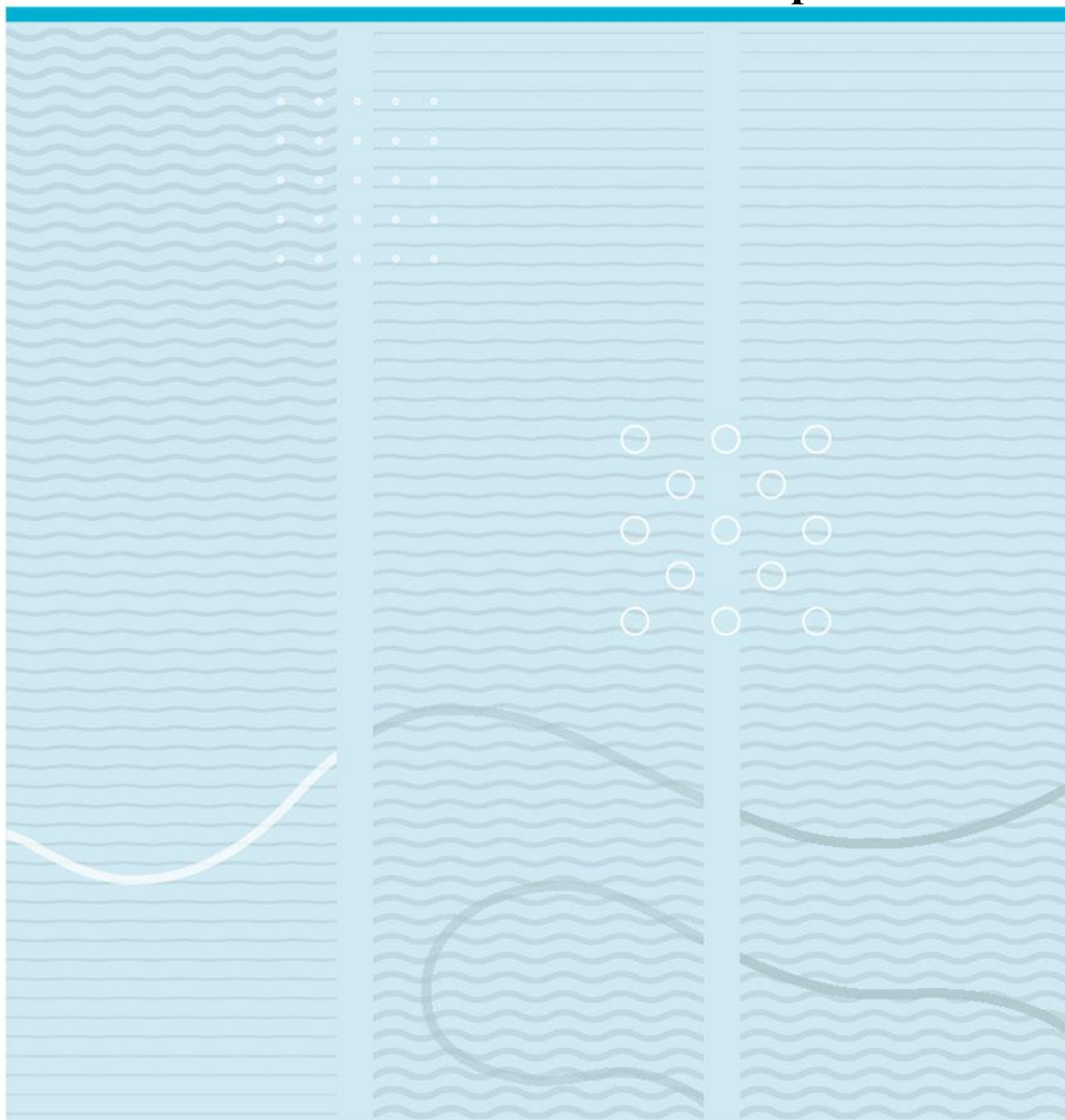


Frødis Straume

# Hvilke erfaringer har helsepersonell i hjemmetjenesten med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under Covid-19-pandemien?





Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Frøydis Straume

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng



# Sammendrag

**Tittel:** Hvilke erfaringer har helsepersonell i hjemmetjenesten med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under Covid-19-pandemien?

**Bakgrunn:** Hørselstap er meget utbredt blant eldre, og kommunikasjonen påvirkes når hørselen svikter. I løpet av pandemien har vi opplevd strenge smitteverntiltak og store endringer i hvordan vi forholder oss til omgivelsene og menneskene rundt oss. Alle tiltakene som har blitt iverksatt for å skape nødvendig avstand og skjerme personer med underliggende helseproblemer har forverret isolasjonen for hørselshemmede eldre dramatisk. Utstrakt bruk av munnbind har gjort det umulig å lese på leppene, og bruken av telekommunikasjon har økt betraktelig.

Jeg fant en del forskning på hvordan hørselshemmede eldre opplevde kommunikasjonen under pandemien. Jeg fant imidlertid lite forskning som beskrev helsepersonells erfaringer, og ville derfor å forsøke å få frem deres erfaring med og refleksjoner rundt kommunikasjon med hørselshemmede eldre i en utfordrende tid.

**Formål:** Formålet med studien var å få mer kunnskap om kommunikasjon mellom hørselshemmede eldre og helsepersonell i hjemmetjenesten under Covid-19-pandemien. Jeg ville finne ut hvilke erfaringer helsepersonell hadde tatt med seg fra denne tiden, og om disse erfaringene hadde endret måten de kommuniserte med de hørselshemmede. Jeg håpet at deltakerne i studien ville gå tilbake til arbeidet sitt i hjemmetjenesten med et økt engasjement og en økt bevissthet rundt kommunikasjon og hørselstap blant eldre, og dermed ønske om å bidra til en positiv endring i praksisfeltet.

**Metode:** Studien min har et kvalitativt utforskende design, med en hermeneutisk tilnærming. Utvalget består av en sykepleier og to helsefagarbeidere fra en hjemmetjeneste i en bykommune i Sør-Norge. Datamaterialet ble samlet inn i et fokusgruppeintervju, og analysen av datamaterialet ble foretatt etter Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultat:** Det første hovedfunnet viste en tendens til at deltakerne så på kommunikasjon med hørselshemmede som noe «de bare gjorde», og som de ikke tenkte så mye over. Deltakerne mente at kommunikasjonen ikke hadde endret seg noe særlig siden før pandemien. Samtidig sa de at de ikke snakket like mye med de eldre som før, og at det hadde vært mindre og dårligere kommunikasjon som følge av smittevernrestriksjonene. Munnbind gjorde det vanskelig for hørselshemmede eldre å lese på leppene. Deltakerne valgte da som da ofte å snakke høyt, tydelig og sakte, til tross for at forskning viser at det ikke er en særlig hensiktsmessig strategi.

Det andre hovedfunnet viste at det ikke ble satt i gang noen spesielle kommunikasjonstiltak for hørselshemmede eldre, til tross for nedstengning av aktiviteter og kansellering av besøk og tiltak på helsehjelp. Deltakerne mente det ikke var noe behov for å bruke digitale hjelpemidler for hørselshemmede. De trodde ikke at deres brukere var i målgruppen for å bruke slike hjelpemidler, men at gammeldags toveiskommunikasjon fungerte best. Det var enighet om at virksomheten ikke hadde noen digitale hjelpemidler tilgjengelig for brukerne. De kjente heller ikke til om det fantes rutiner eller retningslinjer for bruk av slike hjelpemidler.

**Konklusjon:** Hovedresultatene i studien kan tyde på at det er lite bevissthet og kunnskap knyttet til kommunikasjon med hørselshemmede blant helsepersonell i hjemmetjenesten. Deltakerne opplevde ikke kommunikasjon med hørselshemmede eldre som spesielt utfordrende. Det ble ikke iverksatt tiltak eller brukt digitale kommunikasjonsverktøy til tross for at strenge smitteverntiltak og nedstengte aktiviteter førte til at mange eldre ble isolerte.

**Nøkkelord:** hørselshemming, hørselstap, eldre, hjemmetjeneste, kommunikasjon, kommunikasjonsstrategier, covid, erfaring.

# Abstract

**Title:** What experiences do healthcare personnel in home care have with communication with hearing-impaired elderly during the Covid-19 pandemic?

**Background:** Hearing loss is very common among the elderly, and communication is affected when hearing fails. During the pandemic, we have experienced strict infection control measures and major changes in how we relate to our surroundings and the people around us. All the measures that have been implemented to create the necessary distance and shield people with underlying health problems have dramatically worsened the isolation of the hearing-impaired elderly.

Widespread use of masks has made it impossible to read lips, and the use of telecommunications has increased considerably.

I found some research on how hearing-impaired elderly experienced communication during the pandemic. However, I found little research that described healthcare personnel's experiences, and therefore wanted to try to bring out their experience with and reflections on communication with hearing-impaired elderly people in a challenging time.

**Aim:** The purpose of the study was to gain more knowledge about communication between hearing-impaired elderly and healthcare personnel in home care during the Covid-19 pandemic. I wanted to find out what experiences healthcare personnel had taken with them from this time, and whether these experiences had changed the way they communicated with the hearing impaired. I hoped that the participants in the study would return to their work in home care with an increased commitment and an increased awareness of communication and hearing loss among the elderly, and thus a desire to contribute to a positive change in the field of practice.

**Method:** My study has a qualitative exploratory design, with a hermeneutic approach. The committee consists of a nurse and two health professionals from a home service in a city municipality in southern Norway. The data was collected in a focus group interview, and the analysis of the data was carried out according to Malterud's systematic text condensation.

**Result:** The first main finding showed a tendency for the participants to see communication with the hearing impaired as something they "just did" and did not think much about. The participants believed that communication had not changed much since before the pandemic. At the same time, they said that they did not talk to the elderly as much as before, and that there had been less and poorer communication as a result of the infection control restrictions. Masks made it difficult for the hearing-impaired elderly to read lips. The participants often chose to speak loudly, clearly and slowly, despite research showing that this is not a particularly appropriate strategy.

The second main finding showed that no special communication measures were initiated for the hearing-impaired elderly, despite the closure of activities and the cancellation of visits and measures at health care. The participants thought there was no need to use digital aids for the hearing impaired. They did not believe that their users were in the target group to use such aids, but that old-fashioned two-way communication worked best. It was agreed that the business did not have any digital aids available to users. They also did not know whether there were routines or guidelines for the use of such aids.

**Conclusion:** The main results of the study may indicate that there is little awareness and knowledge related to communication with the hearing impaired among health personnel in home care. The participants did not experience communication with hearing-impaired elderly people as particularly challenging. No measures were taken or digital communication tools used, despite the fact that strict infection control measures and closed activities led to many elderly people becoming isolated.

**Keywords:** hearing impairment, hearing loss, elderly, home care, communication, communication strategies, covid, experience.



## Forord

Da jeg høsten 2018 meldte meg på kurset «Geriatrisk vurderingskompetanse» på Bakkenteigen i Vestfold, hadde jeg ingen anelse om at jeg skulle sitte her fire år senere og skrive forordet på masteroppgaven min. Drivkraften min var da, og er fremdeles, lysten til og ønsket om å lære mest mulig om aldring og helse. Etter hvert viste det seg at veien til mer relevant kunnskap for meg var en masterutdannelse i klinisk geriatrisk helsearbeid, og da var valget enkelt.

Å jobbe med masteroppgaven har vært en prosess; - utfordrende, men også veldig lærerikt og interessant. Det har vært enkelte tunge perioder underveis, hvor frustrasjonen har truet med å ta overhånd. Men heldigvis har disse blitt avløst av perioder med mestringsfølelse og optimisme. Det har ikke bare vært en bratt læringskurve, men også en jevn tilførsel av ny kunnskap.

Det er flere som skal takkes for sitt bidrag til denne masteroppgaven. Først og fremst vil jeg takke deltakerne i studien for at de hadde overskudd til å bidra til forskning i en krevende tid med pandemi og høyt arbeidspress. Uten dem ville jeg ikke hatt noe å forske på.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Lena Gutenberg Heyn, som med sitt engasjement og sin enorme kompetanse har gitt meg mange gode innspill og guidet meg gjennom prosessen.

Til slutt vil jeg takke min mann fordi han alltid var der og minnet meg på at motivasjonen min for å sette meg på skolebenken igjen i voksen alder var at det skulle være noe positivt, noe som var gøy. Og det har det vært.

Drammen, 13. januar 2023

Frøydis Straume

*«Man kan ikke ikke kommunisere».*

-Paul Watzlawick-

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>10</b>
1.1	Introduksjon .....	10
1.2	Bakgrunn og tema .....	12
1.3	Relevant forskning – kunnskapsstatus .....	15
1.4	Avgrensning og problemstilling .....	17
1.4.1	Problemstilling.....	17
1.4.2	Begreper i problemstillingen .....	17
1.5	Opplegg og disposisjon.....	18
<b>2</b>	<b>Teori .....</b>	<b>19</b>
2.1	Begrep .....	19
2.1.1	Forståelse .....	19
2.1.2	Forståelseshorisont .....	19
2.1.3	Forforståelse/fordommer.....	20
2.1.4	Den hermeneutiske sirkel.....	20
2.2	Kommunikasjonsmodell/kommunikasjonsteori .....	20
2.2.1	Schramms kommunikasjonsmodell .....	20
2.2.2	Relasjonell kommunikasjonsteori.....	22
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>24</b>
3.1	Design.....	24
3.1.1	Litteratursøk.....	24
3.2	Utvalg .....	25
3.3	Rekruttering .....	26
3.4	Datainnsamling.....	26
3.4.1	Intervjuguiden .....	27
3.4.2	Intervjusituasjonen.....	27
3.5	Analyse av data.....	28
3.5.1	Oppsummering av inntrykk .....	28
3.5.2	Meningsbærende enheter – koding.....	29
3.5.3	Kondensering.....	29
3.5.4	Syntese .....	30
3.6	Etikk og personvern.....	31

3.7	Refleksjon rundt metodevalg .....	32
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>35</b>
4.1	Påvirkning på kommunikasjonen.....	35
4.1.1	Avstand mellom helsepersonell og brukere .....	35
4.1.2	Kommunikasjon med smittevernutstyr .....	36
4.2	Hjelpemidler og tiltak .....	37
4.2.1	Nedstengte aktiviteter og tiltak.....	38
4.2.2	Digitale kommunikasjonsmetoder.....	39
4.2.3	Hørselshjelpemidler .....	39
<b>5</b>	<b>Drøfting av resultatene.....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>57</b>
6.1	Implikasjoner for praksis .....	58
6.2	Videre forskning .....	59
<b>7</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>64</b>
7.1	Intervjuguide .....	64
7.2	Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	65

# 1 Innledning

Innledningsvis vil jeg presentere bakgrunnen for studien. Jeg vil vise den forskningsmessige og politiske kontekst oppgaven relaterer seg til, og hvorfor jeg anser temaet som interessant og relevant. Disse forholdene vil danne grunnlaget for min utforming av problemstilling og forskningsspørsmål. Til slutt i innledningskapittelet vil jeg kort redegjøre for oppgavens struktur og oppbygging.

## 1.1 Introduksjon

Denne studien omhandler kommunikasjon med hørselshemmede eldre, og hvilke erfaringer helsepersonell i hjemmetjenesten har gjort seg under Covid-19-pandemien. Målet er å bidra til økt bevissthet og kunnskap rundt kommunikasjon med hørselshemmede eldre, og hvis mulig, få frem ny kunnskap som vi kan dra nytte av fremover. Hva har vi lært, og hva kan vi ta med oss videre i praksis. Interessen for dette temaet ble for alvor vekket våren 2021, da jeg sammen med en medstudent skrev en oppgave om sansesvikt blant hjemmeboende eldre. Vi oppdaget da hvor lite kjent og undervurdert hørselshemming var, til tross for at hørselshemming er vanlig blant eldre og assosiert med økte behov for helsetjenester (Deardorff et al., 2021).

Hørselshemming er en av de mest utbredte sensoriske manglene, og fordi tap av hørsel påvirker kommunikasjonsevnene, er mennesker med hørselshemming gjenstand for større utfordringer med kommunikasjon og lavere livskvalitet enn mennesker med normal hørsel (Andrusjak, 2020). Hørselstap er dessuten assosiert med raskere kognitiv og fysisk aldring, noe som blant annet innebærer økt risiko for depresjon, demens, dårligere balanse, fall, sykehusinnleggelse og tidlig død (Davis, 2016).

I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å utrede tilbudet til hørselshemmede (Helsedirektoratet, 2020). Helsedirektoratet så at tilbudet til hørselshemmede var sammensatt og vanskelig å få oversikt over, ikke minst ansvarsforholdene og rollene. Med et stadig økende fokus på at de eldre selv skal ha en mer aktiv rolle i å mestre eget liv (Helse- og omsorgsdepartement, 2018), vil behovet for verktøy og tjenester som tilrettelegger for egenmestring også øke. Siden dette i dag er mangelfullt i hørselsomsorgen, kom rapporten med anbefalinger om at informasjons- og veiledningsmateriale forbedres. Det kom også anbefalinger om

at den hørselsfaglige kompetansen i kommunen styrkes, da kommunen har en sentral rolle i store deler av rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2020). Innen denne rapporten var ferdigstilt, var imidlertid Covid-19-pandemien i full gang, noe som har preget helse- og omsorgstjenestene siden. Det ville dermed være meget interessant å forsøke å få frem helsepersonells erfaringer og refleksjoner rundt kommunikasjon med hørselshemmede eldre i denne tiden, og om pandemien hadde hatt noen innvirkning på denne kommunikasjonen.

Siden Covid-19-pandemiens inntog i verden i 2020 har det blitt iverksatt store, og til dels, inngripende smitteverntiltak med tanke på å beskytte befolkningen og forhindre ytterligere spredning av viruset. Tiltakene som ble iverksatt for å skape nødvendig avstand og skjerme personer med underliggende helseproblemer, forverret isolasjonen for hørselshemmede eldre dramatisk. Utstrakt bruk av munnbind gjorde det umulig å lese på leppene, og bruken av telekommunikasjon økte betraktelig (Maru et al., 2021). Med andre ord ville altså virkningene av Covid-19-pandemien kunne ramme eldre spesielt hardt, og forskning viste at behovet for hørselshelse og effektiv kommunikasjon var viktigere enn noensinne. Eldre, spesielt de med hørselshemming, er særlig utsatt for en opplevelse av at kommunikasjonen med omverdenen bryter sammen og dermed økt isolasjon. For å klare å opprettholde en god relasjon og interaksjon med disse eldre, må helsepersonell engasjere seg i og lære seg hvordan man benytter kommunikasjonsstrategier. Forskning viste at helsepersonell, med bevissthet og gode kommunikasjonsteknikker, ville kunne bidra til inkludering og redusere isolasjon og marginalisering av mennesker med hørselstap (Maru et al., 2021). Bruk av høreapparat kunne bidra til å redusere tapet av signaler, men kan ikke gjenopprette hørselen.

I sin nasjonale veileder om velferdsteknologi, anbefalte Helsedirektoratet kommunene å ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenestene under pandemien. Hensikten var å skjerme både brukere av helsetjenestene og helsepersonellet fra smitte gjennom direkte personkontakt, samt å motvirke ensomhet og isolasjon (Helsedirektoratet, 2019a). Imidlertid manglet det studier som undersøker resultatene av denne veilederen.

Men det fantes flere studier som omhandler hørselshemmede eldre og deres utfordringer med kommunikasjon som følge av smittevernrutiner under pandemien. Utstrakt bruk av munnbind skapte store utfordringer i den daglige kommunikasjonen for eldre med hørselshemming, og førte til redusert livskvalitet hos mange (Homans & Vroegop, 2021, s. 531). Selv om smittevernrutiner

som munnbind, visir og sosial avstand var en nødvendighet i en tid med pandemi, kunne det få store psykiske og kognitive konsekvenser for eldre med hørselshemming. Bruk av digitale verktøy ville kunne være en bidragsyter i arbeidet med å redusere den sosiale avstanden, men måtte ikke gå på bekostning av verbal kommunikasjon. Psykologisk støtte fra helsepersonell var viktig for de eldre, blant annet fordi informert samtykke var basert på tydelig kommunikasjon og forståelse av det som ble sagt (Brotto et al., 2021a).

Det fantes altså en del studier som beskrev ulike aspekter ved kommunikasjon sett fra hørselshemmede eldre sitt ståsted. Til sammenligning fantes det ikke mye forskning som belyste helsepersonells perspektiv og deres opplevelse av kommunikasjon med eldre hørselshemmede under pandemien. Kommunikasjon med andre mennesker er komplekst, og helsepersonell må inneha en rekke ferdigheter for å kunne kommunisere på en måte som er faglig velfundert og til hjelp for brukerne (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjonen består av et samspill mellom det verbale og non-verbale, og avstand og smittevernutstyr vil kunne utfordre dette samspillet. Helsepersonells perspektiv var viktig for å kunne belyse pandemiens påvirkning på kommunikasjon med hørselshemmede i hverdagen, og for å få frem eventuelle mangler eller behov for endringer.

Målet med studien var å forsøke å få frem helsepersonells erfaringer med kommunikasjon med hørselshemmede eldre som mottar helsetjenester i egen bolig. Jeg ønsket å bidra til økt bevissthet og kunnskap om tematikken til alle i helse- og omsorgstjenesten som arbeider med hørselshemmede eldre, hørselshemmedes pårørende og nettverket rundt dem. Håpet var at denne kunnskapen ville bli et utgangspunkt for nye rutiner og prosedyrer som kan brukes i praksis, hvis vi på nytt skulle befinne oss i en pandemi.

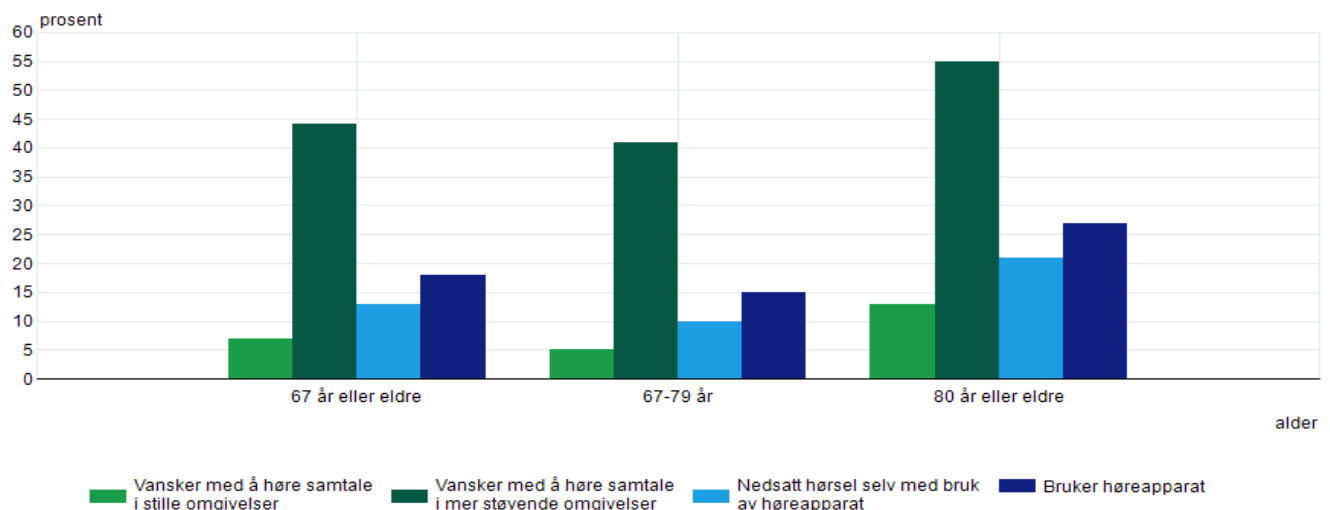
## **1.2 Bakgrunn og tema**

Befolkningen i Norge blir stadig eldre. En oversikt fra Statistisk sentralbyrå viste at økningen er størst i de høyeste aldersgruppene, og at gruppen fra 67 – 79 år har en markant økning i antall i forhold til de andre aldersgruppene (Statistisk Sentralbyrå, 2022). Et langt liv vil for den enkelte bety økt risiko for skrøpeligheit og redusert funksjon (Nygaard & Bondevik, 2012). Kroppen blir mindre motstandsdyktig mot sykdom og skade, og forekomsten av de fleste typer sykdommer øker med alderen, også sykdommer i sanseapparatet (Daatland & Solem, 2011). Aldersbetingede endringer, hørselsskader oppsamlet gjennom et langt liv og sykdom gjør at hørselen normalt sett

svekkes med økende alder (Wyller, 2015). Hvor mye hørselstapet gir den eldre et handikap avhenger av den individuelle kapasiteten vedkommende har til sosial interaksjon og til å kompensere for tapet ved å lese på leppene (Dreher, 2001). Prevalensen av klinisk signifikant hørselstap hos eldre er høy, og angis til hele 90% i 80-årsalderen. Den vanligste årsaken er aldersbetinget hørselstap, men også larmskade og Ménières sykdom er utbredt (Wyller, 2015). Dessuten bidrar ørevoks ikke sjelden til hørselstap hos eldre. Siden høreapparatproppen stimulerer voksproduksjonen, er dette vanlig hos høreapparatbrukere (Wyller, 2015).

De eldre undervurderer ofte selv hørselstapet sitt. De søker ofte sent hjelp, og kan ofte kommunikasjonsvansker være en av årsakene til at de ber om å bli undersøkt (Molnes & Vasset, 2021). Hørselen spiller en viktig rolle i vår kommunikasjon med andre og de sosiale relasjonene våre. Hvis vi hører dårlig, vil det kunne være vanskelig å følge med på hva som blir sagt. Særlig blir det vanskelig å følge samtaler hvor talen ikke er direkte henvendt til personen, eller når mange snakker samtidig. Som en følge av det kan den eldre ende med å unngå sosiale sammenhenger, med isolasjon og tilbaketrekning som resultat (Daatland & Solem, 2011). Nedsatt hørsel kan relateres til rask nedgang i utadvendthet for eldre personer. Denne nedgangen blir ofte kjennetegnet ved at de eldre for eksempel later som om de forstår, avbryter samtalen, unngår samtale med ukjente personer eller unngår sosiale situasjoner (Molnes & Vasset, 2021).

04226: Funksjonsevne (prosent), etter type funksjonsproblem og alder. Funksjonsevne, Begge kjønn, 2019.

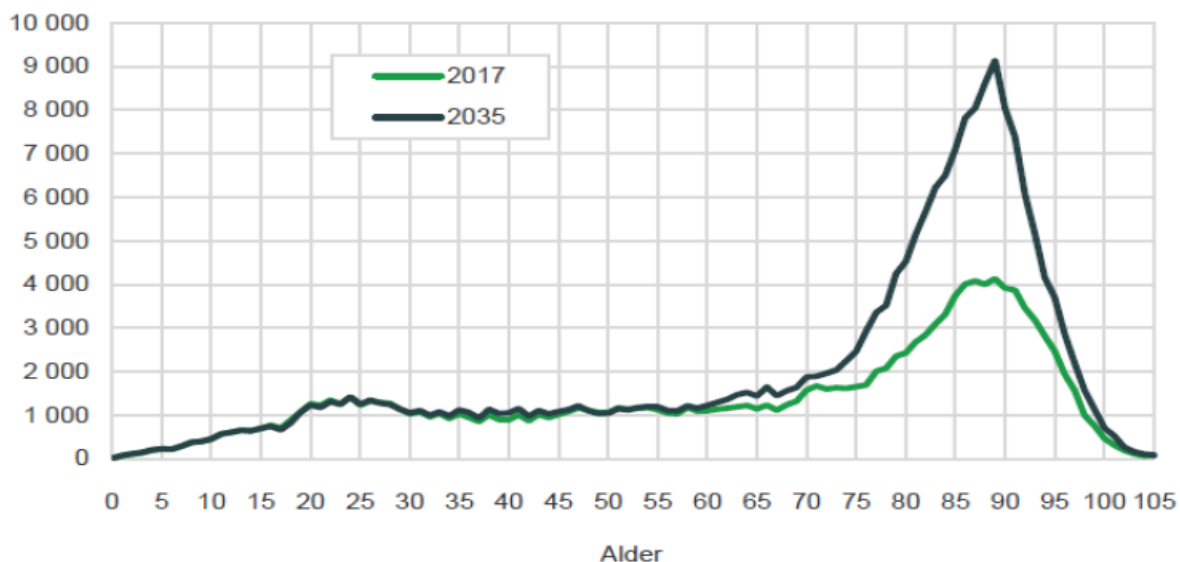


Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 1. Funksjonsevne (prosent), etter type funksjonsproblem og alder. Begge kjønn, 2019.

(Statistisk Sentralbyrå, 2020)

For helsevesenet, og samfunnet for øvrig, vil en stadig eldre populasjon bety økt belastning på velferdsgodene. Flere eldre med behov for ulike helsetjenester fører til at enda flere må dele på godene, og bidra til å presse kapasiteten til helse- og omsorgstjenestene ytterligere. Størrelsen på befolkningen og aldersfordelingen har stor betydning for etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, og en aldrende befolkning gir et betydelig økt behov for arbeidskraft.



Figur 2. Årsverk i kommunal omsorgstjeneste etter alder. 2017 og 2035.

(Helsedirektoratet, 2019c).

Samtidig vil ulike faktorer virke inn på hvordan demografiske forandringer som sykkelighet, økonomi, nærhet til sykehus og utdanningsinstitusjoner, utviklingen i teknologi og organisering av tjenestene, påvirke de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2019c). For å kunne møte behovene for helse- og omsorgstjenester og sikre bærekraft i fremtiden, er det nødvendig med en faglig omstilling i omsorgstjenestene. Dette krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og ny faglig tilnærming (Helse- og omsorgsdepartement, 2013).

Som en følge av behovet for ny faglig omstilling, startet Helsedirektoratet i 2014 Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Dette programmet skulle opprinnelig vare ut 2020, men ble forlenget ut 2024, og hadde som overordnede samfunns mål å bidra til god helse og mestring i befolkningen, samt bærekraftig samfunnsutvikling ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemme-oppfølgning (Helsedirektoratet, 2019b). Programmet ble delt inn i ulike tiltaksområder, hvor av ett av dem hadde som formål å prøve ut kjent teknologi og gi IKT-opplæring som kunne heve den digitale kompetansen for eldre. Målet var å motvirke ensomhet og redusere digitalt utenforskap, bedre



helsekompetansen og gjøre eldre bedre i stand til å motta digitale helsetjenester (Helsedirektoratet, 2019b). Senere har det kommet ytterligere strategier og rapporter som tar for seg utfordringene med økt behov for helse- og omsorgstjenester, og behovet for mer kompetanse i tjenestene, blant annet «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartement, 2018) og Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet, 2019c).

Men i 2020 kom Covid-19-pandemien. Med den fulgte masse usikkerhet, og en stor ekstra belastning for et helsevesen som allerede var under press. Da startet en tid med mye smitte, nedstenginger og strenge smitteverntiltak. På grunn av de store omleggingene i samfunnet generelt, og i helse- og omsorgstjenestene spesielt, ble det et behov for nye rutiner og forskrifter. I den forbindelse kom myndighetene, blant annet, med en forskrift med retningslinjer for nærkontakt mellom mennesker for å begrense smitteoverføring (Covid-19-forskriften, 2020).

### **1.3 Relevant forskning – kunnskapsstatus**

Covid-19-pandemien førte til endringer i helsetjenesten. Med hjemmel i smittevernlovgivningen (Covid-19-forskriften, 2020) ble det innført en rekke strakstiltak. Virksomheter ble stengt, aktiviteter ble forbudt og det ble påbudt med munnbind når man beveget seg ute blant andre mennesker. For helsepersonell betød det at de måtte holde minst 2 meters avstand til pasienter og brukere eller bruke forsvarlig beskyttelsesutstyr, noe som innebar nye rutiner og arbeidsmåter.

I en studie ble studenter ved en utdanning i geriatrik vurderingskompetanse bedt om å dele erfaringer og refleksjoner om hvordan arbeidshverdagen hadde forandret seg etter pandemiutbruddet (Næss & Tønnessen, 2020). Sykepleierne beskrev et kraftig redusert helsetilbud, med færre besøk og mindre tid hos hver enkelt. De fortalte om eldre som ikke ønsket å opprettholde tilbudet de har vedtak om på grunn av smittefrykt, og at tilbudet om praktisk bistand for mange falt bort eller ble satt på pause. I tillegg ble tilbud om avlastning, rulleringsopphold, dagsenter og aktivitetssentre lukket. Bruk av hjemmekontor for ledelse og leger, fraværende pårørende og et redusert tilbud om helsehjelp bidro til en massiv oppgaveforskyvning for sykepleierne og en krevende hverdag for både eldre og helsepersonell (Næss & Tønnessen, 2020). Til tross for at denne studien ikke var rettet spesifikt mot hørselshemmede, ga den en pekepinn om hvor stor påvirkning pandemien hadde på arbeidet med de mest sårbare eldre. Disse resultatene bekreftes av en amerikansk undersøkelse, som ble gjort for å identifisere hvilke intervensjoner som kunne bidra til bedre kommunikasjon i helsetjenestene, og for å få helsepersonells perspektiv

(Deardorff et al., 2021). Ca. 60% av deltakerne i studien svarte at de, før pandemien startet, ikke følte at hørselshemming hos brukerne hadde noen særlig påvirkning på kvaliteten på helsetjenestene de ga. Disse resultatene endret seg dramatisk som følge av Covid-19, hvor over 85% rapporterte at hørselshemming påvirket helsetjenestene enten moderat eller ekstremt. I denne studien fant man også at kommunikasjonen med hørselshemmede endret seg som følge av pandemien. 37,9% av deltakerne rapporterte at problemene med kommunikasjon hadde økt, eller økt vesentlig, siden pandemien startet. De mest rapporterte problemene gjaldt vansker med å forstå tale som følge av munnbindbruk, og lengre møter som følge av dette (Deardorff et al., 2021).

I 2020 ble det utført en omfattende studie av ulike helseprofesjoner over hele Storbritannia (Aughterson et al., 2022). Den tok for seg både helsepersonell og sosialarbeidere, og ønsket å finne ut hvordan pandemien hadde påvirket deres psykososiale velvære. Det var særlig fem områder som utmerket seg, deriblant kommunikasjonsutfordringer. Nye, virtuelle kommunikasjonsmåter viste seg å være en utfordring. Deltakerne syntes det var vanskelig å gi nok emosjonell støtte, spesielt i en tid med økt behov. Dessuten sa de det var vanskelig å skape nye relasjoner. Noen av deltakerne rapporterte om problemer med å finne en plass hvor de kunne ivareta konfidensialiteten. En annen utfordring var en økning i antallet vanskelige samtaler, både med pasientene/brukerne og deres pårørende, fordi de ikke kunne se dem eller møte dem fysisk. Samtidig sa flere deltakere at økt effektivitet var en av de viktigste fordelene med virtuell kommunikasjon og konsultasjoner (Aughterson et al., 2022). Jobbrelaterte stressfaktorer var også en påkjenning. Det verste var frustrasjonen over at mange ikke overholdt reglene om avstand og redselen for ikke å klare å beskytte sine nære og kjære mot smitten. I tillegg ble arbeidsmengden økt og arbeidsforholdene endret (Aughterson et al., 2022). Dette er en studie som undersøkte psykososialt velvære hos flere ulike typer helsepersonell over hele Storbritannia i starten av pandemien, ikke bare helsepersonell i hjemmetjenesten, og er interessant for min studie fordi den belyste tematikken fra et tverrfaglig perspektiv. Studien er et uttrykk for de erfaringene helsepersonell tok med seg fra den første perioden. I den første tiden av Covid-19-pandemien var det veldig hektisk og mye usikkerhet. Situasjonen har endret seg etter hvert, og i et retroperspektiv ville resultatene av studien kanskje sett annerledes ut. Selv om Covid-19 fremdeles er en del av hverdagen vår, har vi nå mye mer kunnskap om viruset og hvordan vi kan håndtere smitteutfordringene. Vi har også rukket å få på plass bedre rutiner og beredskap, og er forberedt på at dette er et virus vi kommer til å måtte forholde oss til over lang tid.

En annen studie konkluderte med at pandemien hadde bidratt til en kraftig økning i risikoen for fysisk og mental fatigue, i tillegg til utbrenthet, for helsepersonell (Pachi et al., 2022). Det ble påvist høy forekomst av depresjon og utbrenthet blant helsepersonell under pandemien. Analysen fremhevet spesielt utbrenthet som en faktor som påvirket depresjon. Samtidig viste det seg at en opplevelse av sammenheng (OAS) fungerte som en negativ moderator mellom utbrenthet og depresjon (Pachi et al., 2022). Deltakerne i denne studien stod i 1. linje under den første bølgen av pandemien, i en tid hvor mye var usikkert. Funnene i denne studien måtte dermed ses i lys av det, men viste samtidig noe hvordan en utfordrende hverdag kan påvirke psykisk og fysisk helse, også blant helsepersonell. I så måte var dette relevante erfaringer å ta med seg videre.

## **1.4 Avgrensning og problemstilling**

Jeg valgte dette temaet fordi hørselstap er meget utbredt blant eldre, og fordi kommunikasjonen påvirkes når hørselen svikter. I tillegg har vi i denne perioden opplevd strenge smitteverntiltak og store endringer i hvordan vi forholder oss til omgivelsene og andre mennesker rundt oss.

I denne oppgaven ønsket jeg å få mer kunnskap om kommunikasjonen mellom hørselshemmede eldre og helsepersonell i hjemmetjenesten under Covid-19-pandemien, og hvilke erfaringer helsepersonell hadde tatt med seg fra denne tiden. Konteksten for kommunikasjonen var brukernes egne hjem, med pandemien som bakteppe. Målet var å få mer kunnskap som kunne bidra til gode rutiner og prosedyrer vi kan ta med oss videre i praksis, og som kan være nyttige hvis vi skulle komme i en ny tilsvarende situasjon.

### **1.4.1 Problemstilling**

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i hjemmetjenesten med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under Covid-19-pandemien?»

### **1.4.2 Begreper i problemstillingen**

#### **1.4.2.1 Helsepersonell**

Helsepersonell vil her være sykepleiere og helsefagarbeidere som er ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester, har erfaring med eldre hørselshemmede, og som har en stillingsprosent som er så stor at kontinuitet blir opprettholdt.

### 1.4.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet «communicare», som betyr å gjøre noe felles, gjøre en annen delaktig i, ha forbindelse med. Kommunikasjonsforholdet består av minst to parter, som står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre, med et budskap som kan bestå av ulike typer tegn og signaler. Kommunikasjon vil her bety profesjonell, helsefaglig kommunikasjon som er både faglig velbegrunnet og til hjelp for en pasient eller bruker (Eide & Eide, 2007).

### 1.4.2.3 Hørselshemmede eldre

Hørselshemmede eldre vil i denne oppgaven være personer over 65 år som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmetjenesten og som har en kjent hørselshemming, uavhengig av årsaken til hørselstapet. Dette begrunner jeg med at årsaken til hørselshemmingen ikke er det som er mest relevant for denne studien, men derimot konsekvensene det har for kommunikasjonen med andre. Jeg har valgt å ta med eldre over 65 år, siden hjemmetjenesten yter helse- og omsorgstjenester til eldre i alle aldergrupperinger, og fordi den fremtidsrettede kvalitetsreformen for helsetjenester til eldre (Helse- og omsorgsdepartement, 2018) opererer med denne målgruppen.

## 1.5 Opplegg og disposisjon

I neste kapittel vil jeg redegjøre for hva den videre analysen av resultatene er inspirert av og forsøke å forklare de mest sentrale teoretiske begrepene, for at leseren bedre kan forstå temaet i oppgaven. Videre vil jeg gi en oversikt over hva andre forskere har funnet frem til, og hva som er kunnskapsstatus på feltet inntil i dag. På den måten vil jeg ha en god plattform for det arbeidet jeg skal gjøre. Til slutt i kapittel 2 vil jeg reflektere rundt det jeg har funnet av forskningslitteratur. Kapittel 3 er metodekapittelet. Her vil jeg gjøre rede for metoden jeg har valgt for datainnsamling og analyse av datamaterialet. Det innebærer informasjon om utvalg, intervjuform og intervjuguiden. Jeg vil også stille kritiske spørsmål til metoden jeg har brukt. Det vil bli et avsnitt om personvern og litteratursøket, før jeg avslutter kapittelet med en liten oppsummering. Kapittel 4 er dedikert til resultatene og analysen av disse, med en oppsummering avslutningsvis. Diskusjonen og drøftingen vil komme i kapittel 5. I det siste kapittelet vil jeg gå tilbake til problemstillingen og forsøke å trekke en konklusjon eller dra noen slutninger av de resultatene jeg har funnet. Jeg vil også si noe om hva jeg tenker vil bli veien videre.

## 2 Teori

Vitenskapsteori sier noe om vår virkelighetsoppfatning, og hvordan vi betrakter verden. Hvilket forskningsdesign vi velger, bestemmes av hva vi oppfatter som relevante og gyldige måter å undersøke verden på. At det er en konsistens mellom disse to begrepene, er dermed en logisk forutsetning for vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017).

I dette kapittelet beskrives teori og begreper som har inspirert resultatene mine.

Det første avsnittet tar for seg sentrale teoretiske begreper. I det andre avsnittet redegjør jeg for hvilke kommunikasjonsteorier jeg mener har relevans for problemstillingen. Avslutningsvis har jeg med et avsnitt hvor jeg presenterer eksisterende forskning på oppgavens tematikk.

### 2.1 Begrep

#### 2.1.1 Forståelse

Forståelsen ligger til grunn for oppfattelsen vår, og er noe helt fundamentalt og ureduserbart. Den er til stede når vi for eksempel leser, arbeider, lager noe eller løser problemer (Thornquist, 2018). Forskerens forforståelse, perspektiver og den tiden vedkommende lever i, vil både være en betingelse og begrensning for forståelsen (Thornquist, 2018).

#### 2.1.2 Forståelseshorisont

Forståelseshorisonten viser hvilken mengde av oppfatninger og holdninger vi har på et gitt tidspunkt, bevisste eller ubevisste, og som vi ikke har oppmerksomheten vår rettet mot (Thornquist, 2018). Jeg har utdannings- og erfaringsbakgrunn både som sykepleier og økonom. I tillegg har jeg med meg min livserfaring; - summen av valgene jeg har tatt og alle rollene jeg har hatt og innehar. Til sammen danner dette mine holdninger og oppfatninger av virkeligheten, som jeg tar med meg inn i alle situasjoner jeg kommer opp i, og alle vurderinger jeg gjør. Denne bakgrunnen vil farge hvordan jeg tolker datamaterialet og dermed resultatene av studien. Mens jeg fra mitt ståsted som sykepleier vil vurdere det mellommenneskelige og helsefaglige aspektet ved kommunikasjonen og hvordan dette berøres, vil økonomien i meg vurdere hvordan dette påvirker og påvirkes av økonomi.

### 2.1.3 Forforståelse/fordommer

Som forsker bringer jeg med meg mine fordommer og min forforståelse inn i prosjektet, og dette er noe jeg må være bevisst på. Samtidig utvikles en forståelse av data gjennom forskningsprosessen. Disse må ses i sammenheng (Thagaard, 2018). For at forskningsprosessen skal få frem noe annet enn det jeg tror eller vet på forhånd, må jeg stille med et åpent sinn hvor det er plass for tvil, uventede konklusjoner og ettertanke. Det betyr at jeg må være innstilt på å måtte forkaste de resultatene og konklusjonene jeg trodde jeg hadde (Malterud, 2017).

Jeg har en forforståelse av at hverdagen til sykepleiere i hjemmetjenesten har blitt endret under pandemien som følge av smitteverntiltak. Som følge av min tidligere forskning har jeg en antagelse om at hørselshemming hos eldre er underdiagnostisert og ofte blir oversett av helsepersonell. I dette tilfellet vil jeg lære mer om kommunikasjonen knyttes opp til eldre hvor det allerede er en kjent hørselshemming. Jeg er nysgjerrig på hvordan sykepleierne klarer å ivareta denne kommunikasjonen i en hverdag preget av endringer og smitteverntiltak. Siden jeg er sykepleier selv, og dermed vet at arbeidshverdagen kan være hektisk, har jeg en forforståelse om at pandemien byr på ytterligere utfordringer når det gjelder tid, ressurser og kompetanse.

### 2.1.4 Den hermeneutiske sirkel

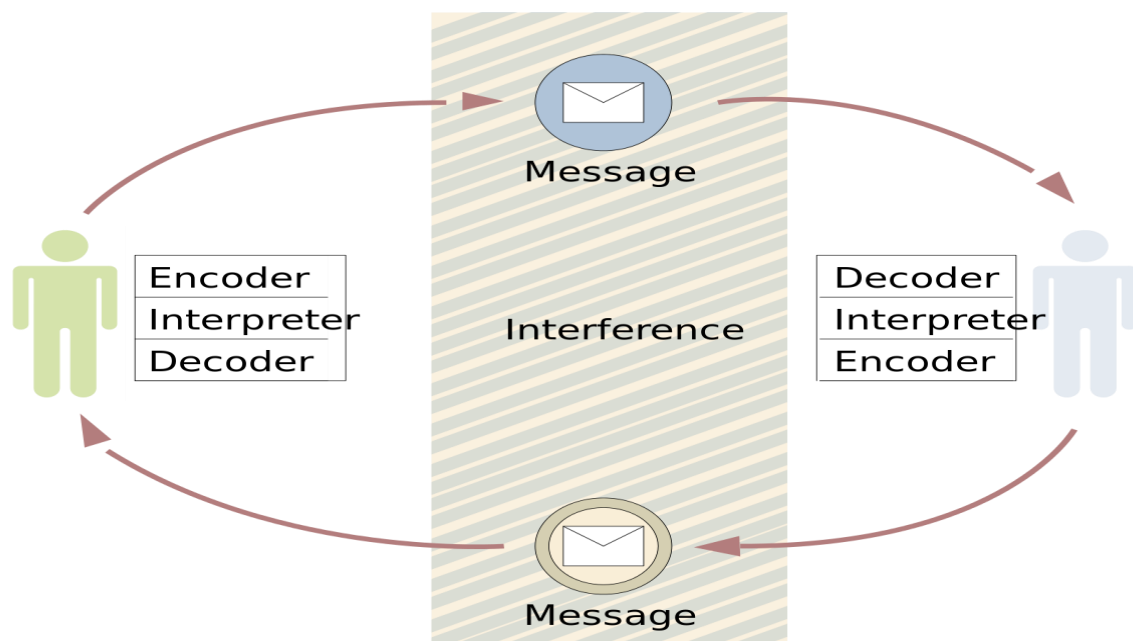
Vi forstår delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene. Hver gang vi forstår deler av virkeligheten, påvirker det vår oppfattelse av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delene i et nytt lys, og kan gi en ny forståelse av enkeltdelene. Dette kan igjen påvirke helhetsforståelsen (Thornquist, 2018). Det er altså en gjensidig tilpasning mellom det vi skal fortolke og vår egen forforståelse. Det er også en stadig bevegelse mellom det vi skal fortolke og sammenhengen det fortolkes i. Det betyr at jeg når jeg skal tolke delene i datamaterialet, må forsøke å se helheten for å få frem et mest mulig korrekt resultat. I tillegg må faktorer som sosiale normer og kontekst tas med i betraktningen når datamaterialet skal analyseres (Bondevik & Bostad, 2003).

## 2.2 Kommunikasjonsmodell/kommunikasjonsteori

### 2.2.1 Schramms kommunikasjonsmodell

Wilbur Schramm kom med sin kommunikasjonsmodell i 1954. Han mente at informasjon ikke var til noen nytte før den nøye var satt ord på og formidlet til andre. Koding spiller en viktig rolle i

kommunikasjon, fordi den ved å konvertere tanke til innhold setter i gang kommunikasjonsprosessen. Mottakerens hovedansvar er å forstå hva avsenderen hadde til hensikt å formidle, og meldingen har ingen nytte hvis ikke mottakeren forstår informasjonen avsenderen ønsker å formidle. Hvis mottakeren og avsender forstår budskapet ulikt, vil det oppstå semantisk støy. Det betyr at koding og dekoding er de to viktigste faktorene for effektiv kommunikasjon, og informasjonen kan aldri flyte mellom to individer uten disse (McAnany, 2014). Ifølge Schramm spiller også individets kompetanse, erfaring og kulturelle bakgrunn en viktig rolle i kommunikasjonen, og individer fra ulike kulturer, religion og bakgrunn har en tendens til å tolke budskapet ulikt (Pachi et al., 2022). Selv om dette er en eldre modell, anså jeg den som relevant for min studie fordi det er en modell og ikke en teori. En teori er allmenne regler eller prinsipper som danner grunnlaget for noe (Store norske leksikon, 2021), og preges derfor av de perspektivene som er gjeldende innenfor tidsepoken den blir introdusert i. En kommunikasjonsmodell er derimot en forenkling av hvordan et budskap når frem til mottakeren (Store norske leksikon, 2021). Kommunikasjonen i modellen ses på som et samspill, og ikke kun en enveis kommunikasjon. Den hensyntar også støy, avbrytelser og i hvilken kontekst kommunikasjonen foregår. Til sammenligning var Shannon-Weaver-modellen, som kom allerede i 1949, en lineær modell som tok hensyn til støypåvirkning, men ikke mellommenneskelige faktorer i kommunikasjonen og ville derfor ikke være relevant i denne sammenhengen (JMC Study Hub, 2019).



*Figur 3. Schramms kommunikasjonsmodell*

*(Schramm's model of communication, 2022).*

## 2.2.2 Relasjonell kommunikasjonsteori

Paul Watzlawick delte menneskelig kommunikasjon inn i tre ulike områder; - syntaktikk; - setningsoppbygning, semantikk; -språkets innhold, og pragmatikk; - hvordan kontekst bidro til meningsinnholdet i en ytring. Syntaktikk tok hovedsakelig for seg problemene knyttet til informasjonsoverføringen, mens semantikk konsentrerte seg om innholdet. Disse var avhengige av hverandre. Selv om det er mulig å overføre symbolstrenger med syntaktisk nøyaktighet, vil de være meningsløse hvis ikke avsender og mottaker har blitt enige om betydningen på forhånd. Det tredje aspektet var det pragmatiske, det vil si all atferd er kommunikasjon (Watzlawick et al., 1967). I et forsøk på å beskrive kommunikasjon som en interaksjon, introduserte Watzlawick en teori om menneskelig kommunikasjon. Kommunikasjonsteorien bestod av fem aksiomer, prinsipper, for kommunikasjon, basert på atferdsmessige og relasjonelle aspekter ved mellommenneskelig kommunikasjon:

1. Det er umulig å ikke kommunisere. All atferd er kommunikasjon i seg selv.
2. Kommunikasjonen har et innholds nivå og et relasjonsnivå. Det er ikke bare meningen med meldingen som er viktig i kommunikasjonen, men også måten den som snakker ønsker å bli forstått på og hvordan vedkommende ønsker å bli forstått av andre.
3. Tegnsetting former meningen i henhold til personen. Hver enkelt skaper sin egen versjon av det vi observerer og opplever.
4. Digital og analog kommunikasjon. Teorien om kommunikasjon foreslår at det finnes to typer kommunikasjon; hva du sier med ord og all ikke-verbal kommunikasjon.
5. Symmetrisk og komplementær kommunikasjon. Når forholdet er symmetrisk, er vi på samme plan, men vi utfyller hverandre ikke. Når forholdet er komplementært, har vi ulike vilkår, men vi aksepterer disse.

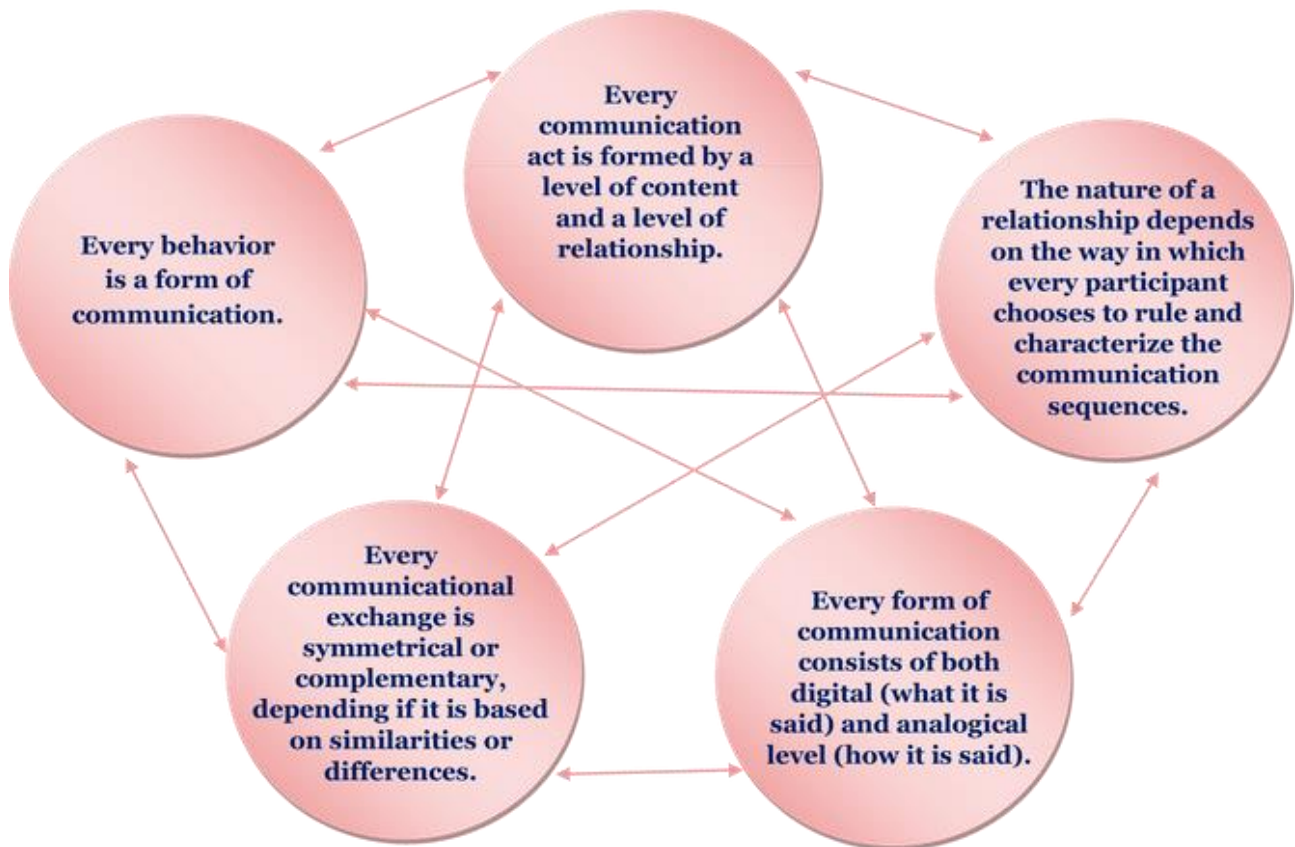
Mellommenneskelig kommunikasjon beskrives som atferd, dvs. hvordan mennesker oppfører seg og dermed kommuniserer med hverandre, uavhengig av om det er meningen eller ubevisst.

Kommunikasjon som atferd sees på som sløyfer av tilbakemeldinger hvor hver persons atferd påvirker og påvirkes av hverandre. Vi sender og mottar budskap i kommunikasjonen gjennom den mellommenneskelige relasjonen. Derfor er all atferd kommunikasjon (Watzlawick et al., 1967).

Kun en liten del av kommunikasjonen er det verbale. Det betyr at store deler av kommunikasjonen foregår non-verbalt, og det som blir sagt vil dermed kunne spille en underordnet rolle hvis det ikke er tilpasset relasjonen mellom avsender og mottaker. Siden hørselshemmede ofte er avhengig av å lese på leppene, vil den non-verbale delen for dem kunne være avgjørende for å kommunisere og



dermed ha en relasjon med andre mennesker (McAnany, 2014). Dette var derfor en høyst interessant teori å ta med i diskusjonen.



Figur 4. Watzlawicks 5 axiomer

(Palo Alto Model, 2003-2020).

## 3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilken metode jeg vil bruke og hvordan jeg tenker å gå frem for å besvare problemstillingen min.

### 3.1 Design

Siden mitt forskningsprosjekt har sitt utspring i min nysgjerrighet på, og ønske om å forstå, hvordan sykepleiere erfarer sin kommunikasjon og sine møter med hørselshemmede eldre i sin arbeidshverdag, er min tilnærming til prosjektet kvalitativ. Kvalitativt design er godt egnet til å forske på menneskers erfaringer og meninger (Thagaard, 2018), og i denne studien samlet jeg inn kvalitative data om hvilke erfaringer helsepersonell hadde med kommunikasjon med hørselshemmede via fokusgruppeintervju. Jeg valgte en fortolkende teoretisk retning; hermeneutikk, fordi de erfaringene og hendelsene jeg beskriver må tillegges mening og betydning. Hermeneutikken er opptatt av hva forståelse er, og hvordan man kan komme frem til gyldige tolkninger (Thornquist, 2018). På den måten kan hermeneutikken bidra til at jeg forstår min egen forståelse og mitt syn på verden. Mitt empiriske materiale består av tekster som representerer samtaler, eller samhandling, mellom sykepleier og helsefagarbeidere som deltar i fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2012).

#### 3.1.1 Litteratursøk

##### 3.1.1.1 Søkeprosessen

For å kunne strukturere problemstillingen, og på den måten jobbe kunnskapsbasert, startet mitt litteratursøk ved at jeg laget et PICO-skjema.

P:	Population/problem	Sykepleiere som jobber med hjemmeboende eldre med hørselshemming
I:	(Phenomenon of) Interest	Hvordan sykepleiere opplever kommunikasjonen med hørselshemmede eldre
Co:	Context	Sykepleiere i hjemmetjenesten i kommunikasjon med hørselshemmede, under en pågående pandemi

*Tabell 1. PICO-skjema*

Den første delen av litteratursøket ble gjort i planleggingsfasen av prosjektet. Jeg forsøkte da å finne ut som fantes av eksisterende forskning på tematikken, og eventuelt hva det ikke var forsket

så mye på. Problemstillingen min omhandler erfaringer under Covid-19-pandemien, og jeg fant at det på det tidspunktet var publisert en del studier som tok for seg eldre hørselshemmedes erfaringer med kommunikasjon, men lite om hvilke erfaringer helsepersonell hadde. Forklaringen på dette kunne være at vi fremdeles var midt i pandemien, og at man ikke hadde rukket å forske så mye på det enda. I gjennomføringsfasen av prosjektet har litteratursøkene blitt gjort i faser, avhengig av hvor jeg har befunnet meg i prosjektet. Det har blitt publisert noe mer forskning knyttet til erfaringer med kommunikasjon underveis i studien min, og jeg har forsøkt å få med det som mest relevant.

Alle artiklene var enten på engelsk eller norsk. Til tross for at noen studier hadde blitt utført i andre europeiske land eller USA, omhandlet de hjemmebasert omsorg og var derfor sammenlignbare. En av artiklene tok for seg ulike profesjoner innen helse, også leger, men var relevant fordi den tok for seg det tverrfaglige aspektet. I noen studier var deltakerne de eldre selv, men jeg anså dem allikevel som interessante i drøftingsøyemed.

#### *3.1.1.2 Databaser og søkeord*

Mine søk har blitt utført i relevante databaser som PubMed, Idunn og Cinahl. I tillegg har jeg benyttet meg av flere relevante lover og forskrifter som jeg har funnet i Lovdata. Jeg har også funnet flere veiledere og rapporter på Helsedirektoratet sine sider. Jeg har også søkt aktivt på Helsebiblioteket, og Sykepleien forskning sine temasider.

Søkeord: hearing impairment, hearing loss, elderly, home care, communication, communication strategies, covid, experience. Flere av disse ble brukt i forskjellige kombinasjoner av AND og OR. I tillegg har jeg brukt tilsvarende norske søkeord når jeg har vært inne på norske databaser og nettsider.

## **3.2 Utvalg**

I kvalitative studier blir det ofte etablert strategiske utvalg. Et strategisk utvalg settes sammen ut fra en målsetting om at disse deltakerne har erfaring som kan belyse problemstillingen. Samtidig er det ønskelig å få til et mangfold innenfor gruppen, men uten at det blir spenninger mellom deltakerne. Forskeren angir noen inklusjonskriterier, basert på teori og erfaring, som det er viktig deltakerne innehar (Malterud, 2012). Som deltakere i min studie ønsket jeg helsepersonell i hjemmetjenesten i en virksomhet/sone innenfor kommunen til mitt utvalg. Kun sykepleiere og helsefagarbeidere som har vært fast ansatt i hjemmetjenesten i mer enn 3 år og har en stillingsprosent >70% ville være

aktuelle. Begrunnelsen for dette var at det var hensiktsmessig at deltakerne hadde erfaring med hvordan det er å jobbe med hørselshemmede eldre i en «normal» hverdag, før pandemien, i tillegg til under pandemien. På den måten håpet jeg å få frem om, og eventuelt på hvilken måte, kommunikasjonen med disse eldre hadde endret seg. Det var også viktig at deltakerne hadde en viss kontinuitet i sitt arbeide, derav ønsket om en forholdsvis høy stillingsprosent. Jeg satte også som kriterium at deltakerne måtte ha god språklig fremstillingsevne. Dette for å unngå språklige misforståelser, siden temaet var kommunikasjon.

Mitt utvalg ble til slutt en fokusgruppe bestående av sykepleiere og helsefagarbeidere innenfor en hjemmetjeneste i en bykommune i Sør-Norge. I utgangspunktet ønsket jeg meg en fokusgruppe med > 4 deltakere fordi jeg tenkte at studien måtte ha et visst antall deltakere for å få frem nyansene. Et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke kan gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap og innsikt. Hvis problemstillingen er fokusert, deltakerne kan formidle mye informasjon om problemstillingen, teorigrunnlaget er relevant og tydelig og samtalene har gode utvekslinger og grunnlag for analyser, kan det være nok med en liten gruppe (Malterud, 2017).

### **3.3 Rekruttering**

Rekruttering til studien startet med at jeg sendte e-post til flere kommunale hjemmetjenester i den aktuelle kommunen, med informasjon om studien og hvilke inklusjonskriterier jeg la til grunn. Mottakerne av e-posten var i hovedsak avdelingsledere i de ulike virksomhetene. Responser var forholdsvis liten, men til tross for at vi var midt i pandemien syntes tre av avdelingsledere studien var interessant og to sa de var positive til deltakelse. Det endte til slutt med deltakere fra en kommunal hjemmetjeneste. Avdelingslederen her fikk oversendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring i god tid før studien startet.

### **3.4 Datainnsamling**

Det er flere årsaker til at valget falt på fokusgruppeintervju. På den ene siden krever denne metoden mindre ressurser og innsats enn individuelle intervjuer. Det var første gangen jeg gjennomførte et forskningsprosjekt, og jeg var usikker på tidsaspektet. Sammen med de kravene som ble satt til omfang og lengde på oppgaven, bidro det til at jeg landet på fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuer ville kunne gi mye data med mindre bruk av ressurser enn for eksempel

individuelle intervjuer (Malterud, 2017). Samtidig tenkte jeg at gruppedynamikken ville få frem andre type fortellinger enn jeg ville fått med individuelle intervjuer. Fordi min problemstilling gjelder felles erfaringer og synspunkter i et samhandlende miljø, anså jeg derfor at fokusgruppeintervju ville være en relevant metode.

### 3.4.1 Intervjuguiden

For å få frem flest mulig aspekter ved deltakernes erfaringer, valgte jeg en semistrukturert intervjuguide. Det betyr at jeg på forhånd laget en liste over de spørsmålene jeg ønsket å stille, med åpne svaralternativer (Vedlegg 7.1). Hvilken rekkefølge jeg kom til å stille spørsmålene, tema og hvilke spørsmål jeg stilte, var avhengig av hvordan intervjuet forløp. Jeg ønsket ikke å standardisere intervjusituasjonen, men heller være åpen for å revidere intervjuguiden underveis hvis det var mest hensiktsmessig (Malterud, 2003). Mitt fokus underveis var å få frem deltakernes synspunkter og vurderinger på en så bred og grundig måte som mulig.

### 3.4.2 Intervjusituasjonen

I forkant av fokusgruppeintervjuet ble det utført en pilotstudie som en forberedelse til selve intervjusituasjonen. Pilotstudien ble gjort som et individuelt intervju, og deltakeren var en sykepleier med mye kompetanse og erfaring, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunal hjemmetjeneste. Målet med pilotstudien var primært å teste ut intervjuguiden, samt å bli kjent med selve intervjusituasjonen, utstyret og min egen rolle som intervjuer og forsker. Etterpå gjorde jeg noen små endringer i intervjuguiden, og i måten jeg stilte spørsmålene på.

Fokusgruppe-intervjuet var avtalt å finne sted i ett av hjemmetjenestens møterom. På grunn av sykdom ble intervjuet utsatt i to uker, og med færre deltakere enn avtalt. Jeg møtte opp i god tid, og fikk tildelt møterommet. Tre deltakere møtte, en sykepleier og to helsefagarbeidere, alle hadde arbeidet lenge i virksomheten, og hadde bred erfaring fra hjemmetjenesten. I utgangspunktet skulle fokusgruppen bestått av to sykepleiere og to helsefagarbeidere. Før deltakerne kom rigget jeg til et rundt bord med mobiltelefonen klar til opptak midt på bordet, slik at det skulle være lett å få med seg hva som ble sagt. Opptakene fra intervjuet ble tatt via Diktafon-appen på telefonen, og opptaket gikk direkte til en server på Universitetet i Sørøst-Norge; - Nettskjema. Rommet lå skjermet til, og var lite utsatt for støy utenfra. Jeg startet med en presentasjon av meg selv og prosjektet mitt. Jeg informerte om hvilken rolle jeg var tiltenkt i intervjuet; - moderator, og hvor

lenge jeg tenkte intervjuet skulle vare. Intervjuet var stipulert til ca. 90 minutter, og vi endte opp med å bruke ca. 75 minutter. Jeg understreket at jeg var her for å få frem deres erfaringer og synspunkter og lære av dem, og at jeg på ingen måte satt med svarene. Deltakerne ble spurt om fornavn, utdanning, hvor lenge de hadde vært ansatt i virksomheten og stillingsprosent før intervjuet startet. Ved å velge fokusgruppeintervju, ønsket jeg å få frem mange ulike fortellinger og assosiasjoner. Jeg håpet at dynamikken i gruppen ville bidra til en god flyt og dialog rundt bordet. For å få i gang intervjuet og invitere deltakerne til en dialog, startet jeg med noen åpne spørsmål. Deltakerne svarte på spørsmålene. Det var imidlertid vanskelig å få til en spontan dialog, og diskusjonen rundt bordet uteble. Jeg fulgte ikke intervjuguiden punkt for punkt, men forsøkte å tilpasse rekkefølgen på spørsmålene. Hensikten var at dialogen skulle bli mest mulig naturlig, og at deltakerne skulle kunne snakke mest mulig fritt. Noen snakket tidvis ganske mye og hadde en del å fortelle, men til tross for at jeg formulerte spørsmål som skulle oppfordre deltakerne til dialog og oppmuntret deltakerne til å snakke, endte jeg ofte opp med å måtte stille flere oppfølgingsspørsmål for å holde dialogen i gang. Men selv om dialogen tidvis var tregere og mindre flytende enn jeg hadde håpet, opplevde jeg å få svar på alle spørsmålene jeg hadde og nok data til å kunne svare ut problemstillingen min.

### **3.5 Analyse av data**

Som metode for å analysere dataen brukte jeg «Systematisk tekstkondensering», STC (Malterud, 2017). Dette er en systematisk analyseprosess i fire faser, hvor formålet med analysen er å utvikle kunnskap om deltakernes opplevelser og deres livsverden. Hensikten er å identifisere og gi en objektiv og god gjengivelse av deltakernes beskrivelser, og på den måten kunne gi ny innsikt til disse (Malterud, 2017). I en slik kvalitativ analyse er det viktig å sette sin egen forforståelse til side, og redegjørelse for egen forforståelse er derfor viktig i STC. Jeg vil her gå igjennom de fire trinnene i STC, og redegjøre for hvordan jeg har brukt dem i analysearbeidet.

#### **3.5.1 Oppsummering av inntrykk**

I første trinn leste jeg igjennom alt datamaterialet for å bli kjent med det, få et helhetsinntrykk og vurdere mulige, foreløpige temaer (Malterud, 2017). Helheten var her viktigere enn detaljene, og det var viktig å forsøke å sette min forforståelse til side uten å glemme problemstillingen.

Problemstillingen var forutsetningen for at jeg kunne stille meg åpen for inntrykkene datamaterialet kan formidle, og det var derfor viktig å jobbe for å sette forforståelsen til side. Først da jeg hadde

lest hele teksten, oppsummerte jeg inntrykkene og forsøkte å få frem foreløpige temaer som vekket min oppmerksomhet (Malterud, 2017).

Etter å ha blitt godt kjent med teksten, satt jeg igjen med syv foreløpige temaer:

1. Kommunikasjon med smittevernutstyr
2. Avstand mellom helsepersonell og hørselshemmede
3. Bruk av hjelpemidler
4. Bruk av digitale hjelpemidler
5. Iverksetting av tiltak
6. Ensomhet og tilbaketrekning
7. Slitsom periode

### 3.5.2 Meningsbærende enheter – koding

Andre trinn gikk ut på å organisere delen av teksten jeg ønsket å se nærmere på, og legge resten til side (Malterud, 2017). Jeg brukte god tid på å drøfte hvilken mening jeg hadde med de foreløpige temaene, og hvordan de kunne belyse problemstillingen min. Etter hvert prøvde jeg å samle disse til tre til fem foreløpige grupper som skulle danne grunnlaget for kodegrupper. Den teksten som inneholdt kunnskap om ett eller flere av temaene fra forrige trinn og som sa noe om hvilke erfaringer helsepersonell hadde med kommunikasjon, ble valgt ut som relevant. Den relevante teksten ble sortert og gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene i teksten ble systematisert og sortert; - kodet, inn under temaene (Malterud, 2017). Jeg brukte ingen analyseverktøy i kodingsprosessen, og arbeidet var tidkrevende og utfordrende. Da den relevante teksten var gjennomgått og meningsbærende enheter var identifisert, var antallet foreløpige temaer redusert til tre:

1. Kommunikasjon med smittevernutstyr
2. Hjelpemidler og iverksetting av tiltak for hørselshemmede
3. Ensomhet og tilbaketrekning blant eldre

### 3.5.3 Kondensering

I trinn tre skulle jeg på en systematisk måte hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som hadde blitt kodet. Materialet skulle deretter sorteres i to til tre subgrupper, og heretter var det subgruppen som ble analyseenheten. Å lage et kondensat var en del av STC, og gikk ut på å lage et kunstig sitat forankret i data som bærer med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å gjøre dem mer generelle. Kondensatet

skulle være en sammenfatning av det som finnes i subgruppen, og ha tydelige spor av de meningsbærende enhetene og det deltakerne sa under fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2017). Etter å ha gått igjennom materialet mange ganger, ble kodegruppene og subgruppene endret og slått sammen, både i dette trinnet og neste. Det som var tre kodegrupper i forrige trinn, ble i dette trinnet redusert til to; - «Påvirkning på kommunikasjon» og «Hjelpemidler og tiltak». En av subgruppene under «Hjelpemidler og tiltak» ble «Digitale kommunikasjonsmetoder», og slik ble kondensatet fra denne subgruppen:

*«Vi har ikke hatt behov for å bruke digitale verktøy for de som er hørselshemmede under pandemien. Jeg tror ikke brukerne våre er i målgruppen for digitale verktøy, de forstår ikke face-time og sånt. For dem fungerer gammeldags, toveis, kommunikasjon best. Vi bare prater med dem. Det går greit, selv om det har vært slitsomt innimellom. Noen har pc eller i-Pad. De fleste av dem bruker det ikke. Men kanskje noen kunne hatt nytte av det».*

Et «gullsitat» som illustrerer kondensatet fra denne subgruppen ville kunne bli noe som dette:

*«For oss holder det å prate med dem, det går greit. Vi har ikke behov for face-time og sånne digitale verktøy, det forstår ikke de eldre noe av».*

### 3.5.4 Syntese

Det fjerde trinnet dreide seg om å sammenfatte funnene mine, og formidle hva materialet fortalte om en utvalgt og relevant side av problemstillingen på måte som ga leseren innsikt og tillit (Malterud, 2017). Resultatene i denne studien ble sammenfattet i to hovedfunn:

1. Påvirkning på kommunikasjon.
2. Hjelpemidler og tiltak.

Kondensatene fra hver kodegruppe og subgruppe ble brukt til å lage en analytisk tekst for hver gruppe, konkretisert med et gullsitat (Malterud, 2017). Mitt første hovedfunn ble oppsummert med denne analytiske teksten:

Deltakerne var enige i at det hadde vært en stusselig periode. Allikevel syns de ikke at kommunikasjonen med hørselshemmede eldre hadde vært særlig annerledes enn før pandemien. Men de sa at det var slitsomt å måtte bruke smittevernutstyr, spesielt i stellesituasjoner.



Munnbindet gjorde at de hørselhemmede ikke oppfattet hva de sa, men det løste de stort sett ved å snakke høyt, tydelig og sakte, eller å holde avstand slik at de kunne ta av munnbindet. Samtidig sa de at kroppsspråket deres var blitt viktigere nå under pandemien. Det å holde avstand og ikke kunne gi en klem var vanskelig, og fikk deltakerne til å føle seg kalde.

### **3.6 Etikk og personvern**

En grunnleggende respekt for menneskeverdet vil alltid være et overordnet prinsipp i de forskningsetiske retningslinjene som ligger til grunn for samfunnskunnskap, jus og humaniora (Lund et al., 2006). Forskningsetikk har til hensikt å bidra til refleksjon over de begrunnelser, valg og vurderinger man gjør i et forskningsprosjekt, for å sikre at forskningen foregår på en etisk forsvarlig måte. Til å regulere denne virksomheten finnes det lover (Forskningsetikkloven, 2017), samt nasjonale (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019) og europeiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2020). Som forsker har jeg et klart ansvar for deltakernes personopplysninger. Personopplysninger er alle opplysninger om en identifiserbar eller identifisert fysisk person. En identifiserbar fysisk person er en person som direkte eller indirekte kan identifiseres, særlig ved hjelp av en identifikator, f.eks. et navn, et identifikasjonsnummer, lokaliseringsopplysninger, en nettidentifikator eller ett eller flere elementer som er spesifikke for nevnte fysiske persons fysiske, fysiologiske, genetiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet (Personopplysningsloven, 2018). Forskeren må love at all informasjon skal behandles konfidensielt og anonymiseres ved publisering (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

I mitt prosjekt var deltakernes personopplysninger begrenset til profesjon, ansettelsesforhold og lokalisering, og det var derfor ingen sensitive opplysninger som måtte behandles konfidensielt. I all forskning som omhandler mennesker er fritt informert samtykke et helt sentralt krav. Forskeren må informere om at all deltakelse i forskningsprosjekter er frivillig, og det skal ikke forskes på individer eller grupper uten at disse uttrykkelig tillater forskningen. At samtykket skal være fritt og informert, innebærer at deltakerne i forskningsprosjekter ikke skal være under noen form for press når de gir sitt samtykke, og at de gir samtykket på grunnlag av viten om forskningen som skal gjennomføres (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Selv om deltakerne i min studie var profesjonelle sykepleiere og helsefagarbeidere ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester og dermed å anse som samtykkekompetente personer, måtte jeg på forhånd innhente samtykke fra alle deltakerne. Dette for å sikre at deltakelsen var noe som ble gjort frivillig og uten press fra

virksomhetsledelsen eller andre parter. Samtidig måtte deltakerne få adekvat og tilstrekkelig informasjon om forskningen til å kunne vurdere om de ønsket å delta. Før intervjuet startet mottok deltakerne derfor et informasjonsskriv, samt samtykkeskjema til underskrift (Vedlegg 7.2). Deltakerne samtykket til å delta, og ble på forhånd informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I min studie møtte deltakerne opp til ett fokusgruppeintervju, og ingen trakk seg fra studien underveis. Prosjektet er godkjent av NSD. Jeg har gjort lydopptak av intervjuene, og lydopptakene blir lagret, håndtert og destruert i tråd med gjeldende lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger (Personopplysningsloven, 2018), samt retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge (<http://www.usn.no>). Jeg brukte mobilen til å ta lydopptak. Denne var koblet opp mot Nettskjema <https://nettskjema.no/user/form>. GDPR-reglementet (Personopplysningsloven, 2018) stiller krav til internkontroll og vurdering av informasjonssikkerhet for systemer som inneholder personopplysninger. Nettskjema er underlagt [UiOs ledelsessystem for informasjonssikkerhet \(LSIS\)](#). Dataene ble overført til en beskyttet server, og vil bli slettet etter avsluttet prosjekt.

### **3.7 Refleksjon rundt metodevalg**

Vitenskapelig kunnskap kjennetegnes av at forskeren erkjenner at det valgte designet har begrensninger og svakheter, og i sin presentasjon av studien ikke bare forsvarer sin egen fremgangsmåte (Malterud, 2017). I all forskning stilles det strenge krav til etterprøvbareheten. I min kvalitative studie har jeg forsøkt å gjøre rede for trinnene i forskningen på en nøyaktig måte, slik at leseren kan følge prosessen og se hvordan jeg har kommet frem til resultatene (Thagaard, 2018). Som forsker har jeg også måttet overveie validiteten av funnene i studien og vise at jeg har vurdert rekkevidden av resultatenes gyldighet. Samtidig skal jeg ikke fastslå at funnene er gyldige (Malterud, 2017). Jeg har måttet ta stilling til hva metoden og resultatene mine sier noe om, og hvilken overførbarhet de har. Det må også stilles spørsmål ved om disse er overførbare utover den sammenhengen hvor studien er gjennomført (Malterud, 2017). Det faktum at jeg er uerfaren som forsker vil bidra til å påvirke forskningens kvalitet.

I denne studien valgte jeg fokusgruppeintervjuer som metode å samle inn data.

Fokusgruppeintervjuer kan bidra til viktig kunnskap ved å fokusere på den sosiale dynamikken mellom deltakerne i intervjusituasjonen (Anvik, 2021). Målet var å bruke denne dynamikken til å få

frem deres erfaringer rundt kommunikasjon med hørselshemmede eldre under Covid-19-pandemien. På den ene siden kan fokusgruppeintervjuer, gjennom diskusjon og dialog, være en god måte for å få frem ulike perspektiver og erfaringer som kan føre til økt bevissthet rundt tematikken. På en annen side kan det være krevende å få til en god dialog, noe jeg opplevde i min studie. Det var utfordrende å få tak i deltakere til studien min. Pandemi, stor arbeidsbelastning og mye sykdom blant helsepersonell i hjemmetjenestene bidro til at jeg til slutt kun satt igjen med tre deltakere i min fokusgruppe. Dette var deltakere fra den samme hjemmetjenesten, og avdelingsleder bidro til å skaffe deltakere. På den ene siden kunne man ha stilt spørsmåltegn med om vedkommende valgte ut deltakere hun selv mente ville kunne representere virksomheten på en best mulig måte. Samtidig var det mest nærliggende å tro at avdelingslederen visste best hvem som hadde kunnskap om tematikken, og som oppfylte inklusjonskriteriene. Så få deltakere kan gjøre det vanskelig å få frem troverdig kunnskap. Samtidig er det informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer hvor mange deltakere det er behov for (Malterud, 2017). Selv i en liten fokusgruppe kan deltakernes fortellinger og erfaringer føre til gode, relevante data. Til tross for få deltakere og det faktum at det var vanskelig å få til en optimal dialog, kom det frem gode data og relevant kunnskap i studien. Hvis jeg hadde hatt med flere deltakere av hver yrkesgruppe, kan det hende at svarene hadde vært mer nyanserte. Det er allikevel ikke sikkert at det hadde blitt større forskjeller i svarene, fordi deltakerne kom fra samme virksomhet og hadde de samme rammebetingelsene. Dynamikken innad i gruppen vil også kunne påvirke intervjuet. For eksempel kan noen dominere og ta ordet ofte, mens andre kan være mer passive (Eide & Eide, 2007). I min gruppe var det to av deltakerne som fremstod som mer aktive enn den siste deltakeren, selv om det ikke var noen som fremstod som spesielt dominerende. For å få frem relevante, kvalitative data kunne jeg også ha valgt individuelle intervjuer. Dette ble, som nevnt tidligere, valgt bort blant annet på grunn av studiens tidsaspekt.

Konteksten er også med på å påvirke resultatene. Man må stille seg spørsmål om funnene er overførbare til andre sammenhenger enn den konteksten hvor de ble kartlagt. Deltakerne i min studie var etnisk norske kvinner i hjemmetjenesten i en norsk kommune. Hadde deltakerne for eksempel vært menn, og kanskje også med ikke-vestlig bakgrunn, kunne resultatene ha vært annerledes. At mine deltakere til slutt bestod av etnisk norske kvinner var tilfeldig, fordi mine inklusjonskriterier hverken vektla kjønn eller etnisitet. En annen interessant kontekst kunne ha vært sykehjem. I hjemmetjenesten kommer helsepersonell inn til brukerne i deres egne hjem. Men et

rom på sykehjemmet er også å regne som et hjem for en bruker som har måttet flytte inn der. Det vil dermed være nærliggende å diskutere begrepet «hjem», og se hvordan ulike definisjoner av dette begrepet kan påvirke hvordan helsepersonell utfører helse- og omsorgstjenestene. Kan det kalles et hjem når man ikke lenger har sin egen intimsfære, og det ikke er det samme skillet mellom det private og det offentlige? Samtidig kan man si at et hjem er et sted for omsorg og medfølelse (Broch, 2020), noe som iht. forskrifter bør være godt ivaretatt på et sykehjem (Helse- og omsorgsdepartement, 2003).

Jeg kunne også valgt hørselshemmede eldre som deltakere istedenfor helsepersonell for å få en annen vinkling på problematikken, noe som ville ha gitt andre funn. En slik studie ville imidlertid ha satt store krav til blant annet samtykkekompetanse og personvern, og det ville dermed vært utfordrende å få tak i deltakere. Dessuten er det gjort en del studier fra hørselshemmede eldre sitt ståsted allerede, og det var derfor ikke like relevant for meg å forske på dette.

## 4 Resultater

I dette kapittelet presenterer jeg studiens funn. Funnene kan oppsummeres i to hovedkategorier.

### 4.1 Påvirkning på kommunikasjonen

Innledningsvis stilte jeg et åpent spørsmål om hvordan helsepersonell har opplevd å jobbe med eldre som hører dårlig under covid-19-pandemien. Jeg spurte hvordan arbeidshverdagen hadde vært, og hvilke erfaringer de hadde gjort seg knyttet til kommunikasjon med hørselshemmede eldre i en tid med smittevernrestriksjoner. Følgende underkategorier stod frem som mest interessante.

#### 4.1.1 Avstand mellom helsepersonell og brukere

Deltakerne fortalte om en stusselig og vanskelig periode, både for sin egen del og for brukerne deres. Samtidig sa de at hverdagen stort sett hadde vært grei. De sa også at det har påvirket kommunikasjonen med hørselshemmede å være pakket inn i smittevernutstyr. De har måttet bruke munnbind hos alle, og kommunikasjonen hadde blitt mer upersonlig. Hvis det var påvist smitte, hadde de vært nødt til å bruke visir og briller i tillegg. En av deltakerne sa at hun opplevde dusjing som ekstra slitsomt, fordi da måtte de også ha på seg frakker. Da ble det varmt og hun ble tung i hodet. Hun fortalte at som følge av det var de kanskje kjappe til å vaske, og at de kanskje bevisst ikke snakket så mye.

*«Jeg merker jo at det har vært ekstra slitsomt, med alt dette. Men det har gått greit».*

En av deltakerne fortalte om eldre som var opprørte og hadde behov for nærhet, men hvor berøringen ble begrenset av smitteverntiltakene. I de tilfellene det var mulig å holde avstand, slapp de å bruke munnbind. Men det opplevdes som vanskelig å holde avstand, fordi de ofte måtte ha nærkontakt med brukerne. Det var enighet blant deltakerne om at det å ikke kunne gi en klem var utfordrende, og en av dem sa hun følte seg følelsesmessig kald som følge av det.

*«Hva kan man gjøre hvis man må holde avstand og ikke kan gi en klem?».*

To av deltakerne sa at de tenkte at mange eldre hadde blitt mer ensomme under pandemien. Det hadde vært minimalt med aktiviteter for de eldre, og de opplevde at mange eldre ble glade når de kom til dem.

*«De har liksom sugd oss til seg. Nå kommer det noen».*

Samtidig fortalte en av deltakerne at hun ikke har opplevd at pandemien hadde fått store konsekvenser for noen av brukerne. Hun sa at alle hadde hatt en kjerne av familie, og hatt noen familiemedlemmer å snakke med når ikke helsepersonell hadde vært der. Deltakerne sa at de snakket med de eldre når de var hjemme hos dem. De eldre hadde kanskje uttrykt at de synes det var trist å ikke kunne komme sammen med andre, men flere av deltakerne sa at de eldre ikke hadde vært helt alene.

*«Så jeg synes at det har vært den samme kommunikasjonen under pandemien som før. Vi prater jo med dem hele tiden når vi er der».*

#### 4.1.2 Kommunikasjon med smittevernutstyr

Munnbind ble beskrevet av deltakerne som det smitteverntiltaket som hadde gitt flest utfordringer i møtet med hørselshemmede eldre under pandemien. Mange av de eldre er avhengige av å kunne lese på leppene til den de kommuniserer med, og munnbindet har gjort dette vanskelig. De eldre har ikke kunnet se ansiktsuttrykket og mimikken heller, og har dermed slitt med å tolke hva som blir formidlet.

*«Veldig mange har sagt at vi mumler så fælt, med det munnbindet. De har liksom brukt ordet mumling, det er bare sånn mumling. Vi hører ikke hva dere sier for noe. Så det er det mange som har sagt».*

En av deltakerne sa at det holder å snakke høyt, tydelig og sakte for at hørselshemmede skal få med seg det som blir sagt. Hun mente at helsepersonell har måttet ta seg god tid, og i noen tilfeller rygget litt tilbake og tatt av seg munnbindet, og at det har fungert bra.

En av de andre fortalte derimot at noen eldre har blitt frustrerte fordi de ikke har hørt hva som har blitt sagt. Hun sa at helsepersonell da har ropt enda høyere, uten at det har hjulpet.

*«Det er ikke noe vits i å prate så mye. Uansett hvor høyt og tydelig vi snakker, får de eldre allikevel ikke med seg hva vi sier bak munnbindet».*

Deltakerne sa at de bevisst ikke har snakket like mye med de eldre som tidligere på grunn av de begrensningene smittevernutstyret har gitt, og fordi de opplevde at brukerne ikke hørte hva de sa,

uansett hvor høyt og tydelig de snakket. De hadde da heller fokus på andre ting, noe de mente hadde ført til mindre og dårligere kommunikasjon.

*«Det er kanskje sånn at det blir litt mindre kommunikasjon, hvis du vet at brukeren ikke hører så godt, og at du, uansett hvor høyt og tydelig du prater gjennom munnbindet og sånt, så vil fortsatt ikke brukeren få det med seg,».*

Flere av deltakerne sa samtidig at de på en måte var bevisst på kommunikasjon, fordi de blir godt kjent med brukerne sine.

Deltakerne fortalte at det ofte er tidspress i helse- og omsorgstjenesten. Som følge av pandemien har det i tillegg blitt mange smittevernrestriksjoner å følge, mye sykdom blant helsepersonell og ytterligere tidspress.

*«Er det sykdom i dag, siden dere kommer så seint?»*

Det var enighet blant deltakerne om at kroppsspråket og farten man kommer inn til eldre med har stor betydning. En av deltakerne sa at ofte føltes det som om de eldre får dårlig samvittighet fordi helsepersonell skal bruke tiden sin på dem. Hun mente at det da var viktig at de understreket for den eldre at denne tiden var satt av til han eller henne. Flere av deltakerne trodde at hørselshemmede kanskje kan være ekstra sensitive på slike signaler. Det ble ikke gitt noen forklaring på hvorfor de tenkte dette, eller om det faktisk forholdt seg slik.

En fortalte om en episode hvor en bruker trodde de hadde glemt henne, fordi de kom så sent til henne. Hun ble da veldig frustrert og lei seg, og begynte å gråte. Den sykepleieren som var til stede ga henne da en klem, og ble hos henne til hun roet seg. Det var enighet blant helsepersonell om at de eldre mest sannsynlig har merket frustrasjonen og tidspresset deres. Eldre vil ikke være til bry. Når de merket at helsepersonell hadde det travelt, lot de kanskje være å si ting de ville si eller burde ha sagt.

## **4.2 Hjelpemidler og tiltak**

Siden jeg brakte med meg en forforståelse av at kommunikasjon med eldre hørselshemmede har ført til noen utfordringer som følge av pandemien, var jeg nysgjerrig på om helsepersonell tok i bruk hjelpemidler eller iverksatte tiltak for å avhjelpe situasjonen.

### 4.2.1 Nedstengte aktiviteter og tiltak

Deltakerne fortalte meg at det har vært perioder med ganske strenge tiltak under pandemien, blant annet nedstenging av dagsenteret og kafeen. Siden det meste var stengt ned, kunne de ikke be med seg de eldre ut på kaffe i gangen heller, så de sier at mange nok var ensomme. I tillegg ble flere andre aktiviteter og tiltak kansellert, blant annet dusjing av de eldre. En av deltakerne mente at kanselleringer og færre besøk har påvirket eldre med hørselshemming.

*«Dusjing ble også kansellert en periode i fjor. Det var det verste, når vi måtte kansellere den».*

En av deltakerne sa at de iverksatte tiltak på samtale under besøket for de brukerne som følte seg ensomme under pandemien.

*«Litt tid til å prate sammen. Hver da, som et tiltak».*

Men deltakerne var ellers enige i at det ikke var iverksatt noen formelle, organiserte tiltak for hørselshemmede under pandemien.

*«Det iverksettes ikke noen tiltak, det går vel kanskje i det samme».*

En av deltakerne fortalte at en del eldre ikke har villet ha besøk eller at helsepersonell skulle komme for nær. De hadde sagt fra seg besøkene fordi de var redde for smitte, og heller vil klare seg selv. Hun sa at de noen ganger da ringte brukerne istedenfor å besøke dem.

*«Vi har vel lagt inn noen telefonsamtaler innimellom, og spurt hvordan det har gått. Det er ofte brukere som har kunne ta oppdraget selv, og har valgt det selv på grunn av smitten. Men, ja det er noen vi har hatt».*

En av deltakerne sa at hun hadde tenkt at de eldre, generelt sett, hadde vært mer ensomme, men at hun ikke hadde tenkt spesielt på hørselshemmede i den forbindelse. En annen mente at pandemien kanskje ikke hadde fått noen store konsekvenser for noen av de eldre, fordi de fleste har hatt noen familiemedlemmer å snakke med.



*«Så jeg synes at det har vært den samme kommunikasjonen under pandemien som før».*

*«Merker ikke noen spesiell forskjell i kommunikasjonen. Det iverksettes ikke noen tiltak, det går vel kanskje i det samme. Litt usikker. Jeg vet ikke helt. Jeg har ikke tenkt så mye over det»*

#### 4.2.2 Digitale kommunikasjonsmetoder

Deltakerne mente at det ikke har vært nødvendig å bruke hjelpemidler i kommunikasjonen med hørselshemmede under pandemien. De har bare snakket og ropt enda høyere. De mente at det holdt å prate med dem, og tror ikke at deres brukere er en målgruppe for digitale hjelpemidler. En mente at gammeldags, toveis, kommunikasjon er det som fungerer best for aldersgruppen deres.

*«Fordi vi prater jo med dem, og de forstår oss jo greit. Men det har vært slitsomt, ja. På grunn av korona har det ikke vært så enkelt for dem, men vi har ikke brukt noe sånt».*

En av deltakerne sa at noen kanskje kunne hatt nytte av det, men at de fleste ikke bruker pc, nettbrett eller slike ting. Hun mente også at mange ikke forstår digitale hjelpemidler, som for eksempel face-time. For øvrig fortalte de at virksomheten ikke har noen digitale hjelpemidler for hørselshemmede.

*«Vi bruker heller ikke digitale hjelpemidler på noen av de som har hørselshemming. Vi har jo medisindispensere, men da er det bare tilfeldig at noen av dem har redusert hørsel i tillegg. Det er, på en måte, bare et generelt hjelpemiddel».*

#### 4.2.3 Hørselshjelpemidler

Deltakerne sa at det er en del hørselshemmede som har høreapparat, men at enkelte lar være å bruke det. De kan ofte føle at det er forstyrrende med mye lyder, og at de dermed ikke får med seg mye hvis det er flere i et rom. Da blir det gjenklang og bråk i ørene. De fortalte at mange er ikke så fornøyd med høreapparatene sine. En deltaker mente at årsaken kan være at det ikke sitter godt nok i øret. Som et generelt tiltak for å bedre kommunikasjonen uavhengig av pandemien, har mange eldre tiltak på hjelp til å sette inn høreapparat. Deltakerne sa at noen eldre opplever det som stigmatiserende å bruke høreapparat. De vil ikke innrømme at de har behov for det fordi de da føler seg gamle og hjelpetrengende.

*«Det er noen eldre som kanskje synes det er flaut å innrømme at de må bruke høreapparat».*

En av deltakerne fortalte at hun har en bruker som ikke setter inn høreapparatene med mindre hun skal ha besøk. Siden hun ikke har hatt mye besøk under pandemien, har hun brukt dem lite, og heller ikke når helsepersonell kommer på samtalebesøk. På spørsmål fra helsepersonell om hun ikke skal sette dem i, svarer hun at det ikke er nødvendig.

*«Men vi er jo der. Så sånn sett er det annerledes. Hun har brukt dem mindre».*

En fortalte at brukere selv har anskaffet hjelpemidler som for eksempel hørat, teleslynge eller dørvarsling.

*«Dette er noe brukerne har hjemme hos seg, og som de sitter med uansett om vi er der eller ikke. Noen bruker det daglig».*

En deltaker fortalte at de har en bruker som har Komp, hvor hun kan se pårørende når de ringer henne. Det er brukeren veldig fornøyd med, og det fungerer veldig bra.

## 5 Drøfting av resultatene

I det foregående kapittelet ble resultatene av studien presentert. Disse funnene relaterer seg direkte til de erfaringene deltakerne i studien har hatt i møtet med eldre hørselshemmede. I dette kapittelet vil jeg diskutere og reflektere over de mest relevante resultatene, og sette disse opp imot teori, annen forskning, kontekst, politiske føringer og rammebetingelser. Jeg vil forsøke å tolke deres erfaringer på en respektfull måte, og i tråd med studiens problemstilling.

Et av spørsmålene jeg ønsket svar på i studien var hvilke erfaringer helsepersonell hadde med kommunikasjon med hørselshemmede eldre i en tid med restriksjoner og utbredt bruk av smittevernutstyr, og hvordan denne bruken påvirket kommunikasjonen.

Til tross for nedstengninger, restriksjoner og smittevern, sa deltakerne at hverdagen hadde vært ganske grei under pandemien. Kommunikasjonen med hørselshemmede opplevdes ikke spesielt vanskelig, og de syntes den var ganske uforandret fra før pandemien.

Dette resultatet er i tråd med flere studier vi fant i forbindelse med oppgaven vi skrev om sansesvikt blant eldre. Forskning gjort før pandemien viser at sansetap hos hjemmeboende eldre ofte er underdiagnostisert, og at funksjonsvanskene knyttet til disse ikke blir identifisert og gjort noe med (Svingen, 2009). Kommunikasjon mellom helsepersonell og hørselshemmede er essensiell for å kunne gi hørselshemmede eldre trygge og tilrettelagte helse- og omsorgstjenester. Allikevel viste resultatene av en studie gjort på sykepleiere i hjemmetjenesten at det var et behov for mer informasjon om alle aspekter av hørselshemming og effektive kommunikasjonsstrategier ved omsorg for hørselshemmede. I denne studien ble det brukt et pedagogisk verktøy for å kartlegge sykepleierens kompetanse rundt tematikken, og man fant at de som hadde tatt kurs eller videreutdanning knyttet til kommunikasjon hadde høyere testresultater totalt sett og i hver av kategoriene som ble vurdert (Ruesch, 2018). Kartleggingsverktøyet viste seg å ha noen begrensninger, og man må derfor være kritisk til resultatene. Samtidig er det likhet mellom funnene i denne studien og funn i andre, sammenlignbare studier. Til tross for at studien er gjort i USA, er konteksten i denne studien også hjemmetjenesten, og jeg mener funnene er overførbare til norske forhold.

Deltakerne i studien min sa at de ikke hadde merket noen særlig forskjell på kommunikasjon med hørselshemmede eldre som følge av pandemien. Årsaken til dette kan være mange, for eksempel

manglende bevissthet, fokus eller kunnskap. Kommunikasjonen var «bare noe de gjorde», uten at det var et tema. At deltakerne hadde en slik oppfattelse av kommunikasjonen, kan også skyldes deres bakgrunn og grunnleggende forståelse. Forståelsen vår ligger til grunn for at vi oppfatter ting på visse måter, og er noe som er til stede når vi for eksempel arbeider. I tillegg kan deltakernes holdninger ha påvirket deres oppfattelse av kommunikasjon, enten bevisst eller ubevisst (Thornquist, 2018).

Det fantes imidlertid forskning som tyder på at det har skjedd en økning i bevisstheten rundt kommunikasjon med hørselshemmede i løpet av pandemien. Som svar på Covid-19-pandemien, med strenge smittevernregler som forverret kommunikasjonsvanskene blant eldre med hørselsvansker, ble det i USA distribuert en nasjonal undersøkelse. Målet med undersøkelsen var å forstå perspektivene til helsepersonell og identifisere eventuelle intervensjoner for å forbedre kommunikasjonen i helsevesenet. Forskerne fant at mens størsteparten av helsepersonellet som deltok i studien før pandemien sa at hørselshemming hadde liten eller ingen påvirkning på helsetjenestene, rapporterte de at hørselshemming hadde fått enten stor eller ekstrem påvirkning på kvaliteten på helsetjenestene under pandemien. En god del av deltakerne i denne studien fortalte også at bevisstheten knyttet til kommunikasjonsutfordringer relatert til hørselstap hadde økt kraftig etter at pandemien hadde startet (Deardorff et al., 2021). De fleste deltakerne i denne studien var leger, men det var også sykepleiere og andre grupper av helsepersonell. Jeg mener imidlertid at dette styrker relevansen i studien, fordi den viser at manglende bevissthet og kunnskap om temaet er en tverrfaglig utfordring.

Samtidig fortalte deltakerne at mange hørselshemmede var avhengige av å lese på leppene, og at bruk av munnbind har gjort kommunikasjonen med dem mer utfordrende. De mente at helsepersonells mimikk og kroppsspråk hadde blitt viktigere enn tidligere i møtene med hørselshemmede eldre.

*«Nå som vi har måttet bruke munnbind og sånn, har det vært vanskelig hos enkelte eldre. Når de ikke hører og ikke ser hva de sier».*

Når kommunikasjonen blir redusert og vanskelig, vil det kunne føre til negative konsekvenser for eldre hørselshemmede. For det først vil det kunne bidra til at sykdommer ikke fanges opp, samtidig

som at det kan gi logistiske utfordringer med å håndtere kroniske sykdommer og mental helse. For det andre vil dårlig, eller mangelfull, kommunikasjon kunne sette begrensninger for individets autonomi og frihet (Brotto et al., 2021a). Har helsepersonell derimot gode kommunikasjons-teknikker og bevissthet rundt kommunikasjon, kan det forhindre isolasjon og marginalisering av personer med hørselshemming. Hvis helsepersonell vet hvordan man kommuniserer, vil det kunne bidra til økt tillit og forbedring i kommunikasjonen mellom dem og brukerne deres (Maru et al., 2021). Disse studiene var relevante fordi de kommer med forslag til ulike kommunikasjonsverktøy og kurs for å forbedre kommunikasjonen for helsepersonell som jobber med hørselshemmede eldre.

Deltakerne i studien min fortalte at de bevisst har snakket mindre fordi brukerne allikevel ikke har hørt hva de har sagt bak munnbindet, og de ga uttrykk for at kommunikasjonen hadde vært vanskelig hos enkelte eldre. Men en av deltakerne sa samtidig at hun ikke hadde tenkt så mye over på hvilken måte kommunikasjonen ble påvirket.

*«Når vi tenker på hva vi skal gjøre med dem, så hører de ikke igjen. Så, ja, det har nok påvirket litt av det. Jeg har liksom ikke tenkt så mye over det når jeg har vært ute hos brukerne».*

Covid-19 har gjort bruk av munnbind og sosial distansering obligatorisk. Vi vet at nedsatt hørsel kan føre til psykologiske og kognitive konsekvenser for eldre, og derfor er noe man bør forsøke å forebygge. Selv om innsatsen for å forbedre hørselen ikke er uten økonomiske og omsorgsmessige kostnader, kan man komme langt med å møte de fleste problemene med kommunikasjonsbevissthet og en forholdsvis begrenset personlig innsats (Brotto et al., 2021b).

Å dekke til ansiktet og holde avstand har vist seg å ikke bare ha skadelig effekt på verbal og non-verbal kommunikasjon, men er også tiltak som påvirker hørselshemmede velvære og livskvalitet. Siden disse tiltakene har vart over lang tid, og dermed lenge har vært en del av hverdagen til både hørselshemmede og helsepersonell, er støtte til effektiv kommunikasjon en nødvendighet (Oosthuizen et al., 2022). Disse funnene kommer fra en systematisk anmeldelse av over 2000 artikler funnet i elektroniske databaser som PubMed og Cinahl, og er publisert i et anerkjent helse-tidsskrift, noe som styrker resultatenes validitet og reliabilitet.

Når man ikke kan lene seg på det språklige alene, settes det ytterligere krav til helsepersonell som gir helse- og omsorgstjenester til hørselshemmede eldre. Bruk av munnbind og annet smittevernutstyr har begrenset muligheten til å kommunisere verbalt. Hvis mesteparten av ansiktet er tildekket, vil mye av kommunikasjonen avhenge av hvilke signaler vi gir via øynene og kroppsspråket vårt. Kommunikasjonen består altså av ord i kombinasjon med kroppsspråk. I tillegg til innholdet i meldingen, påvirker også måten vi kommuniserer på hvordan meldingen blir oppfattet. Toneleie, ansiktsuttrykk, kontekst osv. bestemmer og påvirker innholdet, fordi det endrer hvordan lytteren mottar meldingen (Watzlawick et al., 1967). Paul Watzlawick mente at all atferd er en form for kommunikasjon i seg selv. Selv når vi ikke gjør noe, verbalt eller non-verbalt, overfører vi noe. Det betyr at det ikke bare er meningen med innholdet som er kommunikasjon, men også måten den som snakker ønsker å bli forstått på og hvordan vedkommende forsøker å bli forstått på av andre (Watzlawick et al., 1967). Deltakerne var enige om at kroppsspråket og farten man kommer inn til eldre med har stor betydning, og at det var viktig å understreke at tiden man er hos brukeren er satt av til han eller henne.

Schramm var opptatt av koding av den informasjonen som ble sendt mellom to parter. Hvis ikke mottakeren forstår hva avsenderen prøver å formidle, har ikke meldingen noen hensikt. I en situasjon hvor avsenderen bruker munnbind, vil det kunne forårsake så mye forstyrrelser at mottakeren ikke forstår det som blir formidlet. Det samme kan skje hvis det er for stor avstand, eller det blir brukt telefon eller andre hjelpemidler (McAnany, 2014). Den verbale delen av kommunikasjon blir da forstyrret, og helsepersonell må ty til non-verbale kommunikasjonsmåter for å få frem budskapet sitt (Watzlawick et al., 1967).

Deltakerne i studien min sa at de hadde mange kjente hørselshemmede, både med og uten høreapparat. De var vant til å kommunisere med dem ved å snakke høyt, tydelig og sakte. De sa at dette fungerte greit, så når pandemien kom fortsatte de bare på samme måten. Sammenhengen mellom hørselshemming og demens er en stor folkehelseutfordring, med betydelige muligheter for tidligere diagnostisering, behandling og forebygging. Vi hører med hjernen, spesielt de komplekse lydbildene vi opplever i hverdagen. Det betyr at det å ikke bruke høreapparat vil kunne føre til utvikling av demens for eldre med hørselshemming. Alle som er involvert i helse- og omsorgstjenestene til hørselshemmede eldre bør derfor kjenne til strategier for forebygging, reparasjon og vedlikehold for å oppnå best mulig samhandling og forhindre kommunikasjonssvikt (Pinsonnault-Skvarén et al., 2021). For å forebygge slike uheldige konsekvenser, er det viktig av at

helsepersonell og pårørende oppmuntrer hørselshemmede til å bruke høreapparat og andre hjelpemidler, også under pandemi, for å unngå sosial isolasjon. Det bør derfor være en klar motivasjon for helsepersonell til å ta tak i komponenter det er mulig å reversere, og til å sikre samsvar ved å få hørselshemmede til å bruke høreapparat. Målet må være å redusere den hørselsrelaterte funksjonshemmingen i hverdagen (Johnson et al., 2020). British Journal of Community Nursing publiserte i 2020 en artikkel som omhandlet sammenhengen mellom hørselstap og demens. I denne artikkelen kom det frem at Alzheimerforeningen i Storbritannia; - The Alzheimers Society, anbefalte at sykepleiere som utfører omsorgstjenester for personer med hørselstap og demens, bør sørge for at personen har sine høreapparater (Nazarko, 2020). Deltakerne fortalte at mange av brukerne ikke benyttet høreapparatene fordi de satt mye alene. De forsøkte da å si at hjemmetjenesten jo kom på besøk, og at det derfor var viktig å ha dem på. Mange eldre hørselshemmede unngår i tillegg sosiale situasjoner fordi bakgrunnsstøyen gjør det vanskelig å kommunisere med andre. Det kan bidra til sosial isolasjon og redusert kommunikasjon med familie og venner. Observasjonsstudier av eldre fra hele verden viser også en klar assosiasjon mellom aldersrelatert hørselstap, redusert sosial funksjon og begrensninger i antall roller eldre har som følge av følelsesmessige problemer (Rutherford, 2018). Siden mye den direkte kommunikasjonen mellom helsepersonell og hørselshemmede er erstattet av videosamtaler, bør produsenter av høreapparater vurdere å utvikle behandlingshjelpemidler og tilbehør som er spesielt utviklet for videosamtaler. Vedlikehold og reparasjon av dette utstyret bør gjenopptas når det ikke lenger er så stort smittetrykk i samfunnet (Naylor, 2020). I Norge har hørselssentralene hovedansvaret for hørselsomsorgen, og et økt behov for høreapparattilpasninger kan for eksempel møtes ved å ha en audiograf tilgjengelig for kommunen. (Helsedirektoratet, 2020).

Deltakerne fortalte at det til tider har vært vanskelig å måtte holde avstand og ikke kunne ha nærhet. De mente at mange eldre nok har vært ensomme. De fortalte om nedstenginger i tilbud, og om at eldre blir sittende mye alene som følge av dette. På en annen side mente de at de fleste hørselshemmede allikevel ikke hadde vært helt alene, fordi de hadde en kjerne av familie.

Forskning kan tyde på at hørselshemmede eldre sannsynligvis har blitt mer isolert som følge av pandemien. En studie gjort i Italia etter den første smittebølgen, viste at eldre med hørselsvansker en av gruppene med høyest forekomst av psykisk stress knyttet til redsel for smitte og bekymringer for fremtiden. Isolasjon og frykt viste seg å ha negativ påvirkning på psykisk velvære hos eldre med

hørsels- og synsproblemer, som allerede er utsatt for andre stressfaktorer sammenlignet med resten av befolkningen (Bubbico et al., 2021). Italia var ett av landene hvor eldre ble hardest rammet av Covid-19, og har dermed kanskje større utfordringer enn andre land i Europa. Resultatene må derfor vurderes ut fra denne konteksten. Samtidig tyder funn fra andre studier på at dette også kan gjelde andre europeiske land. Norsk sykepleierforbund (NSF) ga Sintef i oppdrag å gjøre en studie på sykepleieres erfaringer med koronapandemien. Studien hadde som overordnede problemstilling å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere hadde med koronapandemien så langt, og hvilke konsekvenser pandemien hadde hatt for pasienter, bruker og pårørende (Melby, 2020). Alle helse- og omsorgstjenestene opplevde økt isolasjon og ensomhet for mange av brukerne og pasientene, den høyest andelen i hjemmetjenestene. Det var også der flest avlastningstilbud og viktige støttetjenester ble borte som følge av pandemien (Melby, 2020). På den ene siden kan slike nedstenginger føre til at flere eldre isolerer seg på grunn av frykt for smitte, og derfor ikke mottar den helsehjelpen de trenger. På den annen side kan reduksjon i besøk og helse- og omsorgstjenester for hørselshemmede eldre som følge av pandemien, bidra til at sykdom og lidelser ikke blir fanget opp og nødvendig helsehjelp ikke blir gitt. Deltakerne fortalte at noen eldre ikke ville ha besøk av dem, fordi de var redde for å bli smittet. Da hendte det at de tok en telefon til brukeren og spurte hvordan det gikk i stedet, men dette var ikke noe som ble gjort systematisk. De sa at de ikke hadde brukt face-time eller noen andre virkemidler, fordi de pratet med de hørselshemmede. De fortalte at de hørselshemmede forstod greit hva deltakerne sa. Men samtidig opplevde deltakerne det som slitsomt, og at det ikke hadde vært så enkelt for hørselshemmede på grunn av Covid-19. Sykepleien.no hadde et innlegg hvor forfatterne konkluderte med at de fleste korte og «mindre nødvendige besøkene» hjemmetjenesten utfører, som for eksempel tilsyn og dusjing, hadde blitt fjernet. Brukerne fikk lite fysisk kontakt og øyekontakt med andre mennesker. En konsekvens av manglende fysisk kontakt kan være helsemessige forverring som for eksempel stigende blodtrykk og puls, samt økt følelse av uro. Samtidig påvirket avstanden også sykepleierne. Forskning har vist at varme håndtrykk, varsom berøring og nennsomt gjennomførte prosedyrer var viktig for at sykepleiere følte at de utførte god sykepleie. Toveiskommunikasjonen, både den verbale og non-verbale, blir krevende når arbeidsdagene blir lange og besøkene hos brukerne blir redusert. Tolkning av brukernes behov blir i tillegg mer krevende for sykepleierne når digitale kommunikasjonsmidler erstatter personlig kontakt (Sandnes, 2020). Dette er en artikkel som ble publisert i et tidsskrift i regi av Norsk Sykepleierforbund (NSF), og reliabiliteten og validiteten til resultatene må derfor ses i lys av dette.



Forskning viser at det er ikke bare bruk av munnbind som kan føre til sosial tilbaketrekning og ensomhet, men også andre virkemidler som ble tatt i bruk under pandemien for å kunne kommunisere på trygg avstand for å unngå smitte. Fysisk avstand og utstrakt bruk av telefon og videokonferanser bidro til at eldre, spesielt de med hørselshemming, ble ekstra utsatt for å oppleve kommunikasjonsbrist og økt sosial isolasjon (Pinsonnault-Skvarenina et al., 2021).

Det ble bekreftet i SINTEF-rapporten (Melby, 2020), hvor sykepleierne fortalte at mange nedstengte tjenester og mye frykt for smitte har ført til at mange brukere har fått for lite tjenester eller takket nei til dem av frykt for å bli smittet. Generelt sett rapporterte sykepleiere som har jobbet under pandemien at de har opplevd økt arbeidsbelastning og redusert jobbtilfredshet (Melby, 2020). Funnene i rapporten må vurderes opp mot det faktum at undersøkelsen ble gjort på sykepleiere som er ansatt i mange forskjellige deler av helsetjenesten i Norge, og viser funn fra ulike arbeidsområder innenfor tjenestene. Samtidig omfattet rapporten et stort antall sykepleiere. I tillegg til pasienter og brukere, har også helsepersonell økt risiko for isolasjon som følge av smitteverntiltak. En danske studie fra en intensivavdeling avdekket et fenomen som ble beskrevet som «isolasjonskommunikasjon». Forholdsreglene som ble tatt i forbindelse med isolasjon, i kombinasjon med bruken av smittevernutstyr, viste seg å ha en sterk innvirkning på sykepleiernes omsorgs- og kommunikasjonspraksis, som var begrenset i denne situasjonen. Sykepleierne følte seg fysisk, følelsesmessig og sosialt distansert fra pasienter, pårørende og kollegaene sine. Samtidig visste de at for å forhindre spredning av viruset, var «isolasjonskommunikasjon» noe de måtte holde ut med (Holm & Dreyer, 2022, s. 1). Flere deltakere i studien min fortalte at de følte seg kalde fordi de ikke kunne ha nærhet og ikke kunne gi brukerne en klem. Selv om konteksten ikke er den samme, ga deltakerne i min studie også uttrykk for at det var tungt å stå med smittevernutstyr i stellesituasjoner, og at de følte trang til å komme ut og få luft. På samme måte som sykepleierne i denne studien, medga deltakerne i min studie også at det ble mer avstand og mindre og dårligere kommunikasjon i situasjoner hvor de måtte bruke fullt smittevernutstyr.

For å sikre at tjenestene blir utført på en forsvarlig og omsorgsfull måte, må rammebetingelsene være på plass. Hjemmetjenesten er under stort press, og med en stadig eldre befolkning (Statistisk Sentralbyrå, 2022), stilles det stadig større krav til hvilke behov tjenestene skal dekke. En av rammebetingelsene er konteksten. Konteksten er en faktor som kan påvirke kommunikasjonen mellom helsepersonell og hørselshemmede eldre, og ha betydning for de valgene som tas. For mange symboliserer huset som hjem et sted det er knyttet trygghet, forutsigbarhet og varme til og

der hvor vi har frihet til å gjøre det vi vil. Hjemmet forstås som et sted og en måte å være i verden på, som et tilfluktsted fra staten og nasjonens lover og overvåkning. Som en konsekvens av dette, vil det kunne være vanskelig for helsepersonell å bryte inn i privatlivet for å utføre helse- og omsorgstjenestene brukeren har krav på og behøver (Broch, 2020).

Deltakerne i studien min sa at de ofte var hos de samme brukerne, og at de kjente dem godt. Som helsepersonell i hjemmet til hørselshemmede eldre er det viktig å vise respekt for deres autonomi og forståelse for ønsker og valg. Samtidig er man som profesjonell fagperson pliktig til å iverksette de tiltak man anser som nødvendige for å ivareta behovene for helse og omsorg. Men for å få til dette må helsepersonell, i tillegg til tid, ha bevissthet rundt, kunnskap om, og ressurser til å gjennomføre nødvendige tiltak. Skillet mellom privat og offentlig sfære er også et element å ta med i betraktningen. Det at helsepersonell utfører sine tjenester i brukernes hjem, kan dermed kanskje være en medvirkende årsak til at tiltak ikke blir iverksatt (Broch, 2020).

Helsepersonell som deltok i min studie hadde jobbet i virksomheten over lang tid, og det er rimelig å anta at deltakerne og brukerne deres kjente hverandre godt. Det var også noe de sa i fokusgruppeintervjuet. På den ene siden kan det bety at de opplevde kommunikasjonen som god fra tidligere, og dermed ikke så behovet for å iverksette andre kommunikasjonsstrategier. På den annen side kan det ha vært vanskelig å bryte innarbeidede kommunikasjonsmønstre, selv om dette ikke nødvendigvis var det beste alternativet.

Manglende bevissthet og kunnskap om kommunikasjon kan være en årsak til at deltakerne i min studie ikke opplevde noen særlig endring i kommunikasjonen med hørselshemmede. Ansvar for at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester innehar nødvendig kompetanse ligger i hovedsak hos kommunene. Loven pålegger kommunene et stort ansvar for innbyggernes helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal, blant annet, forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, og samtidig fremme sosial trygghet og forebygge sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011b). Det er også kommunens ansvar å sikre at alle som jobber innenfor helse- og omsorg får tilstrekkelig etter- og videreutdanning (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011b).

Men kommunen har ikke ansvaret alene. Helsepersonell har også et selvstendig ansvar for å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og utøve arbeidet på en forsvarlig og omsorgsfull måte (Helsepersonelloven – hpl, 1999). Hver enkelt sykepleier eller helsefagarbeider som er hjemme hos hørselshemmede eldre, har selv et ansvar for at de er faglig oppdatert og innehar nødvendig

kompetanse. I relasjonen mellom helsepersonell og en hørselshemmet eldre bruker, er det helsepersonell som er den profesjonelle parten og innehar derfor hovedansvaret for kommunikasjonen. Denne profesjonelle kommunikasjonen er en dialog og dynamisk samspill mellom to eller flere personer, og på den måten skape en god relasjon mellom de som er involverte (Eide & Eide, 2007).

Det kreves mye ressurser for å klare å overholde alle forpliktelsene; - økonomi, tid, bemanning og kompetanse. Som et tilsvarende svar til økningen i kommunale forpliktelser og oppgaver, iverksatte regjeringen en plan for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i hjemmetjenestene og utvikle nye, bærekraftige løsninger (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). I 2019 kom imidlertid Covid-19-pandemien, og med det ytterligere krav og anbefalinger fra myndighetene om oppgaver kommunene skulle ta ansvar for, noe som medførte enda mer arbeid for hjemmetjenestene (Helsedirektoratet, 2019a). En nasjonal kartlegging viser at om lag en av tre sykepleiere har fått endret arbeidstid som følge av pandemien. Dessuten har mange sykepleiere fått større arbeidsbelastning og lengre arbeidsdager, i tillegg til nye arbeidsoppgaver.

Med denne studien ønsket jeg også å få svar på var om det var iverksatt spesielle tiltak eller om de hadde brukt kommunikasjonshjelpemidler underveis i pandemien.

Studien viste at det, selv om kommunikasjonen mellom helsepersonell og de hørselshemmede eldre var mindre og dårligere, ikke ble iverksatt noen spesielle tiltak. Det ble heller ikke tatt i bruk digitale eller andre hjelpemidler for å avhjelpe kommunikasjonen.

Disse funnene var i tråd med resultater fra andre studier. Godt over halvparten av deltakerne i en nasjonal undersøkelse i USA rapporterte at screening for hørselshemming ikke hadde økt eller kun hadde økt minimalt siden starten av pandemien. Det samme gjaldt for bruk av hørselshjelpemidler i møtet med hørselshemmede, hvor mesteparten av deltakerne fortalte at det heller ikke hadde økt noe særlig i denne perioden (Deardorff et al., 2021). Dette kan ha skyldes lite bevissthet og kunnskap om hørselshemming og konsekvensene av å ikke ha tilstrekkelig kommunikasjon blant helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene. Det kan også ha andre årsaker, som for eksempel manglende fokus og rutiner fra virksomhetens side eller økt tids- og arbeidspress som følge av pandemien. Tjenestene foregår i brukernes egne hjem, og forhold som autonomi og selvbestemmelsesrett må tas med som en mulig årsak til at tiltak som anses som nødvendige ikke blir iverksatt (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011b).

Deltakerne i studien minn forsøkte å snakke høyt, tydelig og sakte når de hadde på seg munnbind. Dessverre har slike tiltak vist seg å være utilstrekkelige, da munnbind påvirker kommunikasjonen langt utover den akustiske taleoverføringen. Som et supplement til den verbale kommunikasjonen kan håndbevegelser og skriftlige beskjeder bidra med visuell informasjon som kan være til hjelp. For å forsterke det følelsesmessige aspektet ved talen, kan det også være nyttig å bruke mimikken i den øvre delen av ansiktet og øyenbrynene. Da vil man kunne redusere en del av forstyrrelsene, men dette vil bare være mulig hvis helsepersonell står ansikt-til-ansikt med den hørselshemmede (Brotto et al., 2021a). Et alternativ kunne ha vært transparente munnbind, men dette er ikke noe vi har tilgjengelig pr. i dag. Mye tyder på at den enkleste måten å oppnå effektiv kommunikasjon med hørselshemmede når man bruker munnbind er å skrive beskjeden ned på papir eller på en dataskjerm, slik at den hørselshemmede kan lese og svare (Brotto et al., 2021a). Deltakerne i studien minn tok ikke i bruk slike virkemidler, fordi de mente at brukerne deres ikke hadde behov for det.

*«Vi har vel ikke hatt noen som har så dårlig hørsel at vi har måttet fram med noe ark og sånn og skrive. Det er ikke noe sånt vi har gjort. Vi har bare måttet ropt enda høyt, snakket enda høyt.»*

Siden munnbind er en stor barriere for kommunikasjon, og svekker tale og persepsjon, bør helsepersonell oppmuntre til bruk av høreapparater og cochleaimplantater. Selv de som brukte hørselshjelpemidler opplevde begrensninger i kommunikasjon som følge av barrierene smittevernutstyr medfører. Med korrekt bruk av tilgjengelig teknologi kan man derimot klare å holde den nødvendige distansen, uten å gå på bekostning av effektiv muntlig kommunikasjon (Brotto et al., 2021b). Deltakerne i studien fortalte om brukere som ikke benyttet høreapparatene, både fordi de ikke følte de hadde behov for det når de satt alene eller også fordi de opplevde at det ble mye støy. De sa også at de hadde en del tiltak på innsetting av høreapparat og bytting av batterier. For øvrig ble det ikke iverksatt noen formelle tiltak på bruk av digitale kommunikasjonsmidler for hørselshemmede eldre fra virksomhetens side, til tross for at det var mange kjente hørselshemmede innenfor tjenesteområdet til virksomheten.

Kommunikasjon mellom mennesker er ikke bare en ren informasjonsflyt mellom to parter, men påvirkes også av støy og forstyrrelser underveis. Hvis vi tar utgangspunkt i kommunikasjonsmodellen til Schramm, vil munnbindet kunne forstyrre kommunikasjonsflyten og

bidra til at informasjonen ikke kommer frem fra avsender til mottaker. I følge Schramm er ikke kommunikasjonen komplett før mottakeren får informasjonen og forstår den (Prachi). Hvis den hørselshemmede eldre ikke oppfatter det som blir sagt bak munnbindet, men hører det som mumling og ikke får med seg det som blir sagt, kan konsekvensen bli at helsepersonell må ty til andre metoder for å sikre informasjonsflyten.

All atferd er kommunikasjon, og det vi sier og gjør eller ikke sier og gjør, vil bli oppfattet ulikt av mottakeren. Vi sender informasjon når vi forholder oss til hverandre, og denne informasjonen blir tolket ulikt av mottakeren basert på forhold som erfaringer, kultur, bakgrunn, religion og personlige egenskaper (Watzlawick et al., 1967). Det betyr at helsepersonell må være sitt ansvar bevisst når det gjelder kommunikasjon med hørselshemmede eldre, uavhengig av om kommunikasjonen foregår verbalt eller om man kun kan lene seg på nonverbal kommunikasjon.

Hvis avsender og mottaker av budskapet ikke knytter den samme meningen til verbalt språk eller kroppsspråk, vil kommunikasjonen være mislykket (Nordby, 2008).

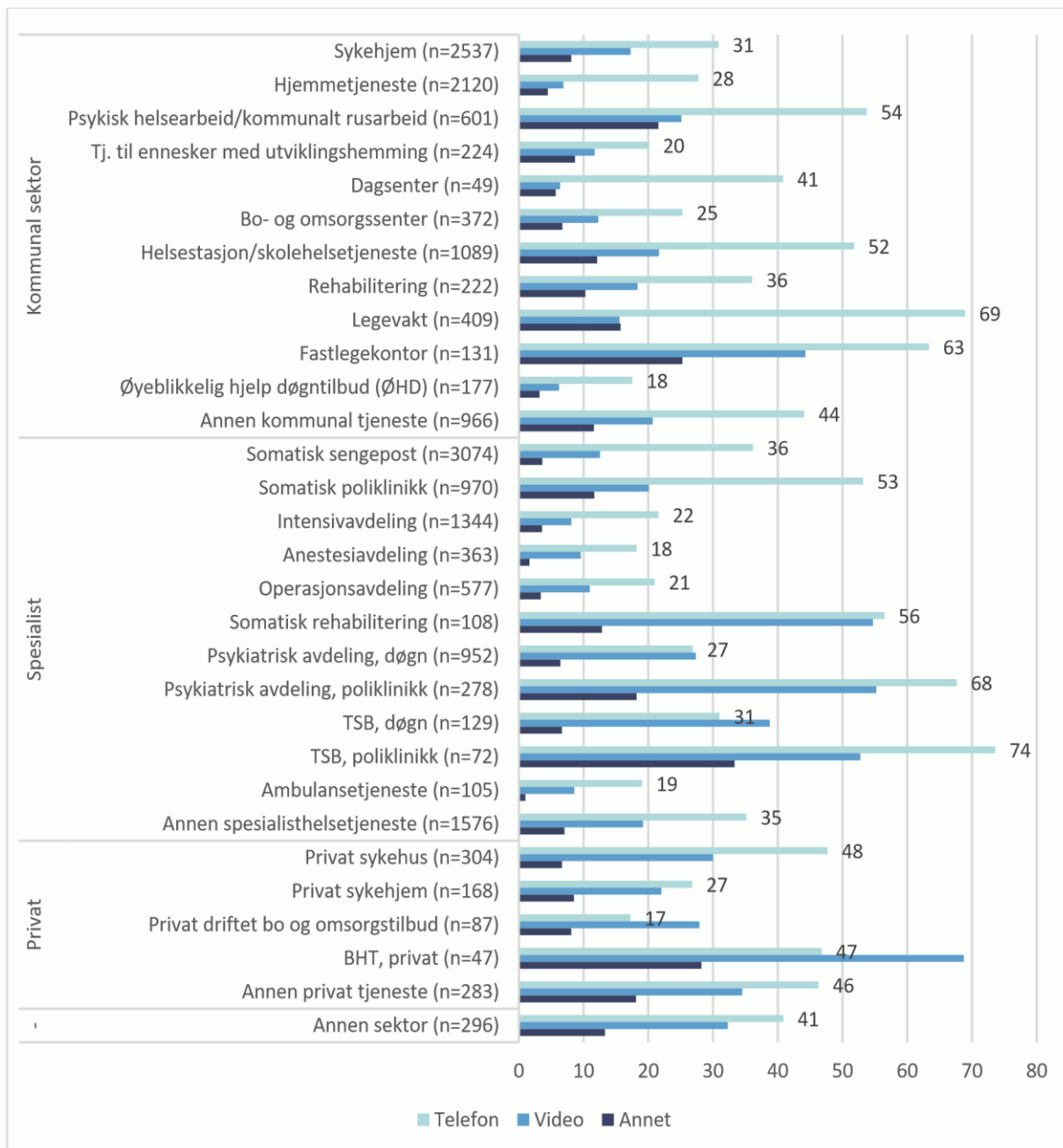
En studie gjort i Skottland viste økt bruk av videosamtaler under pandemien sammenlignet med tidligere. Bruken av videosamtaler fikk blandet mottakelse blant de eldre. De med den verste hørselshemmingen viste stor lettelse for å slippe å være sosiale (Naylor, 2020).

Eldre i gruppen som hadde lettere hørselshemming, brukte høreapparatene mindre etter pandemien startet enn før. Det var en økt engstelse for situasjoner med verbal kommunikasjon og for tilgangen på audiologitjenester, spesielt blant de eldre med størst hørselsvansker (Naylor, 2020). Deltakerne i studien min fortalte at det var mange eldre som ikke brukte høreapparatene, fordi de satt mye alene. En av deltakerne sa at hun da prøvde å si at de i hjemmetjenesten jo kom på besøk, men fikk ingen respons på det av brukeren. De sa også at det er ganske mange eldre hørselshemmede som ikke brukte høreapparatene fordi de syntes det ble for mye støy, spesielt med flere som pratet i samme rom. Ifølge deltakerne hadde de ganske mange vedtak på innsetting, stell og bytting av batteri på høreapparat.

Det er forskning som viser at majoriteten av de hørselshemmede, uavhengig av graden av hørselshemming, hadde et ønske om at helsepersonell ble utstyrt med transparente munnbind fordi lyden bak munnbindet blir dempet og det er vanskelig å lese på leppene. For øvrig mente de at det å kommunisere på sikker avstand stort sett ikke var noe problem (Naylor, 2020). For gruppen med dårligst hørsel, opplevdes videosamtale generelt sett som et dårligere alternativ enn ansikt-til-

ansikt, men omtrent like bra som telefonsamtale (Naylor, 2020). Deltakerne i studien min mente at deres brukere ikke var i målgruppen for å bruke digitale virkemidler, som for eksempel face-time, for å bedre kommunikasjonen. De mente at gammeldags toveiskommunikasjon var det beste, og at dette fungerte greit. De hadde ikke forsøkt å bruke digitale kommunikasjonsmidler hos noen av de hørselshemmede, og heller ikke tilbydd dem det. Virksomheten hadde heller ikke gått til anskaffelse av digitalt utstyr eller kurset ansatte i dette, og var heller ikke lagt føringer for bruk av slikt utstyr fra virksomhetens side. Samtidig sa en av deltakerne at hun mente noen kanskje kunne hatt nytte av det, men at det ikke var så mange av brukerne som hadde pc eller nettbrett. Hun fortalte at hun ikke hadde opplevd at så mange av de som hadde det, brukte det. Man kan stille seg spørsmålet om det virkelig er slik at eldre hørselshemmede ikke har noe særlig nytte av digitale hjelpemidler, eller om det finnes det andre årsaker til at teknologi ikke ble brukt i særlig grad.

SINTEF-rapporten (Melby, 2020) tok også for seg bruk av digitale kommunikasjonsløsninger, et område som har fått mye oppmerksomhet på grunn av pandemien og fokus på smitteverntiltak. Studien viste at disse, til tross for gode intensjoner, ikke har fungert optimalt. Det var vilje blant sykepleierne til å bruke digitale løsninger, men de ble i liten grad benyttet. I hovedsak var det telefon og videokonsultasjoner som ble benyttet. Rapporten konkluderte med at helsepersonell har behov for mer kompetanse om digitale løsninger, og at slik kunnskap bør opparbeides i mer rolige tider (Melby, 2020).



Tabell 2. Andel som i stor eller svært stor grad har økt kommunikasjon på telefon, video og annet

(Melby, 2020).

Deltakerne i studien min fortalte at de ikke hadde tatt i bruk digitale verktøy i sin kommunikasjon med hørselshemmede. Noen ganger tok de en telefon til brukeren for å høre hvordan det gikk, men ofte ble det ikke gjort noe. Det ble ikke iverksatt noen ekstra tiltak fra virksomhetens side.

Forskning viser at videokonferanser kan være et relevant verktøy for å bedre kommunikasjonen mellom brukere og helsepersonell. Nasjonalt senter for e-helseforskning startet i 2020 et prosjekt for å utvikle et helhetlig helsevesen som gir bedre helse og pasienterfaringer, attraktive

arbeidsplasser og bedre bruk av samfunnets ressurser. Dette gjøres ved bruk av IKT-verktøy for samhandling mellom pasienter/brukere og helsepersonell. Til tross for manglende erfaring, syntes de fleste deltakerne at videokonferanser fungerte overraskende bra. Samtidig erfarte de at det kunne være krevende å kommunisere på video med personer som for eksempel hadde redusert hørsel (Lundberg, 2020). Dette er et prosjekt i regi av Nasjonalt senter for e-helseforskning, og man bør derfor være kritisk til om dette kan ha påvirket deltakerne i studien og dermed også utfallet av prosjektet.

Til tross for at deltakerne i studien erkjente at kommunikasjonen ble dårligere og at de trodde mange hørselshemmede eldre var ensomme, så de ikke behovet for å iverksette spesielle tiltak eller bruke hjelpemidler for å avhjelpe situasjonen. En av årsakene til dette kan være manglende kompetanse hos helsepersonellet. Til tross for at loverket forventer at det blir holdt et forsvarlig nivå på helsetjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011a), viser forskning at det kan være store variasjoner i kompetansenivået blant helsepersonell. En kartlegging gjort på den kliniske vurderingskompetansen til helsepersonell i kommunehelsetjenesten viste en varierende grad av kompetanse. Kartleggingen ble gjort på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter og viser at personalets sammensetning, andelen sykepleiere og samsillet mellom yrkesgruppene har stor betydning for kvaliteten på arbeidet. Det ble også konkludert med at eldre, skrøpelige pasienter i kommunehelsetjenesten har behov for helsepersonell med tilstrekkelig klinisk vurderingskompetanse, og at redusert evne til kommunikasjon hos de eldre gir høyere risiko for at sykdomstegn, symptomer og plager blir underkommunisert, misforstått eller uoppdaget (Hopøy et al., 2020). Bakgrunnen for denne kartleggingen er forskernes forforståelse om at helsepersonells kliniske vurderingskompetanse er avgjørende for helsehjelpen de gir til eldre. Dessuten er to av forskerne tilknyttet fakultet for helse- og sosialvitenskap. Det vil kunne være rimelig å anta at dette ståstedet preger tolkningen av resultatene, samtidig er dette forskere som er tett tilknyttet fagfeltet og dermed har god kompetanse om tematikken.

Helse- og omsorgstjenestene skal, i tillegg til å dekke alle fysiske behov, også ivareta brukernes mentale og sosiale behov. Dette ble forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, som skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte brukers liv, integritet og menneskeverd (Helse- og omsorgsdepartement, 1999). Senere har det kommet flere Stortingsmeldinger som har som formål å styrke helse- og omsorgstjenestene. «Leve hele livet», som kom i 2018, hadde som målsetting at eldre skulle bo hjemme så lenge som mulig med god helse og god livskvalitet.



Dessuten skulle kompetansen i helse- og omsorgstjenestene styrkes, slik at de ble i stand til å gi god helsehjelp og omsorg (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). Men mens kravene til de kommunale helsetjenestene øker, følger det ikke nødvendigvis med økonomiske midler med oppgavene.

Regjeringen mener tvert imot at kommunene selv må foreta de nødvendige omprioriteringene innenfor sine rammebetingelser. Dette blir begrunnet med at flere av de foreslåtte løsningene kan bidra til mer effektive tjenester og mindre omfattende tjenestebehov hos eldre på sikt (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). I min studie kom det frem at deltakerne opplevde at det var mye sykdom blant helsepersonell som følge av Covid-19. Helsedirektoratet sier i sin nasjonale veileder for Covid-19, at det er opp til kommunene å redusere de praktiske tjenestene til et minimum ved kapasitetsutfordringer, så lenge de ikke bryter forsvarlighetskravet (Helsedirektoratet, 2019a). Flere aktiviteter ble stengt ned og flere tiltak ble stoppet, men deltakerne opplevde allikevel økt tidspress. Dette kan skyldes at de strenge smittevernrutinene bidrar til at hvert besøk tar lenger tid. Det kan også skyldes at det er færre til å dele på oppgavene. Ansvar for at bemanningen er forsvarlig, eventuelt at tjenestene blir redusert tilstrekkelig, ligger på den kommunale virksomheten. Siden kommunene selv er ansvarlige for driften, også den økonomiske delen (Helse- og omsorgstjenesteloven - hol, 2011b), kan det være utfordrende å sikre forsvarlig helsehjelp i en krevende tid med høy smitte.

For å møte eksisterende og fremtidige utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har myndighetene de siste årene lagt politiske føringer for at vi skal kunne ha bedre helse og livskvalitet, og kunne bo hjemme lenger (Helse- og omsorgsdepartement, 2018). Flere hjemmeboende har komplekse helseutfordringer, og behov for tverrfaglig oppfølging over tid. En av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjenester er teknologi (Helse- og omsorgsdepartement, 2013), og Helsedirektoratet gjennomførte derfor utprøving av digital hjemme-oppfølging i perioden 2018 – 2021 (Helsedirektoratet, 2022). Målsettingen var å få mer kunnskap om effekt og gevinst for brukerne og helsetjenesten, og på den måten kunne gi nasjonale anbefalinger for utforming av tjenestene og innretning og organisering av digital hjemme-oppfølging (Helsedirektoratet, 2022). Utprøvingen ble gjort på brukere med flere kroniske sykdommer og dermed sammensatte behov for helsetjenester. Brukerne rapporterer om økt trygghet og mestring, samt mer kunnskap om egen sykdom og økt livskvalitet. Mange sier også at dette har gitt dem støtte i å leve best mulig med sykdom og plager. Helsepersonell opplever at digital hjemme-oppfølging har ført til bedre samhandling, og en liten reduksjon i forbruket av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2022).

Pandemien kom brått på oss, og det ble iverksatt store omlegginger og restriksjoner på veldig kort tid. Dette tidsaspektet kan også ha vært medvirkende til at det ikke ble brukt digitale hjelpemidler eller iverksatt spesielle tiltak for hørselshemmede fra virksomhetens side. Når pandemien brøt ut var det ingen som trodde at den skulle vare lenge. Imidlertid vil jeg anse det som rimelig at bruk av hjelpemidler og tiltak kom på dagsordenen når det hadde gått en tid, og at det ikke var noe som tilsa at pandemien skulle få en rask slutt.

Det var ganske stor enighet i svarene til deltakerne i min studie. De ga uttrykk for at det var slitsomt å bruke smittevernutstyr, og at kommunikasjonen ble dårligere som følge av dette. Når det gjaldt bruk av hjelpemidler og iverksetting av tiltak, var deltakerne enige i at de ikke hadde sett behovet for dette underveis i pandemien. På spørsmål om hvordan de oppfattet ensomhet og isolasjon blant de eldre, var resultatene noe mer nyansert.

## 6 Konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt hvilke erfaringer helsepersonell i hjemmetjenesten har med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under Covid-19-pandemien. Mitt mål med studien var å få frem deltakernes erfaringer og på den måten kunne bidra til å øke bevisstheten og få frem ny kunnskap om tematikken. Som nybakt forsker var jeg veldig spent på om studien ville gi noen interessante resultater, og om problemstillingen ville vise seg å være aktuell for dagens helse- og omsorgstjenester i Norge. Hovedresultatene i studien kan tyde på at det er lite bevissthet og kunnskap knyttet til kommunikasjon med hørselshemmede blant helsepersonell i hjemmetjenesten. De fleste erfaringene deltakerne kom med var sammenfallende, men det var også noen ulikheter.

Det første hovedfunnet viste en tendens til at deltakerne så på kommunikasjon med hørselshemmede som noe «de bare gjorde», og som de ikke tenkte så mye over. Det var enighet blant deltakerne om at kommunikasjonen ikke hadde endret seg noe særlig siden før pandemien. Samtidig sa de at de ikke snakket like mye med de eldre som før, og at det hadde vært mindre og dårligere kommunikasjon som følge av smittevernrestriksjonene. Noen av deltakerne sa allikevel at de på en måte var bevisst kommunikasjonen fordi de kjente brukerne sine godt.

Når det gjaldt bruk av munnbind og synet på hvordan det påvirket kommunikasjonen, var deltakerne enige om at det var mange av brukerne som ikke forstod hva som ble sagt fordi de ikke lenger kunne lese på leppene. Deltakerne valgte da som da ofte å snakke høyt, tydelig og sakte, til tross for at forskning viser at det ikke er en særlig hensiktsmessig strategi. At pandemien bidro til avstand mellom helsepersonell og hørselshemmede var noe alle deltakerne synes var vanskelig.

Det andre hovedfunnet viste at det ikke ble satt i gang noen spesielle kommunikasjonstiltak for hørselshemmede eldre, til tross for nedstengning av aktiviteter og kansellering av besøk og tiltak på helsehjelp. I utgangspunktet sa alle deltakerne seg enige i at det ikke var noe behov for å bruke digitale hjelpemidler for hørselshemmede. De trodde ikke at deres brukere var i målgruppen for å bruke slike hjelpemidler, men at gammeldags toveiskommunikasjon var det som fungerte best. Etter hvert kom det frem at en av deltakerne nok hadde tenkt at de hørselshemmede kunne ha hatt nytte av å benytte digitale virkemidler. Alle var enige om at virksomheten ikke hadde noen digitale hjelpemidler tilgjengelig for brukerne. De kjente heller ikke til om det fantes rutiner eller retningslinjer for bruk av slike hjelpemidler.

## 6.1 Implikasjoner for praksis

Funnene i studien kan tyde på at det er et kompetansegap i kommunale helse- og omsorgstjenester når det kommer til kommunikasjon med hørselshemmede eldre. Dette bør reduseres eller lukkes helt for å sikre at hørselshemmede eldre får så gode og tilpassede helse- og omsorgstjenester som de har krav på og behøver. Økt bevissthet og kompetanse vil også kunne gi økt trygghet blant helsepersonellet som skal utøve tjenestene.

For det første synes det å være behov for generell kunnskap om hva hørselshemming hos eldre innebærer, og om hvilke konsekvenser dette kan ha for deres kommunikasjon med omverdenen. For det andre viser resultatene i studien at helsepersonell som arbeider med hørselshemmede eldre trenger kunnskap om hvilke kommunikasjonsstrategier som kan være hensiktsmessige. Slik kompetanse gjelder som et ledd i å styrke den verbale kommunikasjonen, men først og fremst når den verbale kommunikasjonen ikke strekker til og man må ty til non-verbal kommunikasjon. Som et ledd i en slik kompetanseheving, trenger de også kursing og opplæring i hvordan og når digitale hjelpemidler skal brukes. For det tredje viser studien at helsepersonell i hjemmetjenesten har behov for informasjon og kunnskap om hvilke rutiner og retningslinjer virksomheten har når det gjelder hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilke digitale hjelpemidler som skal tas i bruk.

I tillegg til økt bevissthet og kunnskap blant helsepersonellet i hjemmetjenesten, bør man også tilstrebe et mer tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å kunne dra nytte av all tilgjengelig kompetanse. Som et eksempel burde hver enkelt kommune få en audiograf tilknyttet de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å forsterke kompetansen der, og for å kunne ha nærhet til de aktuelle brukerne. For praksisfeltet ville dette kunne bety økt trygghet, både for helsepersonell og brukerne, samt mer personorientert pleie og omsorg.

## 6.2 Videre forskning

Denne studien har vist meg at det bør forskes mer på bruken av digitale virkemidler og effektene av denne. Det hadde også vært interessant å finne ut om, og eventuelt i hvilken grad, hjemmetjenestene i kommunene rundt omkring i Norge har digitale hjelpemidler tilgjengelig, og i hvilken grad disse benyttes. Det ville også vært spennende å forske på hvor mye kompetanse som finnes blant ulike grupper av helsepersonell på bruken av digitale hjelpemidler. Jeg mener også det bør forskes mer på om det er forskjell i kommunikasjonen før og etter kompetanseutviklingstiltak. Sist, men ikke minst, har studien vist behovet for å forske mer på de ulike kommunikasjonsverktøyene og kompetansekursene som finnes, og effekten av disse. Hvis disse ikke er tilstrekkelige for å kunne ivareta kommunikasjonen med hørselshemmede eldre på en god måte, burde man bestrebe seg på å utvikle hensiktsmessige verktøy og kurs. Befolkningen i Norge blir bare eldre og eldre, noe som betyr flere og flere hørselshemmede som trenger helse- og omsorgstjenester. Hvis vi skal være i stand til å møte dette behovet, må vi sikre at vi har nok kompetanse på alle nivåer i helsetjenestene våre. Det arbeidet må vi påbegynne nå.

## Referanser/litteraturliste

- Andrusjak, W., Barbosa, A., Mountain, G. (2020). Identifying and Managing Hearing and Vision Loss in Older People in Care Homes: A Scoping Review of the Evidence. *The Gerontologist*, Vol. 60, No. 3, e155–e168. <https://doi.org/doi:10.1093/geront/gnz087>
- Anvik, C. H., Bliksvær, T., Olesen, E.S.B. (2021). «Gruppen mener»? Om bruk av fokusgruppedesign innen velferds- og helsetjenesteforskning om samhandling. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Årgang 24, nr. 1-2021, 21-34. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-01-03>
- Aughterson, H., McKinlay, A. R., Fancourt, D. & Burton, A. (2022). Psychosocial impact on frontline health and social care professionals in the UK during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 2021;11, 9. <https://doi.org/doi:10.1136/bmjopen-2020-047353>
- Bondevik, H. & Bostad, I. (2003). *Tenkepauser : filosofi og vitenskapsteori* (2018. utg.). Akribe.
- Broch, T. B. (2020). Introduksjon: Hjem(met) i og etter Gullestad. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 31(1-02), 5-19. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2020-01-02-02>
- Brotto, D., Sorrentino, F., Agostinelli, A., Lovo, E., Montino, S., Trevisi, P., Favaretto, N., Bovo, R. & Martini, A. (2021a). How great is the negative impact of masking and social distancing and how can we enhance communication skills in the elderly people? *Aging clinical and experimental research*, 33(5), 1157-1161. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01830-1>
- Brotto, D., Sorrentino, F., Agostinelli, A., Lovo, E., Montino, S., Trevisi, P., Favaretto, N., Bovo, R. & Martini, A. (2021b). How great is the negative impact of masking and social distancing and how can we enhance communication skills in the elderly people? *Aging Clin Exp Res*, 33(5), 1157-1161. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01830-1>
- Bubbico, L., Bellizzi, S., Ferlito, S., Maniaci, A., Leone Guglielmotti, R., Antonelli, G., Mastrangelo, G. & Cegolon, L. (2021). The Impact of COVID-19 on Individuals with Hearing and Visual Disabilities during the First Pandemic Wave in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10208. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910208>
- Covid-19-forskriften. (2020). *Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften)* (LOV-1994-08-05-55-§1-2, LOV-1994-08-05-55-§3-1, LOV-1994-08-05-55-§4-1, LOV-1994-08-05-55-§4-3, LOV-1994-08-05-55-§4-3a, LOV-1994-08-05-55-§4a-1, LOV-1994-08-05-55-§4a-2, LOV-1994-08-05-55-§7-10, LOV-1994-08-05-55-§7-11, LOV-1994-08-05-55-§7-12, LOV-2000-06-23-56-§4-1, LOV-2000-06-23-56-§1-5, LOV-1999-07-02-64-§49, LOV-2011-06-24-29-§8, FOR-2020-12-21-2890). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi* (2. utg.). Fagbokforl.
- Davis, A., McMahon, C. M., Pichora-Fuller, K. M., Russ, S., Lin, F., Olusanya, B. O., Chadha, S., Tremblay, K. L., . (2016). Aging and Hearing Health: The Life-course Approach. *The Gerontologist*, Vol. 56, No. S2, S256–S267. <https://doi.org/doi:10.1093/geront/gnw033>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009). *Samtykke*. Hentet 05.10.20 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 04.10.20, fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2020). *Europeiske retningslinjer for forskningsintegritet*. Hentet 04.10.20 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/europeiske-retningslinjer-for-forskningsintegritet/>

- Deardorff, W. J., Binford, S. S., Cole, I., James, T., Rathfon, M., Renne, S. & Wallhagen, M. (2021). COVID-19, masks, and hearing difficulty: Perspectives of healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2783-2785. <https://doi.org/10.1111/jgs.17349>
- Dreher, B. P. (2001). *Communication skills for working with elders, second edition* (2. utg.). New York: Springer Publishing Company.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. utg.). Gyldendal akademisk.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*, (2017-0227). Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-04-28-23>
- Helse- og omsorgsdepartement. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartement <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2003). *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene* (FOR-2003-06-27-792). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2013). *Morgendagens omsorg* (St. Meld. 29, (2012-2013)). Helse- og omsorgsdepartement.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Helse- og omsorgsdepartement.
- Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011a). (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgstjenesteloven - hol. (2011b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Helsedirektoratet. (2019a). *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>
- Helsedirektoratet. (2019c). *Omsorg 2020 - Årsrapport 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/demografiske-enderinger-og-konsekvenser-for-omsorgssektoren>
- Helsedirektoratet. (2020). *Utredning av tilbud til hørselshemmede*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede>
- Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/utproving-av-digital-hjemmeoppfolging>
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, A. & Dreyer, P. (2022). Nurses' experiences of the phenomenon 'isolation communication'. *Nursing in critical care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.12844>
- Homans, N. C. & Vroegop, J. L. (2021). Impact of face masks in public spaces during COVID-19 pandemic on daily life communication of cochlear implant users. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*, 6(3), 531-539. <https://doi.org/10.1002/lio2.578>
- Hopøy, A.-C., Bakken, L. N. & Bing-Jonsson, P. C. (2020). En kartlegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie. <https://doi.org/https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.83096>

- JMC Study Hub. (2019). *Shannon and Weaver Model of Communication*.  
<https://jmcstudyhub.com/shannon-and-weaver-model-of-communication-mass-communication/>
- Johnson, J. C. S., Marshall, C. R., Weil, R. S., Bamiou, D. E., Hardy, C. J. D. & Warren, J. D. (2020). Hearing and dementia: from ears to brain.
- Lund, T., Fønnebø, B. & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Unipub.
- Lundberg, L. (2020). *Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling*. Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling>
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning — en innføring, 2.utg. *Vård i Norden*, 23(2), 50-50. <https://doi.org/10.1177/010740830302300212>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Maru, D., Stancel-Lewis, J., Easton, G. & Leverton, W. E. (2021). Communicating with people with hearing loss: COVID-19 and beyond. *BJGP Open*, 5(1), BJGPO.2020.0174. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0174>
- McAnany, E. G. (2014). Wilbur Schramm: beginnings of the "communication" field. *Communication research trends*, 33(4), 3.
- Melby, L., Thaulow, K., Lassemo, E., og Osborg Ose, S. (2020). *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien*. SINTEF. [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef\\_endeligrapport\\_1des20.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef_endeligrapport_1des20.pdf)
- Molnes, S. I. & Vasset, F. P. (2021). *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Næss, G. & Tønnessen, S. (2020). Covid-19 har stor innvirkning på hverdagen til sykepleiere i geriatrien. *Sykepleien Fagutvikling*, 2020 108 (82770) (e-82770), 1-12. <https://doi.org/DOI:10.4220/Sykepleiens.2020.82770>
- Naylor, G., Burke, L. A., Holman, J.A. (2020). Covid-19 Lockdown Affects Hearing Disability and Handicap in Diverse Ways: A Rapid Online Survey Study. *EAR & HEARING*, VOL. 41, NO. 6, 1442–1449. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33136621/>
- Nazarko, L. (2020). Communicating with people with hearing loss and dementia during the pandemic: personal account. *British journal of community nursing*, 25(10), 510-512. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.10.510>
- Nordby, H. (2008). Oppfatter pasienten det du sier? *Sykepleien*, 15/08,(Kommunikasjon), 68-71. <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/117355.pdf>
- Nygaard, H. A. & Bondevik, M. (2012). *Tverrfaglig geriatri : en innføring* (3. utg. utg.). Fagbokforl.
- Oosthuizen, I., Saunders, G. H., Manchaiah, V. & Swanepoel, D. W. (2022). Impact of SARS-CoV-2 Virus (COVID-19) Preventative Measures on Communication: A Scoping Review. *Front Public Health*, 10, 815259-815259. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.815259>
- Pachi, A., Sikaras, C., Ilias, I., Panagiotou, A., Zyga, S., Tsironi, M., Baras, S., Tsitrouli, L. A. & Tselebis, A. (2022). Burnout, Depression and Sense of Coherence in Nurses during the Pandemic Crisis. *Healthcare (Basel)*, 10(1), 134. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010134>
- Palo Alto Model*. (2003-2020). [5 axioms]. Comunicologos. <https://www.comunicologos.com/english/theories/palo-alto-model/>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)* (LOV-2018-06-15-38). Justis- og beredskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>



- Pinsonnault-Skvarenina, A., Lacerda, A. B. M. d., Hotton, M. & Gagné, J.-P. (2021). Communication With Older Adults in Times of a Pandemic: Practical Suggestions for the Health Care Professionals. *Public health reviews*, 42, 1604046-1604046.  
<https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604046>
- Prachi, J. *Schramm's Model of Communication*. Management Study Guide.  
<https://www.managementstudyguide.com/schramm-model-of-communication.htm>
- Ruesch, A. L. (2018). Exploring an educational assessment tool to measure registered nurses' knowledge of hearing impairment and effective communication strategies: A USA study. *Nurse Education in Practice*, 2018, Vol.28, 144-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.017>
- Rutherford, B. R., Brewster, K., Golub, J. S., Kim, A. H., Roose, S. P. (2018). Sensation and Psychiatry: Linking Age-Related Hearing Loss to Late-Life Depression and Cognitive Decline. *Am J Psychiatry*, 175:3, March 2018, 215-224.  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2017.17040423>
- Sandnes, L., Bjerkan, J. (2020). – *Vi mister en viktig dimensjon med munnbindet*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/meninger/2020/05/vi-mister-en-viktig-dimensjon-med-munnbindet>
- Schramm's model of communication*. (2022). [Model of communication]. Wikipedia.  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Schramm%27s\\_model\\_of\\_communication](https://en.wikipedia.org/wiki/Schramm%27s_model_of_communication)
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*.  
<https://www.ssb.no/statbank/table/04226>
- Statistisk Sentralbyrå. (2022). *Befolkningen fordelt på aldersgrupper, 1. januar*.  
<https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>
- Store norske leksikon. (2021). I. <https://snl.no/>
- Svingen, E. M. (2009). Aldersrelaterte syns- og hørselsvansker - en utfordring i eldreomsorgen. *Sykepleien Forskning*, 14.03.2009, 8 s.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0062>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5 utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. Norton.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatri : en medisinsk lærebok* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

## 7 Vedlegg

### 7.1 Intervjuguide

Hovedspørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Kan dere fortelle meg litt om hvordan dere kommuniserer med eldre hørselshemmede i praksis?	Har dere noen eksempler?
Hvilke smitteverntiltak har blitt iverksatt som følge av pandemien?	Er det noe som oppleves som positivt? Har pandemien ført til noen utfordringer?
Hva med økt fokus på smittevernrutiner, for eksempel bruk av munnbind og avstand. Har dette påvirket kommunikasjonen med hørselshemmede?	Kan dere gi noen eksempler?
Hva legger dere vekt på når dere samtaler med eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse når smittevernstiltak må iverksettes?	
Hvordan anvender dere digitale hjelpemidler i kommunikasjonen med eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse når smittevernstiltak må iverksettes?	På hvilken måte fremmer bruk av digitale hjelpemidler kommunikasjonen mellom deg som sykepleier og den eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse? På hvilken måte hemmer bruk av digitale hjelpemidler kommunikasjonen mellom deg som sykepleier og den eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse?
Mye tyder på at eldre med hørselshemming har økt risiko for å bli ensomme og isolerte. Hvilke tanker har dere gjort dere i forhold til det nå under pandemien?	Har dere sett noe forandring i positiv eller negativ retning på deres hørselshemmede eldre? Har det vært behov for å iverksette flere/andre tiltak, enten forebyggende eller korrigerende?
Hva har dere gjort for å møte eventuelle utfordringer covid-19 har medført?	
Har jeg forstått deg/dere rett når du sier at ...?	
Noe dere kunne tenke dere å si noe om som dere ikke har fått sagt i dag?	
Vet/kan du tenke deg noen andre jeg burde snakke med som kunne tilført dette temaet noe?	

## 7.2 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ***” Hvilke erfaringer har helsepersonell i hjemmetjenesten med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under covid-19-pandemien ”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeider i hjemmetjenesten har med kommunikasjon i møte med eldre hørselshemmede i en tid med fokus på smittevernrutiner. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Målet med denne studien er å få frem hvordan det er for helsepersonell i hjemmetjenesten å kommunisere med eldre hørselshemmede når man i tillegg har en pågående pandemi. Jeg ønsker å samle deres erfaringer med denne tematikken. Ved å gjøre det håper jeg at vi kan bidra med økt bevisstgjøring og ny kunnskap som kan brukes til å forbedre praksisen ute i feltet.

Tenkte i utgangspunktet å ta for meg følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan skjer kommunikasjonen mellom eldre hjemmeboende med hørselshemming og helsepersonell i praksis under Covid-19-pandemien?
- Hvordan samtaler helsepersonell med eldre hjemmeboende med hørselshemming når smittevernstiltak må iverksettes?
- Hvordan anvendes digitale hjelpemidler i kommunikasjonen med eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse når smittevernstiltak må iverksettes?
- På hvilken måte fremmer og/eller hemmer bruk av digitale hjelpemidler kommunikasjonen mellom sykepleier og den eldre hjemmeboende med hørselsvekkelse?

Dette er et studentprosjekt/opp-gave som inngår i «Master i klinisk helsearbeid» - Geriatrik studieretning. Disse opplysningene vil kun brukes til å skrive masteroppgaven, ikke til undervisning eller andre forskningsprosjekter.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Sørøst-Norge; USN, er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har valgt ut sykepleiere og helsefagarbeidere i hjemmetjenesten i en virksomhet/sone innenfor kommunen i min forespørsel. Kun helsepersonell som har vært fast ansatt som sykepleier i hjemmetjenesten i mer enn 3 år og har en stillingsprosent >70% vil være aktuelle. Jeg har også satt som kriterium at deltakerne må ha god språklig fremstillingsevne. Dette for å unngå språklige misforståelser, siden temaet er kommunikasjon.

Avdelingssykepleier hos dere har vært med å velge ut hvilke sykepleiere og helsefagarbeidere som kan være aktuelle kandidater til å delta i prosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakerne i studien vil bli samlet i en gruppe (en for hver sone/virksomhet), en såkalt fokusgruppe. Det vil bli avtalt et samlet gruppeintervju, hvor alle deltakerne bidrar med sine erfaringer i plenum. Jeg vil være den som stiller spørsmålene og styrer intervjuet. Estimert tid for intervjuet er 1 – 1,5 time. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Dataene som samles inn, blir deretter nøye gått gjennom og analysert.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det som blir sagt under intervjuet er taushetsbelagt, og vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsgiver.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Veileder Lena Gutenberg Heyn, førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge, vil ha tilgang til personopplysningene.
- Lydopptak med personopplysninger vil bli lagret på egen forskningsserver ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er januar 2023. Personopplysninger og lydopptak vil da bli slettet.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved førsteamanuensis Lena Gutenberg Heyn, email: [Lena.Heyn@usn.no](mailto:Lena.Heyn@usn.no)
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg, Universitetet i Sørøst-Norge.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig: Lena Gutenberg Heyn  
(Veileder)

Student: Frøydis Straume

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilke erfaringer har helsepersonell i hjemmetjenesten med kommunikasjon med hørselshemmede eldre under covid-19-pandemien?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)