

1 SAMHANDLING OM KOMMUNAL HØRSELSOMSORG

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn for prosjektet

Det blir stadig flere eldre i befolkningen, og Norge er blant landene i verden med høyest forventet levealder. Økt aldring tyder på bedre helse og gode offentlige velferdsordninger. Selv om vi lever lenger, og har medisiner og behandling som både gir mindre sykkelighet og bedre overlevelse enn tidligere, vil en del biologiske prosesser som følge av alder ikke la seg reversere eller stanse. Hørselstap regnes blant de tre vanligste helseproblemer hos eldre¹.

Til tross for høy forekomst har hørselstap relativt lite oppmerksomhet blant helsepersonell som arbeider blant eldre²⁻⁴. Ansatte i alders- og sykehjem oppgir at beboere ofte blir sosialt isolerte på grunn av hørselstap⁵. Likeledes rapporterer medarbeidere i hverdagsrehabiliterings-teamene at de opplever at hørsel er en gråsoner i det tverrfaglige samarbeidet ingen tar ansvar for⁶. Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten har lignende erfaringer⁷. Nedsatt hørsel hos eldre er et nedprioritert tema i deres arbeidshverdag, og de mener dette kan sees i sammenheng med at hørselstap er et usynlig handikap. Konsekvensene av manglende tiltak og oppfølging av hørselstap hos eldre er godt dokumentert; Hyppigere forekomst av ensomhet, lavere grad av mestringsevne, dårligere ADL-funksjon og et mindre sosialt nettverk⁸⁻¹⁰. Aldersbetinget hørselstap er også koblet til økt komorbiditet, redusert selvhjelpenhet og økt sannsynlighet for sykehjemsplass^{11, 12}. Forskning viser at hørselstap gir risiko for å utvikle demens, som er karakterisert å være den største globale utfordring innenfor helse og sosial omsorg i det 21. århundre¹³⁻¹⁵.

Et hørselsrehabiliteringsfelt som i en årrekke er blitt beskrevet som mangelfullt, fragmentert og uten noen form for koordinering, gir store utfordringer for brukere av tjenestene¹⁶⁻¹⁸. Ikke minst den eldre del av befolkningen vil ha problemer med å orientere seg i forhold til uoversiktlige og oppsplittede systemer innenfor helse- og omsorgstjenester. Fra departementshold uttrykkes bekymring over mangelfull vekt på forebygging, for lite ressurser til rehabilitering og at funksjonsfall oppdages for sent¹⁹. Dessuten blir vi ikke bare eldre, vi blir også *flere* eldre. I dag er omtrent 11% av befolkningen i Norge over 70 år, og antallet forventes nær fordoblet innen 2060²⁰. Særlig sterk vil veksten være blant de over 80 år²¹. En stor og voksende eldregruppe vil være i behov av ulike hjelpetiltak. Omtrent 6 av 10 personer over 80 år mottar i dag én eller flere kommunale tjenester²².

I årene framover vil mange eldre trolig ha nytte av tjenester hvor bidrag fra frivillige aktører går «hånd i hånd» med offentlige tjenester. Eksempler på slik samhandling ser vi i etableringen av de mange Lærings- og mestringssentre (LMS) og Pasient og Pårørende Opplæringstilbud (PPO) i sykehusene innenfor ulike sykdomsgrupper og diagnose-spesifikke områder. Her har brukermedvirkning en helt sentral stilling i det helsepedagogiske tilbudet. Deres erfaringer med å leve med sykdom og funksjonsnedsettelse betraktes som en unik kunnskapskilde i utvikling, gjennomføring og evaluering av kursene. Innenfor fagområdet hørselsrehabilitering er det i dag etablert, eller under etablering, et LMS/PPO tilbud ved tre av landets sykehus. Likeledes ser man også et behov for etablering av lavterskeltilbud for hørselshemmede for å forebygge problemer og styrke mestring av funksjonstap. I dag er det

etablert et lavterskeltilbud for døve, døvblinde og hørselshemmede i Oslo kommune. Fagpersoner fra ulike instanser¹ er tilgjengelige én ettermiddag i uken med informasjon om sine tjenesteytelser innen økonomiske spørsmål, arbeid- og yrkesrelaterte problemstillinger, hørselstekniske hjelpemidler, psykisk helse og formidling av kontakt med NAV.

Eldre hørselshemmede vil imidlertid ofte ha andre behov og problemstillinger enn yngre og yrkesaktive. For mange eldre med svekket helse og nedsatt mobilitet vil dessuten mye pendling mellom ulike helsetilbud kunne by på praktiske utfordring. Dette gjør at både LMS, PPO og lavterskeltilbud vil ha lite aktualitet for en stor andel eldre med nedsatt fysisk funksjonsevne og andre helsemessige utfordringer. For å få større forståelse for hørselshemmede eldre sitt behov, preferanser og ønsker hva angår hørselsbaserte rehabiliteringstjenester, må brukerne selv og brukerorganisasjoner trekkes inn i prosessen for å videreutvikle metodikk og innhold i rehabiliteringstilbudet. Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) har, som verdens største organisasjon for hørselshemmede, et krav om styrking av den kommunale hørselskompetansen i sitt handlingsprogram. Her innbefattet økt fokus på forebyggende tiltak, et likeverdig rehabiliteringstilbud til alle hørselshemmede og mer samhandling i helsetjenesten. Det etterlyses en helhetlig plan for hørselsfeltet²³.

Med tanke på de potensielt mange og alvorlige konsekvenser av hørselstap, og hva man med relativt enkle tiltak kan oppnå av *helse* i et bredt perspektiv, vil gode, målrettede og tilpassede hørselsbaserte rehabiliteringstjenester kunne bety mye for den enkelte på mange områder og livearenaer.

2.2 Mål for prosjektet

Prosjektet tar utgangspunkt i et økende behov for hørselsbaserte rehabiliteringstjenester i en aldrende befolkning, og et uoversiktlig tjenestetilbud som preges av lite samhandling.

Hovedformål: Utvikle en tverrfaglig samhandlingsmodell for hørselsrehabiliteringstjenester tilrettelagt eldre med nedsatt mobilitet.

Delmål: Pilotere modellen og derigjennom kartlegge hvilke behov, ønskede ytelser og utbytte hjemmeboende eldre med nedsatt mobilitet har for hørselsbaserte rehabiliteringstjenester.

3 PLAN OG GJENNOMFØRING

3.1 Måloppnåelse og resultatevaluering

Et tverrfaglig og tverretattlig hørselsfaglig team, prosjektgruppen (kap.4.3.), vil utarbeide en samhandlingsmodell etter *Modell for kvalitetsforbedring og tjenstedesign*²⁴. Dette er en modell for systematisk forbedringsarbeid gjennom fem faser (Fig.1). Rekkefølgen glir delvis

¹ Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, Rådgivningskontoret for syn og hørsel, Signo Rycon og Døvekirken

over i hverandre og i praksis arbeider man gjerne med flere faser parallelt. Prosjektgruppen vil evaluere fasene i modellen både enkeltvis og samlet med tanke på målsetting, egnethet, ressursbruk og effektivitet. Dette gjøres ved å benytte tidsplaner, flytskjema, aktivitetsplaner, sjekklister og endringslogg. I tillegg vil man innhente kvalitative data i form av fokusgruppeintervju. En overordnet framstilling av prosessen vil kunne ut i en offentlig tilgjengelig rapport. Denne vil gi anbefalinger om samhandlingsrutiner og -prosedyrer av hørselsbaserte rehabiliteringstjenester (HRT) på tvers av profesjoner, tjenester og tjenestenivå. Rekrutterte fagpersoner innenfor hørselsrehabiliteringsfeltet og likepersontjenesten (kap.3.2.1.) vil samarbeide etter modellen med følgende mål og delmål;

Fase 1 Forberede. Få overordnet oversikt og felles forståelse over HRT. Innhente ny kunnskap, faglige retningslinjer og økonomiske rammer. Kartlegge likepersoner og fagpersoners kompetanse og tjenester. Forankre og organisere tjenestene på de ulike tjenestenivå. Innhente kunnskap og erfaringer fra brukere av HRT (kap.4.2.)

Fase 2 Planlegge. Utarbeide prosedyrer og retningslinjer for samhandling mellom de ulike tjenesteytere og tjenestenivå. Jobbe fram enighet og felles mål om hvordan HRT bør koordineres og tilrettelegges for å møte hjemmeboende eldre (brukere) sitt behov. *Pilotering*: Eldre hjemmeboende mottakere av kommunale omsorgstjenester (pilotgruppen/brukere) (kap.3.2.2.) kontaktes for avtale om hjemmebesøk av audiograf fra Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Her foretas hørselsmåling og kartlegges behov for HRT. Spørreskjema *Hearing Disability and Handicap Score (HDHS)*²⁵⁻²⁶, som måler praktiske og sosiale følger av nedsatt hørselsfunksjon vil benyttes. Den enkeltes opplevelse av hørselsutfordringer i hverdagen vil kartlegges ved strukturert intervju. Hørselstest gir grunnlag for objektiv vurdering av hørselsfunksjon. Resultater fra hørselsmåling, spørreskjema og intervju rapporteres til prosjektgruppen (kap.4.3.) for planlegging av tiltak og ansvarsfordeling.

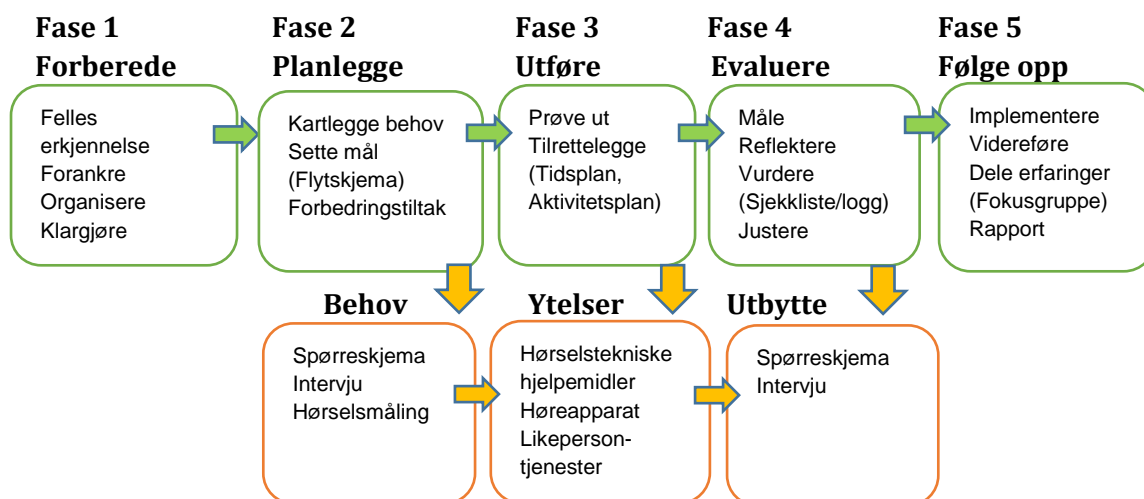
Fase 3 Gjennomføre. Samhandlingsmodellen settes ut i praksisfeltet. Det utarbeides tidsplan og aktivitetsplan. Det føres oversikt over bruk av utstyr, materiell og hjelpemidler. Bruk av endringslogg viser til iverksatte tiltak i pilotgruppen. Løpende dialog i prosjektgruppen. *Pilotering*: På bakgrunn av informasjon innhentet hos brukere i pilotgruppen i fase 2, vil ulike HRT **tiltak/ytelser** iverksettes (kap.3.3.). Brukerne følges opp etter gjeldene rutiner for tjenestene.

Fase 4 Evaluere. Innhente, gjennomgå, analysere og sammenstille funn og erfaringer. Prosjektgruppen oppsummerer erfaringer opp mot målsettinger, tidsbruk, organisering og gjennomføring. Vurdere om samarbeid og resultater er tilfredsstillende og tilstrekkelig.

Pilotering: Audiograf/audiopedagog fra LDS kontakter brukere om nytt hjemmebesøk etter ½ år hvor **utbytte** av HRT kartlegges. Alle brukere tilbys oppfølgende hjemmebesøk uavhengig om og *hvilke* rehabiliteringstiltak den enkelte har ønsket å benytte. Strukturerte intervju vil synliggjøre hvilke tiltak og tjenester som er mottatt og benyttet. Spørreskjema HDHS vil vise endringer i hørselsfunksjon på ulike livsarenaer.

Fase 5 Følge opp. Forankre og formidle prosjektresultater. Erfaringer med samhandlingsmodellen samles i en rapport som trolig vil ha nasjonal interesse med tanke på utvikling av gode og likeverdige HRT for hørselshemmede eldre i årene framover.

Fig.1. Tverrfaglig samhandlingsmodell₃ for hørselsbaserte rehabiliteringstiltak etter *Modell for kvalitetsforbedring og tjenstedesign*²⁴ inklusiv pilotering av modellen.



3.2 Målgruppe

3.2.1. Målgruppe; Hovedformål.

Det er rekruttert personer med hørselsfaglig kompetanse og virke innenfor 1.linjetjenesten, 2.linjetjenesten og likepersonstjenesten. Alle jobber på ulikt vis med tilrettelegging, rådgivning og praktisk bistand av hørselsfaglige tjenester for eldre hørselshemmede personer. Følgende fag- og likepersoner vil samarbeide om utvikling av en samhandlingsmodell for HRT samt aktivt bidra med tiltak i prosjektet innenfor deres kompetanseområde;

1.linjetjenesten: Seks *hørselskontakter* er rekruttert fra geografisk spredte bydeler i Oslo kommune; Sagene, Grorud, Ullern, Gamle Oslo, Frogner og Søndre Nordstrand. Disse er ergoterapeuter med spesialkompetanse på hørselstekniske hjelpemidler som de prøver ut og søker om for bydelens beboere.

2.linjetjenesten: To *audiografer* ved Hørselssentralen, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) vil bidra med sin kompetanse på hørselsmålinger og kartlegging av hørselsfunksjon.

Likepersonstjenesten v/ HLF: Avdeling Oslo har 25 aktive *likepersoner*. Dette er personer som selv er hørselshemmet og sertifisert til å gi bistand og råd i bruk og stell av høreapparat. Deres tjenester er et supplement til det offentlige rehabiliteringstilbudet. Likepersonene vil bistå brukerne i pilotgruppen, deres pårørende og helsearbeidere med praktisk hjelp og råd både i forhold til høreapparat og hjelpemidler.

3.2.2. Målgruppe; Delmål

Ved pilotering av samhandlingsmodellen vil aktuelle deltakere for en pilotgruppe rekrutteres gjennom Oslo Kommunes IT baserte pleie- og omsorgssystem *Gerica*. Omtrent 60 personer som fyller inklusjonskriteriene (80 år+, bo på egen hjemmeadresse og registrerte mottakere av omsorgstjenester₂ ≥6 mnd) vil få tilbud om å få utredet hørsel, vurdert rehabiliteringsbehovet og hjelp til å sette i gang til adekvate HRT. Brev med informasjon om prosjektet sendes ut. Deltakelse bekreftes ved å signere og godkjenne et informert samtykke. Ferdig frankert konvolutt sendes LDS. Personer som skriftlig har bekreftet sin deltakelse vil kontaktes med forslag om avtale for hjemmebesøk hvor det vil foretas hørselsmåling, kartlegging av hørselsfunksjon og behov for HRT (kap.3.3.).

2. Med omsorgstjenester skal forstås; hjemmesykepleie, innsatsteam og/eller praktisk bistand.

3.3 Tiltak/Aktivitet

Eldre i pilotgruppen, som ønsker og har behov, vil få tilbud om ulike hørselsrelaterte tiltak og tjenester. Disse vil iverksettes og følges opp etter en tverrfaglig samhandlingsmodell for HRT.

Hørselstekniske hjelpemidler. Hørselskontakt i bydelen vil kontaktes ved ønske og behov for hørselstekniske hjelpemidler. Ved hjemmebesøk gis praktisk hjelp til anskaffelse av blant annet varslingsanlegg til dør, telefon og brannvarsler, hjelpemidler til radio og t.v. og/eller samtaleutstyr. Opplæring og oppfølging vil bli gitt av hørselskontaktene i den enkelte bydel.

Høreapparat. Eget ønske samt hørselstest legges til grunn ved vurdering av høreapparat. Det gis muntlig og skriftlig informasjon om hørselstap og høreapparater. Dokumentasjon kan videreformidles fastlege, som eventuelt vil henvise hørselssentral/ØNH avtalespesialist.

Supplerende veiledning og oppfølging. Likepersoner fra HLF vil kunne svare på spørsmål og hjelpe til med lettere vedlikehold og oppfølging av apparater og utstyr.

Ovennevnte instanser og fagpersoner vil tilby hjemmebesøk uten kostnader for deltakerne.

3.4 Gjennomføring og fremdriftsplan

Tabell 1. Fremdriftsplan

Start mnd/år	Slutt mnd/år	Milepæl/aktivitet
09/20	12/20	Fase 1. Forberede samhandlingsmodellen
01/21	04/21	Fase 2. Planlegge. Utarbeide prosedyrer. Forberede pilotering.
04/21	09/21	Fase 3. Gjennomføre. Implementere ytelser.
10/21	04/22	Fase 4. Evaluere. Sammenstille funn og erfaringer.
05/22	08/22	Fase 5. Følge opp. Forankre og formidle resultat. Rapport.

4 ANDRE OPPLYSNINGER

4.1 Ethiske vurderinger og personvern hensyn

Bruk av pilotgruppe vil være nyttig i arbeidet med å utvikle samhandlingsmodellen. Pilotgruppen er imidlertid relativt liten, aldersgjennomsnittet høyt, funksjonsnivået vil trolig variere og sykdom og frafall i prosjektiden må påregnes. Datagrunnlaget vil følgelig ikke være egnet for forskning, men vil kunne gi nyttig informasjon for hvilke tjenester som behøves, ønskes og nyttiggjøres. Prosjektet vil bli gjennomført i henhold til Helsinki deklarasjonen, og ikke være i konflikt med generelle etiske verdier. Prosjektet er godkjent av REK (Sak 2018/2192). Det er godkjent av personvernombud Sandbukt ved LDS. Oslo Kommune v/Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester har gitt tillatelse til at personer som oppfyller inklusjonskriterier hentes ut av bruker-databasen Gerica.

Alle samarbeidspartnere har skriftlig bekreftet en samarbeidsavtale.

4.2 Frivillighet

Sagene Seniorcenter v/Hørselsgruppen har førstehånds erfaring som brukere av HRT, og flere mottar også ulike typer kommunale omsorgstjenester. Disse vil gi innspill på samhandlingsmodellen, og belyse svakheter og fordeler knyttet til ulike tiltak og tjenester. Møter er avtalt to ganger pr.år.

HLF v/Likepersontjenesten i Oslo vil bidra med brukererfaringer og gi innspill på den praktisk gjennomføring. Planleggingsmøte med likepersoner i forkant av prosjektet og hver 6.måned.

4.3 Brukermedvirkning

Prosjektet er utviklet i tett dialog med Hørselshemmedes Landsforbund (HLF). Brukerorganisasjonen har i mange år vært aktiv pådriver for økt samhandling og kompetanseutvikling innen hørselsfeltet. Prosjektet gjenspeiler HLFs kjerneverdier og satsningsområdet, og vil være viktig for foreningens interessepolitiske arbeid i årene framover.

Prosjektgruppen for *utvikling av en tverrfaglig samhandlingsmodell for HRT* representerer ulike tjenestenivå. Flere personer i gruppen har erfaring med HRT både som tjenesteytere og -mottakere;

Likepersontjenesten i HLF vil være representert ved Dan Erik Løvås. Som likeperson-koordinator kjenner han de aktive medlemmene og organisasjonen godt. Løvås vil være likepersonenes kontaktperson og være bindeleddet mellom likepersoner og prosjektgruppe.

Hørselskontakt og ergoterapeut, Grorud bydel i Oslo Kristine Olsen har mange års erfaring med å bistå eldre i bydelen til anskaffelse av hørselstekniske hjelpemidler i hjemmet. Heri også opplæring, tilpassing og oppfølging. Hun vil ivareta hørselskontaktens rolle i prosjektet.

Lovisenberg Diakonale Sykehus ved seniorforsker Jorunn Solheim er søker av prosjektet og vil lede prosjektgruppen. Hun har mange års klinisk erfaring som audiograf og audiopedagog.

4.4 Tilleggsfinansiering og andre ressurser

Lovisenberg Diakonale Sykehus bidrar med å finansiere prosjektet samt stiller til rådighet faglige ressurser i forbindelse med hjemmebesøk hos brukere i prosjektiden.

4.5 Formidling av resultater

Den tverrfaglige samhandlingsmodellen for hørselsbaserte rehabiliteringstjenester presenteres i en evalueringsrapport hvor det samlede erfaringsgrunnlaget fra de ulike faser blir beskrevet. Oslo Kommune ønsker forøvrig gjøre bruk av denne i arbeidet med tjenesteutvikling. Presentasjoner på kongresser og seminar/rundebordskonferanser for involverte aktører i prosjektet og sentrale helsemyndigheter.

4.6 Forventet verdi for målgruppe og samfunn

Prosjektet vil bidra til å komme nærmere målet om økt samhandling mellom likepersonstjenesten og det offentlige tjenesteapparat innenfor hørselsrehabiliteringsfeltet. Prosjektet vil gi retningslinjer for hvordan dette bør og kan foregå. Erfaringer og resultat fra det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet vil vise hvordan fagpersoner og likepersoner kan samhandle om mål og tiltak til beste for brukere av tjenestene.

At man nå blir eldre enn tidligere er nødvendigvis ikke entydig med friskere aldring. Trolig vil det innebære flere «friske» år sammen med flere «syke» år²⁷. I et samfunnsperspektiv er det viktig å ta høyde for endringer i befolkningssammensetningen, helse og levekår når framtidens rehabiliteringstjenester skal planlegges. Ikke minst fordi det er en politiske målsetting at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem¹⁹. Prosjektet vil belyse hvordan hørselsrelaterte tiltak og tjenester kan bidra til bedring av hørselsfunksjon på ulike områder, og hva dette har å si for opplevelse av trygghet og selvstendighet i hverdagen.

4.7 Videreføring av prosjektet

For å planlegge for hvordan HRT best kan organiseres i årene framover trenger vi å utvikle og etablere gode samhandlingsrutiner hvor frivillige aktører kan jobbe «hånd i hånd» med det offentlige tjenesteapparat. Dette bør være basert på kunnskap om hvilke tjenester som behøves, ønskes og nyttiggjøres. Erfaringsgrunnlaget fra dette prosjektet vil gi føringer for hvordan likepersoner og fagpersoner effektivt og organisatorisk kan samarbeide til beste for sine brukere. Det tas sikte på at samhandlingsmodellen skal ha overføringsverdi for alle landets kommuner.

5 LITTERATURLISTE

- (1) Davis AC. Epidemiology of hearing disorder. In A.G.Kerr (ed), Scott Brown's Otolaryngology. Boston: Butterworth-Heinemann; 1997. p. 2-3/1-2/3/38.
- (2) Meyer C, Hickson L. What factors influence help-seeking for hearing impairment and hearing aid adoption in older adults? Int J Audiol 2012 Feb;51(2):66-74.
- (3) Wallhagen MI, Pettengill E, Whiteside M. Sensory impairment in older adults: Part 1: Hearing loss. Am J Nurs 2006 Oct;106(10):40-8.
- (4) Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. JAMA 2003 Apr 16;289(15):1976-85.
- (5) Solheim J, Shiryayeva O, Kvaerner KJ. Lack of ear care knowledge in nursing homes. J Multidiscip Healthc 2016;9:481-8.
- (6) Høvik MB. Hverdagsrehabilitering - med eller uten audiograf i staben? Fakultet for helsefag. OsloMet - storbyuniversitetet; 2018.
- (7) Ochoa, S.M.R. Hjemmeboende eldre med hørselstap – ivaretatt eller ignorert? Hjemmesykepleiens møte med eldre hørselshemmede. Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo. 2014
- (8) Mick P, Foley DM, Lin FR. Hearing loss is associated with poorer ratings of patient-physician communication and healthcare quality. J Am Geriatr Soc 2014 Nov;62(11):2207-9.

- (9) Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014 Mar;150(3):378-84.
- (10) Pronk M, Deeg DJ, Smits C, van Tilburg TG, Kuik DJ, Festen JM, et al. Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: identification of subgroups. *Int J Audiol* 2011 Dec;50(12):887-96.
- (11) Keller BK, Morton JL, Thomas VS, Potter JF. The effect of visual and hearing impairments on functional status. *J Am Geriatr Soc* 1999 Nov;47(11):1319-25.
- (12) Tomita M, Mann WC, Welch TR. Use of assistive devices to address hearing impairment by older persons with disabilities. *Int J Rehabil Res* 2001 Dec;24(4):279-89.
- (13) Deal JA, Betz J, Yaffe K, Harris T, Purchase-Helzner E, Satterfield S, et al. Hearing Impairment and Incident Dementia and Cognitive Decline in Older Adults: The Health ABC Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017 May 1;72(5):703-9.
- (14) Fritze T, Teipel S, Ovari A, Kilimann I, Witt G, Doblhammer G. Hearing Impairment Affects Dementia Incidence. An Analysis Based on Longitudinal Health Claims Data in Germany. *PLoS One* 2016;11(7):e0156876.
- (15) Hung SC, Liao KF, Muo CH, Lai SW, Chang CW, Hung HC. Hearing Loss is Associated With Risk of Alzheimer's Disease: A Case-Control Study in Older People. *J Epidemiol* 2015 May 16.
- (16) Å høre og bli hørt. Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
- (17) Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Rundskriv 1-2/2016. 2016 Jun 6. Report No.: 16/1850.
- (18) Solheim J, Kvaerner KJ, Sandvik L, Falkenberg E-S. Factors affecting older adults' hearing-aid use. 14 ed. *Scandinavian Journal of Disability Research*: 2012. p. 300-12.
- (19) Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. Meld.St.26 (2014-2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. 2015 May 7.
- (20) Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Rundskriv 1-2/2016. 2016 Jun 6 Report No:16/1850
- (21) Syse A, Pham DQ, Keilman N. *Befolkningsfremskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder*. 2016.
- (22) Helsedirektoratet. *Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*. 2018.
- (23) www.hlf.no
- (24) Konsmo T, deVibe M, Bakke TUE, Eggesvik S, Norheim G, Brudvik M, et al. *Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. 2015.
- (25) Helvik AS, Jacobsen G, Wennberg S, Arnesen H, Ringdahl A, Hallberg LR. Activity limitation and participation restriction in adults seeking hearing aid fitting and rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2006 Mar 15;28(5):281-8.
- (26) Solheim J, Kvaerner KJ, Falkenberg ES. Daily life consequences of hearing loss in the elderly. *Disabil Rehabil* 2011;33(23-24):2179-85.
- (27) Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. *St.Meld.15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. 2018 May