstiltak varierer fra person til person (Laukli, 2007).

Oppfølgingen av rehabiliteringstiltakene er viktig slik at man beskriver hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Nedsatt hørsel får først og fremst konsekvenser for kommunikasjonen, samhandlingen med andre og informasjonsinnhentingen. Derfor er det viktig av kommunene å få gitt den



hørselshemmede og deres nærpersoner den informasjonen de trenger. Dette står i Helse og Sosialdepartementet (2002) under § 5.1 om tiltak som skal settes i gang "Kommunen har ansvar for å gi den hørselshemmede og nærstående personer grunnleggende kunnskap om hørselstapets konsekvenser og muligheter for tiltak." Rehabiliteringstiltakenes hovedfokus må være strategier og tiltak for å mestre utfordringene i kommunikasjonssammenheng ut fra individuelle behov. Kommunene har ansvar for rehabilitering av den enkelte og det forventes at kommunene har kompetanse på hørsel. Samtidig er det kommunens ansvar at alt rundt brukerne blir koordinert på en riktig måte selv om de må trekke inn andre spesialisttjenester. Når vi, Briskeby skole og kompetansesenter AS, arrangerer kurs for voksne CI-opererte får vi ofte tilbakemeldinger fra kursdeltakerne at kommunene ikke har denne kompetansen, samt at de ikke vet hvor man kan henvende seg. Det står blant annet i Helse og Sosialdepartementet (2002) at kommunene i slike situasjoner må søke etter informasjon hos andre instanser. I Oslo har de et eget Rådgivningskontor for hørselshemmede og Oslo fylke henviser de fleste hørselshemmede dit. Dette kontoret arbeider både individrettet og systemrettet.

Conradi og Rand-Henriksen (2004b) skriver at mange små kommuner sliter med stor utskifting av ansatte og har mange ledige stillinger. Dette gjør at de har vanskeligheter med å bygge opp kompetanse og få et stabilt fagmiljø. Det er i kommunene, i nær geografisk og sosial tilknytning til den enkelte bruker, at mye av rehabiliteringen skal foregå. For at personer skal få best mulig hjelp på riktig forvaltningsnivå må fagmiljøene være i stand til å overføre, ta imot og anvende informasjon og kompetanse. Samarbeidet mellom de forskjellige forvaltningsnivåene fungerer ofte ikke slik det burde, og mange opplever at byråkratiet blir stivt og rettigheter ikke respektert. Man kan si at rehabiliteringen bør være en prosess som primært utføres av brukeren selv, godt assistert av fagfolk.

Normann (2009) sier at det kan være nyttig å skille mellom fagområde og kunnskapsområde. Et fagområde er for eksempel pedagogisk eller medisinsk og har gjerne en klar organisering med egne utdanningsinstitusjoner. Et kunnskapsområde vil derimot være tverrfaglig. Derfor er det naturlig å se på rehabilitering som et kunnskapsområde. En CI-operert vil ha bruk for både det medisinske og det pedagogiske, men også bistand fra andre fagfolk innenfor kommunen. Rehabiliteringsprosessen handler om personer og ikke saker. Det handler om å få til en god relasjon og et godt samarbeid. Brukerne skal ikke bare være mottakere av service, men aktive og myndiggjorte aktører.

I rehabiliteringsprosessen er det også viktig for CI-opererte å få tilrettelegging på arbeidsplassen, hjemme og andre steder de har behov for det. Olaussen (2010) og Lorentsen og Berge (2006) fant at personer med hørselsnedsettelse opplever at fokuset på tilrettelegging er for ensidig. Ofte ble tilretteleggingen

forbundet kun med tilpassing av høreapparat og bruk av tekniske hjelpemidler. I en helhetlig rehabilitering er de tekniske hjelpemidlene bare en del av hele prosessen. Brukerens kommunikasjon og mestring av hørselstapet er en del som er viktig å ta med i rehabiliteringen. Kommunene som har ansvar for hele prosessen bør kunne se hele situasjonen til den CI-opererte, ingen personer har like behov. Derfor er det viktig at det etableres et tverrfaglig team som ser hele personen.

### Kapittel 3 Design og metode

I dette kapitlet gjør jeg rede for mitt vitenskapelige ståsted som ligger i bunn for de valgene jeg har gjort i min oppgave. Jeg beskriver metodene jeg har brukt for å få svar på mine problemstillinger. Jeg skriver litt om utvalget jeg har, de etiske betraktningene og til slutt ser jeg på validiteten og reliabiliteten av spørreundersøkelsen.

En klargjøring av mine problemstillinger er: Hvordan opplever voksne CI-brukere å bli møtt av sin kommune? og Hvordan fungerer den CI-opererte i kommunikasjonsammenheng?

#### 3.1 Metode tilnærming

Yin (2003) sier at prosjektets overordnede logikk som knytter dataene til et forskningsspørsmål eller våre antagelser (hypoteser) er et design. Dette omfatter fremgangsmåten, eller metoden jeg benytter for å samle inn dataene. Den er med på å avgjøre hvilke valg jeg tar (Skogen, 2006). Forskningen min tilhører den kvantitative tilnærmingen, siden jeg bruker spørreskjema som design for å få svar på problemstillingene (se Vedlegg 3 - Spørreskjema).

Siden det i dag er lite forskning på rehabilitering av voksne CI-brukere og deres møte med kommunen, ønsker jeg å få kunnskap om hvordan informantene i undersøkelsen erfarer dette. En av de undersøkelsene som er gjort i Norge er blant annet Birger Mo (2005) sin doktoravhandling om CI og livskvalitet der han kom frem til at de som ble operert hadde økt sin livskvalitet. Noen av hans resultater er blitt tatt hensyn til i St.prp.nr. 1 (2007-2008) og blir nevnt i forhold til kommunenes oppgaver og hva de er pliktet til å gjøre. I doktoravhandlingen til Olaussen (2010) kommer det frem at kommunene gjør et elendig arbeid i forhold til rehabilitering av voksne hørselshemmede.

Målsettingen med min forskning var å finne ut om kommunene gjør jobben sin i forhold til de retningslinjene som står blant annet i Helse og Sosialdepartementet (2002), St.prp.nr.1 (2007-2008) *Kap 9* og i Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) om rehabilitering, og om CI-brukeren føler at han eller hun har nytte av sitt CI i kommunikasjonsammenheng.

##### 3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Man deler gjerne inn i to forskjellige innsamlingsmetoder, den kvalitative og den kvantitative metode. Ringdal (2009) beskriver forskjellen på kvalitativ og kvantitativ forskning der den kvantitative forskningsstrategien bygger på at sosiale fenomener viser en stor stabilitet av målinger og den kvalitative

beskriver tekster eller meninger. Den kvalitative tar utgangspunkt i den hermeneutiske tradisjon hvor nærhet til brukerne står sentralt. Eksempelvis kan man bruke intervju, observasjon eller lignende der forskeren deltar selv aktivt i feltinnsamling av data (Halvorsen, 1998). I den kvantitative metoden er det oftest forskeren som stiller spørsmål i et spørreskjema som gjerne er avledet av en hypotese. Min hypotese gjenspeiler seg både i problemstillingene og i spørreskjemaet. Disse antakelsene i hypotesen blir gjerne gjenstand for empirisk testing, og man trekker logiske slutninger som er basert på dette. Hypotesen stammer gjerne fra teorier om det som man vil studere. Den hypotetisk-deduktive metoden går derfor fra en teori over på hypoteser til empirisk testing og til slutt har man resultatene. Den kvalitative forskningsstrategien bygger på at den sosiale verden konstrueres gjennom individets handlinger. Langdridge (2006) sier blant annet at sosiale fenomener ikke er stabile, men er i kontinuerlig endring. Derfor er den kvalitative strategien induktiv. Forskerne innenfor den kvalitative forskningen mener at forskningen måles etter andre vurderingsforhold som for eksempel i hvilken grad det øker forståelse for et fenomen. I dag er det mange forskere som beveger seg mellom begge metodene.

Den kvalitative forskningsstrategien baserer seg derfor på rik og dyp informasjon om et lite antall informanter. Forskeren må ofte sette seg inn i informantens situasjon gjennom intervju. Dataene blir registrert i tekst som analyseres med uformelle teknikker. Det kan være en utfordring for forskere i den kvalitative metoden å lytte og se uten å ta forutinntatte meninger og notere alt i en beskrivende form uten å legge til egne vurderinger. I den kvantitative metoden slipper forskeren å passe på at hans meninger skal komme i veien da svarene kommer i spørreskjemaet. Den kvantitative metoden fyller datamatriksen med tall som analyseres ved hjelp av for eksempel statistikkprogrammet SPSS (Ringdal, 2009).

Jeg har valgt å svare på problemstillingene med utgangspunkt i den kvantitative metoden gjennom bruk av spørreskjema. Jeg vil sammenligne tallmaterialet og gjøre kvalitative analyser opp mot de forskjellige offentlige dokumenter som eksisterer i dag og drøfte om kommunene gjør sin jobb tilfredsstillende. Selv om jeg ikke har vært i kontakt med informantene vil jeg også se på tallmaterialet i spørreskjemaet slik at jeg kan få svar på min hypotese. Analysene av mine data har både preg av det kvantitative og kvalitative over seg idet jeg sammenligner tallmaterialet med mine erfaringer, teorien, tidligere forskning, tilbud og rettigheter den enkelte samfunnsborger har, og siden det ene ofte krever det andre bruker jeg begge metodene i denne oppgaven.

I den kvantitative forskningen stilles spørsmålene på en måte som er bestemt på forhånd, slik jeg har stilt dem i spørreskjemaet. Dette gjør at problemstillingen min har vært presis og gjennomarbeidet før spørreskjemaene blir laget og sendt ut. Utfordringen har vært formuleringen av spørsmålene og rekkefølgen de står

slik at informantene ønsket å svare på spørreskjemaet. Valget av forskningsmetoden jeg har, har til hensikt å gjøre det mulig å sammenligne data, siden det i den kvantitative metoden er dataene målbare og de kan uttrykkes i tall (Halvorsen, 1998).

Spørreskjemaundersøkelsen min kan ses på som en brukerundersøkelse, i det den får brukerne til å reflektere over sine erfaringer med kommunen. Ved bruk av den kvantitative metoden med spørreskjema og kvalitative vurderinger vil jeg kunne få svar på mine problemstillinger. Som tidligere nevnt har jeg en hypotese om at de voksne CI-brukerne ikke får den oppfølging/rehabilitering de har krav på fra sin kommune.

For å svare på den andre problemstillingen ville en feltundersøkelse eller et dybdeintervju vært ønskelig, men med begrensninger i tid i forhold til denne oppgaven ble spørreskjemaundersøkelse valgt som metode. Siden det finnes lite forskning og kunnskaper om hele rehabiliteringsprosessen, var det nødvendig med avgrensning i datainnsamlingen. I dag kreves det mer forskning som belyser målgruppens livskvalitet.

Kvantitativ empirisk forskning sikter på å beskrive, kartlegge, analysere og forklare gjennom å uttrykke problemfeltet med variabler og kvantitative størrelser. Hovedprinsippet er nøyaktighet siden forskeren på forhånd har bestemt hvilke aspekter som skal undersøkes. Alle som er med i undersøkelsen får de samme spørsmålene (Befring, 2007). Ved bruk av kvantitative metoder foretas en objektiv måling av den enkelte voksne med CI, nytteverdien i bruk av CI, og ved bruk av denne metoden er jeg som forsker fjernt fra de som studeres. Spørreskjema som jeg bruker er basert på store utvalg, noe som gjør nærhet umulig (Ringdal, 2009). CI-opererte bor spredt rundt i mine fylker og det var ikke praktisk mulig å oppsøke alle informantene, derfor ble det gjennomført en spørreundersøkelse.

Jeg vil ut fra min hypotese og de aktuelle dataene som har kommet inn kryssjekke om teori i forhold til de offentlige dokumentene kommunene skal forholde seg til og brukernes oppfatninger stemmer.

### 3.1.2 Survey/spørreskjemaundersøkelse

Befring (2007) skriver at survey forskning er et typisk uttrykk for en ekstensiv tilnærming. Metodikken er særlig relevant for undersøkning av sosiale fakta, meninger og holdninger i utvalget. Typisk for survey er at det omfatter store mengder data og mange informanter. I min oppgave ble det sendt ut 60 spørreskjemaer, skjemaet inneholdt flere spørsmål som jeg har brukt som variabler (Vedlegg 3 – Spørreskjema).

Grensen mellom survey forskning og meningsmålinger er uklare blant folk flest. Noen hevder at det tydeligste skille er forholdet til teori. Dette gjelder i hvilken grad empirien har den vitenskapelige forankringen som skal til for å si noe om virkeligheten (Holand, 2007). Jeg forespurte Rikshospitalet om de kunne finne brukere ut i fra mine kriterier. Min forskning har ingenting med meningsmålinger å gjøre, da det er teorien som er utgangspunkt for både problemstillingene og analysen.

Survey er et vanlig innslag i moderne samfunn og gir meg et overblikk over mangfold av forhold knyttet til personer i ulike situasjoner. Spørsmålet er om informasjonen er nyttig og riktig (Mordal, 1989).

Befring (2007) sier at grunnforskningen skal være objektiv, nøytral og valid. Spørsmålene jeg har i forhold til hva kommunene kan og hvordan de jobber kan være vanskelig for informantene å svare på, men jeg er ute etter hvordan informantene selv opplever møte. Jeg vet heller ikke om de som er med i undersøkelsen har nok kunnskap om hvordan kommunesystemet fungerer. Det er viktig for meg å vite hva informantene tror for svarene kan da gi meg informasjon om hva som eventuelt bør gjøres med tanke på å kompetanscheve kommuneansatte. I prinsippet kan spørreundersøkelsen gi all den informasjon man ønsker ved å la brukerne svare på spørsmål og når brukerne får tilsendt et spørreskjema i posten kan forskeren ikke påvirke dem (Mordal, 1989). Dette kan gjøre at svarene på skjemaet blir mer sannferdig siden informantene kan velge om de vil være anonyme. Ulempen er at jeg som forsker ikke kan forklare hva jeg mener hvis det oppstår usikkerhet hos den enkelte bruker når informantene besvarer undersøkelsen.

Primærdata, som Dalen (2004), kaller Ground Theory er nye data som samles inn av forskeren ved bruk av spørreskjema. Disse dataene må relateres til tidligere forskning siden dette er informantenes egne oppfatninger av de perspektiver som danner utgangspunktet for analysen. Ved bruk av primærdata er måling eller operasjonalisering av sentrale variabler planlagt før datainnsamlingen. Valget av mine variabler følges av problemstillingen, og det teoretiske utgangspunktet jeg har. I min oppgave får jeg tilgang til primærdata siden dette er en ny undersøkelse hvor jeg samler inn nye data ved bruk av spørreskjema. En spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg i populasjonen slik at det kan gi en statistisk beskrivelse. I samfunnsvitenskapen er spørreundersøkelser den mest benyttede innsamlingsmetoden. Spørreskjemaene som blir sendt ut skal være lette, nøytrale og ha ufarlige spørsmål. Dette gjelder spesielt selvutfyllingsskjemaer slik at informantene skal bli motiverte til å fullføre utfyllingen av skjemaet. Jeg har prøvd å plassere spørsmålene på en naturlig måte, slik at de appellerer til mine informanter. Ringdal (2009) sier blant annet at truende spørsmål skal

plasseres på slutten av skjemaet, men i dette spørreskjemaet har jeg prøvd å unngå slike spørsmål.

Å utarbeide et spørreskjema er en arbeidskrevende prosess hvor en skal omsette problemstillingen til konkrete spørsmål. Alle spørsmålene i spørreskjemaet skal ha en relevans til problemstillingen. Spørreskjema med godt utformede spørsmål kan man få detaljerte data uten at spørreskjemaet er for langt (Langdridge, 2006). En av svakhetene med spørreundersøkelse er at informantene ikke svarer sant. Befring (2007) sier at det da er viktig å ha med kontroll spørsmål i undersøkelsen. Jeg brukte lang tid på å utarbeide mitt spørreskjema slik at informantene skulle få lyst til å svare samtidig som de svarte så ærlig som mulig.

I studier hvor spørreskjema anvendes er det ikke til å unngå at svarene informantene gir både er preget av måten spørsmålene er stilt på og hvilke svaralternativer informantene må forholde seg til. Siden forskeren ikke er i direkte kontakt med informanten vil ikke forskeren bli influert av informantene på samme måte som i kvalitative data (Dalen, 2004).

Et spørsmål er et dårlig mål når det ikke måler det det er ment å måle. Derfor trenger det forskningsinnsats og utprøving av spørsmål over en tid for å komme frem til de riktige spørsmålene (Mordal, 1989). Mitt spørreskjema har vært gjennom to pilotgrupper, en brukergruppe og en fagperson gruppe. Dette har vært nødvendig for å få frem de relevante spørsmålene jeg trenger. Begge gruppene har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger slik at spørreskjemaet har fått en akseptabel form.

I min undersøkelse har jeg valgt kun lukkede spørsmål, dette er gjort for at jeg skal få til en lettere dataregistrering og analyse av dataene. Informantene får også en kortere utfyllingstid da de bare trenger å sette kryss i rubrikken for det svaret som passer. Bakdelen med lukkede spørsmål er at det er rigid, lite fleksibelt og at svaralternativene kan oppleves som tvangstrøyer (Haraldsen, 1999). Lukkede spørsmål krever at jeg som forsker har tenkt grundig gjennom spørsmålene og hvordan de er formulert. Samtidig er svaralternativene viktige slik at det ikke finnes tvetydigheter. Den fremste fordelen med lukkede spørsmål er at jeg kan få pålitelig informasjon som er lett å analysere, og at det er lett å fylle ut da en har konkrete svaralternativer (Langdridge, 2006). I mitt spørreskjema har jeg på de fleste spørsmål fire svaralternativer de resterende spørsmål er det kun ja og nei svar. Etter samtale med pilotgruppene kom vi frem til at fire svaralternativer var det beste for denne forskningen. På denne måten mente de jeg ville få frem nyanser i svarene.

For å kunne sammenlikne svarene og oppnå en god datakvalitet bør spørsmålene være slik at alle informantene tolker dem likt og svarer ut fra samme referanseramme. I spørreskjema er kravet at spørsmålene skal være entydig, de

må ikke være ledende eller favoriserende til en bestemt svartype (Mordal, 1989). Dette måtte jeg ta hensyn til slik at spørsmålene ble meningsfylte og at spørsmålene ble gjort med respekt for informantene. Holand (2007) sier at alle spørreskjemaundersøkelser har noen svakheter, det kan være lav motivasjon som gir lav svarprosent, og tema på skjema skal fange interessen i målgruppen. Jeg har heller ingen kontroll på hvordan mitt spørreskjema blir oppfattet av den enkelte brukere som får tilsendt spørreskjemaet.

Jeg har brukt postale spørreskjema fordi jeg ønsket å nå flest mulig brukere i den aktuelle målgruppen, og denne metoden har lang tradisjon innenfor survey forskning. Postal spørreskjema har styrke i at det er lite ressurskrevende. Den er egnet for store utvalg og at informantene er geografisk spredt (Mordal, 1989).

Gjennom svarene i spørreskjemaet ønsker jeg å måle graden eller omfanget av egenskapene hos de forskjellige informantene. Jeg har formulert spørsmålene som skal brukes til å identifisere klassene som for eksempel personenes livssituasjon, hvordan informantene bruker sin CI i kommunikasjonsammenhenger og hvordan møte med deres kommune var. Dette gjør at jeg lettere kan klassifisere de enkelte. Valg av variabler følger av spørsmålene i problemstillingen og det teoretiske utgangspunktet, dette gjøres ved bruk av primærdataene (Ringdal, 2009 og Eikemo og Claussen, 2007). For at jeg skal unngå fallgruver og feiltolkninger er det viktig at jeg bruker enkle teknikker for å bli kjent med dataene. Etterpå må jeg se på den avhengige variabelen, som representerer det fenomenet jeg vil forklare i drøftingen.

Enkelte av mine spørsmål er operasjonelle definisjoner av de teoretiske begreper jeg bruker i problemstillingene. Svaralternativene bestemmer her hvordan målingene mine blir. Jeg må derfor skille mellom de uavhengige og avhengige variablene siden det i en survey forskning er færre avhengige variabler enn uavhengig variabler. Variablene er derfor knyttet både til formålet mitt og til problemstillingene (Mordal, 1989).

Jeg skal oppsummere alle data ved å bruke statistikkprogrammet SPSS som er et samfunnsvitenskapelig analyseprogram på data. Programmet vil gjøre det vesentlig lettere for meg å bearbeide svarene fra informantene ved å lage statistiske analyser og se om det er signifikante forskjeller mellom svarkategorisere. Dette gjør det da lettere for meg å tolke dataene i etterkant.

Ved gjennomgåelse av svarene på spørreskjema vil jeg kunne se hvordan informantene opplever hvordan deres kommune jobber og om de tror kommunene er bevisst sine arbeidsoppgaver. Jeg håper at mitt spørreskjema kan gi svar på hvordan situasjonen er for de voksne CI-brukerne. De som virkelig kan gi meg svar på problemstillingene mine er brukerne selv. Derfor har mitt spørreskjema kun gått til brukere av CI, og ikke til kommunene. Jeg vet heller ikke om de som er med i undersøkelsen har nok kunnskap om hvordan



kommunesystemet virker, eller om de vet hva kommunen kan om fagfeltet hørsel. Det er viktig for meg i denne undersøkelsen å vite hva informantene tror, svarene kan gi meg informasjon om hva som eventuelt bør gjøres videre spesielt med tanke på hvilken informasjon kommunene trenger.

Ved å tolke resultatene av undersøkelsen må jeg som forsker reflektere over dataens meningsinnhold. Hvordan jeg tolker dataene skal knyttes til min teoretiske forankring, til tendensene samt sammenlignbare svarene som kommer frem i analysen av dataene (Dalen, 2004).

### 3.2 Forforståelse

Min forforståelse tilsier at brukere som får CI har et stort behov for jevnlig og relativt hyppig tale-/lyttetrening i en periode rett etter at lyden er satt på. Derfor bør det etableres en ordning som sikrer brukernes faglige opptrening uavhengig hvor i landet de bor. Denne ordningen bør ivareta opplæring og oppfølging av alle brukerne. Ansvar for å ivareta de voksne CI-brukernes behov bør ligge hos hjemmekommunene gjennom voksenopplæringen eller i opplæringsetaten. Ofte ser det ut som om de som har ansvaret for rehabiliteringen i kommunene er plassert i pleie og omsorgsavdelingen, der de har lite kunnskap om hørsel.

Hvis kommunene ikke har audiopedagoger bør de kunne henvise brukerne videre til for eksempel private audiopedagoger for den opptrening de trenger. Her er det forskjellig praksis fra kommune til kommune på grunn av de økonomiske bevilgningene. Ved å gå gjennom svarene på spørreskjemaene vil jeg kunne belyse problemstillingene ut i fra informantenes opplevelse og se om dette er et problem eller ikke, med hensyn til hvor informantene kommer fra. En undersøkelse av de kommunale aktørene som jobber med CI-brukere kunne ha styrket denne undersøkelsen med hensyn til flere perspektiver på det kommunale tilbudet.

I forskningen til Borchgrevink (2001) fant han at resultatene for rask gjenvinning av talespråket blir best ved kort tid opphold fra sansetapet til implantering. Ut fra dette ser man at det er viktig for voksne som er døvblitte eller sterkt tunghørtblitte ikke venter flere måneder eller år før de får operert inn CI, og at de bør starte med tale-/lyttetrening like etter operasjonen.

### 3.3 Utvalg

For at utvalget mitt skulle være representativt, måtte resultatene fra utvalget bli det samme som en ville fått om en hadde undersøkt samtlige personer som inngår i hele populasjonen (Hellevik, 2006). I Norge blir voksne operert ved 3 sykehus; St. Olavs hospital i Trondheim, Haukeland sykehus i Bergen og Rikshospitalet i Oslo. Jeg har valgt brukere kun fra Rikshospitalet da det ville

vært lettere for meg å komme i kontakt med dem hvis jeg skulle ha behov for et intervju senere, da de er i geografisk nærhet.

Halvorsen (1998) sier også at jo større utvalget er desto større er sannsynligheten for at egenskapene ved utvalget er lik populasjonen. I min oppgave ble det derfor foretatt et sannsynlighetsutvalg hvor det var tilfeldig utvelgelse av brukere. Alle brukerne var i Rikshospitalet sitt register og da de hadde mine kriterier hadde alle lik sannsynlighet for å bli valgt ut.

Mine kriterier for målgruppen var at de var minst 18 år, de måtte ha hatt lyd på sin CI i minst 6 måneder og mitt siste kriterium var at de kom fra Akershus, Buskerud og Oslo. Pr. januar 2009 var det totalt 114 voksne CI-opererte som var aktuelle. Jeg ønsket å sende spørreskjema ut til 60 av dem, dette medførte til at det ble valgt ut 20 brukere fra hvert fylke. Det var Rikshospitalet som foretok denne utvelgelsen. Alle personene fra listen hadde derfor like stor sannsynlighet for å komme med, og alle ble anonyme. Utvelgelsen og mine problemstillinger gjør at jeg vil få frem objektive resultater.

### 3.4 Frafall

Det ble sendt ut 60 spørreskjemaer fra Rikshospitalet. Syv av disse kom i retur med navn og adresse ukjent og jeg fant ikke noen ny adresse på disse personene. Dette medførte at jeg hadde 53 spørreskjemaer ute. Av disse 53 fikk jeg tilbake 28 utfylte spørreskjemaer.

Holand (2007) sier at et frafall på 50 % er det meste som kan aksepteres før utvalget ikke lenger er representativt for fullpopulasjonen. Jeg fikk en svarprosent på 53 %, og har stilt meg spørsmålet om hvorfor ikke flere brukere svarte. Jeg kan kun spekulere på dette da jeg ikke vet hvem Rikshospitalet har sendt brevene til. Kan det være at brukerne har vært for lenge døde slik at de ikke føler at de har full utbytte av sitt CI, er de fremmedspråklige og har ikke forstått spørsmålene, er det slik at de ikke ønsker å delta eller er det fordi dette er en marginal gruppe som kanskje får mange forespørsler gjennom årene.

### 3.5 Utsending

I samarbeid med Rikshospitalet ble det forfattet et informasjonsbrev (vedlegg 2 – Informasjonsbrev) som beskrev litt om min forskning, litt om spørreskjemaet jeg hadde laget og at det var Rikshospitalet som stod for utsendingen av brevet. Det ble presisert i informasjonsbrevet at jeg ikke hadde tilgang på deres navn og adresse slik at brukerne skulle vite helt fra starten at de var anonyme. Informasjonsbrevet sammen med spørreskjema og meldeskjema ble sendt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å få tillatelse til å arkivere dataene som ville komme inn.

Bekreftelsen fra NSD (vedlegg 1 – Brev fra NSD) med godkjenning om at forskningen kunne igangsettes kom tilbake etter et par måneder. Etter at alle papirer var i orden ble informasjonsbrevet og spørreskjemaet sendt ut fra Rikshospitalet hvor brukerne var tilfeldig trukket ut fra listen. På grunn av dette har jeg i etterkant ingen mulighet for å purre på brukere som har fått spørreskjema tilsendt hvis de ikke svarte.

I utsendelsen var det også vedlagt en svarkonvolutt med porto slik at det ikke skulle bli noen utgifter for den enkelte. Brukerne kunne svare når det passet for dem og det gav dem fleksibilitet og mulighet for absolutt anonymitet. Elektronisk spørreskjema ble vurdert, men for å sikre at informasjonen den enkelte bruker gav meg ikke skulle komme på avveie, og hvilken programpakke som skulle brukes ble dette temaet lagt til side. Selv om det i dag er over halvparten av den norske befolkning som har PC hjemme kunne jeg ikke vite om brukerne hadde tilgang på elektronisk utstyr (Haraldsen, 1999).

Samtykke for å være med i undersøkelsen gav informantene meg da de svarte på spørreskjemaet. Alle hadde mulighet å skrive sitt navn og telefonnummer på skjemaet slik at jeg i etterkant kunne kontakte dem hvis jeg hadde behov for eventuelt et dybdeintervju. Svarene informantene har gitt meg er blitt behandlet konfidensielt. De av informantene som hadde skrevet sitt navn på spørreskjemaet kunne kontakte meg hvis de ønsket å trekke seg fra undersøkelsen. Dette ble presisert i informasjonsbrevet.

### 3.6 Statistisk bearbeiding

Mitt datamateriale inneholdt 28 besvarelser. Jeg valgte å bruke statistikkprogrammet SPSS for å kunne bearbeide mine resultater. Ved hjelp av dette statistikkprogrammet laget jeg en kokebok av spørreskjemaet ved å omkode svaralternativene til tall. Deretter la jeg inn tallkodene for hver variabel fra hvert spørreskjema. Når dette var gjort kunne jeg på en enkel måte i SPSS-programmet finne verdiene innenfor de enkelte variablene. Ideelt ville det være å foreta en korrelasjonsanalyse for å forta en utvidet vurdering, da kan man se om det finnes noen sammenhenger, statistisk avhengighet mellom ulike variabler ved å sette enkelte variabler opp mot hverandre. I min undersøkelse er det for få informanter som har svart til at jeg kan bruke denne analysen. Derfor har jeg bare kunnet antyde eventuelle tendenser på sammenhengen eller direkte granskning av enkeltbesvarelser i datamaterialet (Hammervold, 2008 og Johansen, 2007).

### 3.7 Etliske betraktninger

Befring (2007) skriver at etikken gir et systematisk grunnlag for å vurdere moralske og normative spørsmål. Etikken blir ofte definert som moralens teori, disse teoriene blir også kalt normer som gir enkeltmenneske en rettesnor.

Før brukerne fikk tilsendt spørreskjema og informasjonsbrev ble oppgaven innmeldt til personvernet for konsesjon fra Datatilsynet. Informasjonsbrevet inneholdt informasjon om undersøkelsen og at jeg ikke hadde kjennskap til hvem spørreskjemaet ble sendt ut til. Det ble også gitt informasjon om at ingen av brukerne skulle bli gjenkjent etter at oppgaven var ferdig. I det informantene sendte skjemaet tilbake til meg gav de meg samtykke til å bruke dataene. Forskeren har et etisk ansvar overfor informantene, og skal ikke offentliggjøre informasjon som kan bidra til at informantene blir gjenkjent (Dalen, 2004). Jeg har derfor et etisk ansvar overfor informantene i denne undersøkelsen. Den informasjonen informantene har gitt meg skal ikke offentliggjøres på en slik måte at de kan gjenkjennes, for å unngå eventuelle belastninger for de informantene som deltar.

CI-teknologien i dag gjør at alle brukerne er avhengig av livslang teknisk oppfølging av Rikshospitalet, derfor var det viktig at brukerne fikk vite at deltakelse i forskningen var frivillig.

Jeg må også tenke på at mine holdninger og min involvering i CI problematikken ikke blir en hindring i tolkningen av dataene som kom inn. Jeg må være ærlig og gjøre svarene så saklige som mulig, slik at de som leser oppgaven kan skille mellom informasjonen brukerne har kommet med og mine tolkninger som forsker. Grunnregelen om at forskningen skal frem og være åpen for innsyn er nært knyttet til sannhet og målsettingen på forskningen (Befring, 2007).

### 3.8 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er viktig når man samler inn data med spørreskjemaer. Begrepene har sitt utspring i den kvantitative forskningen med mange diskusjoner. Det finnes mange likhetstrekk mellom de kvantitative og de kvalitative undersøkelsene om systematiske fremgangsmåter som gir mulighet for å etterprøve. Selv om det i den kvantitative metoden er forskeren langt vekk fra brukeren er de i den kvalitative metoden i nærheten. Dette vil si at den kvalitative forskningsstrategi baserer seg på rik og dyp informasjon om et lite antall informanter, mens den kvantitative forskningen går i bredden ved å registrere sammenlignbare og strukturelt informasjon av stort utvalg (Ringdal, 2009).

### 3.8.1 Validitet

Validitet vil si de målingene som er gjort på utvalget og at de gjelder for hele populasjonen. Målingene kan da gi svar på problemstillingen (Holand, 2007).

Det er i den indre validiteten styrken på undersøkelsen ligger. Her må mulighetene for å sikre at slutninger om årsakssammenhengene være. Jo større kontrollen er over undersøkelsen jo bedre blir validiteten (Ringdal, 2009). I forhold til mine problemstillinger er jeg kun ute etter å finne ut hvordan de i undersøkelsen opplever kommunene og hvordan informantene selv fungerer i kommunikasjonsammenheng. Gjennom spørreundersøkelsen ønsket jeg også å få svar på min hypotese om hvordan de CI-opererte opplevde sine kommuner i forhold til oppfølging/rehabilitering. Spørsmålene i undersøkelsen var ikke ledende og jeg hadde ingen mulighet å påvirke informantene.

Ytre validitet er i hvilken grad resultatene fra studien kan overføres til andre situasjoner. Norge skal ha de samme offentlige tjenester til sine innbyggere uansett hvor i landet man bor. Jeg kan sannsynligvis trekke konklusjoner om at de resultatene jeg finner i mine tre fylker, på bakgrunn av at jeg har alt fra storby til små kommuner, kan generaliseres til resten av landet. Dette fordi Norge er på mange måter et homogent land sammenlignet med andre.

Det vil sjelden være samsvar mellom teoretisk og operasjonell validitet fordi rikdommen i operasjonaliseringen i det teoretiske begrepet reduseres for å gjøre det empirisk håndterlig. Innholdsvaliditeten går mer presist på om utvalget av indikatorer gir rimelig dekning av en hypotetisk populasjon av indikatorer, det vil si om målet dekker de viktigste aspekter av begrepet (ibid).

For å få mer konkrete og operasjonelle definisjoner har jeg formet spørsmålene som jeg mener gir et mål for begrepet. Jeg må først finne ut hvilken enhet jeg ønsker knyttet begrepet til. Enheter kan for eksempel knyttes til familie og venner, mens begreper blir knyttet til CI og livskvalitet. Jo mer konkrete og entydige spørsmålene mine er, jo sikrere kan jeg være i tolkningen av svarene. Spørsmålene mine må da være valide (Mordal, 1989).

### 3.8.2 Reliabilitet

Reliabilitet er også viktig innen kvantitativ metode der den handler om hvor pålitelig informasjonen er. Direkte oversatt betyr reliabilitet måleinstrumentets pålitelighet og nøyaktighet (Holand, 2007). Målet er å redusere antall feilkilder underveis i arbeidet og i analysen av svarene. Dette for at en skal kunne gjøre de samme målingene flere ganger og få samme resultat. Troverdighet og bekreftbarhet er viktig i forhold til resultatene av metoden jeg bruker (Halvorsen, 1998). Mitt spørreskjema ble sendt til utprøving hos to pilotgrupper for å redusere antall feilkilder. I datainnsamlingen har det vært viktig å bevare informantenes anonymitet. Reliabiliteten for dataene mener jeg at jeg har fått til

og jeg har redusert antall feilkilder dette på grunnlag av at spørreskjemaet har vært lest gjennom av to pilotgrupper. Det er mulig for andre forskere å replisere undersøkelsen ut fra min metodiske redegjørelse. Lignende funn fra andre undersøkelser styrker reliabiliteten av undersøkelsen. Dette bekrefter de undersøkelsene jeg har referert til. Påliteligheten av resultatene må sees i sammenheng med at populasjonen er liten.

Når det gjelder validiteten og reliabiliteten i denne oppgaven har jeg prøvd i best mulig grad å oppnå dette gjennom hele prosessen. Jeg har satt meg inn i litteratur om hvordan spørreskjema best mulig burde bli utformet. Jeg har hele tiden hatt fokus på at det er informantene som svarer på spørreskjema og ikke hva kommunene gjør. Jeg kan ikke kontrollere informantenes svar, men jeg håper at de som sendte spørreskjemaet tilbake svarte så ærlig som mulig. Dette gjør at både validiteten og reliabiliteten i denne undersøkelsen er bra.

### 3.9 Metodekritikk

Jeg gjør en kvantitativ undersøkelse i forhold til begge mine problemstillinger, men bruker tallmaterialet kvalitativt i vurderinger knyttet til hva lovene sier, de faglige råd, teorien og egne erfaringer til å belyse hva dataene sier. En mer dyperegående kvalitativ undersøkelse gjennom observasjon eller dybdeintervju kunne vært fordelaktig i forhold til særlig problemstillingen knyttet til hvordan CI fungerer i kommunikasjonssammenheng. Siden det finnes lite forskning på feltet samt at den nevnte metoden er veldig tidkrevende å gjennomføre, mener jeg spørreskjemaundersøkelsen vil gi ny kunnskap til forskningsfeltet.

Spørreskjemaet har noen svakheter som jeg ser i etterkant, blant annet at det er for mange spørsmål til at jeg kan gå i dybden på alle spørsmålene. Der jeg spør om informantene kan sette kryss i det svaralternativet som passer for dem vet jeg ikke om informantene har vektet alternativene likt. En annen svakhet var at jeg ikke hadde laget et alternativ for blank eller vet ikke. Dette kom frem etter at jeg hadde fått spørreskjemaene i retur da informantene lot noen felt stå åpne eller de hadde skrevet vet ikke ved siden av svaralternativene. Det kan være spørsmål om brukernes opplevelse som jeg ikke kan se fra min forforståelse da min kompetanse er bygd opp på teori og samtaler med de CI-opererte som har vært inntil mitt arbeidssted.

## Kapittel 4 Presentasjon av funn

I denne presentasjon ønsker jeg å oppsummere resultatene av spørreskjemaet for å kunne belyse problemstillingene. Det jeg ønsket å finne ut var hvordan den enkelte CI-bruker opplever å bli møtt av sin kommune og hvordan den CI-opererte fungerer i kommunikasjonssammenheng. Jeg presenterer resultatene i tabeller som viser hva informantene har svart, og jeg kommenterer litt under hver tabell. Informantene i undersøkelsen skulle krysse av for det som passet for den enkelte i rubrikkene lite bra - nokså bra - bra - meget bra på noen spørsmål eller aldri - sjelden - ofte - nesten alltid på andre. Jeg hadde også svaralternativene ja og nei på enkelte av spørsmålene. På noen av spørsmålene hadde informantene ikke svart, her lagde jeg en rubrikk som jeg kalte blank. Alle svarene ble lagt inn i statistikkprogrammet SPSS, og gjennom dette programmet har jeg fått ut tabellene som blir presentert i dette kapitlet.

I første underkapittel 4.1 tar jeg kun for meg fordeling av kjønn og fylker hos informantene. Andre underkapittel 4.2 tar for seg kommunene til informantene i undersøkelsen. Her ser jeg på hvordan informantene har opplevd møte med sin kommune. Disse funnene vil kunne gi meg svar på spørsmålet i første problemstilling. Kommunene er som nevnt tidligere ikke blitt spurt så jeg vil kun bruke de offentlige lovene og forskriftene kommunene er pliktet til å følge. Jeg har trukket ut Rikshospitalet og Hjelpemiddelsentralen i eget underkapittel 4.3 da disse er på et annet forvaltningsnivå enn kommunene. Det siste underkapittel 4.4 vil ta for seg min andre problemstilling om hvordan informantene fungerer i dag og hvordan de opplever bruken av sitt CI-implantat. Alle dataene i denne presentasjonen er hentet fra informantenes svar på spørreskjemaet.

Vedlegg 4 – Tabelloversikt, her finnes oversikten over alle tabellene jeg har i dette kapitlet.

### 4.1 Fordeling av informanter

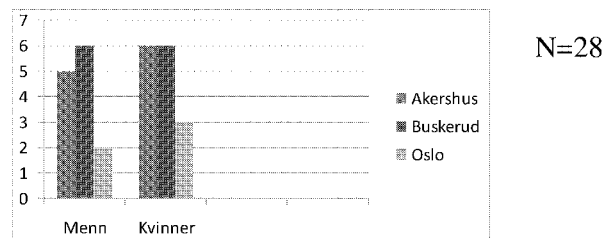
Totalt hadde jeg 53 brukere som fikk spørreskjemaet tilsendt, og mine datafunn er laget etter at jeg fikk 28 spørreskjemaer i retur, dette tilsvarer en svarprosent på 53 %.

Fylke	Antall CI-brukere	Prosent
Akershus	11	39,3 %
Buskerud	12	42,9 %
Oslo	5	17,9 %

Total	28	100,0 %
-------	----	---------

**Tabell 1: Fordeling mellom fylkene.**

Den første tabellen forteller hvordan de enkelte informantene er fordelt pr fylke. I denne tabellen ser jeg at det skiller kun en person mellom Akershus og Buskerud. Fra Oslo er det dessverre bare kommet tilbake 5 spørreskjemaer. Hvorfor ikke flere fra Oslo svarte vet jeg ikke, og jeg kan ikke finne ut hvorfor siden jeg ikke har kjennskap til hvem som fikk tilsendt spørreskjema. Det kan være flere grunner til at den enkelte informant ikke svarer. Mine antagelser om dette er blant annet at informanten ikke bruker sin CI da de har vært døve alt for lenge så lyden ikke har noen mening for dem. Andre igjen kan være at de ikke har hatt tid til å svare da de har nok med seg selv, eller at de ikke har lyst til å fortelle hvordan de selv har det. Det kan også være at informantene har lagt skjema tilside for å svare på det senere og av den grunn har helt glemt spørreskjemaet. Det er viktig å huske på at de CI-opererte er en marginal gruppe så kanskje de får mange forespørsler gjennom årene og av den grunn ikke ønsker å delta.



**Tabell 2: Fordeling etter fylke og kjønn**

Ut i fra tabell 2 finner jeg ut at det er 46,4 % menn og 53,6 % kvinner som har svart. Dette tilsvarer at begge kjønn godt representert i utvalget i undersøkelsen.

#### 4.2 Kommunen

I dette underkapittelet vil jeg ta for meg hvordan informantene har opplevd møte med sin kommune. Kommunene har sine offentlige lover og forskrifter å følge der de skal ta vare på sine innbyggere, men informantene opplyser at det ikke oppleves alltid at kommunene følger de lovene de er pålagt.



Fylke	Vet kommunen din hva CI er?				Total
	Ja	Nei	Blank	Vet ikke	
Akershus	1	5	3	2	11
Buskerud	3	2	1	6	12
Oslo	1	2	1	1	5
Total	5	9	5	9	28

**Tabell 3: Vet kommunen din hva CI er?**

I tabell 3 er svarene fordelt ut over alle svaralternativene. Dette spørsmålet forteller hvordan informantene i undersøkelsen opplever sin kommune om deres kunnskap om CI. 9 av informantene svarte at kommunen ikke visste hva CI er, mens hele 14 informanter krysset av på vet ikke eller de svarte blank. Dette kan tyde på at informasjonen de får fra kommunen ikke er god nok for informantene. Kun 5 av informantene svarer at kommunen vet hva CI er. Her kan det tenkes at kommunen har hatt CI brukere før, eller er det ansatte som har hatt lyst til å lære mer om denne gruppen hørselshemmede.

		Tror du kommunen din er bevisst på hva de skal tilby CI-brukere?		Total
		Nei	Blank	
Hvordan var informasjonen om tale-/lyttetrening fra kommunen din FØR operasjonen?	Lite bra	24	3	27
	Nokså bra	1	0	1
	Total	25	3	28

**Tabell 4: Hvordan var informasjonen om tale-/lyttetrening fra kommunen din FØR operasjonen? \* Tror du kommunen din er bevisst på hva de skal tilby CI-brukere?**

I tabell 4 sammenligner jeg svarene om informantene tror kommunen er klar over hva de skal tilby dem og om kommunen ga dem informasjon om tale-/lyttetrening før operasjonen. Dette ble gjort da jeg ønsket å vite om kommunene er bevisst på hva de skal tilby CI-brukerne. I svaralternativene hadde jeg også med svaret "Ja", men det var det ingen som svarte. Det samme gjelder for

spørsmålet: Hvordan var informasjonen om tale-/lyttetrening før operasjonen, her var også svaralternativet delt opp i 4 deler: Lite bra, nokså bra, bra og svært bra men ingen av informantene hadde svart ”bra” eller ”svært bra”. Spørsmålet ble spurt da det er viktig å sette i gang søknadsprosedyren for å få innvilget tale-/lyttetrening (rehabilitering) så tidlig som mulig i prosessen. Svarene fra informantene støtter seg på svarene i tabell 5.

Fylke		Tok kommunen kontakt med deg for å tilby tale-/lyttetrening?		Total
		Ja	Nei	
Akershus	Antall CI-brukere	1	10	11
Buskerud	Antall CI-brukere	0	12	12
Oslo	Antall CI-brukere	1	4	5
Total	Antall CI-brukere	2	26	28
	% av alle fylkene	7,1 %	92,9 %	100,0 %

**Tabell 5: Tok kommunen kontakt med deg for å tilby tale-/lyttetrening?**

Kun 7,1 % av informantene i tabell 5 svarte at kommunen tok kontakt med dem for å tilby tale-/lyttetrening. Det vil si at 92,9 % av kommunene ikke tok kontakt med informantene. Hvorfor ikke flere kommuner tar kontakt med sine innbyggere for å tilby tale-/lyttetrening er ikke godt å si. Rikshospitalet forteller at de har rutiner der de sender ut brev til kommunene om at en operasjon er blitt utført. Hvem i kommunen som mottar denne informasjonen er da litt usikkert.

Fylke		Hvordan var informasjonen fra kommunen din ETTER operasjonen?				Total
		Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Blank	
Akershus	Antall CI-brukere	10	1	0	0	11
Buskerud	Antall CI-brukere	12	0	0	0	12
Oslo	Antall CI-brukere	2	1	1	1	5
Total	Antall CI-brukere	24	2	1	1	28
	% av alle fylkene	85,7 %	7,1 %	3,6 %	3,6 %	100,0 %

### Tabell 6: Hvordan var informasjonen fra kommunen din ETTER operasjonen?

I tabell 6 om hvordan informasjonen fra kommunen var etter operasjonen svarte hele 85,7 % at de ikke fikk noe informasjon. Dette er skremmende, men det gjenspeiler seg i alle svarene informantene sier om kommunene. Informantene fra Oslo har svart litt mer nyansert. Dette kan komme av at Oslo fylke har et Rådgivningskontor for hørselshemmende som fungerer. I og med at det bare var 5 informanter fra Oslo kan jeg ikke si noe om at dette er det vanlige, men prosedyren er at alle hørselshemmede skal bli henvist til dette kontoret av sine fastleger og kommuner/bydeler. Alle i undersøkelsen hadde brukt høreapparat før de fikk operert inn CI, og på denne måten har informantene fra Oslo sannsynligvis vært koblet opp mot Rådgivningskontoret, mens de andre informantene har vært i kontakt med Hjelpemiddelsentralen i sitt fylke. Ingen i undersøkelsen svarte at informasjonen var bra. Det er ikke tilfredsstillende at informantene mener at informasjonen fra kommunene ikke fungerer slik den skal.

Fylke	Hvordan var/er oppfølgingen etter operasjonen fra din kommune?				Total
	Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Blank	
Akershus	10	1	0	0	11
Buskerud	10	1	1	0	12
Oslo	3	0	1	1	5
Total	23	2	2	1	28

### Tabell 7: Hvordan var/er oppfølgingen etter operasjonen fra din kommune?

Denne tabellen (tabell 7) tar for seg oppfølgingen fra kommunen etter operasjonen. Hele 23 informanter fikk liten eller ingen oppfølging. Dette forteller noe om at det finnes unntaksvis kompetanse i kommunene på hørselsområde, eller kan det være slik at kommunene ikke har kjennskap til de rettighetene brukerne har? Det er viktig for den enkelte bruker at de får oppfølging siden alle som får en CI-operasjon må lære seg å tolke alle lydene på nytt. Når jeg ser på tabell 6 og tabell 7 viser det at tilbudet som informantene får oppleves som lite bra for de fleste.

Fylke	Kunne kommunen gi deg informasjon om audiopedagoger i kommunen?			Total
	Ja	Nei	Blank	
Akershus	1	8	2	11
Buskerud	1	6	5	12
Oslo	1	3	1	5
Total	3	17	8	28

**Tabell 8: Kunne kommunen gi deg informasjon om audiopedagoger i kommunen?**

Tabell 8 forteller om informasjonen informantene fikk fra kommunen om det fantes audiopedagoger i kommunen. Her svarte hele 17 informanter at de ikke fikk informasjon, 8 av informantene svarte blankt. Noen av mine informanter har hatt CI så lenge at de kanskje ikke husker hva kommunen tilbydde dem og av den grunn har satt kryss ved blank.

	Går du til trening hos privat audiopedagog?			Total	
	Ja	Nei	Blank		
Har du selv søkt kommunen om tale-/lyttetrening?	Ja	6	6	0	12
	Nei	1	11	3	15
	Blank	1	0	0	1
	Total	8	17	3	28

**Tabell 9: Har du selv søkt kommunen om tale-/lyttetrening? \* Går du til trening hos privat audiopedagog?**

I tabell 9 tar jeg opp emnet tale-/lyttetrening hos audiopedagog. Her er det hele 11 informanter som ikke går til noen form for trening. Flere i undersøkelsen hadde skrevet ved siden av tabellene at de har gått til tale-/lyttetrening, men for øyeblikket ikke har behov for mer trening. De får nok trening hjemme, blant venner eller på arbeidsplassen. En informant skrev at han hadde begynt hos privat audiopedagog, men kommunen ville ikke godkjenne dette. Han fikk tilbud om en annen audiopedagog gjennom et kompetansesenter. En annen skrev at tilbudet om taletrening var hos en logoped som jobbet med slagpasienter og språkopplæring for fremmedspråklige, og logopeden hadde ingen kunnskaper om hørselshemming.

Om informanten har søkt kommunen selv for å få innvilget tale-/lyttetrening eller ikke fordeler seg likt på ja og nei svar. Jeg gikk gjennom svarene i undersøkelsen og fant ut at flere av de som svarte sier at det var Rikshospitalet, andre kompetansesentra eller venner som hadde søkt for dem. Antall timer tale-/lyttetrening de enkelte har fått innvilget varierte også mye. Noen fikk innvilget 25 timer mens andre igjen har fått ubegrenset. Gjennomsnittet for de fleste lå på ca 50 timer fordelt på 2 timer i uken med tale-/lyttetrening. Noen av de som svarte nei hadde brukt opp sine timer og et par svarte at de ikke hadde bruk for mer tale-/lyttetrening.

		Får du vite om nye hjelpemidler som kommer på markedet av din kommune?		Total
		Aldri	Sjelden	
Informerer din kommune deg om teknisk utstyr du kan ha nytte av/krav på?	Aldri	24	1	25
	Sjelden	2	1	3
	Total	26	2	28

**Tabell 10: Tekniske hjelpemidler.**

I tabell 10 har jeg fått informantene til å svare på om kommunen informerer dem om tekniske hjelpemidler de kan ha krav på, og om de blir informert når nye hjelpemidler kommer på markedet. Alle informantene hadde svaralternativer aldri – sjelden – ofte og nesten alltid. Det var ingen i undersøkelsen som svarte ofte eller nesten alltid. Når en ser på tabell 10 så svarer 24 informanter at de aldri får vite noe om teknisk utstyr.

Dette viser at hele 92,9 % informanter i undersøkelsen aldri får informasjon fra sin kommune om hjelpemidler som kommer på markedet. Grunnen til dette kan være at kommunene selv ikke får greie på det og ikke vet hva den enkelte har nytte av. Siden de i Oslo har samarbeid med Rådgivningskontoret, hvor de skal ha kjennskap til hva som kommer på markedet, tyder det ikke på at informantene i undersøkelsen får bedre oppfølging her.

De fleste kommunene i landet har en hørselskontakt som skal ivareta de hørselshemmede i kommunen. Hørselskontaktene skal kunne henvise videre til Hjelpemiddelsentralen i fylket hvis de er usikre på hva den enkelte bruker har behov for. Ut fra svarene får en det generelle inntrykket av at hørselskontaktene oppgave i å henvise brukerne videre ikke ser ut til å fungere etter intensjonene.

### 4.3 Rikshospitalet og Hjelpemiddelsentralen

Dette underkapitlet tar for seg svarene i undersøkelsen om informantene tror det blir sendt informasjon fra Rikshospitalet til kommunene. Det viser seg også at de fleste av informantene har god kontakt med Hjelpemiddelsentralen i sitt fylke. Dette er en 2. linjetjeneste hvor kunnskap om hørselshemming ligger og hva de kan tilby av tekniske hjelpemidler. Kanskje informasjonen om den CI-opererte bør sendes hit og ikke til kommunene.

Fylke		Ble det sendt informasjon fra Rikshospitalet til din kommune om din CI-operasjon?				Total
		Ja	Nei	Blank	Vet ikke	
Akershus	Antall CI-brukere	4	2	3	2	11
Buskerud	Antall CI-brukere	3	4	0	5	12
Oslo	Antall CI-brukere	1	2	1	1	5
Total	Antall CI-brukere	8	8	4	8	28
	% av alle fylkene	28,6 %	28,6 %	14,3 %	28,6 %	100,0 %

**Tabell 11: Ble det sendt informasjon fra Rikshospitalet til din kommune om din CI-operasjon?**

Det er selvfølgelig ikke lett for informantene å vite om Rikshospitalet sendte informasjon om CI-operasjonen. Det viser seg også i svarene i undersøkelsen da de har fordelt seg utover alle svaralternativene. Rikshospitalet forteller selv at de har rutiner på å sende ut informasjon til kommunen om at en operasjon er blitt utført. Til tross for at det sendes ut informasjon, så er det under halvparten av CI-brukerne som har fått det med seg.

Fylke		Hvordan var informasjonen fra Rikshospitalet om videre rehabilitering?				Total
		Lite bra	Nokså bra	Meget bra	veldig bra	
Akershus	Antall CI-brukere	2	5	3	1	11
Buskerud	Antall CI-brukere	1	2	8	1	12
Oslo	Antall CI-brukere	0	3	1	1	5
Total	Antall CI-brukere	3	10	12	3	28

**Tabell 12: Hvordan var informasjonen fra Rikshospitalet om videre rehabilitering?**

Rehabiliteringen i tabell 12 er viktig for hver informant. Rikshospitalet tar ansvar for å informere sine pasienter om hva de har krav på. Men det er kommunen som til slutt har det endelige ansvaret for hver enkelt bruker. De fleste CI-opererte var fornøyd med informasjonen de fikk fra Rikshospitalet. Det er ikke alltid like lett å få med seg all informasjon på Rikshospitalet da det er mye å forholde seg til. Her er det viktig å ha med seg nærpersioner som kan være en støtte slik at all informasjon blir oppfattet.

Fylke	Var det greit å få det tekniske utstyret levert?			Total
	Ja	Nei	Blank	
Akershus	8	3	0	11
Buskerud	8	0	4	12
Oslo	4	1	0	5
Total	20	4	4	28

**Tabell 13: Var det greit å få det tekniske utstyret levert?**

Tekniske hjelpemidler er viktig for alle med CI slik at de kan fungere optimalt i hverdagen. Derfor er det bra å se at hele 20 av informantene sier at det ikke var noen problem å få utlevert de tekniske hjelpemidlene de har bruk for. 4 informanter svarte blankt, dette kan komme av at de har vært tunghørte/døve fra før og har fått utlevert hjelpemidlene de trengte for mange år siden.

Fylke		Hører du hva som blir sagt på TV uten ekstrautstyr (TS/FM)?				Total
		Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid	
Akershus	Antall brukere	3	7	0	1	11
Buskerud	Antall brukere	2	5	5	0	12
Oslo	Antall brukere	0	3	1	1	5
Total	Antall brukere	5	15	6	2	28
	% Totalt	17,9 %	53,6 %	21,4 %	7,1 %	100,0 %

**Tabell 14: Hører du hva som blir sagt på TV uten ekstrautstyr (TS/FM)?**

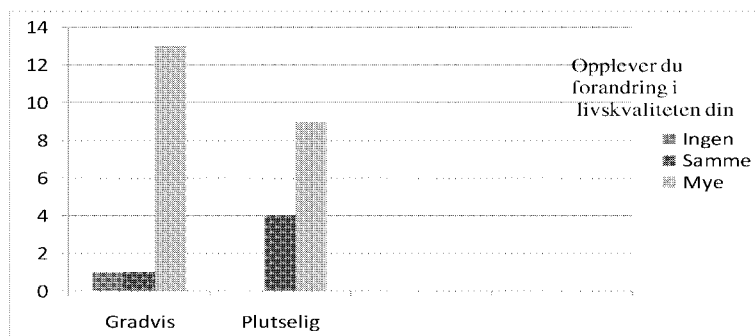
Tekniske hjelpemidler som blir tatt opp i tabell 14 er viktig for at brukerne skal kunne høre hva som blir sagt blant annet på TV. Ofte snur reporterne seg vekk fra skjermen og da er det vanskelig for de CI-opererte å munnavlese. Det samme gjelder for filmer da ansiktene til den som snakker ofte ikke er i fokus. Da kan det være viktig for de CI-opererte å ha hjelpemidler som hjelper dem til å oppfatte hva som blir sagt. Teknisk hjelpemiddel som TS (teleslynge) eller FM-anlegg gjør at lydene kommer direkte inn i implantatet uten at de går veien om rommet. Dette gjør at talesignalene blir tydeligere for den enkelte.

Hørselsteknisk utstyr som den enkelte hørselshemmede får, dekkes av trygden og utleveres av Hjelpemiddelsentralene.

#### 4.4 Informanten

Dette underkapittelet handler om informanten, hvordan de selv fungerer med sin CI og hvordan de selv opplever sin livskvalitet, selvtilitt og kommunikasjonen med andre.





**Tabell 15: Livskvalitet og hvordan mistet du hørselen**

I tabell 15 sammenligner jeg livskvaliteten til den enkelte informant og om han eller hun mistet hørselen sin plutselig eller gradvis. Her ser jeg at det å få operert inn CI har hatt størst betydning for de som mistet hørselen sin gradvis. Dette kan bety at de som mistet hørselen sin gradvis, har lært seg gjennom flere år med mestringsstrategier, til å få med seg hva som skjer rundt dem. De som mister hørselen sin plutselig må som regel først gjennom en krise før de klarer å akseptere at hørselen er borte.

Sivilstatus	Antall CI-brukere	Prosent
Arbeid	10	35,7 %
Trygd	6	21,4 %
Pensjonist	5	17,9 %
Student	1	3,6 %
Trygd og student	1	3,6 %
Arbeid og trygd	5	17,9 %
Total	28	100,0 %

**Tabell 16: Fordeling på sivilstatus**

I tabell 16 spurte jeg informantene om sivilstatus, dvs. om de var student, i arbeid, uføretrygdet, pensjonist og lignende. Hele 35,7 % av de spurte var i jobb. Dette tyder på at informantene fungerer bra i et talespråklig miljø. Det å være i arbeid har for mange stor betydning. De ønsker ikke å ligge samfunnet til byrde, og ved å få et CI kommer de raskere tilbake til sitt arbeid. Ved å se på tabellen hvordan sivilstatusen til informantene er, skulle en tro at flere kommuner ville ha gitt informasjon til sine brukere. Når hele 10 personer er i fullt arbeid trenger de sannsynligvis hjelpemidler til å klare arbeidsdagen. Her tenker jeg spesielt på møter og andre sammenkomster på arbeidssstedet. 6 av de spurte går kun på trygd, mens det er 6 informanter som er 50 % på både trygd og student eller i

arbeid. Det kan tyde på at noen informanter er på vei tilbake i sitt arbeid, men opptreningen i bruk av CI tar litt lenger tid enn hva som er ønskelig.

	Antall CI-brukere	Prosent
Ja	26	92,9
Nei	2	7,1
Total	28	100,0

**Tabell 17: Brukte du høreapparat før du fikk CI?**

Et av kriteriene til Rikshospitalet er at de brukerne som tilbys CI skal ha brukt høreapparat. Dette for at hørselsnerven skal ha vært i bruk. Når jeg ser på tabell 17 ser jeg at 92,9 % brukte høreapparat før de fikk operasjon. De informantene som svarte at de ikke brukte høreapparat hadde mistet hørselen sin plutselig, og hadde fått operert inn CI like etter tapet av sin hørsel.

N	Valid	28
	Missing	0
Mean		52,18
Median		30,00
Mode		24
Std. Deviation		55,828
Range		185
Minimum		7
Maximum		192

**Tabell 18: Hvor lenge har du hatt CI?**

I tabell 18 ser jeg at minimumstiden for bruk av CI er 7, dvs. 7 måneder, informanten som har hatt CI lengst er 192 måneder, dette tilsvarer 16 år. Modusen er den verdien som forekommer oftest, det vil si den som har hatt den høyeste frekvensen i fordelingen av svaralternativene innenfor variabelen, her er den på 24 måneder. Gjennomsnittet er det som angir den aritmetriske gjennomsnittlige verdien for enhetene i fordelingen og her fortelles det at gjennomsnittet er 52 det vil si 4 år og 3 måneder. Medianen er det midterste tallet som ligger i rekken av enheter, og forteller hvor lenge informantene har hatt CI, her tilsvarer tallet 30 måneder, dvs. 2,5 år med CI. Når jeg sammenligner gjennomsnittet med medianen finner jeg at informantene som har hatt CI lengst trekker opp standardavviket i min undersøkelse som er på 55,8 måneder (4 år og 6 måneder).

Fylke		Bruker du nå høreapparat på det andre øret?			Total
		Ja	Nei	Blank	
Akershus	Antall CI-brukere	3	5	3	11
Buskerud	Antall CI-brukere	4	6	2	12
Oslo	Antall CI-brukere	2	3	0	5
Total	Antall CI-brukere	9	14	5	28
	% av fylkene	32,1 %	50,0 %	17,9 %	100,0 %

**Tabell 19: Bruker du høreapparat på det andre øret?**

Halvparten i undersøkelsen bruker ikke høreapparat på sitt andre øre i tabell 19. Dette kan ha forskjellige grunner, noen er kanskje døv på dette øret, noen er sterkt tunghørte eller informantene mener selv at det ikke har noen betydning da de hører godt nok med sin CI. En av grunnene til at informantene bør bruke begge deler er å få retningshørsel. Det å få lyd fra både et CI og et høreapparat er forskjellige lydopplevelser, og dette må læres gjennom trening.

I undersøkelsen er det noen få som har fått operert inn ett CI på hvert øre. Dette er ikke vanlig for voksne i Norge. Denne tabellen viser at noen av de opererte har behov for CI på begge ørene.

Kjønn		Har du ett eller to CI?		Total
		1	2	
Mann	Antall CI-brukere	12	1	13
Kvinne	Antall CI-brukere	13	2	15
Total	Antall CI-brukere	25	3	28
	% av kjønn	89,3 %	10,7 %	100,0 %

**Tabell 20: Har du ett eller to CI?**

I tabell 20 viser det seg at av de 28 som svarte i undersøkelsen var det kun 3 som har to CI. Dette kommer nok av at operasjonene er dyre, og det er i dag ingen voksne som har juridiske rettigheter til å få to.

	Antall CI-brukere	Prosent
Ja	6	21,4
Nei	19	67,9
Blank	3	10,7
Total	28	100,0

**Tabell 21: Hvis behov for to CI. Står du på venteliste?**

Totalt var det 6 informanter i undersøkelsen som står på venteliste for å få operert inn CI nr. 2. Siden flesteparten av informantene ikke står på venteliste for å få det andre CI, kan grunnen til dette være at fastlegene ikke opplyser informantene at det er mulig. Andre mener at det ikke er nødvendig da de har fått vite at det er flere års venteliste.

Kjønn		Bruker du noen form for tegn i kommunikasjon?			Total
		Ja	Nei	Blank	
Mann	Antall CI-brukere	3	10	0	13
Kvinne	Antall CI-brukere	4	10	1	15
Total	Antall CI-brukere	7	20	1	28
	% av begge kjønn	25,0 %	71,4 %	3,6 %	100,0 %

**Tabell 22: Bruker du noen form for tegn i kommunikasjon?**

I tabell 22 er det hele 25 % i undersøkelsen som sier de bruker tegn i kommunikasjonen med andre. Noen av informantene har mistet hørselen gradvis og av den grunn har lært seg å bruke enten tegnspråk (TS) eller Norsk med Tegnstøtte (NMT). Bruk av tegn har da fulgt med i kommunikasjonen med andre slik at de skal være sikre på å ha forstått hva det snakkes om.

Kjønn		Er du avhengig av tegn i kommunikasjonen?		Total
		Ja	Nei	
Mann	Antall CI-brukere	1	12	13
Kvinne	Antall CI-bruker	4	11	15
Total	Antall CI-bruker	5	23	28
	% av begge kjønn	17,9 %	82,1 %	100,0 %

**Tabell 23: Er du avhengig av tegn i kommunikasjonen?**

Når jeg sammenligner tabell 22 og 23 ser jeg at 17,9 % av de spurte er avhengig av tegn for å få med seg det det snakkes om. To av informantene skiller på bruk og nødvendigheten av tegn i kommunikasjonen, de har egentlig ikke behov, men for at de skal føle seg trygg i kommunikasjonen så bruker de tegn. En vellykket kommunikasjon består i at sender og mottaker har forutsetninger for å forstå hverandre, de må da kjenne til hverandres språkkoder. I min undersøkelse bruker 82,1 % kun talespråk og kan da få til en vellykket kommunikasjon i forhold til andre talespråklige personer.

	Antall CI-brukere	Prosent
Valid Sjelden	4	14,3
Ofte	13	46,4
Nesten alltid	11	39,3
Total	28	100,0

**Tabell 24: Hører du forskjell på talelyd og bakgrunnstøy?**

I tabell 24 ser jeg på forskjellen mellom talelyd og bakgrunnstøy. Ofte kan det være vanskelig å skille disse lydene når man bruker CI. Hele 85,7 % i undersøkelsen sier at de kan skille disse lydene. Dette er meget bra og kan fortelle oss at en CI operasjon har nytte for seg.

		Går du til trening hos privat audiopedagog?			Total
		Ja	Nei	Blank	
Kan du selv kontrollere din egen stemme?	Sjelden	1	2	0	3
	Ofte	2	7	0	9
	Nesten alltid	5	7	3	15
	Blank	0	1	0	1
	Total	8	17	3	28

**Tabell 25: Kan du selv kontrollere din egen stemme? \* Går du til trening hos privat audiopedagog?**

Det å kunne kontrollere sin egen stemme er viktig i kommunikasjon med andre. I tabell 25 der jeg spurte om de går til trening hos en audiopedagog, og om de kan kontrollere sin egen stemme har en sammenheng med nytteverdien av et CI. Flere av informantene skriver at de ikke går til en audiopedagog da de har hatt CI i mange år og føler seg ferdig med treningen. Det er kun 10,7 % som sier at de sjelden kan kontrollere sin egen stemme. Disse informantene har tydelig behov for mer strukturert trening enn andre. Det å kontrollere sin egen stemme er viktig i kommunikasjon med andre. Totalt er det 53,6 % som svarte at de nesten alltid kan kontrollere sin stemme.

		Opplever du forandring i livskvaliteten din?			Total
		Ingen	Samme	Mye	
Hvordan er selvtilliten din blitt etter at du fikk CI?	Lite bra	1	0	0	1
	Nokså bra	0	2	3	5
	Meget bra	0	2	11	13
	veldig bra	0	1	7	8
	Blank	0	0	1	1
	Total	1	5	22	28

**Tabell 26: Hvordan er selvtilliten din blitt etter at du fikk CI? \* Opplever du forandring i livskvaliteten din?**

I tabell 26 ser jeg på selvtilliten til informanten og hvordan livskvaliteten til den enkelte er blitt. 11 informanter i undersøkelsen sier at de har fått det meget bra etter CI, samt at livskvaliteten deres er blitt mye bedre. Dette til tross for at tilbudet fra kommunene har vært fraværende. Bare en informant sier at han har

det lite bra. Denne tabellen viser at de fleste CI-opererte trener mye på egen hånd.

		Føler du deg trygg på å bruke CI?					Total
		Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid	Blank	
Opplever du forandring i livskvaliteten din?	Ingen	0	1	0	0	0	1
	Samme	1	0	1	3	0	5
	Mye	0	0	4	17	1	22
	Total	1	1	5	20	1	28

**Tabell 27: Opplever du forandring i livskvaliteten din? \* Føler du deg trygg på å bruke CI?**

Det å være trygg på å bruke sin CI har stor betydning for livskvaliteten. I tabell 27 kan man se at 25 informanter svarer ofte og nesten alltid at de føler seg trygg. De i undersøkelsen som svarte at de aldri eller sjelden følte seg trygg med å bruke CI er informantene som har hatt CI kun i 7 og 8 måneder. Livskvaliteten til 21 av informantene er blitt mye bedre, og dette tyder på at de selv tar ansvar for sin egen trening. Tryggheten har også sammenheng med livskvaliteten til brukerne, og hvor lenger tid det går med å bruke CI jo tryggere blir brukerne og livskvaliteten øker.

Kjønn		Tør du å snakke i store forsamlinger?			Total
		Ja	Nei	Blank	
Mann	Antall CI-brukere	8	4	1	13
Kvinne	Antall CI-brukere	8	6	1	15
Total	Antall CI-brukere	16	10	2	28
	% av begge kjønn	57,1 %	35,7 %	7,1 %	100,0 %

**Tabell 28: Tør du å snakke i store forsamlinger?**

Å snakke i store forsamlinger kan være en utfordring selv for de med normal hørsel. Samtidig som jeg ser i tabell 28 i undersøkelsen at det er hele 57,1 % som tør snakke i store forsamlinger. For noen av de som har svart nei på dette spørsmålet kan det være at de er for sjenerte til å snakke når mange er samlet.

	Antall CI- brukere	Prosent
Nokså bra	4	14,3
Meget bra	7	25,0
veldig bra	5	17,9
Blank	12	42,9
Total	28	100,0

**Tabell 29: Hvis du er i jobb hvordan trives du nå etter operasjonen?**

I tabell 29 er det kun de som er i jobb som har svart. Av de 16 informantene som er i jobb enten fulltid eller deltid fordeler trivselen seg fra nokså bra til veldig bra. Ingen i undersøkelsen svarte at de trivdes bra. Det å trives i jobben har tydelig mye å si for livskvaliteten til den enkelte. Det å mestre å være på jobb gjør også noe med selvtilliten. De får et sosialt liv utenom hjemmet.

	Antall CI-brukere	Prosent
Aldri	3	10,7
Sjelden	12	42,9
Ofte	9	32,1
Nesten alltid	3	10,7
Blank	1	3,6
Total	28	100,0

**Tabell 30: Hvor ofte trekker du deg tilbake når flere er samlet?**

I tabell 30 forteller 3 av informantene at de nesten alltid trekker seg tilbake når flere er samlet. Dette kan ha grunn i at de er ikke helt trygge på å bruke CI, samt at det kan være at når flere er tilstede blir det ofte mer støy rundt dem, og informantene er redde for at de skal misforstå hva som blir sagt. De som trekker seg tilbake er også de informantene som har hatt CI bare i 7-8 måneder. Det er kun 10,7 % som sier at de aldri trekker seg tilbake.



Fylke	Hører du hva som blir sagt uten å se på ansiktet til den som snakker?				Total
	Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid	
Akershus	1	6	2	2	11
Buskerud	0	7	3	2	12
Oslo	0	3	2	0	5
Total	1	16	7	4	28

**Tabell 31: Hører du hva som blir sagt uten å se på ansiktet til den som snakker?**

I tabell 31 er det mange i undersøkelsen som fremdeles er avhengig av munnnavlesning for ikke å misforstå hva som blir sagt. Dette forteller oss at selv om informantene får CI, er de fremdeles tunghørte. Det vi si at de må lære seg forskjellige mestringsstrategier som gjør at situasjonen blir lettere for dem. Munnnavlesning som de fleste bruker er slitsomt, og dette fører igjen til at enkelte brukere trekker seg vekk fra sosiale sammenhenger og en konsekvens av dette kan være utestengning eller isolasjon. Ofte kan man si at de CI-opererte har en situasjonsbestemt hørsel fordi han eller hun noen ganger hører og andre ganger ikke hører eller de misforstår hva som blir sagt. Dette gjør at normalthørende ikke alltid forstår helt alvorligheten av det å være tunghørt.

Dette kommer også frem når jeg ser på tabell 32.

Fylke	Hører du hva som blir sagt når det er flere enn to tilstede?					Total
	Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid	Blank	
Akershus	3	4	4	0	0	11
Buskerud	0	8	2	1	1	12
Oslo	0	3	2	0	0	5
Total	3	15	8	1	1	28

**Tabell 32: Hører du hva som blir sagt når det er flere enn to tilstede?**

I tabell 32 forteller informantene at de sjelden hører hva som blir sagt når det er flere enn to tilstede. Når jeg sammenligner flere av tabellene ser jeg at dette stemmer med hva de har svart før. For å kunne være med i en samtale med andre må de føle trygghet. Hvis tryggheten ikke er tilstede kan det lett bli brudd i kommunikasjonen og dette fører igjen til at de trekker seg unna.

Fylke	Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra høresentralen?					Total
	Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra	Blank	
Akershus	3	4	1	1	2	11
Buskerud	2	4	1	3	2	12
Oslo	0	0	0	5	0	5
Total	5	8	2	9	4	28

**Tabell 33: Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra høresentralen?**

Tabell 33 forteller meg at Høresentralene er en viktig informasjonskilde til brukerne angående CI. Her er brukerne registrert og de har vært i systemet til sykehusene i mange år på grunn av høreapparatene de har fått utlevert.

Fylke	Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra fastlegen?				Total
	Lite bra	Meget bra	Veldig bra	Blank	
Akershus	8	0	1	2	11
Buskerud	7	1	0	4	12
Oslo	2	0	0	3	5
Total	17	1	1	9	28

**Tabell 34: Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra fastlegen?**

Det er tydelig at fastlegen ikke har kunnskap om hva hørselshemmede kan ha nytte av. Fastlegen er det første vi treffer på når vi blir syke eller skader oss, derfor bør fastlegene ha bredere kunnskap om hørsel eller at fastlegen burde vite hvor han eller hun kan sende brukerne. Når hele 17 informanter svarer at informasjonen fra fastlegen var lite bra bør dette tas opp videre i systemet til fastlegene (allmennlegene).

	Antall CI- brukere	Prosent
Sjelden	5	17,9
Ofte	18	64,3
Nesten alltid	4	14,3
Blank	1	3,6
Total	28	100,0

**Tabell 35: Hvor ofte må du spørre et familiemedlem eller venn om å gjenta det som blir sagt når det er flere tilstede?**

Tabell 35 forteller meg at familie og venner er viktige personer i kommunikasjonen, spesielt når hele 64,3 % i undersøkelsen svarer at de må spørre om familien eller venner kan gjenta det som ble sagt. Her har det ingen betydning om informanten har hatt CI i 7 måneder eller 16 år. Det er kun en informant som sier at han/hun aldri må spørre om igjen.

	Antall CI-brukere	Prosent
Sjelden	2	7,1
Ofte	11	39,3
Nesten alltid	12	42,9
Blank	3	10,7
Total	28	100,0

**Tabell 36: Tror du at den daglige situasjonen gir deg mulighet til å utvikle og bruke talespråket?**

Tabell 36 forteller at den daglige situasjonen med familie, venner og arbeidskolleger med gode kommunikasjonssituasjoner hjelper den enkelte å utvikle talespråket. Ved bruk av radio, TV eller CD'er vil dette også hjelpe den daglige situasjonen siden det er viktig å ha mye lyd rundt seg.

	Antall CI-brukere	Prosent
Nei	6	21,4
Ja litt	11	39,3
Mye	8	28,6
Blank	3	10,7
Total	28	100,0

**Tabell 37: Trener du hjemme?**

Det er ifølge tabell 37 ikke alle som trener mye hjemme. Mange trener ikke i det hele tatt, men selv om de sier de ikke trener systematisk er det mange i undersøkelsen som får den daglige treningen ved at de hører på for eksempel

radio og TV. Noen startet med å bruke lyttebøker og CD'er i opptreningen, og det viser seg at flere i undersøkelsen har fortsatt med dette, men kaller det ikke for trening. Informantene snakker også med familien og venner eller de har et aktivt liv som gjør at de uansett får trening i å bruke CI-apparatet. Hvor mye en trener har mye å si for utviklingen av hørselen. Det sies at man bør "bades" i lyd hele tiden, alle informantene gjør dette men det er ikke alle som er bevisst på det. Etter noen år med CI trenger informantene ikke så mye systematisk trening. De fleste føler seg trygg på at de får med seg det som skjer rundt dem. Mange har fått hjelp fra familie og venner til å trene. Når informantene trener på for eksempel å bruke telefon, er det viktig at de først trener med en kjent stemme. Da blir den CI-opererte trygg på seg selv og kan lettere forbrede seg til å snakke med ukjente.

		Kunne du tenke deg kurs/informasjon for familien (som Ål har for døve)?			Total
		Ja	Nei	Blank	
Har venner/nærpersoner fått informasjon om CI?	Ja	5	13	0	18
	Nei	3	6	0	9
	Blank	0	0	1	1
	Total	8	19	1	28

**Tabell 38: Har venner/nærpersoner fått informasjon om CI? \* Kunne du tenke deg kurs/informasjon for familien (som Ål har for døve)?**

Når jeg ser på tabell 38 ser jeg at de i undersøkelsen forteller at venner og nærpersoner har fått informasjon om CI. Det er viktig at de også får denne informasjonen på lik linje med den som er blitt operert slik at de kan være med på å hjelpe til i treningen. Mye av informasjonen venner/nærpersoner har fått gis av den CI-opererte selv, eller de har fått informasjon da de var med på undersøkelser før og etter operasjonen på Rikshospitalet. Ål er et rehabiliteringssenter som gir kurs til døve og deres pårørende. Her får de kunnskap om hva det vil si å være døv, samt at de får opplæring i bruk av tegnspråk. Informantene i undersøkelsen ønsker ikke det samme tilbudet som de døve får, men de ønsker et sted der pårørende kan få generell informasjon.

I dette kapittelet har jeg presentert svarene til informantene i tabeller. Det kommer frem at kommunene til de som var med i undersøkelsen ikke er bevisst sin oppgave i forhold til rehabiliteringen, og det viser seg at informantene i undersøkelsen allikevel har lært seg å fungere med sin CI etter mange års egentrening. Jeg vil i drøftingen gå dypere inn på enkelte av funnene.

## Kapittel 5 Drøfting av funn

Dette kapittelet vil omhandle analyse og drøfting av mine funn. Undersøkelsen er gjennomført ved postale spørreskjema som er en kvantitativ metode. Siden kommunene ikke har svart har jeg drøftet svarene til informantene opp mot de offentlige lover og forskrifter kommunene skal forholde seg til i forhold til rehabiliteringen. Samtidig vil drøftingen av resultatene om informantene gi svar på andre del av problemstillingen. Jeg har delt opp svarene i spørreskjemaet i kategoriene lite bra - nokså bra - meget bra - veldig bra andre svar har alternativene aldri - sjelden - ofte - nesten alltid og til slutt noen spørsmål med ja og nei svar. Undersøkelsen er knyttet opp mot informantenes opplevelse av kommunene der kommunene skal være synlig for brukerne. Kapitlet er delt inn i på samme måte som kapittel 4.

Som en klargjøring av masteroppgaven vil jeg her gjenta mine problemstillinger. Hvordan opplever voksne CI-opererte å bli møtt av sin kommune? og Hvordan fungerer CI for den enkelte i kommunikasjonsammenheng?

### 5.1 Kommunen

I drøftingen for å få svar på første problemstilling om hvordan de CI-opererte blir møtt av sine kommuner, ser jeg i svarene i undersøkelsen at informantene ikke tror eller vet om kommunen deres har kunnskaper om hva Cochlea Implantat er. For å kunne hjelpe den enkelte bruker er det nødvendig for kommunen å vite hvilken funksjonshemming og hvilke rehabiliteringsbehov de trenger. I Lov om helsetjenesten i kommunene står det skrevet i § 1-1 "Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen".

Som Conradi og Rand-Henriksen (2004b) skriver sliter mange små kommuner med stor utskifting og mange ledige stillinger. I Akershus og i Buskerud fylke finnes det mange små kommuner og det kan være at de sliter med disse problemene. Dette gjør at små kommuner bør trekke inn ekspertise fra andre fagområder for at de skal kunne hjelpe den enkelte bruker. Siden det var bare 5 informanter i undersøkelsen som svarte at kommunen vet hva CI er, tyder dette på at få av kommunene informantene representerer har fagfolk med kompetanse til å kunne ta vare på hver enkelt innbygger slik det står at de skal.

Oslo fylke har sitt eget Rådgivningskontor for hørselshemmede og alle som jobber der er enten audiopedagoger eller audiografer. Dette gjør det lettere for bydelene i Oslo å henvise brukerne dit. Informantene fra Oslo har vært mer fornøyd enn de andre, men grunnlaget er litt tynt for å si at Oslo er bedre enn de øvrige fylkene. Siden det i små kommuner ofte er slik at de ikke har denne

profesjonen og heller ikke kan tilby sine innbyggere det behovet de har krav på, bør dette gjøres noe med. Spørsmålet er om små kommuner har mulighet til å etablere en slik kompetanse slik at de kan ivareta brukerne på en best mulig måte. Jeg vil nok tro at dette kan være vanskelig derfor er det kanskje nødvendig å ha en interkommunaltjeneste som kan gjøre arbeidet lettere.

Interkommunaltjeneste baserer seg på samarbeid med andre kommuner slik at de kan gi et helhellig, langsiktig og tverrfaglig oppfølging overfor brukergruppen. Samarbeidet skal samle og styrke fagmiljøene, skape attraktive arbeidsplasser og dermed kan kvaliteten på tilbudet kommunene gir bli hevet. En forutsetning er at dialogen mellom kommunene er god. Gruppen CI-brukere er liten, og man bør kanskje legge noen av oppgavene til det Statlige pedagogiske støttesystem (Statped) slik de har gjort for enkelte andre lavfrekvente grupper. Kanskje ikke alle grupper fagfolk vil være helt enig med dette, men det vil øke kvaliteten på tilbudet den enkelte bruker får fordi kompetansen fins i Statped. På denne måten er det lettere for de små kommunene å kunne tilby innbyggene best mulig tjeneste. Intensjonen til departementet om interkommunale tjenester er meget bra, men om det i virkeligheten er mulig for små kommuner å legge alt til rette er ikke sikkert. Store kommuner har en større mulighet til å samarbeide både innenfor samme fagfelt og på tvers. Det er selvfølgelig lettere å etablere et Rådgivningskontor for hørselshemmede i Oslo da fylket er mye mindre i areal og det bor flere mennesker samlet på et sted. Selv om mine andre to fylker er i nærheten av Oslo er det vanskelig å forstå at kommunene ikke har mer kunnskap om det å være hørselshemmet og hvilke behov de har krav på.

Allerede før operasjonen bør kommunene komme på banen. I tabell 4 er det hele 27 informanter som svarer at kommunen ikke har tilbudt dem noen form for informasjon. Jeg vil presisere at det er viktig for informantene at kommunene kommer på banen med en gang de er diagnostisert for en operasjon. I tabell 6 om informasjonen fra kommunene etter operasjonen finner jeg ut at ingen av informantene fra Buskerud fylke fikk informasjon om hva de kan tilby. Alle informantene hadde svart lite bra, noe som tyder på at kommunene ikke har noen spesielle retningslinjer på hvordan de skal følge opp brukerne. Nesten det samme gjelder for Akershus fylke, hvor kun en i undersøkelsen krysset av for nokså bra. Fra Oslo er svarene bedre, noe som igjen kan ha sammenheng med at Oslo har dette Rådgivningskontoret for hørselshemmede, slik at det er her de får oppfølging og informasjon om det å være CI-operert. Jeg vil si at dette er skremmende. Hvorfor kommer ikke kommunene mer på banen når det gjelder deres innbyggere? Er det slik at kommunene har for mye å gjøre slik at de ikke har tid eller mulighet til å følge opp? Kommunene kunne eventuelt ta kontakt med andre instanser for eksempel PP-Tjenesten som skal være en aldersuavhengig tjeneste for at rehabiliteringen rundt den enkelte bruker kan bli bedre. Opplæringsloven henviser til at kommunene v/PPT skal gi råd om opptrening og vedlikehold av ferdigheter. Kvaliteten på tjenesten blir kanskje

bedre og de ville få til et større fagmiljø rundt den enkelte. Når hele 24 av 28 i undersøkelsen svarer at de ikke tror kommunen er bevisst på hva de skal tilby CI-opererte, viser dette at kommunene ikke setter seg inn i problematikken den CI-opererte har. I St.prp. nr. 1 (2007-2008) Kap.9, og i Helse og Sosialdepartementet (2002) står det blant annet ”Kommuner og fylkeskommuner har ansvar for å gi den hørselshemmede og nærpersoner grunnleggende kunnskap om konsekvenser av et hørselstap og hvilke muligheter for tiltak som er mulig”. Derfor er det skremmende å se på svarene i undersøkelsen at dette ikke skjer. Hvordan det er i andre fylker vet jeg ikke, men det tyder på at de andre fylkene i Norge ikke fungerer så mye bedre enn de tre fylkene jeg har plukket ut. Dette begrunner jeg på bakgrunn av pilotprosjektene om rehabilitering av voksne CI-opererte både til Grieg og Øiestad (2008), Bastholm og Knudsen (2008) og doktoravhandlingen til Olaussen (2010) hvor det kom frem at kommunene ikke hadde den kompetanse og den kunnskapen som trengtes for å gi brukerne best mulig opplæring i å takle sin nye livssituasjon. I og med at Rikshospitalet informerer de CI-opererte om hvilke rehabiliteringstilbud de har krav på, gjør dette det enklere for den enkelte å finne frem i systemet til kommunene. Å få til en god rehabiliteringsprosess er viktig for at de CI-opererte skal kunne fungere optimalt i dagens samfunn. De ønsker å komme raskere tilbake til arbeidet og vil ikke være en belastning for samfunnet.

Jeg ser også i tabell 7 over hvordan oppfølgingen har vært etter at de fikk operert inn CI, og der ligger resultatene på skalaen på lite bra og nokså bra. Kun to informanter i undersøkelsen hadde svart at de fikk meget bra oppfølging fra sin kommune. Dette kom av at de visste hva de hadde krav på, og fikk gjennomslag for sine ønsker. Disse to har hatt sitt implantat i gjennomsnitt 14 ½ år. Når hele 23 av 28 informanter i denne tabellen ikke fikk oppfølging fra sin kommune etter CI-operasjonen kan man spørre seg hvorfor det er slik? Kommunene bør sette seg inn i litteratur om hørsel og lovverket slik at de får kunnskaper til å forstå hva brukerne trenger, samt hvor de kan viderehenvise brukerne når det er behov for det. I Helse og Sosialdepartementet (2002) står det at:

*Kommunen forventes å ha kompetanse på hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer, høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, samt psykososiale konsekvenser ved hørselstap (s.29).*

Det sies at kommunene skal ha kunnskap om behovet den hørselshemmede har. Ut fra svarene i undersøkelsen tyder det på at det er mangelfull kompetanse i kommunene. Mange av kommunene plasserer rehabiliteringstjenesten under pleie og omsorgsavdelingen (Helsedirektoratet, 2007). En kan spørre seg om det er riktig å plassere all rehabilitering under denne avdelingen. Mange voksne med

rett til spesialundervisning vil kanskje ikke motta tjenester fra denne avdelingen siden de som regel har med eldre å gjøre.

Rehabiliteringstilbudet til voksne ser ut til å være mangelfullt, selv om den er meget viktig for alle som får CI. Dette gjelder ikke bare hørsel, men også andre typer for funksjonshemming (Conradi og Rand-Henriksen, 2004b). I den grad det eksisterer, er det svært ulikt hva slags tilbud som gis og hva slags innhold tilbudet har. Tjenestene mangler ofte kunnskap og tverrfaglig erfaring som er nødvendig for rehabilitering av CI-opererte. Konsekvensene har vært at man ikke får så stort utbytte av sitt CI som man ellers kunne ha fått. Dette har særlig vist seg gjeldende i forhold til arbeidslivet. Normann (2009) sier at man skal se på rehabiliteringsprosessen som et kunnskapsområde, det kan jeg være enig i da en CI-operert trenger bistand fra forskjellige fagfolk både fra det medisinske, det pedagogiske og selvfølgelig bistand fra kommunene. Svarene i undersøkelsen om hva deres kommune tilbyr gjenspeiler seg i Olaussen (2010) sin doktoravhandling der hun fant ut at rehabiliteringstilbudet til kommunene ikke hadde fokus på brukerne. Det kan se ut som om kommunene tror jobben er gjort når de har utlevert høreapparater og tekniske hjelpemidler, men de fleste CI-opererte har behov for videre oppfølging for å kunne fungerer optimalt i hverdagen.

I Eilertsen (2005) sin kartlegging for Sosial og Helsedirektoratet fant han at det bare er 1 av 65 kommuner som har etablert et tverrfaglig hørselsteam, og 7 av 65 kommuner har opprettet et rådgivningskontor for hørselshemmede. De økonomiske bevilgningene til kommunene gjør nok at kommunene ikke ser seg i stand til å prioritere denne gruppen. Mange av de hørselshemmede klarer seg noenlunde bra og kommunene ser derfor ikke nødvendigheten med slike kontorer. Oppfølgingen av kommunene i Eilertsen sin rapport fortalte også at kommunene ikke tilrettela godt nok, dette støtter de svarene jeg fikk i min undersøkelse i tabell 7 og 8. Kommunene har kanskje ikke nok ressurser eller prioriterer ikke godt nok slik at hørselshemmede blir tilgodesett med det de har krav på.

St.prp.nr.1 (2007-2008) fra Helse og Omsorgsdepartementet har skrevet en Nasjonal strategiplan for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011) der 10 punkter står sentralt. Et av punktene er at kommunene skal ha en sentral rolle i rehabiliteringen. ”Rehabiliteringen skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivået, hjelpe til å endre helseskadelig livsstil og bidra til at flest mulig kan være deltakere i dagliglivet, arbeidslivet og i samfunnslivet”. Kommunene har derfor et stort ansvar for alle sine innbyggere, og for at dette skal fungere må kommunene vise interesse for de hørselshemmede og deres behov for rehabilitering. Rehabilitering er viktig for alle som får CI. Det kan være vanskelig for kommunen å vite hva det vil si å ha et skjult handikap og hvilke



konsekvenser dette kan få for den enkelte bruker. Derfor bør de sette seg inn i denne problematikken.

For at rehabiliteringen skal fungere godt for brukerne er det viktig å få beskjed om det finnes audiopedagoger i kommunene slik at de kan få opptrening i tale-/lyttestrategier og med dette oppnå god mestring. Det er tydelig i svarene i undersøkelsen (tabell 5) at de fleste kommunene ikke har denne profesjonen, da de ikke har tatt kontakt for å tilby det informantene trenger. På grunnlag av dette bør informantene bli henvist videre enten til private audiopedagoger hvis de finnes i kommunen, eller til kompetansesentrene for hørsel i de forskjellige regionene. Kommunene burde ta hensyn til eventuelt reisevei, det er ikke alle brukere som har anledning eller ork til å reise en til to timer for å få en time tale-/lyttetrening etter en operasjon. Kun 8 av informantene i tabell 9 sier at de går til trening hos private audiopedagoger, dette kan tyde på at kommunene ikke har anledning eller mulighet til å finansiere tilbudet. Audiopedagoger har mer kunnskap om hørsel enn andre fagpersoner, de vet hvordan man skal utnytte den hørselen CI-opererte har fått, og hvordan de på best mulig måte kan trene opp både hørsel og munnavlesning. De er også flinke til å hjelpe den hørselshemmede til å lære seg nye mestringsstrategier. Siden gjennomsnittet med CI i undersøkelsen i tabell 18 er 4 år og 3 måneder føler mange at de ikke lenger har det behovet for slik opptrening. Det informantene ikke tenker på er at de allikevel får trening hver dag ved å snakke med familie, venner eller arbeidskollegaer. De hører på radio eller TV og her får de tilgang på lyder de må tolke.

I St.prp.nr.1 (2007-2008) står det blant annet at ” tjenesten må organiseres på en slik måte at de gir innbyggerne tilstrekkelig bistand når de har behov for det, og på den måten de har behov for”. For informantenes skyld og de som kommer etter håper jeg at kommunene begynner å sette hørsel på agendaen da det også står ” kommuner og fylkeskommuner skal gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester”. Når jeg ser disse planene i forhold til min problemstilling skulle det ikke være noen spesielle problemer for informantene, men det er tydelig at informantene opplever det motsatte.

Et rehabiliteringstilbud må bygge på innsats og samarbeid mellom flere instanser, og CI-brukeren må være aktivt med for at et slikt tilbud skal bli utformet riktig. Kommunene må huske på at alle som trenger rehabilitering har ulike behov da de er i ulike faser i livet. Kommunene bør derfor ta utgangspunkt i brukernes rett til å bestemme over viktige forhold, slik at de kan formulere sine egne mål i individuelle planer med hva de har av behov innenfor kommunikasjon, mestring og informasjon. Rehabiliteringen skal også fremme personlig ansvar og mestring slik at brukeren får innsikt og kunnskap i hvilke muligheter som finnes. Derfor er det viktig at brukerne har kontroll over sin egen rehabiliteringsprosess (Laukli, 2007). For å få dette til må de opparbeide

trygghet med fagpersonene som jobber innenfor rehabiliteringen. De voksne CI-brukere har da selv mulighet til å være en viktig medspiller i diskusjonen rundt rehabiliteringen om hva som er til beste for dem. Det er viktig at kommunene prøver å lytte og forstå den enkelte, og de bør kanskje vise mye mer ydmykhet og empati ovenfor sine brukere.

Kommunene burde sette i gang rehabiliteringsprosessen allerede før operasjonen til den CI-opererte, og ta kontakt med andre fagfolk for å få et nettverk som fungerer. Hvilke tiltak som bør settes i gang kan variere fra kommune til kommune i forhold til hva de har av muligheter og hva brukerne trenger. Det kan for eksempel være hvordan de kan opprette et nettverk for den enkelte bruker, hvor i kommunen finner de kompetanse, eller om kommunen har den kompetansen som trengs. Hvis de ikke har kompetanse bør det settes i gang undersøkelser for å finne ut hvor den er. Rutiner i kommunen bør skrives ned slik at det blir lettere for andre ansatte å finne frem senere, blant annet hvordan skal de ta imot henvisninger fra Rikshospitalet eller de andre to sykehusene som gjennomfører CI-operasjonene. Dette er noe av hva kommunene bør gjennomgå for at de skal gi den hørselshemmede eller CI-opererte det de har krav på i rehabiliteringen fra sin kommune.

I undersøkelsen er det 12 informanter som selv har søkt kommunene om tale-/lyttetrening i tabell 9, mens 15 av informantene har fått andre til å søke for seg. Dette tyder på at de fleste i denne undersøkelsen har andre fagpersoner å forholde seg til enn bare kommunen. De yngste informantene har hatt venner som har CI, eller de har selv bedt om å bli henvist til kompetansesentrene for hørsel for videre rehabilitering i forhold til tale-/lyttetrening. Det er lettere for kommunen å avgjøre hva de skal gjøre når brukeren selv er oppgående og vet hva de vil ha. En av informantene skrev ved siden av svaralternativene i spørreskjemaet at han ønsket å gå til en privat audiopedagog, men fikk avslag på søknaden fordi det var et kompetansesenter en times tid unna. Det var vanskelig for informanten å reise dit slik at han kunne ikke ta imot tilbudet fra kommunen. Dette medførte til at brukeren pr i dag ikke har fått andre tilbud. I en helhetstenkning på rehabilitering er det viktig at kommunene ser hele personen.

Hele 92,9 % i undersøkelsen svarte at kommunen ikke tok kontakt med dem for å tilby tale-/lyttetrening. Dette viser igjen at brukerne selv må undersøke sine muligheter og hva de har krav på. Hvor er kommunene? Det kan virke som om de er passivt som system. Informasjonen de CI-opererte får fra Rikshospitalet er derfor svært viktig siden kommunene ikke gjør mye for sine innbyggere. Ikke alle som blir operert er mottakelig med for mye informasjon i starten, derfor må de få gjentatt denne informasjonen flere ganger, eller at de har med seg pårørende som kan hjelpe dem med å tolke og huske alt som blir fortalt.

Jeg ser at alle kommunene har et forbedringspotensiale. Ansatte innenfor kommunene har god generell kompetanse, men når det gjelder fagfeltet hørsel er

den meget mangelfull. Kommunene må bli mer bevisste på at de kan hente fagfolk fra andre etater slik at de kan møte brukerne i samråd med de offentlige dokumentene kommunene skal følge.

Informantenes møte med kommunene fungerer ikke bra, de får ikke tilbud om rehabilitering og de må selv ta initiativ til å søke om tale-/lyttetrening. Det burde ha eksistert et mottaksteam i kommunene slik at de kunne ta vare på brukerne både før og etter operasjonen. Mange av informantene i undersøkelsen måtte selv finne ut av hvor de skulle henvende seg, slik er det vel ikke ment å være. Kanskje skulle ansvaret for de CI-opererte overføres til andre instanser som har mer kunnskap om hørsel. En kan stille spørsmålet om det er rett at kommunene skal ha ansvaret for rehabiliteringen av hørselshemmede når Høresentralene og Hjelpemiddelsentralen i fylkene har kompetanse på feltet. Selv om disse instansene er på et annet forvaltningsnivå bør kommunene benytte seg av deres ekspertise slik at rehabiliteringen kan fungere optimalt for brukerne. Et annet spørsmål man kan stille seg er om kommunene er kjent med de studiene som er gjort. Det å få tid til å sette seg inn i ny litteratur kan være vanskelig hvis ikke kommuneledelsen setter av obligatorisk tid for de ansatte. Det er viktig at de ansatte setter seg inn i hvordan brukerne opplever rehabiliteringstilbudet i sin kommune, eller kanskje kommunene skulle ansette fagfolk som kan ta seg av denne gruppen.

## 5.2 Rikshospitalet og Hjelpemiddelsentralen

Rikshospitalet har rutiner på at de sender ut brev til alle kommunene som får en CI-operert, men hvor brevet blir av er det ingen som vet. Ikke alle i undersøkelsen var klar over at et slikt brev ble sendt ut til kommunene, kan dette komme av at kommunene sier at de ikke har fått brev, eller er brevet bare lagt til side da kommunen ikke vet hva de skal gjøre med det. Er det manglende rutiner i kommunene som er årsaken? Mange kommuner har opprettet hørselskontakter som skal ta vare på de hørselshemmede, men det virker som om informasjonen om den enkelte hørselshemmede ikke har nådd frem til riktig person. Eilertsen (2005) fant ut at 70 % av de spurte kommunene i hans undersøkelse har en kontaktperson for hørsel, men at det var de kommunene som hadde over 20 000 innbyggere som brukte ordningen mest. Fem år har gått siden han gjorde denne undersøkelsen, og ut i fra informantens svar har tilbudet fra kommunene i dag ikke blitt bedre.

For at de CI-opererte i undersøkelsen skal kunne fungere godt ute i samfunnet er det viktig at de tekniske hjelpemidlene er tilstede. Hvilken informasjon kommunene har om dette viser svarene i undersøkelsen. Når hele 24 informanter svarer at de aldri får informasjon av kommunen om tekniske hjelpemidler er det alarmerende. Kommunene er det første stedet informantene skal henvende seg til og når kommunen ikke kan gi dem den informasjonen de skal ha, må kommunen

finne ut hvor de kan sende de CI-opererte for at de skal få det de har krav på. Hvis kommunene ikke vet hvor de skal sende brukerne hvordan skal da brukerne vite hvor de skal gå. Alle kommuner skal ha hørselskontakter som skal ta vare på de hørselshemmede, disse personene er ofte blitt valgt av sine ledere uten at de har den store interessen for fagfeltet. De føler ofte at de har nok med den jobben de gjør og har ikke tid til å sette seg inn i noe nytt. Mange i undersøkelsen har hatt dårlig hørsel lenge, slik at de har over en lengre periode vært knyttet opp mot Høresentralene og Hjelpemiddelsentralene i fylkene. Det er kanskje her de har fått informasjon om CI og andre nye typer hjelpemidler samt fått utlevert de hjelpemidlene de har krav på uten problemer. Ut fra svarene i undersøkelsen viser det seg at ute i praksisfeltet fungerer ikke intensjonene fra departementet om at det er kommunene som skal gjøre jobben. Helse og Sosialdepartementet (2002) sier at det er ”kommunene som har ansvaret for deres innbyggere”, da er det viktig at kommunene begynner å ta dette ansvaret. Et annet synspunkt er om det bør utvikles nye retningslinjer for de som er nærmest virkeligheten slik at det blir lettere for kommunene og brukerne å finne ut hvor de skal henvende seg. Hva med å få PPT/PPOT eller helsesøster i kommunene til også å ta vare på de voksne, slik at de kan henvise dem videre i systemet? I dag er det bare barn og ungdom som blir henvist til disse instansene, det har nok å gjøre med at fagfolkene der har kunnskaper om denne aldersgruppen. Pleie og omsorgsavdelingen tar mest hensyn til den eldre generasjonen hvor mine informanter aldersmessig ikke har kommet.

Teknisk utstyr som for eksempel en teleslynge (TS) eller FM-anlegg, gjør at lydene kommer direkte inn i CI-apparatet uten at det går omveien rundt i rommet. Dette gir en mer direkte lyd, og som oftest bedrer den taleoppfattelsen til den enkelte CI-bruker. Det beste hadde vært at Hjelpemiddelsentralen i fylkene hadde ansvaret for det tekniske. De får opplæring og informasjon når det kommer nye hjelpemidler på markedet, og selvfølgelig kan man ikke forlange at kommuneansatte skal ha de samme kunnskapene. Praktisk tvinger det frem løsninger på tross av intensjoner og ansvarsfordeling da Hjelpemiddelsentralene fungerer best på dette området. Kanskje det er hit informasjonen fra sykehusene skulle gå om at en CI-operasjon er utført på en av kommunens innbyggere, da kan man være sikker på at brukerne får den hjelpen de har krav på.

Tekniske hjelpemidler er nødvendig for alle med CI og de som er tunghørte. Dette kommer også frem i tabell 14 der 71,5 % sier at de aldri eller sjelden hører hva som blir sagt på TV uten ekstra utstyr. Dette beviser at de fleste CI-opererte bruker munnnavlesning som støtte til å høre hva som blir sagt. Det skjer ofte at de som snakker på TV ikke ser rett inn i kameraet derfor blir det vanskelig å få med seg alt som blir sagt for dem CI-opererte.

I forhold til problemstillingen gjør kommunene svært lite for informantene i undersøkelsen. Det beste hadde vært om alle CI-opererte og hørselshemmede

automatisk blir sendt til de etatene som har best kunnskap om hørsel i fylket, og det er Hørecentralen og Hjelpemiddelsentralen. Kommunene gjør pr i dag ikke en tilfredsstillende jobb ovenfor sine brukere, selv om det står i St.prp.nr.1 (2007-2008), Sosial og Helsedepartementet (2005), Helse og Sosial departementet (2002) og Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) hva de skal tilby.

### 5.3 Informanten

For å kunne få svar på min andre problemstilling om hvordan CI fungerer for den enkelte i kommunikasjonsammenheng, har jeg også her sett på de svarene informantene har gitt meg. Generelt ser det ut til at de som er med i undersøkelsen har klart seg meget bra i det samfunnet de lever i selv uten oppfølging fra sine kommuner. Siden det har vært vanskelig å få innvilget hjelp og støtte til tale-/lyttetrening fra kommunene, har de fleste av informantene benyttet seg av egen trening, familie og venner. Familien har hjulpet den CI-opererte med å lære seg å bruke den hørselen de har fått ved at de har hatt samtaler, øvet på telefon og den CI-opererte har hatt tilgang på CD'er, lydbøker og filmer. Dette har hjulpet mange i denne undersøkelsen til å øke deres livskvalitet og mestring i forhold til kommunikasjon betraktelig. Lassen (2004) skriver at det å kommunisere med andre er helt sentralt for å kunne fungere sosialt, dette stemmer også med hva informantene svarer, hvor viktig deres selvtilit, mestring og livskvalitet er for at kommunikasjonen skal fungere.

I undersøkelsen var det fordelt ganske likt mellom de som mistet hørselen sin gradvis og de som mistet den plutselig. Det å miste hørselen kan medføre til psykiske belastninger ikke bare for den hørselshemmede selv, men også for familie og venner. De hørselshemmede må først erkjenne hørselstapet ved å akseptere og de må lære seg å leve med sin nye identitet. Mange som mister hørselen går i stadig angst for å miste den hørselsresten de har igjen på det øret som ikke er operert. Det å kunne snakke med enten fagpersoner eller andre brukere vil kunne ha en positiv innvirkning på den enkelte til å takle hverdagen bedre (Herheim, 2007a). Conradi og Rand-Henriksen (2004a) sier at informantens opplevelse sannsynligvis er knyttet til deres evne til tilpasning. Ut fra svarene viser det seg at de som mistet hørselen gradvis har høyere livskvalitet enn de som mistet hørselen plutselig. Dette kan komme av at de som mistet den gradvis har lært seg å akseptere hørselstapet over lengre tid. Dette gjenspeiler seg tabell 17 der 92,9 % sier at de brukte høreapparat før de fikk operert inn CI.

Hele 35,7 % av informantene i undersøkelsen er kommet i jobb etter at de fikk operert inn CI, og dette er en god gevinst for det samfunnsøkonomiske i landet. Mange CI-opererte vil få en mye bedre livskvalitet ved at de føler at de gir samfunnet noe tilbake. I rapporten fra Sosial og Helsedepartementet (2005) er det skrevet at "det ikke bare er hvor god hørselen ble etter en operasjon, men det

var mer viktig at brukerne opplevde bedring i livskvaliteten". Når brukeren opplevde bedring smittet dette over på familien og det førte til at alle fikk det bedre. I undersøkelsen kom det frem at 12 informanter trivdes meget eller veldig bra i jobben. Dette kan bety at arbeidsstedet også har tatt utfordringen med å tilrettelegge arbeidsplassen for den enkelte, og det har mye å si for både mestringen og livskvaliteten til hver enkelt CI-bruker. Informantene klarer å kommunisere godt med sine medarbeidere og dette gjør at situasjonen blir enklere. Skau (2008) skriver at kommunikasjonen foregår mest ved hjelp av talespråket, og gjennom samtaler sender vi hverandre både verbale og ikke-verbale signaler. Å ha en hørselshemming innebærer for mange arbeidstakere at de må kompensere for funksjonsproblemet ved å bruke ulike strategier og ekstra energi, slik at jobben utføres som forventet. Dette fører til at mange CI-opererte opplever sine jobber som både mentalt og fysisk anstrengende. Frykt for å misforstå kommunikasjonen på jobben kan føre til passivitet og sosial tilbakeholdenhet, noe som kan gi reduksjon i både formell og uformell interaksjon som igjen kan føre til redusert jobbtidfredshet (Lorentsen og Berge, 2003). Resten av informantene fordelte seg på student, trygd og pensjonister. Flere av brukerne som er på trygd skrev ved siden av svaralternativene at de ønsket å være ute i jobb, men det ble for vanskelig. Så lenge rehabiliteringen av de voksne CI-opererte ikke fungerer optimalt kan de ha problemer med å fungere bra ute i arbeidslivet. I begynnelsen bør kanskje den CI-opererte få lov til å slippe å ta telefonen, da ukjente stemmer kan være en utfordring før man blir helt trygg på å bruke sitt CI. De informantene som studerte var veldig bevisst på at de tekniske hjelpemidlene er helt nødvendig for å få fullt utbytte av forelesningene.

Varigheten mine informanter har hatt CI varierer fra 7 måneder til 16 år. En meget stor spredning, men alle har et kommunikasjonshandikap, da de fremdeles er tunghørte. Jæger (2008) skriver at uansett hvordan man tilrettelegger er det slitsomt å lytte når man er tunghørt. De fleste er avhengig av munnavlesning og støtte i form av mimikk og kroppsspråk. Flere av informantene bruker også tegn i kommunikasjon med andre. Det kan komme av at de har brukt tegn før de ble operert og har fortsatt med dette for å gjøre kommunikasjonen lettere mellom familie og venner. En kan lure på hvorfor 17,9 % av informantene bruker tegn i kommunikasjon med andre, er dette fordi kommunene ikke tilrettelegger tale-/lyttetrening i rehabiliteringen godt nok for den CI-opererte? Siden munnavlesning kan være meget slitsomt over lengre tid er det en fin støtte for den enkelte å kunne bruke tegn. Resten av informantene brukte ingen form for tegn i kommunikasjon med andre, og dette tyder på at de fungerer som talespråklige med sin CI. Lorentzen og Berge (2003) fant ut at de fleste ønsker å beholde den kommunikasjonsmetoden de er vant til å bruke etter en operasjon.

Over halvparten av dem som er med i undersøkelsen i tabell 19 svarer at de ikke brukte høreapparat på det andre øret. Dette kan komme av forskjellige grunner,

noen har ikke behov for det eller så klarer de ikke å bruke høreapparat sammen med et CI. Lydene som kommer inn i øret fra de to typene hørselshjelpemiddel er forskjellig, slik at brukene må lære seg å tolke lydene på forskjellige måter. Det kan også forekomme at informantene er døv på det andre øret og da er et høreapparat ikke til hjelp. I Norge er det bare noen få voksne som har fått operert inn to CI, blant informantene i denne undersøkelsen er det 3 av 28. Dette kan komme av at de har hatt problemer med det første CI-apparatet eller de søkte om å få innvilget CI før det ble stoppet av departementet om at to CI for voksne ikke var nødvendig, eller informanten ser ikke nytten av å ha to CI-apparater. Sosial og Helsedepartementet sier til avdeling for kvalitet og prioritering (kunnskapssenteret) i et notat fra 17. September 2007 at "det ikke finnes dokumentasjon av kvaliteten det kreves når det gjelder nytten av to implantater hos voksne, derfor kreves det mer kunnskap for å kunne si noe mer om gevinsten av implantat nr. 2". Hvordan skal vi få dokumentert effekten av to CI når det er så få voksne som får tilbudet? Dette tyder på at vi må vente til de barna som i dag har fått to CI er voksne slik at de kan fortelle oss om nytteeffekten.

Dysthe (2001) skriver at språk og kommunikasjon er et middel for læring og gjør oss til et sosiokulturelt vesen. Språket vårt er her viktig slik at alle skal delta likeverdig, og det er viktig at de CI-opererte får mulighet til å få tale-/lyttetrening innvilget. For at CI-apparatet skal fungere optimalt, er den pedagogiske oppfølgingen etter inngrepet essensielt. Brukerne må lære seg å tolke den informasjonen lydene gir, og veiledning fra fagpersoner kan da være nødvendig. Det å kunne skille talelyd fra bakgrunnstøy kan være vanskelig. I tabell 24 kommer det frem at hele 85,7 % av informantene klarer å skille disse lydene. Kvam (1991) sier at mange tunghørte føler seg døde i sosiale sammenhenger på grunn av bakgrunnstøy eller det er problemer med å kunne munnavlese i lokaler med dempet lys. Dette gjelder også for den CI-opererte da de er tunghørte. Kommunikasjon mellom den CI-opererte og familie, venner eller arbeidskollegaer foregår for det meste ved hjelp av talespråk, men mimikk, fakter og kroppsspråk er også viktig. For de CI-opererte kan det være vanskelig å oppfatte ord og nyanser i språket, og dette kan føre til misforståelser som igjen fører til at de hørselshemmede trekker seg unna all form for samtaler og sosiale sammenhenger.

Enkelte brukere har behov for tale-/artikulasjonstrening som vedlikeholder stemme og taleferdigheter. Dette er spesielt viktig for de med store hørselstap, da de ikke lenger kan oppfatte sin egen stemme (Wie, 2005). Munnavlesning er en av strategiene som mange av de hørselshemmede bruker. Det vil si å forstå talt språk ved å se oppmerksomt på den som snakker. Dette inkluderer å tolke munnbevegelsene som fremkommer ved tale, ansiktsuttrykk og gester den enkelte gjør. Munnavlesning er derfor et redskap i samtalene for å oppnå bedre kommunikasjon. Poenget er å få øye på hele bildet, og ikke tenke bare på en

liten brikke. Får man tak på motivet i setningen er det meste av jobben gjort (Skollerud, 1991). Det er naturlig at de som mister hørselen etter å ha utviklet talespråket i størst mulig grad ønsker å beholde de kommunikasjonsmetodene som de er vant til å bruke i det hørende samfunnet. Det vil i praksis si å basere seg på en kombinasjon av munnavlesning og CI-apparatet. Å trene på munnavlesning er helt grunnleggende, men for personer med små hørselsrester er dette ikke nok for å kunne kommunisere lett og uanstrengt med andre. Munnavlesning har sine begrensninger, det krever full konsentrasjon og er meget slitsomt. Familie, venner, arbeidskollegaer og fagpersoner forventer ofte det umulige av den CI-opererte hvis de mener at vedkommende skal fungere i kommunikasjon med andre utelukkende ved hjelp av disse metodene (Lorentsen og Berge, 2003).

Tale-/lyttetrening er viktig for alle som får operert inn CI. Denne treningen er en prosess som går over lang tid. Det er individuelle forskjeller og det bør bli tatt høyde for at brukerne vil ha behov for ekstra fokus på innlæring av lyder. Mange i denne undersøkelsen har lært seg strategier før de fikk CI, men siden tolkning av lydinformasjonen er ny med CI, må brukerne få ny opplæring. Herheim (2007a) sier at opplæringen av CI-brukere er viktig og alle trenger forskjellig opptrening. Her vil det foregå forskjellige læringsprosesser og et vellykket resultat avhenger av at forholdene blir lagt til rette. Siden det er vanskelig å forutsi funksjonsnivået til en bruker før operasjonen bør det opprettes et kommunalt tverrfaglig team rundt hver enkelt bruker når de blir diagnostisert. Ut fra hva informantene sier blir ikke dette gjort, og brukerne må selv finne ut av hva de har krav på fra kommunen. Bruk av CI medfører at lydene ofte oppleves annerledes enn det man er vant til. Tale-/lyttetrening innebærer at man trener på å lytte til lydene, slik de fremkommer gjennom CI-apparatet. Man lærer å tolke det man hører samt bli fortrolig med de nye lydbildene. Det er viktig å gjøre treningen i reelle kommunikasjons situasjoner og ved hjelp av hørselsteknisk utstyr. Det er brukernes forutsetninger for tilegnelse og bruk av talespråket som gjør at de får en progresjon gjennom hele treningsperioden (Wie, 2005).

De CI-opererte har behov for strukturert og pedagogisk lyttetrening for å få optimalt utbytte av sitt CI. Nebb (2008) sier at selv personer med god taleoppfattelse etter lydpåsettingen kan ha behov for støtte og oppmuntring i utvikling av nye kommunikasjonsstrategier. Det virker som kommunene ikke har nok kunnskaper om det å være tunghørt da det virker som om de ikke ønsker å møte CI-brukeren der de er når det gjelder å få utbytte av sitt CI. Det å tilby brukerne tale-/lyttetrening av fagpersoner som jobber med for eksempel afasi eller fremmedspråklige kan være en hjelp for den enkelte, men hvilken kunnskap har den enkelte om fagområde hørsel er det pr i dag ingen som vet. For at det skal brukes andre grupper fagpersoner er det viktig at de får opplæring



i hvordan de skal forholde seg til den CI-opererte. Kommunene bør prøve å skaffe tilveie fagpersoner som har eller holder på å jobbe med tale-/lyttetrening for CI-opererte eller andre hørselshemmede. Når det gjelder fylkene i denne undersøkelsen, ligger de i nærheten av hverandre, bør det kunne benyttes fagpersoner fra andre steder, slik at de CI-opererte får best mulig utbytte av sin trening. I forhold til de informantene som fikk tilbud om trening med fagpersoner med et annet utgangspunkt, viste det seg at de ikke hadde kunnskap om hørsel. Dette gjorde det vanskelig for noen av informantene å fortsette med treningen. Det kan derfor være en utfordring for voksne som snakker godt, dette kan skape forventninger til normalthørende eller fagpersoner. Det gjør det vanskelig for dem å forstå at brukerne har en utfordring i forhold til utvikling og bevisstgjøring av strategier den enkelte CI-bruker benytter seg av.

Når informantene snakker om selvtillitt og livskvalitet i tabell 26, mener 22 av dem at de har fått det mye bedre etter CI-operasjonen, mens 5 av informantene mener at livskvaliteten er det samme. Siden livskvalitet er en subjektiv opplevelse, er det opp til den enkelte bruker å definere ordet for seg selv. Som oftest har det med følelsene til informantene å gjøre og hvordan den enkelte informant har evne til å tilpasse seg. Det er viktig å bygge opp selvtilliten til de hørselshemmede, men mange føler at kommunesystemet bryter denne ned og at de blir satt utenfor (Conradi og Rand-Henriksen, 2004a). I denne undersøkelsen opplevde de bedring i livskvaliteten noe de andre rapportene i oppgaven støtter. Flere av informantene fungerer meget bra i det daglige selv om de ikke har fått tilbud om rehabilitering. Dette tyder på at de som er med i undersøkelsen har selv tatt ansvaret for sin opptrening. De brukerne som ikke svarte på undersøkelsen er kanskje de det ikke fungerer for. Kommunene bør jobbe mer mot denne gruppen for å finne ut om de trenger rehabilitering.

Når jeg ser på tabell 27 over det å være trygg på å bruke sin CI, og det at de har fått bedre livskvalitet gjør at situasjonen blir lettere når de er sammen med andre personer. Dette viser også at det er en sammenheng mellom trygghet og livskvalitet. Etter hvert som årene går er det tydelig at informantene føler seg mer tilfreds med sitt CI. I tabell 28 kom det frem at 16 informanter i undersøkelsen tør snakke i store forsamlinger, dette tyder på at de føler seg trygg på å bruke sitt CI. For det å skulle snakke i store forsamlinger, stole på seg selv og sin egen stemme kan være en utfordring for mange. Knudsen (2002) sier at de hørselshemmede lager seg strategier for å mestre hverdagen. Strategiene de lager seg gjør at livskvaliteten, selvtilliten og mestringen av livet blir meningsfylt. Kommunikasjonen de har med familie og venner styrker også tilhørigheten de får ved å kunne snakke i store forsamlinger. Det å mestre hverdagen gjør at hørselshemmede kan håndtere situasjoner som oppleves som en utfordring.

Det er gledelig å se at det i denne undersøkelsen er få av informantene som trekker seg tilbake når det er flere personer er samlet. Her svarte 15 av informantene sjeldent eller aldri trekker seg tilbake. Dette tyder på at deres CI fungerer slik det skal, og at brukeren er fortrolig med sine nye hørselslyder. Det å ha CI kan være en utfordring for de fleste, kommunene bør ta kontakt med brukeren for å finne ut om det er noe den enkelte har bruk for selv om de ikke hører fra den CI-opererte. Samhandlingen mellom brukeren og kommunen er viktig selv om de ikke har bruk for kommunens tjenester hele tiden. Ikke alle brukere vet hva de har krav på, og det å sette seg inn i alle lover og forskrifter virker på mange som helt uoverkommelig.

I tabell 31 om informanten hører hva som blir sagt uten å se på ansiktet til den som snakker svarer hele 17 informanter at de aldri eller sjelden hører hva som blir sagt hvis de ikke ser ansiktet. Dette forteller at munnnavlesning og de tekniske hjelpemidlene er meget viktig i forskjellige kommunikasjonsammenhenger. Bruk av telefon med ukjente personer (stemmer) kan også være en utfordring. Dette har grunnlag i at lyden i telefonen ikke har stort nok frekvensområde slik at mange lyder blir misoppfattet. Ved bruk av PC og web-kamera kan kommunikasjonen gå bedre, men hvis det blir forsinkelser av signalene kan det være vanskelig å munnnavlese den som snakker. Selv om kommunikasjonen kan fungere bra når den CI-opererte er i en situasjon der de snakker en til en og det er stille rundt dem, har de problemer hvis det oppstår bakgrunnstøy. Dette kommer frem i tabell 32 at når det er flere enn to tilstede har de problemer. Dysthe (2001) sier at alle perspektiver må tas i bruk ved kommunikasjon. Dette gjelder spesielt for de CI-opererte, de bruker synet, kroppsspråk og den hørselsresten de har og noen bruker i tillegg tegn i kommunikasjonen.

Sammenligner jeg tabellene 33 og 34 ser jeg at det er Høresentralen og ikke fastlegen som gir informantene informasjon. Høresentralen er et sted alle har vært, siden det er her de har fått utlevert sitt høreapparat. Når hørselen blir for dårlig og de ikke kan tilby gode nok høreapparater informerer Høresentralen om muligheten for CI. Hvilken relasjon det er mellom kommunen og Høresentralen varierer nok fra fylke til fylke, men kanskje det burde bli en bedre kommunikasjon mellom disse to etatene slik at brukerne føler at de blir tatt på alvor. Når hele 17 av 28 informantene i undersøkelsen svarte at informasjonen fra fastlegen var lite bra og 9 informanter svarte blankt kan det ikke bety noe annet enn at fastlegene ikke har kunnskap om hørsel og CI. Hva skal gjøres for at alle skal få den nødvendige informasjonen? Fastlegen er første instans vi oppsøker når det er noe galt med oss. Fastlegen bør ha kunnskap eller kjennskap om det meste innenfor medisin og jeg vil si at en operasjon for CI går under det medisinske. Er fastlegen interessert i å sette seg inn i denne problematikken eller føler de at de har for mye å gjøre til å kunne oppsøke denne fagkunnskapen?

Målet med å få operert inn CI er jo at den enkelte skal bedre sine kommunikasjonsferdigheter både med tanke på å forstå og gjøre seg forstått. Kommunikasjon med andre mennesker er en viktig del av vårt liv. Det er gjennom kontakt og kommunikasjon med andre vi lærer og utvikler oss. Nedsatt hørsel medfører at denne kommunikasjonen med andre vanskeliggjøres, og hørselsproblemet har en avgjørende effekt på det sosiale livet vi ønsker oss. Siden vi til daglig er avhengig av å kommunisere med andre mennesker for å kunne være i samhandling, kan dårlig hørsel være en av risikoene for at informasjonen ikke når frem.

CI-brukere og deres familier trenger på et tidlig tidspunkt etter hørselstapet å få saklig informasjon om alternative kommunikasjonsmetoder som for eksempel NMT (Norsk Med Tegnstøtte) eller munnnavlesning, og muligheter og begrensninger ved de forskjellige metodene som kan brukes. Derfor trenger CI-brukerne opplæring i en eller flere kommunikasjonsmetoder. Når flere enn to er tilstede må hele 78,6 % av informantene spørre et familiemedlem eller en venn om å gjenta det som blir sagt. Når flere er tilstede er det som regel vanskelig å munnavlese og få med seg kroppsspråket til de som snakker. Det er vanskelig å følge med i hvem som snakker og når man endelig har fått vite hvem som snakker begynner en ny å snakke. For CI-opererte skjer det ofte at de mister begynnelsen av en setning og av den grunn mister meningen med hva som blir sagt. Den daglige situasjonen for den CI-opererte hjelper dem med å utvikle talespråket. Wie (2005) sier at enkelte har behov for tale-/artikulasjonstrening som vedlikeholder stemme og taleferdigheter, og Lorentsen og Berge (2003) mener at det er grunnleggende å trene på munnnavlesning. Dette gjør det enklere for den enkelte til å oppfatte hva som blir sagt. De fleste CI-opererte gjør dette, men de sier selv at de ikke er bevisste på det.

Trening er det som skal til for at man skal bli god både til å munnavlese og til å tolke de nye lydene et CI gir deg. I undersøkelsen var fordelingen med hensyn til hvor mye de trente varierende (tabell 37). Noen trente mye hjemme mens andre igjen ikke trente i det hele tatt. Ved nærmere undersøkelser i svarskjemaene var det de informantene som hadde hatt CI kortest tid som trente mest og de hadde minst selvtillit ved bruk av sitt nye CI-apparat. Wie (2005) sier at trening er viktig for at en person skal få fullt utbytte av sitt CI.

I den siste tabellen kommer det frem at CI-brukeren mener at venner og nærpå personer ikke trenger kurs/informasjon om CI, siden de selv har informert familie og venner. Ål folkehøgskole, som er nevnt i spørreskjemaet, er et senter for døve hvor brukeren, familien og nærpå personer lærer seg å bruke tegnspråk. I undersøkelsen svarte 19 informanter at de ikke vil at familien skal delta på et slikt kurs, fordi de selv ga familien den informasjon de hadde bruk for. Noen hadde også hatt med seg familien når de var til undersøkelse på Rikshospitalet og de mente at de hadde fått den informasjon de trengte. I og med at den CI-

opererte har med seg en nærpersion både før og etter operasjonen er nok denne informasjonen tilstrekkelig.

#### 5.4 Avsluttende kommentarer

Jeg hadde en hypotese om at kommunene ikke gjør jobben de er pålagt fra Helse og Sosialdepartementet. Brukerundersøkelsen har bekreftet min hypotese om at det kommunale tilbudet til CI-opererte er mangelfullt. Dette tilbudet er kanskje ikke fraværende, men heller ikke stort mer. Kommunene får mer og mer ansvar for sine innbyggere, derfor må kommunene også finne ut at det finnes flere profesjoner enn kun sykepleiere, vernepleier og fysioterapeuter. Det er virkelig et behov for alle typer spesialister i alle kommuner.

I doktoravhandlingen til Olausson (2010) konkluderes det at dagens offentlige velferdssystem ikke makter å imøtekomme den enkelte hørselshemmedes ønsker og behov. Det samme resultatet kom jeg frem til under min problemstilling om hvordan de voksne CI-opererte opplever å bli møtt av sine kommuner. W-Svensson (1999), Gran og Nilsen (2005) og Sosial og Helsedepartementet (2005) kom også frem til de samme resultatene. Hvordan skal vi nå få kommunene til å sette seg inn i de forskjellige typer funksjonshemninger som finnes slik at brukerne føler at de blir tatt på alvor. Det er ikke meningen at de skal ha kunnskaper om alt, men at de vet hvor de kan hente informasjon når behovet oppstår.

Det viser seg at de som har fått operert inn Cochlea Implantat i undersøkelsen er meget fornøyd. Det var selvfølgelig forskjell på informantene som nettopp hadde blitt operert og de som hadde hatt CI i 16 år, men ut fra svarene ser det ut til at alle oppnår bedre kommunikasjon, og de har fått bedre selvtillit og livskvalitet. Dette tyder på at det å mestre sin nye hørsel har vært positivt for informantene, og jeg har fått svar på den andre problemstillingen om hvordan den enkelte fungerer i kommunikasjonssammenheng. Noen har brukt tegnspråk eller NMT (Norsk med tegnstøtte) før de ble operert og har fortsatt med å bruke dette. Dette kan komme av at de selv føler at de må få med seg alt som blir sagt, slik at de ikke er utenfor samtalen. Hadde brukerne fått tilbud om rehabilitering kunne kanskje flere sluttet med tegn i kommunikasjonen med andre. De som ikke svarte på undersøkelsen er kanskje de som virkelig trenger kommunens hjelp og støtte. Det er nå viktig både fra sentralt hold og fra forskningsmiljøene at dette temaet blir tatt på alvor. Om ikke alt for mange tiår vil det bli mange CI-opererte. Barn som i dag blir operert vokser opp og kommer til å trenge de samme tjenestene voksne har behov for. Kommunene må begynne å samhandle mye mer med de voksne enn hva de gjør, for slik det er i dag kan det ikke være fremover. Alle som får operert inn CI er avhengig av sin kommune slik at det kan bli satt i gang en rehabiliteringsprosess. Dette tilbudet må inneholde

kommunikasjon og tale-/lyttetrening for at hver enkelt CI-bruker, slik at de kan lære seg å mestre hverdagen på en positiv måte.

CI vil kunne bety mye i forhold til hørsel og utvikling av talespråk, men CI er et teknisk hjelpemiddel som ikke er så dynamisk som vanlig hørsel, og dette må det tas høyde for siden brukerne ville kunne ha behov for livslang støtte og rehabilitering.

I forhold til mine problemstillinger er det et stort problem at kommunene ikke møter brukerne siden det er kommunen som skal tilby rehabilitering. Mine resultater støtter seg i de rapportene som jeg har brukt i denne oppgaven. Rehabiliteringen er viktig for at brukerne skal få en bedre livskvalitet i forskjellige kommunikasjonsituasjoner.

## Kapittel 6 Oppsummering

Dette kapittelet innholder en oppsummering av mine funn og noen avsluttende kommentarer.

Gjennom mitt arbeid på Briskeby skole og kompetansesenter AS har jeg hørt at mange av de CI-opererte ikke får det tilbudet de har krav på. Derfor ønsket jeg å gjøre en undersøkelse for å belyse hvordan brukerne opplever møtet med sin kommune og hvilken betydning dette møtet har hatt for den enkeltes liv i forhold til rehabilitering med tale-/lyttetrening.

Innledningsvis startet jeg med formålet og problemstillingene, før jeg gikk over til teorien som var grunnlaget for de metodene jeg har brukt. I oppgaven har St. prp.nr.1 (2007-2008) *Kap. 9*, Helse og Sosialdepartementet (2002) *Et helhetlig rehabiliteringsstilbud til hørselshemmede* og Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) stått sentralt i drøftingen av resultatene fra spørreundersøkelsen. Tidligere forskning som i undersøkelsene til Olaussen (2010), Grieg og Øiestad (2008), Bastholm og Knudsen (2008), Sosial og Helsedepartementet (2005), Gran og Nilsen (2005) og W-Svensson (1999) i forhold til brukerens møte med kommunen, om kommunikasjonsstrategier, mestring og livskvalitet støtter dette de resultatene jeg fant i undersøkelsen.

Utvalget besto av 28 informanter som var over 18 år og hadde hatt CI med lyd i minst 6 måneder, brukerne var representert fra Akershus, Buskerud og Oslo. Alle informantene var blitt operert på Rikshospitalet, og det var herfra spørreskjemaet ble sendt ut. Jeg hadde ingen kjennskap til hvem som mottok spørreskjema, dette var viktig for meg å få frem i informasjonsbrevet slik at informantene visste helt fra starten av at de var anonyme.

I brukerundersøkelsen satte jeg fokus på hvilken oppfølging kommunene har gitt både før og etter operasjonen, samt hvordan den enkelte CI-opererte opplever sin egen livssituasjon. Her viste resultatene at brukerne hadde fått bedre livskvalitet etter at operasjonen var gjennomført, men oppfølgingen fra kommunene var meget mangelfull. Dette tyder på at informantene har vært meget beviste på at de måtte trene selv hvis de skulle få nytte av sin CI. Resultatene i forskningen der kommunenes rehabiliteringsstilbud til brukerne kommer frem er ikke tilfredsstillende.

Det finnes offentlige dokumenter som beskriver hvordan tilbud til hørselshemmede kan utformes. Siden hørselshemming er et skjult handikap er det ikke mulig å se på en person om han eller hun hører dårlig, derfor er det viktig at brukerne lærer seg nye kommunikasjons- og mestringsstrategier for å klare hverdagen når en får operert inn CI. Rehabiliteringen i kommunene for de

hørselshemmede er i dag uoversiktlig og det er tydelig mangler på et helhetsperspektiv. Konsekvensene av et hørselstap er ikke vektlagt i rehabiliteringen, som kommunikasjon, mestring, akseptering av hørselstap og det psykososiale ved tap av hørsel. Spesielt har CI-opererte behov for faglig bistand i den første tiden etter et inngrep. Når jeg spurte om informantene viste om kommunen hadde fått informasjon om operasjonen svarte de fleste at de ikke viste. Kommunene bør lage seg rutiner for brev som kommer fra Rikshospitalet da disse inneholder viktig informasjon om den CI-opererte.

For å få bedre hørsel med Cochlea Implantat forutsetter det at brukerne tar i bruk sitt CI og at de trener aktivt for å integrere alle de nye lydene, dette trenger de fleste hjelp til. Noen av informantene brukte tegn i kommunikasjonen, dette kan tyde på at de ikke føler seg helt trygg på å bruke CI. Kanskje kunne det ha hjulpet den enkelte bruker hvis de hadde fått tale-/lyttetrening i forbindelse med rehabilitering til å slutte med tegn. De voksne CI-opererte må i dag selv ta ansvar for at de klarer å utnytte kapasiteten til et CI fullt ut, dette fordi tilbudet om rehabilitering i kommunene jevnt over fungerer dårlig. Det er den nye elektroniske hørselen som gir grunnlaget for at de skal kunne lære seg å tolke de nye lydene. Teknologien i et CI blir stadig bedre, men likevel er den viktigste faktoren for et vellykket resultat at man blir implantert så tidlig som mulig etter hørselstapet, og kommunene må ta ansvar for at rehabiliteringen settes i gang så fort som mulig.

Mange hørselshemmede kan få dårlig livskvalitet på grunn av manglende rehabiliteringstilbud. Et liv i isolasjon er en konsekvens for mange som ikke får den nødvendige oppfølgingen. Nesten alle i denne undersøkelsen hadde fått økt livskvalitet etter at de hadde fått CI, dette på grunn av egentrening. De som svarte at livskvaliteten ikke var så god var de informantene som hadde hatt implantatet kortest tid. Jeg vil tro at jo lenger tid man har et CI jo bedre vil livskvaliteten deres bli, siden de vil klare å mestre hverdagen bedre kommunikativt.

I rapportene til Olaussen (2010), Sosial og Helsedepartementet (2005), W-Svensson (1999), Gran og Nilsen (2005), Grieg og Øiestad (2008) og Bastholm og Knudsen (2008) kommer det frem at rehabiliteringstilbudet til brukerne fra kommunene ikke eksisterer eller er meget dårlig, men at brukernes livskvalitet har økt etter at de fikk operert inn CI. Helsedirektoratet skal nå kartlegge rehabiliterings og habiliteringstilbudet til CI-opererte barn og voksne. En slik kartlegging er nødvendig i arbeid med å sikre alle CI-opererte et fullverdig tilbud uansett hvor i landet de bor. Direktoratet må sette søkelyset på voksne CI-brukere da de fleste undersøkelser blir gjort på barn. Tiltakene kommunen bør gjøre er først og fremst å sette opp et faglig nettverk for den CI-opererte. Da vil det være lettere for den enkelte å finne frem i systemet. Bare det å vite at henvisningen er kommet frem til rette person kan være betryggende for den

enkelte CI-bruker. Kommunen bør ta kontakt med den CI-opererte med en gang for å kunne finne ut hvilke tiltak som trengs. En skulle tro at tilbudet til de voksne i kommunen skulle bli bedre med årene, men det viser seg i svarene i denne undersøkelsen at det ikke har skjedd noen stor utvikling på rehabilitering av voksne.

Når en har fått operert inn et CI forutsetter det at brukerne tar dette i bruk og trener aktivt for å integrere de nye lydbildene. Den elektroniske hørselen gir grunnlag for å ta i mot nye kunnskaper, slik at den enkelte får mulighet til å kommunisere verbalt og bli integrert i en hørende verden. De brukerne som har hatt et talespråk før vil kunne få det lettere i forhold til sin kommunikasjon med familie og venner. CI-brukerne må derfor lære seg å mestre sin nye situasjon. På bakgrunn av resultatene i denne undersøkelsen vil jeg si at kommunene har et stort forbedringspotensial. Et helhetlig rehabiliteringstilbud til de CI-opererte innebærer at de som jobber i kommunene har kunnskap om hørsel og de må kunne bruke hverandres kompetanse i et tverrfaglig team.

Alle CI-opererte må få tilbud om rehabilitering tilpasset deres egne forutsetninger og behov. For CI-opererte innebærer dette fysiologisk, psykososialt og kommunikativt perspektiv i tillegg til å bruke audiopedagog. Kommunene skal kunne lage individuelle planer for hver enkelt bruker og denne må tas i bruk som et verktøy i rehabiliteringsprosessen. De informantene som var i jobb hadde fått bedre selvtillit og en bedre livskvalitet, men de har fremdeles behov for oppfølging da de er tunghørte. Selv om informantene i undersøkelsen klarer seg bra i kommunikasjon med andre, har de behov for litt ekstra støtte. Dette gjelder spesielt like etter at de har fått operert inn CI.

Forskning videre på dette feltet er meget viktig, og når Helsedirektoratet ønsker å kartlegge det videre rehabiliteringstilbudet for CI-opererte er dette meget bra. Viktigheten er at disse forskningsresultatene kommer frem til kommunene. Kommuneansatte må pålegges at de skal sette seg inn i lovverket som kommer, de må også få opplæring slik at de kan tilby brukerne riktig rehabilitering.

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å beskrive informantenes erfaringer og opplevelser av kommunen og hvordan de synes deres nye situasjon er blitt. Funnene og drøftingene viser at de fleste i undersøkelsen har fått en mye bedre livskvalitet etter CI-operasjonen, til tross for at kommunene ikke klarer å sette i gang rehabiliteringen.

Min hypotese om at kommunene ikke gjør jobben sin i forhold til de voksne CI-opererte stemmer. Nå er det opp til hver enkel kommune å finne ut hva som er mulig hos dem. Med litt godvilje er det mulig å få til et godt rehabiliteringstilbud til voksne CI-opererte. Kommunene må bare søke etter kunnskap og bygge opp et tjenestetilbud enten hos dem selv eller i nabokommunen. De bør kanskje ta kontakt med andre forvaltningsnivåer for å få



til et godt tilbud til brukerne. Rehabiliteringen i kommunene med de riktige fagpersonene ville nok føre til at flere ville ha fått større utbytte av sitt CI.

Kommunene må nok først omprioritere de økonomiske bevilgningene for at de kan sette i gang tiltak for å bedre situasjonen for de CI-opererte. De må også sette seg inn i de offentlige dokumentene de er forpliktet til å følge. Det kan være at de som ikke svarte på spørreundersøkelsen er de brukerne det ikke fungerer så bra med i forhold til kommunikasjon, mestring og livskvalitet. Ofte er det de kommunene bør ha kontakt med for å kunne tilby best mulig rehabilitering. Kommunen kan ellers inngå samarbeid med forskningsmiljøene for å sette i gang en aksjonsforskning på feltet.

Denne studien baserer seg på så høy grad av validitet og reliabilitet som mulig. Jeg håper at mine data er valide og har hatt relevans for problemstillingene. For å få svar på mine problemstillinger har det vært viktig å få frem informantens erfaringer. Svarene i denne undersøkelsen har derfor stått sentralt gjennom hele oppgaven. Jeg har prøvd å være så objektiv og bevisst som mulig på at mine egne erfaringer og forforståelse ikke skulle være en hindring.

### Litteraturliste

- Bastholm, R. og Knudsen M. H. (2008). *Opptreningsmodell for voksne med cochleaimplantat. Oppsummering fra pilotprosjekt*. Bodø: Spesialpedagogisk senter i Nordland, Statped Nord.
- Bastholm, R. (2008). Å gjenvinne verdighet. I: *Hørsel-språk og kommunikasjon*, A.L. Hansen, N. Garm og E. Hjermervik, (red.), s. 194-202, Trondheim: Møller kompetansesenter.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Borchrevink, H. M. (2001). *Cochleaimplantat – operer tidlig og gi god oral språkstimulering*. Spesialpedagogikk nr. 10 side 17 – 18. Oslo: Lærerforbundet.
- Cochlear. (2002). *Lærerhåndbok. Nucleus Cochlear Implantatsystem*. Australia: Cochlear Ltd.
- Conradi, S. og Rand-Henriksen S. (2004a). Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: *Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes*, Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg, (red), s. 23 – 34, Bergen: Fagbokforlaget.
- Conradi, S. og Rand-Henriksen S. (2004b). Rehabiliteringsprosessen. I: *Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes*, Lena Lande Wekre og Kjersti Vardeberg, (red), s. 35 - 39, Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dysthe, O. (2001) (red). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Eikemo, T. A. og Claussen T. H. (2007). *Kvantitativ analyse med SPSS*. Trondheim: Tapir forlag.
- Eilertsen L. J., Borud A. B. og Helgø S. (2007). *Lyden av kommunikasjon. Cochleaimplantat hos barn med ulike funksjonshemninger eller døvblindhet*. Andebu: Prosjektrapport AKS.
- Eilertsen, R. T. (2005). *Tilbudet til hørselshemmede i kommunene. Kartlegging blant rehabiliteringsansvarlige i norske kommuner*. Oslo: Rapport utarbeidet for SHDIR.
- Falkenberg, E.-S. (2007). Holistic Aural rehabilitation: a Challenge. I: *Scandinavian Journal of Disability Research*. Vol. 9, No2, 78-90, 2007.

- Gran, A.-L. og Nilsen M. S. (2005). *Voksne døvblitte med cochleaimplantat. Endringer i hverdagen og behov for rehabilitering etter cochleaimplantasjon*. Hovedfagsoppgave, Oslo: Universitetet i Oslo.
- Grieg, S. og Øiestad, M. (2008). *Rehabilitering av voksne med Cochlea Implantat. Rapport fra pilotprosjekt*. Bergen: Statped Vest.
- Grønlie, S. M. (1995). *Når noen ikke hører*. Oslo: Døves Forlag AS.
- Halvorsen, K.(1998). *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomensforlag.
- Hammervold, R. (2008). *En kort innføring i SPSS*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk – etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hellevik, O. (2006). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse og Sosialdepartementet (2002). *Handlingsplan. Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet*. Oslo: Helse og Sosialdepartementet.
- Helsedirektoratet (2007). *Å høre og bli hørt – Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling*. Oslo: Rapport IS-1483.
- Herheim, I. A. (2007a). *Et hørende liv med Cochleaimplantat. Brukererfaring til nytte og inspirasjon*. Lier: ReSonarc prosjekt.
- Herheim, I. A. (2007b). *Ungdom med Cochleaimplantat i videregående opplæring – hvordan opplever de sin skolehverdag og hva savner de?* Rapport fra pilotprosjekt, Lier: Briskeby skole og kompetansesenter as.
- Holand, Aa. (2007). Survey-forskning. I *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*, F. Fuglseth, K. og K. Skogen, (red), s. 41- 51. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Innst.S.nr. 138. (2008-2009). *Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen ved Laila Dāvøy og rehabilitering for cochleaimplanterte barn og voksne*. Oslo: 5.februar 2009.
- Jæger, E. (2008). *Jeg blir så sliten i kroppen av å høre hva du sier*. I: Hørsel-språk og kommunikasjon, A.L. Hansen, N. Garm og E. Hjernervik, (red), s. 194-202, Trondheim: Møller kompetansesenter.

- Knudsen, M. (2002). *Elever med Cochlea-implantat i videregående opplæring*. Hovedfagsoppgave, ISP: Universitetet i Oslo.
- Kvam, M. H. (1991). *Hørselshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langdridge, D.(2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitativ og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Lassen, L. (2004). *Rådgivning – Kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laukli, E. (red.). (2007). *Nordisk lærebok i audiologi*. Bergen, Fagbokforlaget
- Lorentsen, Ø. og Berge A. R. (2003). *Hørselshemmet og arbeid. En brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena*. Rehab-Nor
- Lov av 11. juni 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. Sist endret ved lov 28.12.2009. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
- Mordal, T. L. (1989). *Som man spør får man svar*. Oslo: Tano.
- Nebb, K. E. (2008). Tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Erfaringer fra en helhetlig rehabiliteringsprosess for voksne mennesker med cochleaimplantat. I: *Hørsel-språk og kommunikasjon*, A.L. Hansen, N. Garm og E. Hjermervik, (red), s. 194-202, Trondheim: Møller kompetansesenter.
- Normann, T., Sandvin, J.T. og Thommesen H. (2009). *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuncforlaget.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Tidsskrift Nor Lægeforeningen nr. 16, 2001; 121: 1940 – 1944.
- Olaussen, I. (2010). *Disability, technology & Politics: The entangled experience of being hard of hearing*. Centre for Technology, Innovation and Culture (TIK). Oslo: Unipub AS.
- Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skogen, K. (2006). Forskning: hensikt, innhold og form. I *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*, F. Fuglseth, K. og K. Skogen, (red), s.13 - 19. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Skollerud, S. (1991). *Se hva de sier. Praktisk innføring i munnnavlesning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skollerud, S.(1996). *Kommunikative ferdigheter hos voksne som får nedsatt hørsel*. Hovedfagseksamen i spesialpedagogikk. UiO: Institutt for spesialpedagogikk.

Skau, G. M. (2008). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse*. Oslo: Cappelen Forlag.

Sosial og Helsedepartementet (2005). *Cochlea Implantat (CI) – hjelp til et hørende liv*. Oslo: IS-1363.

St.prp. nr. 1. (2007-2008). *Kap. 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011*, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Wie, O. B. (2005). *Kan døve bli hørende? En kartlegging av de første hundre barna med cochlea implantat i Norge*. Oslo: Unipub AS.

W-Svensson, U. (1999). *Att Höra eller inte höra.... En studie om barn med cochleaimplantat*. Sverige, Lärarhögskolan i Stockholm: Specialpedagogisk påbyggnadsutbildning.

# Vedlegg

Vedlegg 1 – Brev fra NSD

Vedlegg 2 – Informasjonsbrev – sendt til brukerne

Vedlegg 3 – Spørreskjema – sendt til CI-brukerne

Vedlegg 4 – Tabelloversikt til kapittel 5



Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høgløses gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bent-Cato Hustad  
Avdeling for lærerutdanning, kunst- og kulturfag  
Høgskolen i Bodø  
8049 BODØ

Vår dato: 05.05.2009

Vår ref: 21742 / 2 / IE

Deres dato:

Deres ref:

#### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.04.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21742	<i>Hvordan har voksne CI-brukere opplevd kommunens rehabiliterings tilbud etter CI-operasjon?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bodø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bent-Cato Hustad</i>
Student	<i>Wenche Helsingeng</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Wenche Helsingeng, Apalveien 18, 3400 LIER



Til Deltaker

Lier, 06.06.09

**Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse.**

Mitt navn er Wenche Helsingeng, og er audiopedagog ved Briskeby skole og kompetansesenter as. Jeg har i flere år arbeidet med unge og voksne høreapparatbrukere og CI-brukere.

I den forbindelse holder jeg på med master i tilpasset opplæring, med spesialpedagogikk som fordypning ved Høgskolen i Bodø. Min veileder er Bent-Cato Hustad som til daglig jobber på Høgskolen i Bodø, tlf: 75 51 72 00. Jeg ønsker i min masteroppgave å sette fokus på voksne CI-brukere og din opplevelse av hjelpen kommunene gir i forbindelse med tale/lyttetrening. Samtidig ønsker jeg å få et innblikk i hvordan du som bruker opplever din hverdag med CI. Denne studien vil foregå ved spørreskjema.

Dette brevet og spørreskjema er blitt sent ut fra Rikshospitalet, og det er helt frivillig å delta. Jeg vet ikke hvem som får dette brevet og spørreskjema før du sender svaret med eventuelt navn og telefonnummer tilbake til meg. Det hadde vært fint om du skrev navn og tlf. nummer slik at jeg kan ta kontakt med deg hvis det er noe jeg ønsker å fordype meg mer i. Husk på at det ikke er nødvendig å skrive navn og tlf. nummer på hvis du ikke vil. Skulle det være noen uklarheter eller du synes det er vanskelig å svare på noen av spørsmålene, kan du ta kontakt med meg direkte. Sender med en ferdig frankert konvolutt til å returnere spørreskjemaet i. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil være gjenkjennbare i masteroppgaven.

Selv om du svarer på spørreskjema kan du når som helst ombestemme deg og gi beskjed om at du likevel ikke ønsker at dine svar skal bli brukt, dette medfører ingen konsekvenser for deg. Det er kun mulig for meg å finne tilbake til de som har skrevet navn på spørreskjema. Etter at masteroppgaven er godkjent, senest juni 2011, vil alle dine opplysninger bli slettet. Spørreskjema vil bli makulert.

Den kunnskapen du bidrar med og som vil bli skrevet ned i min masteroppgave, vil forhåpentligvis komme andre voksne med CI og kommuner til gode.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Med vennlig hilsen

Wenche Helsingeng  
Audiopedagog/masterstudent

Apalveien 18  
3400 Lier  
Tlf: 32 84 16 48  
Mob: 90 65 57 97

Vedlagt følger: Spørreskjema  
Frankert svarkonvolutt

## Spørreskjema til Masteroppgave Vedlegg 3

- 1 Mann  Kvinne
- 2 Fylke/kommune/bydel
- 3 Er du:  
i arbeid  På trygd  pensjonist
- 4 Hvor lenge etter at du mistet hørselen fikk du informasjon om at du kunne bli CI-operert?  
antall mnd/evt år
- 5 Hvor lenge måtte du vente for å få operasjon (fra første undersøkelsen hos fastlegen/øre/nese/hals legen til operasjonen på Rikshospitalet)  
antall mnd/år
- 6 Har du ett eller to CI?
- 6a Hvis behov for to:  
Står du på venteliste for operasjon av 2. øret?  
Ja  Nei
- 6b Hvor lenge har du stått på venteliste?  
antall mnd/år
- 6c Bruker du nå høreapparat på øret nr. 2?  
Ja  Nei

7 Hvor lenge har du hatt CI?

Antall mnd/år

8 Har du hatt noen form for bivirkninger etter CI-operasjonen?

Hvis Ja: Hva? Svar hvis du ønsker.

9 Brukte du høreapparat før du fikk CI?

Ja  Nei

10 Mistet du hørselen:

gradvis  plutselig

11 Bruker du noen form for tegn i kommunikasjon?

Ja  Nei

12 Er du avhengig av tegn i kommunikasjonen?

Ja  Nei

13 Hvordan var informasjon du fikk om CI fra:

	Lite bra	nokså bra	meget bra	veldig bra
Fastlegen				
Høresentralen				
Andre				

14 Hører du forskjell på talelyd og bakgrunnstøy?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

15 Hører du hva som blir sagt uten å se på ansiktet til den som snakker?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

16 Hører du hva som blir sagt på TV uten ekstraustyr for eksempel teleslynge/FM-anlegg?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

17 Informerer din kommune deg om teknisk utstyr du kan ha nytte av/krav på?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

18 Får du vite om nye hjelpemidler som kommer på markedet av kommunen?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

19 Var det greit å få det tekniske utstyret utlevert?

Ja  Nei

20 Hører du hva som blir sagt når det er flere enn to tilstede?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

21 Tørr du snakke i store forsamlinger?

Ja  Nei

22 Kan du selv kontrollere din stemme?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

- 23 Hvor ofte må du spørre et familiemedlem eller venn om å gjenta det som blir sagt når det er:

	Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid
flere tilstede:				
to tilstede:				

- 24 Har venner/nærpersoner fått informasjon om CI?

Ja  Nei

- 25 Kunne du ønske deg kurs/informasjon for familien (som Ål har for døve?)

Ja  Nei

- 26 Hvor ofte trekker du deg tilbake når flere er samlet?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

- 27 Føler du deg trygg på å bruke CI?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

- 28 Hvordan er selvtilliten din blitt etter at du fikk CI?

Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

- 29 Hvis du er i jobb hvordan trives du nå etter operasjonen?

Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

- 30 Hvordan var informasjonen om tale/lytte trening (rehabilitering) fra kommunen din før operasjonen?

Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

31 Hvordan var informasjonen fra kommunen din **etter** operasjonen?

Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

32 Hvordan var/er oppfølgingen etter operasjonen fra din kommune?

Liet bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

33 Ble det sendt informasjon fra Rikshospitalet til din kommune om din CI-operasjon?

Ja	<input type="text"/>	Nei	<input type="text"/>
----	----------------------	-----	----------------------

34 Tok kommunen kontakt med deg for å tilby tale/lyttetrening?

Ja	<input type="text"/>	Nei	<input type="text"/>
----	----------------------	-----	----------------------

35 Har du selv søkt kommunen om tale/lyttetrening?

Ja	<input type="text"/>	Nei	<input type="text"/>
----	----------------------	-----	----------------------

36 Hvor lang tid tok det før du fikk svar fra kommunen?

Antall mnd

37 Fikk du godkjent søknaden eller ble det avslag?

Godkjent	<input type="text"/>	Avslag	<input type="text"/>
----------	----------------------	--------	----------------------

37a Hvis godkjent:  
Hvor mange timer med tale/lyttetrening fikk du innvilget?

Antall timer

37b Vet du hvilken paragraf kommunen brukte på godkjenningen/avslaget

Ja  Nei

Hvis ja, Hvilken?

38 Kunne kommunen gi deg informasjon om audiopedagoger i kommunen?

Ja  Nei

39 Går du trening hos privat audiopedagog?

Ja  Nei

40 Hvordan ble du tipset om den private audiopedagogen?

41 Hvor mange timer fikk du innvilget av kommunen til bruk hos den private audiopedagogen?

Antall timer pr uke

42 Tror du kommunen din er bevisst på hva de skal tilby CI-brukere?

Ja  Nei

43 Vet kommunen din hva CI er?

Ja  Nei

44 Trener du hjemme?

Nei	Ja litt	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Hvordan trener du hjemme?

- 46 Tror du at den daglige situasjonen gir deg mulighet til å utvikle og bruke talespråket?

Aldri	Sjelden	Ofte	Nesten alltid

- 47 Hvordan var informasjonen fra Rikshospitalet om videre rehabilitering? (hvordan opptrening etter operasjonen burde være)

Lite bra	Nokså bra	Meget bra	Veldig bra

- 48 Opplever du forandring i livskvaliteten din?

Ingen	Samme	Mye

Hvis jeg har behov for en samtale med deg. Kunne du da tenke deg å svare?  
Skriv eventuelt navn, tlf.nr, mail her så tar jeg kanskje kontakt.

---



### Tabelloversikt til kapittel 5

Tabell 1: Fordeling mellom fylkene

Tabell 2: Fordeling etter fylke og kjønn.

Tabell 3: Vet kommunen din hva CI er?

Tabell 4: Hvordan var informasjonen om tale/lyttetrening fra kommunen din FØR operasjonen? \* Tror du kommunen din er bevisst på hva de skal tilby CI-brukere?

Tabell 5: Tok kommunen kontakt med deg for å tilby tale/lyttetrening?

Tabell 6: Hvordan var informasjonen fra kommunen din ETTER operasjonen?

Tabell 7: Hvordan var/er oppfølgingen etter operasjonen fra din kommune?

Tabell 8: Kunne kommunen gi deg informasjon om audiopedagoger i kommunen?

Tabell 9: Har du selv søkt kommunen om tale-/lyttetrening? \*  
Går du til trening hos privat audiopedagog?

Tabell 10: Tekniske hjelpemidler.

Tabell 11: Ble det sendt informasjon fra Rikshospitalet til din kommune om din CI-operasjon?

Tabell 12: Hvordan var informasjonen fra Rikshospitalet om videre rehabilitering?

Tabell 13: Var det greit å få det tekniske utstyret levert?

Tabell 14: Hører du hva som blir sagt på TV uten ekstrasstyr (TS/FM)?

Tabell 15: Livskvalitet og hvordan du mistet hørselen

Tabell 16: Fordeling på sivilstatus.

Tabell 17: Brukte du høreapparat før du fikk CI?

Tabell 18: Hvor lenge har du hatt CI?

Tabell 19: Bruker du høreapparat på det andre øret?

Tabell 20: Har du ett eller to CI

Tabell 21: Har du behov for to CI?

Tabell 22: Bruker du noen form for tegn i kommunikasjon?

Tabell 23: Er du avhengig av tegn i kommunikasjonen?

Tabell 24: Hører du forskjell på talelyd og bakgrunnstøy?

Tabell 25: Kan du selv kontrollere din egen stemme? \*  
Går du til trening hos privat audiopedagog?

Tabell 26: Hvordan er selvtilliten din blitt etter at du fikk CI? \*  
Opplever du forandring i livskvaliteten din?

Tabell 27: Opplever du forandring i livskvaliteten din? \*

### Føler du deg trygg på å bruke CI?

Tabell 28: Tør du å snakke i store forsamlinger?

Tabell 29: Hvis du er i jobb hvordan trives du nå etter operasjonen?

Tabell 30: Hvor ofte trekker du deg tilbake når flere er samlet?

Tabell 31: Hører du hva som blir sagt uten å se på ansiktet til den som snakker?

Tabell 32: Hører du hva som blir sagt når det er flere enn to tilstede?

Tabell 33: Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra høresentralen?

Tabell 34: Hvordan var informasjonen du fikk om CI fra fastlegen?

Tabell 35: Hvor ofte må du spørre et familiemedlem eller venn om å gjenta det som blir sagt når det er flere tilstede?

Tabell 36: Tror du den daglige situasjonen gir deg mulighet for å utvikle og bruke talespråket

Tabell 37: Trener du mye hjemme

Tabell 38: Har venner/nærpersoner fått informasjon om CI? \*  
Kunne du tenke deg kurs/informasjon for familien  
(som Ål har for døve)?

# Masteroppgaver i spesialpedagogikk ved Høgskolen i Bodø, serie ISSN:1504-2863:

1/2004: Svendgård, Karl Jørgen: *Lese-/skrivevansker og henvisninger til PPT. Årsaksforklaringer på omfang henvisninger av lese- og skrivevansker til PPT Indre Salten.*

2/2004: Bakken, Christina: *Å ha et barn med utviklingsforstyrrelse. Foreldres utfordringer, vanskeligheter og mestringsstrategier.*

3/2004: Gaard, Gjertrud: *Tommy og Tigeren og ADHD. Er det mulig at Bill Watterson's tegneseriefigur Tommy har ADHD?*

4/2004: Knutsen, Oddbjørn: *Evaluering av arbeidet mot mobbing i fådeltskolen. Hva kan fremme eller hemme iverksettingen av gjennomføringen av et nasjonalt program mot mobbing ved ei fådelte øyskole?*

5/2004: Schjeldrup, Tove: *Å bo på Trastad Gård. Fortellinger fra dagliglivet på en sentralinstitusjon.*

6/2004: Gunnarsen, Leif Karl: *Matematikkscreening. Om å systematisere undersøkelsen av matematikkvansker i lys av kognitive prosesser eleven kan ha vansker med.*

7/2004: Leiros, Per Jostein: *Differensiering i en inkluderende skole. Hvorfor? Hvordan? Og lykkes de videregående skolene i Narvik.*

---

1/2005: Pettersen, Kjell Rune: *Jenter med ADHD. Hvordan kan flere jenter med oppmerksomhetsvansker og rastløshet bli oppdaget tidligere og få hjelp?*

2/2005: Lauritzen, Linda: *Arbeid med språk i barnehagen. Hvordan kan førskolelærerne fremme språklig bevissthet hos barna i barnehagen?*

3/2005: Laupstad, Solvi: *Foreldreerfaringer fra deltagelse på Carolyn Webster-Strattons kurs, hvordan påvirker erfaringene foreldrenes mestringsopplevelse? En case-studie av det første foreldrekurs i Lofoten.*

4/2005: Gjerstad, Oddny: *Hørselssimulering; et bidrag til styrking av den tilpassede og inkluderende opplæringen av tunghørte elever i en skole for alle? En spørreundersøkelse blant lærere på grunnskolens mellom- og ungdomstrinn i Nordland.*

5/2005: Holdahl, Randi: *Den første lese- og skriveopplæringa i skolen. Om betydningen av tidlig innsikt og tidlige tiltak*

6/2005: Bergerud, G. og Ringdal, L: *Initiativ i kommunikasjon. En casestudie som belyser initiativ i kommunikasjonen hos barn med Downs syndrom.*

7/2005: Olsen, Helen: *Om samarbeid barnevernsinstitusjon – skole. En intervjuundersøkelse med fokus på tilpasning i skole.*

8/2005: Asphaug, Paul: *Hvordan påvirker det fysiske læringsmiljøet ved Selfors ungdomsskole elevenes trivsel og læring? En studie om i hvilken grad det fysiske miljøet har betydning for hvordan elevene trives på skolen og om de oppfatter skolen som et godt sted å lære.*

9/2005: Valen, Randi Elisabeth: *PPT i møte med minoritetsspråklige elever. Hvordan kan PPT og samarbeidende skoler kartlegge læreforutsetningene hos en minoritetsspråklig elev henvist PPT? Et utviklingsarbeid med utgangspunkt i egen utvikling ved PPT for Nord-Troms, og tilhørende skoler med vektlegging på egen innovatørrolle.*

10/2005: Bratteng, Sylvi: *Læringskultur og atferdsvansker. Økt kompetanse i skolens daglige arbeid. Visjon og virkelighet. En litteraturgjennomgang og et aksjonsrettet kompetanseprosjekt.*

11/2005: Bang, Marit: *Olweus-programmet som pedagogisk redskap for relasjonsbygging.*

---

1/2006: Larsen, Ingrid Kolvik: *Musikk og sansemotorikk som spesialpedagogisk virkemiddel. Hvordan gi barn med psykisk utviklingshemming en bedre skolehverdag gjennom et strukturert musikk- og sansemotorisk treningsprogram?*

2/2006: Andreassen, Åse Helene: *Elevatferd som problematferd. Hvilken elevatferd opplever lærere som problematferd?*

3/2006: Danielsen, Hilde Kolstad: *Språktrening med Karlstadmodellen. En casestudie av foreldres erfaring med bruk av Karlstadmodellen i språktrening for barn med språkvansker..*

4/2006: Hansen, Paula Magna: *Differensiering og tilrettelegging i klasserommet. Hvordan har prosjektet "Differensiering og tilrettelegging i videregående opplæring" virket inn på klasseromspraksis ved Bodin videregående skole?*

5/2006: Stornes, Lars-Even: *Å skape en god lærings situasjon for elever med samspillsvansker. Et metodisk- og psykologisk/filosofisk fokus.*

6/2006: Rosø, Anne Mette: *Elevopplevelser av tilpasset opplæring i videregående skole*

7/2006: Myhre, Marit: *De nasjonale prøvene i lesing og skriving. Hvordan kunne om mulig de nasjonale prøvene bidra til å kartlegge elevers lese- og skriveferdigheter/-vansker, med tanke på tilpasning av opplæringen?*

8/2006: Efskind, Ragnhild: *Om innføring i tallene for 6- og 7-åringer. En studie med den hensikt å utvikle og forbedre matematikkundervisningen på begynnertrinnet.*

9/2006: Samuelsen, Brigit: *Arbeid, produksjon, opplæring og valg av videre utdannelse.*

10/2006: Larsen, Liv: *Spesialundervisning og tilpasset opplæring i en videregående skole.*

11/2006: Thrana, Geir: *Veien tilbake til jobb – eller? Effekten av intensive lese- og skrivekurs for voksne med lese- og skrivevansker i attføringsløp.*

12/2006: Halsos, Kristin: *Dysleksi – En gave eller? En studie av voksne som fungerer godt, til tross for dyslektiske vansker.*

13/2006: Iversen, Ingjerd M.: *Evaluering av arbeidet mot frafall i videregående skole. En casestudie ved Melbu videregående skole og Hadsel tekniske fagskole.*

14/2006: Fjærvoll, Espen: *Skolens vektlegging av undervisningen for elever med spesialundervisning. En intervjuundersøkelse ved to Bodø-skoler.*

---

1/2007: Grepperud, Marit: *- "Alene..nei!" Karlstadmodellen i forhold til voksne med afasi.*

2/2007: Frøberg, Heidi, Jeremiassen, Evy: *STRAKS. Et prosjekt for å utvikle en enhetlig og god skriftspråkopplæring i Bodø kommune. Evaluering av prosjektet*

3/2007: Hansen, Tove, Jacobsen, Siw: *Alle har en psykisk helse. – Et innovasjonsarbeid*

4/2007: Solstrand, Turid: *Kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling i skolen – læreres syn på PPTs rolle*

5/2007: Sundt, Janne: *Premature barn. Hvordan fungerer oppfølgingstilbudet for denne gruppen sett i et foreldreperspektiv?*

6/2007: Kari Eldby: *Skolen og jenter med ADHD. Undertittel: Skravlete, fjollete, vimsete, bråkete jenter blir til skravlekjerringer – akkurat som mora si!*

7/2007: Ann Rigmor Hakstad Navjord og Randi Stranda:  
*Språket som døråpner - eller et hinder for deltakelse og utvikling? Språkstimulering i to barnehager med få minoritetsspråklige barn.*

8/2007: Rakel Magdalene Flaaten:  
*Samarbeid mellom skole og barnevern i en liten Nordlandskommune*  
*- En intervjuundersøkelse*

9/2007: Øvrevoll, Torunn (2007) *"Mellom barken og veden". Særlige utfordringer knyttet til barn og ungdom med Asperger syndrom.*

10/2007: Pettersen, Sissel (2007) *Arbeid mot frafall i videregående skole. Fra plan til tiltak.*

11/2007: Krogtoft, Bjørn-Arne(2007) *Dysleksi: en mirakelkur*

12/2007 Tone Salomonsen: *Utprøving og evaluering av læremidlet Minimatteklubben*

---

1/2008 Anne Mary H. Cebakk: *Hvordan er livet ditt? En casestudie basert på livshistorien til et fysisk funksjonshemmet barn*

2/2008 Eli Margrethe Ringkjøb: *Frafall i videregående skole. Elevens perspektiv. En single case studie*

3/2008 Lars Gjøviken og Torill Valøy Gjøviken:  
*Hvordan kan dataprogrammet "Skrive med bilder" brukes til skriftspråkstimulering?*

4/2008 Siri Grytøyr: *Barnehagen og læring*  
*En kvalitativ undersøkelse om synet på læring i barnehagen*

5/2008 Marit Pettersen: *Fra visjon til virkelighet. Evalueringer fra implementering av individuelle opplæringsplaner i barnehagen.*

6/2008 Hege Dahl Edvardsen: *Screeningtesten Språk 6-16 - Hvordan avgrenses testresultatet i ei elevgruppe i en mindre Nordlandskommune?*

7/2008 Berit Bjørnerud: *Hjelp for stamming med IKT som verktøy.*

8/2008 Karin Elisabeth Bruteig: *Ikke en dag uten! Sangen som verktøy i spesialpedagogisk arbeid.*

9/2008 Nina Røberg: *Læreres problemoppfatning og behov for støtte. Er det behov for supplerende veiledningstjenester?*

10/2008 Marianne Hunstad: *Sansehus - et trygt sted å være, et godt sted å lære*  
*- Hvordan utvikle en håndbok med aktuelle perspektiv på sansestimulering?*

11/2008 Rebekka Hagen Nykmark: *Språklige ferdigheter og vansker hos elever med lette og moderate hørselstap. En kartleggingsundersøkelse med bruk av "Språk 6-16".*

12/2008 Greta Skramstad og Nils Roger R. Mathisen: *Generelle lese-/skrivevansker i grunnskolen med dens oppfølgende henvisninger til PPD Sør-Troms. En tilnærming til skolens grunnlagsdokumentasjon*

13/2008 Heidi Mikalsen: *Én skole for alle? En tematisk livshistorieforskning med fokus på tilrettelagt opplæring.*

14/2008 Harry Mikalsen: *"Ikke gi dem svarene og løsningen først, men vis dem målet..." Hvordan påvirker Læringsplakaten våre arbeidsmåter?*

---

1/2009 Synnøve Ødegård: *Tilpasset opplæring i grunnskolen tidsrommet 1970 til 2008 - en historisk dokumentanalyse*

2/2009 Tone Bruland: *Særskilt tilrettelegging og tilpasning i LOSA*

3/2009 Merethe Olsen: *Bodø-modellen. Den nye desentraliserte og nettverksbaserte organiseringen av PPT i Bodø kommune*

## Masteroppgaver i tilpasset opplæring ved Høgskolen i Bodø, serie ISSN:1890-4998

1/2008 Trond Lekang: *Evalueringer fra oppfølgingsarbeidet av nyutdannede lærere*

---

1/2009 May Linc Tverbakk: *"...men nå er det inni hodet mitt..." En studie av monoritetspråklige elevers vilkår for utvikling av ordforråd i skolen*

2/2009 Åshild Botolfsen: *Når skal du begynne å undervise? Læringsarbeid i klassemøtet. Med vekt på klasseledelse og elevmedvirkning*

3/2009 Kathrin Olsen: *Erfaringer fra et foreldreveiledningsprogram for foreldre til barn med autismspekterdiagnoser*

4/2009 May-Britt Benjaminsen: *Hvorfor akkurat meg? Erfaringer fra en mangelfull tilpasset opplæring i skolen*

5/2009 Jan-Harald Notgevich: *Vi er i hvert fall best i verden når det gjelder trivsel*

6/2009 Hege Kristin Bang: - *Hvordan tilrettelegges matematikkundervisningen for de faglig sterkeste elevene på småskoletrinnet?*

7/2009 Marita Andreassen, Randi Pettersen: *Et alternativt medikamentfritt treningsprogram for elever med ADHD. Metode utviklet ved Dore-senteret i London*

8/2009 Anne Grete Ellingsen: *Hva skal nå barn med kunst? En casestudie om barns opplevelser og erfaringer med kunsformidling i skolen*

9/2009 Marit Skaret: *Innovasjon i skolen. Samarbeid rundt elever med store funksjonsnedsettelse*

1/2010 Sidsel Boldermo: *Hvordan kan man i barnehage bidra til at barn med innadvendt atferd mestrer sosial samhandling? Et mestringsperspektiv på innadvendt atferd*

2/2010 Lill A. Sørensen; *Kan elever gjennom systematisk og veiledet skriving av begreper utvikle sin forståelse i matematikk? Gjennomføring av en innovasjon med bruk av digitalt verktøy for skriving i matematikk.*

3/2010 Elisabeth Berg; *Lesing i skuddet. Et leseprosjekt i videregående skole*

4/2010 Geir Selnes; *Matematikklærerens sin forståelse og beskrivelse av hvordan tilpassa opplæring bør utføres i klasserommet*

5/2010 Vibeke Øie; *Arbeid med lesestrategier på 7. trinn – nyttig del av læringsarbeidet eller bortkastet tid?*

6/2010 Susan Diana Andreassen; *Tilpasset opplæring – fra begrep til praksis. Med fokus på arbeid med muntlighet i Norskfaget*

7/2010 Sigrun Anne Sandnes; *"Kan vi vente med å se?" Hvordan observerer barnehagen barn som er i risikozonen for å utvikle språkvansker, og hva blir gjort for å forebygge slike vansker?*

8/2010 Lill-Karin Pedersen; *Early Years Literacy Program- en helhetlig undervisningsmetode. En undersøkelse av hvordan "EYLP" kan styrke selvoppfatning, mestring og motivasjon hos elever i lese- og skriveopplæringen, som ikke får den utvikling som forventet.*

9/2010 Trine-Lise Varfjell; *Gutter og lesing*

10/2010 Nina Krogstad; *Hvilke tiltak benytter skolen seg av når de legger til rette for faglig og sosial utvikling hos elever med diagnosen ADHD? En survey-undersøkelse med bruk av prestrukturert spørreskjema*