

Å høre og bli hørt
Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling

Heftets tittel: Å høre og bli hørt
Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling

Utgitt: 08/2007

Bestillingsnummer: IS-1483

Utgiver: Sosial- og helsedirektoratet
Avdeling rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger

Postadresse: Pb. 7000, St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1483

Forfattere: Elisabeth Svinndal
Elin Østli

Innhold

1	Innledning	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Sammensetting av grupper	7
1.3	Mandat 8	
1.4	Arbeidsprosessen	8
2	Bakgrunn	9
2.1	Hørselshemming	9
2.1.1	Begrepsavklaringer	9
2.1.2	Årsaker og forekomst	9
2.1.3	Rehabiliteringsmuligheter	11
2.2	Problemstilling	12
2.2.1	Brukerrelaterte problemstillinger	13
2.2.2	Fagutøveres problemstillinger	13
2.2.3	Forvaltningssystemets problemstillinger	13
2.3	Nåværende tilbud om rehabilitering til hørselshemmede	16
2.3.1	Helsetjenestens bistand til rehabilitering	17
2.3.2	Hørselsteknisk bistand til rehabilitering	18
2.3.3	Rehabilitering i et psykososialt perspektiv	18
2.4	Rehabilitering i et livsløpsperspektiv	19
2.4.1	Barn	19
2.4.2	Voksne i yrkesaktiv alder	20
2.4.3	Voksne etter yrkesaktiv alder	22
2.5	Fagmiljøenes utfordringer	23
3	Organisering	24
3.1	Finansiering	24
3.2	Hørselssentralens organisering og ansvar	25
3.3	Avtalespesialister innen øre-nese-halssykdommer	26
3.4	To gode eksempler	27
3.5	Helseforetakenes tilbud om cochlea-implantasjon	27
3.6	Lærings- og mestringssentre	28
3.7	Hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar	29
3.8	Statlig spesialpedagogisk støttesystem	30
3.9	Kommunalt rehabiliteringstilbud	30
3.10	Hørselshjelperordningen	31
3.11	Individuell plan	31
4	Gjeldende rett	33
	Nedenfor følger en gjennomgang av sentrale rettighetsbestemmelser på området.	33

4.1	Kommunens ansvar – kommuneloven	33
4.1.1	Kommunehelsetjenesteloven	33
4.2	De regionale helseforetakenes ansvar – lov om helseforetak	34
4.2.1	Spesialisthelsetjenesteloven	34
4.3	Forskrift om habilitering og rehabilitering	35
4.4	Pasientrettighetsloven	36
4.5	Lov om helsepersonell	36
4.6	Folketrygdloven	36
4.7	Opplæringsloven	37
4.8	Sosialtjenesteloven	38
4.9	Ulike forskrifter	38
4.9.1	Forskrift om hjelpemiddelsentralens virksomhet og ansvar	38
4.9.2	Forskrift om stønad til høreapparat mm	39
4.9.3	Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog	39
4.9.4	Forskrift om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde	39
4.9.5	Forskrift om stønad til hjelpemidler med mer	40
4.9.6	Forskrift om individuell plan	40
4.10	Andre lover som indirekte vil ha betydning	41
4.11	Oppsummering og vurdering av sentrale rettighetsbestemmelser på området - er det behov for endringer i regelverket	41

5 Modell for fremtidig organisering av høreapparatformidlingen fra arbeidsgruppas flertall

		43
5.1	Hovedtrekk i ny organisering	43
5.2	Juridiske rammer	44
5.3	Ansvarsfordeling	45
5.3.1	Kostnadskontroll	45
5.3.2	Faglig kvalitet	46
5.4	Oppgaveløsning – Arbeids- og velferdsetaten	47
5.4.1	Overføring av vedtaksmyndighet	48
5.4.2	Formidling av andre hørselstekniske hjelpemidler	48
5.4.3	Tverretatlig samarbeid	49
5.4.4	Innkjøp og lagerføring	49
5.4.5	Gjenbruk	50
5.5	Oppgaveløsning – RHF	51
5.5.1	Ventetider	51
5.5.2	Diagnostisering av hørselstap	51
5.5.3	Tilpassing og formidling av høreapparat	53
5.5.4	Reparasjoner	54
5.5.5	Veiledning knyttet til hjelpemidler	55
5.5.6	Avtalepart ved kjøp av tjenester	55
5.5.7	Samarbeidsinstans	56
5.6	Samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF	57
5.7	Cochlea-implantasjon	57
5.7.1	Finansiering av cochlea-implantater	58
5.7.2	Cochlea-implantat til barn	58

5.7.3	Cochlea-implantat til voksne	59
5.8	Kommunalt ansvar	59
5.8.1	"Fylkesaudiograf" eller annen hørselsfaglig kompetanse	60
5.8.2	Hørselskontakter	60
5.8.3	Rådgivningskontor for hørselshemmede	61
5.8.4	Koordinerende enhet for rehabilitering	61
5.9	Kompletterende rehabiliteringstilbud til hørselshemmede	62
5.9.1	Organisering	62
5.9.2	Innhold	63
5.9.3	Individuell plan til hørselshemmede	63
5.10	Hørselshjelperordningen	63
6	Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas flertall	65
6.1	Rehabilitering	65
6.2	Kompetanse og kvalitetskrav	66
6.3	Kostnadskontroll	67
6.4	Videre arbeid	68
7	Administrative og økonomiske konsekvenser av modellen foreslått av arbeidsgruppens flertall	69
7.1	Reparasjoner	69
7.2	Gjenbruk	70
7.3	Cochlea-implantat	70
7.4	Økt ressursbruk	70
	Referanser	72

Vedlegg

5	Modell for fremtidig organisering av høreapparatformidlingen fra arbeidsgruppas flertall med kommentarer fra Arbeids- og velferdsdirektoratet	89
5.1	Hovedtrekk i ny organisering	89
5.2	Juridiske rammer	91
5.3	Ansvarsfordeling	92
5.3.1	Kostnadskontroll	92
5.3.2	Faglig kvalitet	93
5.4	Oppgaveløsning – Arbeids- og velferdsetaten	94
5.4.1	Overføring av vedtaksmyndighet	95
5.4.2	Formidling av andre hørselstekniske hjelpemidler	96
5.4.3	Tverretatlig samarbeid	96
5.4.4	Innkjøp og lagerføring	96
5.4.5	Gjenbruk	98
5.5	Oppgaveløsning – RHF	99
5.5.1	Ventetider	99
5.5.2	Diagnostisering av hørselstap	99
5.5.4	Tilpassing og formidling av høreapparat	101
5.5.4	Reparasjoner	102
5.5.5	Veiledning knyttet til hjelpemidler	103
5.5.6	Avtalepart ved kjøp av tjenester	104
5.5.6	Samarbeidsinstans	104

5.6	Samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF	105
5.7	Cochlea-implantasjon	106
5.7.1	Finansiering av cochlea-implantater	106
5.7.2	Cochlea-implantat til barn	106
5.7.3	Cochlea-implantat til voksne	107
5.8	Kommunalt ansvar	107
5.8.1	"Fylkesaudiograf" eller annen hørselsfaglig kompetanse	108
5.8.2	Hørselskontakter	108
5.8.3	Rådgivningskontor for hørselshemmede	109
5.8.4	Koordinerende enhet for rehabilitering	109
5.9	Kompletterende rehabiliteringstilbud til hørselshemmede	110
5.9.1	Organisering	110
5.9.2	Innhold	111
5.9.3	Individuell plan til hørselshemmede	111
5.10	Hørselshjelperordningen	111
6	Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas flertall	113
6.1	Rehabilitering	113
6.2	Kompetanse og kvalitetskrav	114
6.3	Kostnadskontroll	115
6.4	Videre arbeid	116
7	Administrative og økonomiske konsekvenser av modellen foreslått av arbeidsgruppens flertall	118
7.1	Reparasjoner	118
7.2	Gjenbruk	119
7.3	Cochlea-implantat	119
7.4	Økt ressursbruk	119
Kort beskrivelse av tilskuddsmodellen		122
Organisering		122
Formidlingsløype for bruker		123
Formidlingsfaglig tilbud til bruker og kommunene		123
Ansvar og oppgaver for helseforetakene		123
Ansvars- og oppgavefordeling. Oppsummering		124
Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas representanter for Arbeids- og velferdsdirektoratet		125
Rehabilitering		125
Kompetanse og kvalitetskrav		125
Kostnadskontroll		126
Videre arbeid		126
Økonomiske konsekvenser av tilskuddsmodellen		127
Reparasjoner		127
Gjenbruk		127
Cochlea implantat		127
Økt ressursbruk		127
Antatte utgifter til høreapparater		127

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratet fikk i brev datert 07.07.06¹ i oppdrag av Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomgå hørselssentralenes oppgaver. Bakgrunnen for oppdraget er at høreapparatformidlingen er preget av mange aktører med mangelfullt samarbeid og lange ventetider. Departementene ønsket at oppdraget skulle utføres ved hjelp av en bredt sammensatt arbeidsgruppe samt en referansegruppe, som skulle utforme en rapport med konkrete forslag til forbedringer. Det var ønskelig at gruppene skulle bestå av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, hjelpemiddelsentralene, de regionale helseforetakene og brukerorganisasjonene.

1.2 Sammensetting av grupper

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetting:

Ingrid Stenstadvold Ross, Jermund Prestbakmo (begge fra Hørselshemmedes landsforbund), Hans Lien, Paal Nustad, Vigdis Jynge (alle fra Arbeids- og velferdsdirektoratet), Kari Rolstad (Kommunenes Sentralforbund), Einar Laukli (Helse Nord RHF), Siri Wennberg (Helse Midt-Norge RHF), Asgaut Warland (Helse Vest RHF), Anne Selstad (Helse Øst RHF), Kåre Tønnesen (Avdeling for sykehustjenester – Sosial- og helsedirektoratet), Marianne Øyen, Elin Østli, Lisbeth Myhre, Elisabeth Svinndal (alle Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger – Sosial- og helsedirektoratet).

Referansegruppen har hatt følgende sammensetting:

Kari Kristine Engan, Tom Harald Dahl (begge fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon), Morten Bakken (Norsk Leverandørforening for Helsesektoren), Anna Valborg Mikkelsen (Norsk Audiopedagogisk Forening), Monica Rolandsen (Norsk Audiografforbund), Jan Erik Israelsen (Norsk Teknisk Audiologisk Forening), Arne Vik (Program for audiografutdanning – Høyskolen i Sør-Trøndelag), Eva-Signe Falkenberg (Institutt for spesialpedagogikk – Universitetet i Oslo), Mikal Gjellan (Norsk Forening for Otorhinolaryngologi), Lisbeth Myhre, Elisabeth Svinndal, Marianne Øyen, Elin Østli (Avdeling for rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger – Sosial- og helsedirektoratet).

¹ Vedlegg 1

1.3 Mandat

Mandatet gitt av departementene krever at rapporten skal "gi konkrete anbefalinger og løsninger/tiltak som skal sikre en god formidling og oppfølging av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler i et helhetlig rehabiliteringsperspektiv" (brev av 07.07.06). Arbeidet skal ha et brukerperspektiv, og løsningene må være kostnadseffektive.

Departementene ber om at de ulike aktørenes rolle innen hørselsomsorgen vurderes, deriblant førstelinjetjenesten, fylkesaudiopedagogene og hørselshjelperne i Hørselshemmedes landsforbund (HLF). Forslagene skal sikre best mulig geografisk utbredelse av de nødvendige tjenestene og at ventetiden for tilpasning av høreapparat reduseres til maksimalt tre måneder.

1.4 Arbeidsprosessen

Sosial- og helsedirektoratet inviterte gruppene til møter i direktoratets lokaler, og de første møtene fant sted i desember 2006. Arbeidsgruppen har hatt som mål å møtes en gang per måned og har hatt til sammen ni møter. Referansegruppen møttes fire ganger. Sosial- og helsedirektoratet har ledet prosjektet og stått ansvarlig for skrivearbeidet. 07.05 2007 ble det arrangert en høringskonferanse for de ulike fagmiljøene og interesseorganisasjonene som fikk anledning til å ta stilling til arbeidsgruppens forslag til ny modell for høreapparatformidling.

Etter høringskonferansen hadde arbeidsgruppen et møte 11.05 2007 som skulle vurdere innspillene og ta stilling til et endelig forslag til fremtidig modell. Arbeids- og velferdsdirektoratet tilkjennega på dette møtet at de ønsket å fremme et nytt forslag til organisering og finansiering. Forslaget blir betegnet som "Tilskuddsmodellen". Modellen er beskrevet i brev fra Arbeids- og velferdsdirektoratet datert 21.05 2007. For at arbeidsgruppen skulle få anledning til å vurdere forslaget, ble det fastsatt et ekstra møte 29.05 2007. Referansegruppen fikk tilsendt Arbeids- og velferdsdirektoratets forslag og anledning til å gi skriftlige kommentarer til arbeidsgruppens ekstramøte. Arbeids- og velferdsdirektoratet har videre kommentert arbeidsgruppens rapporters kapitler 5 og 6. Rapporten med kommentarer ble i arbeidsgruppens ekstraordinære møte den 15.08 2007 avvist som arbeidsgruppens rapport, og de kommenterte kapitlene er nå vedlegg til rapporten. Arbeids- og velferdsdirektoratets tilskuddsmodell er også beskrevet i vedlegg. Arbeidsgruppen har ikke kommentert "Tilskuddsmodellen" da flertallet vurderte den nye modellen som for lite konsekvensutredet og tiden for knapp. Sosial- og helsedirektoratet har holdt "Tilskuddsmodellen" opp mot mandatet for arbeidet og foretatt enkelte vurderinger av organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Dette foreligger likeledes som vedlegg til arbeidsgruppens rapport.

I rapportens kapittel 6 er det oppsummert hvilke deler av arbeidsgruppens flertallsforslag som støttes av representantene fra Arbeids- og velferdsetaten.

2 Bakgrunn

Hørselsomsorgen slik den praktiseres i dag har vært gjenstand for kritikk fra flere hold gjennom lang tid. Ulike undersøkelser og kartlegginger har vist at hørselshemmede og deres pårørende i liten grad finner tjenestetilbudet tilfredsstillende. Nedenfor følger en kort redegjørelse for hvem gruppen av hørselshemmede består av og de områdene innen tjenestetilbudet hvor behovet for forbedring er størst.

2.1 Hørselshemming

Nedsatt hørsel er en relativt utbredt tilstand i befolkningen og er en naturlig del av aldringsprosessen. Mange lever med sin hørselsnedsettelse uten tap av livskvalitet til tross for de utfordringer et hørselstap skaper. Nedsatt hørsel påvirker først og fremst muligheten for kommunikasjon og sosial inkludering og øker faren for passivitet og sosial isolasjon. "Sosial isolasjon og ensomhet kan i seg selv være sykdomsfremkallende og få følger for selvbildet, identiteten og selvrespekten og øker sårbarheten både for somatiske sykdommer og depresjon og angst" (Statens helsetilsyn 3-2000).

2.1.1 Begrepsavklaringer

Hørselshemming er en fellesbetegnelse for alle typer og grader av hørselstap. Hørselshemmede som er i stand til å utnytte hørselsresten til å oppfatte tale og kontrollere egen stemme anses som *tunghørte*, mens personer som ikke kan kontrollere egen stemme eller oppfatte tale via hørselen, selv ved hjelp av hørselstekniske hjelpemidler, betraktes som *døve*.

Med bakgrunn i kommunikasjonsaspektet skilles det også mellom *førspråklige hørselstap* og tap ervervet etter at talespråket er lært (*døvbliitt/tunghørtbliitt*). Medfødte eller tidlig ervervede hørselstap påvirker barns språkutvikling avhengig av størrelsen på hørselstapet samt forutsetninger hos barnet og det miljøet det befinner seg i. Døvbliitte/tunghørtbliitte har i utgangspunktet et fullt utviklet talespråk og skal lære seg nye kommunikasjonsformer og/eller kommunikasjonsstrategier.

2.1.2 Årsaker og forekomst

Hørselsorganet er bygget opp av ulike deler som omformer lydtrykk til elektriske impulser som deretter tolkes som lyd i hjernen. Hvor i hørselsorganet skaden befinner seg, vil kunne påvirke hvordan hørselstapet arter seg. Opplevelsen av lyd kan for eksempel arte seg som

- Redusert opplevelse av lydstyrke
- Bortfall eller redusert styrke for enkelte lyder/frekvensområder
- Forvrengning av lyd
- Redusert taleoppfattelse ved bakgrunnsstøy
- Bortfall av eller redusert retningshørsel

De vanligste årsakene til hørselshemming blant barn er arvelige faktorer, pre- eller postnatale skader og ørebetennelser. Blant yrkesaktive er støyskader vanlige årsaker i tillegg til arvelige faktorer og bruk av medikamenter. For eldre er aldersbetinget hørselstap naturlig. I tillegg er støy og infeksjoner hyppige årsaker i tillegg til de samme årsakene hos de yrkesaktive (Statens helsetilsyn 3-2000).

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-1997 undersøkte hørselen hos 51.200 personer i alderen 19-92 år. Hørselstesten bestod i å finne høreterskelen for rene toner i frekvensområdene 250-8000 Hertz. En person under 50 år ble ansett for å ha et hørselstap når høreterskelen var på 30 desibel eller mer på minst én frekvens. For personer over 50 år var grensen satt til 35 desibel. Undersøkelsen viste at 36,1 % av den voksne befolkningen har et hørselstap hvorav 21,6 % har et mildt tap og 14,5 % har et betydelig tap. Aldersfordelingen viser en variasjon fra 16,8 prosent blant personer under 40 år til 91 prosent hos personer over 80 år (Nasjonalt folkehelseinstitutt, januar 2007).

Alder	Mildt hørselstap	Betydelig hørselstap	Hørselstap totalt	Litt plaget	Mye plaget	Plaget totalt
20-39 år	13,2	3,6	16,8	5,2	0,5	5,7
40-59 år	19,3	9,2	28,5	12,4	1,4	13,8
60-79 år	33,4	26,8	60,2	22,8	5,1	27,9
80 år +	29,4	61,6	91,0	24,7	14,5	39,2
Totalt	21,6	14,5	36,1	13,5	2,6	16,1

En europeisk undersøkelse av hørselstap i en uscreenet populasjon har mer presise verdier som angir hørselstapets omfang. Undersøkelsen fant at 16,6% av de undersøkte (alle aldersgrupper) hadde hørselstap på mellom 25 og 35 dB, 9% hadde hørselstap på mellom 35 og 45 dB og 4,7% hadde større hørselstap enn 45 dB. Undersøkelsen inkluderte også barn og unge. I aldersgruppen under 18 år var forekomsten av hørselstap på 0,1% i alle tre kategorier. Denne undersøkelsen viste markant økning i hørselstap etter fylte 80 år. Økningen var på mer enn 20% i alle tre kategorier.

2.1.2.1 *Tinnitus*

Tinnitus (øresus) er en tilstand hvor en person har en opplevelse av lyd uten ytre stimuli. Lydbildet varierer sterkt fra person til person. Personer med tinnitus påvirkes av lyden i ulik grad. Noen legger bare merke til lyden i noen sammenhenger og plages ikke i særlig grad, mens andre opplever lyden som allestedsnærværende og invalidiserende. Tinnitus er ikke en sykdom, men et symptom, og årsaken er som regel ikke kjent. Den kan ramme personer med hørselsnedsettelse, men

forekommer i de fleste tilfeller uavhengig av hørselstap. Forekomsten av plagsom tinnitus i befolkningen antas å ligge på cirka 15 % (Riseth i Helsedepartementet 2002).

Rehabiliteringstilbudet for tinnitusrammede og behov for etablering av tiltak er behandlet i rapporten "Behandlingstilbud for tinnitusrammede" (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Rapporten fremmer forslag til tiltak på flere områder på grunnlag av faglige vurderinger, og tinnitus vil ikke bli videre behandlet i denne rapporten.

2.1.2.2 *Morbus Ménière*

Morbus Ménière er en sykdom som rammer det indre øret og karakteriseres av svimmelhetsanfall, dovtfølelse, lydforvrengning og tinnitus. I mandatet fra departementene ble direktoratet bedt om å vurdere behandlingstilbudet til personer som rammes av sykdommen. Arbeidsgruppen fant det ikke naturlig å behandle én av flere ulike sykdommer som kan ramme hørselsorganet og ba om at Morbus Ménière holdes utenfor oppdraget. Departementene har sagt seg enig i vurderingen.

2.1.3 **Rehabiliteringsmuligheter**

I den foreliggende rapporten er begrepet rehabilitering mye brukt. Forståelsen av begrepet følger definisjonen i Forskrift om habilitering og rehabilitering:

"Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

Hvordan hørselstap oppleves og mestres varierer med individenes forutsetninger og ressurser. Hørselstapets årsak og størrelse gir få indikasjoner på hvilke konsekvenser det har for en person. De færreste hørselstap kan kureres gjennom medisinsk behandling, og kompensatoriske tiltak er som regel eneste mulighet for å bedre hørselen.

2.1.3.1 *Hørselstekniske tiltak*

Høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler har til hensikt å bedre en persons kommunikasjonsmuligheter samt bedre andre funksjonsområder en hørselshemming kan påvirke. Høreapparat tilpasses individuelt og justeres i henhold til personens hørselstap avhengig av hvor stort tapet er i de ulike frekvensområdene. Hvilken høreapparatmodell som passer best, avgjøres av personlige preferanser knyttet til lydopplevelse. I en del tilfeller er ikke høreapparat den mest hensiktsmessige løsningen, og andre samtalehjelpemidler kan være å foretrekke. Det ytes i dag stønad til anskaffelse av høreapparat opptil kroner 5.710. I 2006 ble det formidlet 58.395 høreapparater til en verdi av 275 millioner kroner, som gir en gjennomsnittspris per apparat på kroner 4.709.

Høreapparat gir ikke normal hørsel. Mange hørselshemmede opplever jevnlig situasjoner hvor apparatene ikke gir tilstrekkelig eller riktig forsterkning. I slike situasjoner kan samtalehjelpemidler i tillegg til høreapparatene være til god hjelp. Arbeids- og velferdsforvaltningen anslår at det i 2007 vil lånes ut hjelpemidler for

nærkommunikasjon² for 25-30 millioner kroner. I tillegg anslås utgiftene til lydoverføringssystemer å beløpe seg til 100-110 millioner kroner.

Også andre hørselshjelpemidler er tilgjengelige innen områder som kan virke problematiske når hørselen svikter. Situasjoner knyttet til telefoni og lytting oppleves ofte som utfordrende sammen med muligheten for å fange opp varsellyder, som for eksempel dørklokke, vekkerklokke, røykvarsler etc. I tillegg finnes enkelte hjelpemidler for personer som er rammet av tinnitus.

Ved døvhet eller når hørselstapet er av en slik karakter at konvensjonell teknologi ikke lenger gir tilstrekkelig forsterkning, kan cochlea-implantat (ofte omtalt som CI) være en mulighet forutsatt at hørselsnerven fungerer normalt. Et cochlea-implantat er et avansert høreapparat som består av en indre og en ytre del. Den indre delen er et sett elektroder som opereres inn i sneglehuset (cochlea) i det indre øret. Den ytre delen består av en taleprosessor med mikrofon (spesialhøreapparat), som fanger opp lyd. Prosessoren analyserer/bearbeider lydene og koder dem til spesifikke elektriske impulser som overføres til elektrodene. Hørselsnerven fanger opp signalene og sender dem til hørselssenteret i hjernen der signalene tolkes som lyd.

Tall fra Norsk pasientregister viser at antall cochlea-implantasjoner har økt kraftig de tre siste årene, fra 88 operasjoner i 2004 til 234 i 2006³. Av ulike årsaker kan det være behov for en reoperasjon av enkelte pasienter. Rikshospitalet opplyser at behovet tilsvarer om lag 10 % av det totale antallet personer med cochlea-implantat. Prisen på implantatene avhenger av kvantum og beløper seg til cirka kroner 190.000 hvor den ytre delen utgjør omtent kroner 50.000.

2.1.3.2 *Å leve med hørselshemming*

Ved tap av hørsel oppstår en situasjon som krever omstilling hos personen og omgivelsene. Selv om det er store individuelle forskjeller og prosessen vil variere i tid og omfang fra person til person, må de fleste gjennom faser med sorgbearbeidelse, og de må vurdere justering av livssituasjon, en prosess som mange opplever svært belastende. Behovet for informasjon er stort, samtidig som personen må få tilstrekkelig tid for å kunne make å fullføre sin prosess. Behovet for informasjon er stort for nærpasienter også, både sett fra den hørselshemmedes ståsted og fra omgivelsene, og det er derfor av avgjørende betydning at pårørende eller andre nærpasienter trekkes inn i prosessen.

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

2.2 Problemstilling

Ulike rapporter, blant annet "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" (2002) og "Evaluering av hørselshjelperordningen i regi av Hørselshemmedes

² Denne type hjelpemidler kan formidles til andre grupper enn hørselshemmede.

³ Tallene viser antall avdelingsopphold, ikke antall pasienter.

Landsforbund" (2002), peker begge på at arbeidet som gjøres på området i dag er mangelfullt. En gjennomgang av høreapparatformidlingen i regi av Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrygdeverket i 2003 påpeker utfordringer som

- Uklarhet i ansvars- og oppgavefordeling mellom aktører
- For lange ventetider
- Mangelfull samhandling mellom ulike tilbud og etater
- Forskjeller i tilbudet avhengig av bosted
- Svakheter i økonomistyringen og ineffektivitet

Riksrevisjonen påpeker i sin rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjetterminen 2005 at "betydelige svakheter innen høreapparatformidlingen har vært kjent siden 2003. Revisjonen viser at lite er gjort for å løse disse problemene." (Riksrevisjonen 2006:28). Til tross for at svakheterne er poengtert i flere dokumenter, som for eksempel i St.prp. nr. 1 (2003-2004, 2004-2005, 2005-2006), er det i liten grad iverksatt tiltak for å løse problemene. Allerede i Stortingsmelding nr. 8 (1998-99) omtales hørselsomsorgen som fragmentert, og ansvars- og oppgavefordelingen mellom etater og nivå som uklar og til dels uryddig.

2.2.1 Brukerrelaterte problemstillinger

Brukerundersøkelser som for eksempel "Hørselshemmede og arbeid" (Lorentsen, Berge 2003) viser til alvorlige mangler i tjenestetilbudet. Tilbakevendende problemstillinger fra brukere er blant annet

- Mangelfull opplæring og oppfølging ved tilpassing av høreapparat samt informasjon om rettigheter i tilpassingsprosessen
- Manglende eller mangelfull informasjon om rettigheter og muligheter innen hørselsomsorgen deriblant om andre tekniske hjelpemidler
- Fragmentert tjenestetilbud uten noen form for koordinering
- Manglende rehabiliteringstilbud som inkluderer psykososiale konsekvenser av hørselshemming, kommunikasjon og høretaktikk

2.2.2 Fagutøveres problemstillinger

Det hørselsfaglige miljøet opplever også vansker med å ivareta brukernes behov innenfor dagens organisering. Noen av problemene er knyttet til

- Mangelfulle styringssignaler fra overordnet nivå
- Manglende fora for samarbeid
- Fravær av instanser med god kompetanse som kan ta et helhetlig perspektiv

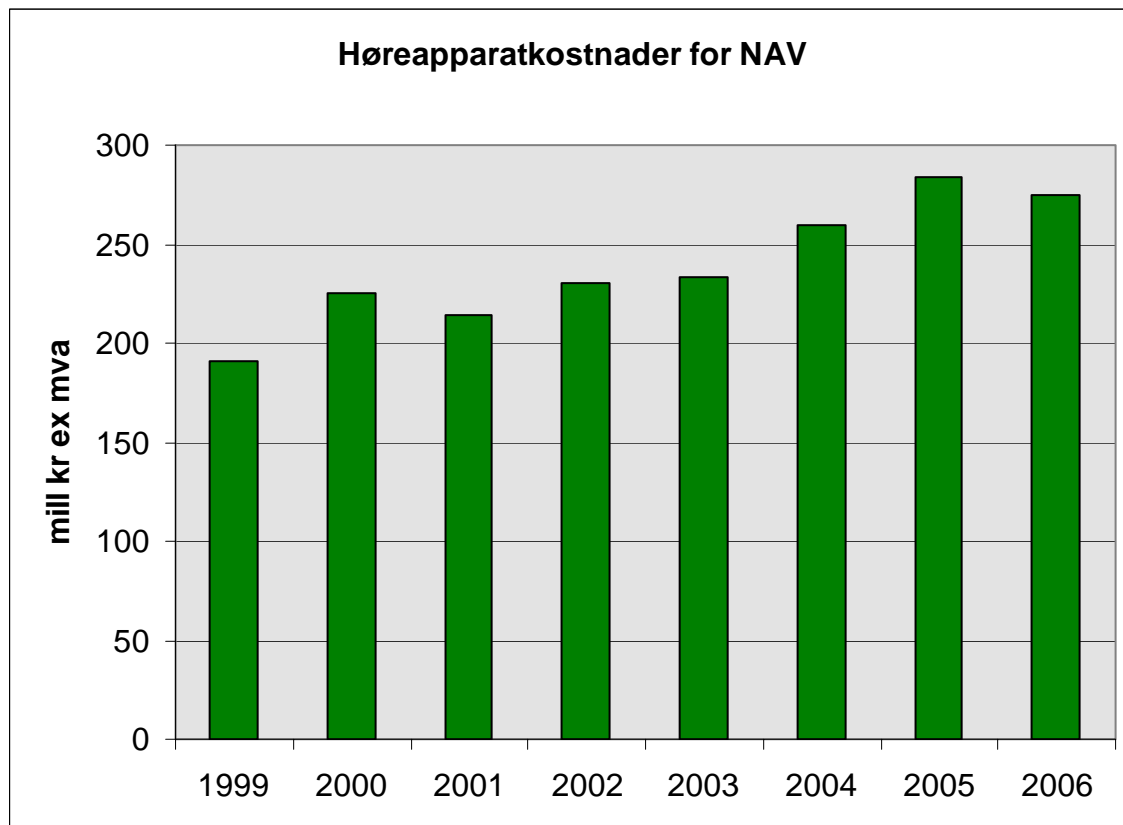
2.2.3 Forvaltningssystemets problemstillinger

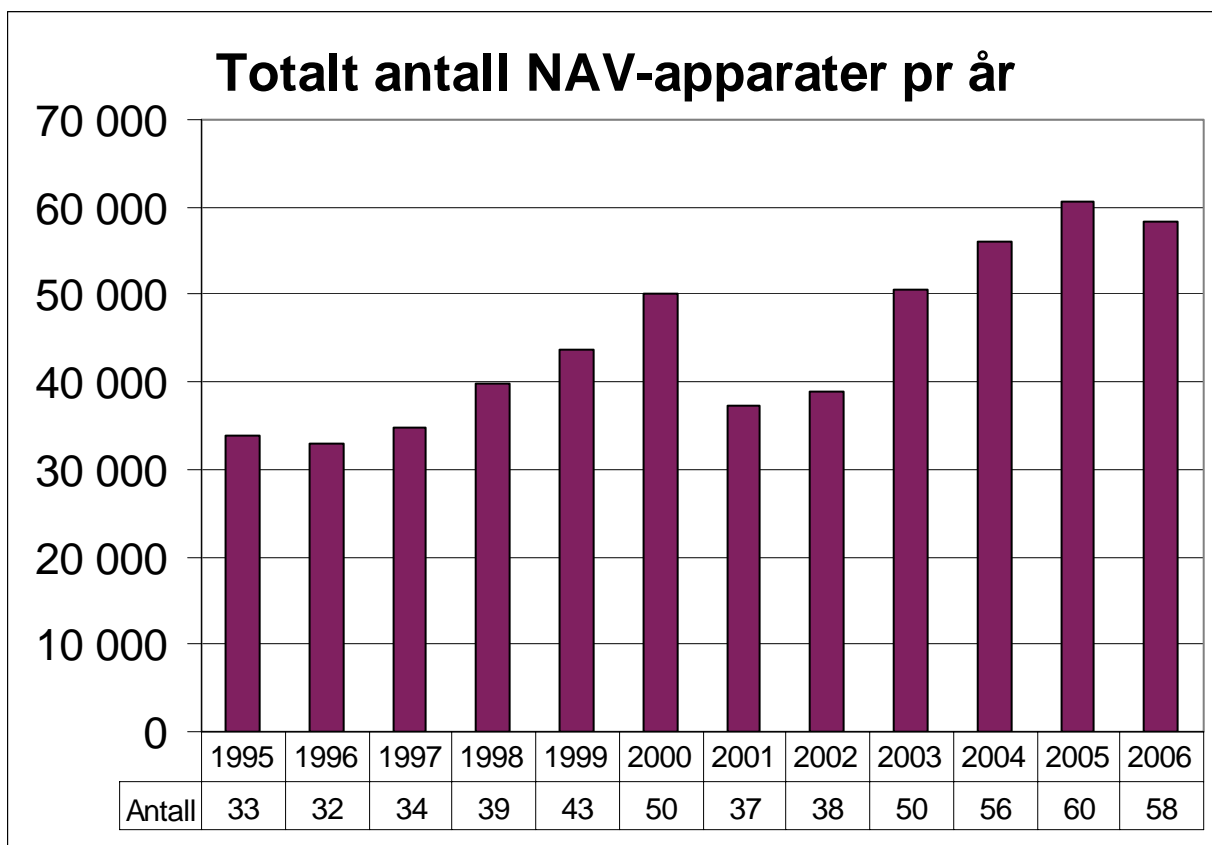
Ved formidling av høreapparat utføres det faglige arbeidet i dag av hørselssentralene eller av avtalespesialister og finansieres delvis av RHF og delvis av Arbeids- og velferdsetaten. Utgifter til apparater, propper og andre deler finansieres av Arbeids- og velferdsetaten alene. Utgiftene dekkes vanligvis ved søknad til brukerens lokale Arbeids- og velferds-kontor. Enkelte steder har opprettet lokale ordninger med for eksempel ett oppgjørskontor for hele fylket. Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrygdeverkets rapport fra 2003 konkluderer med at oppgjørsrutiner varierer og at de er innviklet, arbeidskrevende og lite kontrollerbare. Rapporten peker blant annet på følgende punkter

- Manglende statistikk og oversikt over kostnader
- Mangelfull kontroll over forbruk av midler
- Uheldige koplinger mellom foretningsdrift og helsetilbud
- Manglende gjenbruk av høreapparater

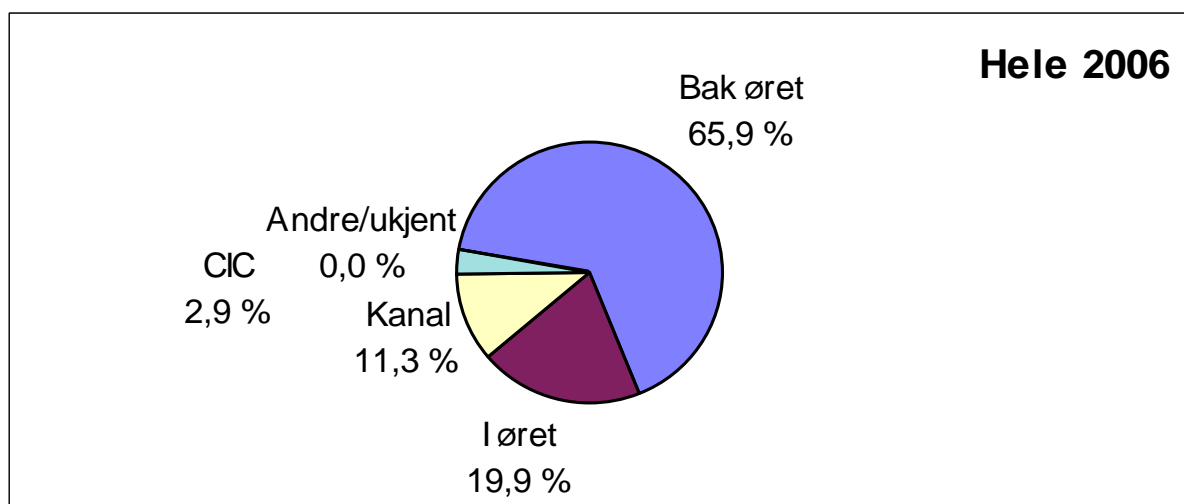
Arbeidsprosessen i dette prosjektet har avdekket store variasjoner i aktørenes tolkning av Arbeids- og velferdsetatens regelverk. I tillegg har Arbeids- og velferdsetaten ingen kontrollinstans eller veiledningsfunksjon som kan rettlede aktørene i sin tolkning.

Det har siden 1995 vært en jevn stigning av antall utleverte høreapparater dekket av Folketrygden og prisen på disse. Arbeids- og velferdsdirektoratet opplyser at i 1999 ble det utlevert omtrent 44.000 apparater med en gjennomsnittlig pris på kroner 4.350. Tilsvarende for 2006 var i overkant av 58.000 apparater med en gjennomsnittlig pris på 4.700 kroner. Av disse var 66 % bak-øretapparater og 20 % i-øret i 2006.





Høreapparatene leveres av 12 ulike leverandører hvor fire firmaer har mer enn 10 % av markedsandelene og hvorav én har 27 % alene. Blant de 10 mest solgte modellene er seks modeller bak-øret apparater. Alle de fire modellene som er i-øretapparater blant de 10 mest solgte leveres av samme leverandør.



I forskrift om stønad til høreapparater og tinnitusmaskerer står det at høreapparat er trygdens eiendom og skal leveres tilbake når det ikke lenger er bruk for det. Tilbakelevering av høreapparater foregår i liten grad i systematiske former, selv ikke når nye høreapparater utleveres etter endt seksårsperiode eller når behovet har

endret seg. Manglende oppfølging på områdene kan være et resultat av ulike tolkninger av regelverket, og høreapparatbrukerne er i liten grad oppmerksomme på at apparatene er folketrygdens eiendom. Ved utlevering av høreapparater informeres det om at brukerne bør ha forsikring for apparatene, og alle får utlevert et garantibevis. Dette er med på å skape inntrykk av at høreapparaterne er eid av bruker.

I den samme forskriften står det videre at departementet kan gi regler for gjenbruk av tilbakeleverte apparater. Slike regler er ikke utformet, ei heller kriterier for hva som skal forstås med gjenbrukt høreapparat, og gjenbruk praktiseres i liten grad. Sintefs rapport om gjenbruk av høreapparater anslår at gjennomsnittlig gjenbruk av høreapparater på landsbasis er i overkant av 1 %, en besparelse som i 2001 tilsvarte minst 2,7 millioner kroner (Grut, Hem 2001).

I-øretapparater egner seg i liten grad for gjenbruk, men med en andel på 66 % bak-øretapparater antas det at store verdier går tapt. Hørselssentralen ved Haukeland sykehus har i en årrekke hatt et system for gjenbruk av høreapparater. I sin rapport for 1999 ble det meldt at gjenbruk av 559 apparater ga trygden en innsparing på mer enn to millioner kroner.

Reparasjoner som ikke omfattes av garantien på høreapparaterne, dekkes av Arbeids- og velferdsetaten. Brukeren kan sende apparatene til hørselssentralen som igjen sender dem til leverandøren for reparasjon. Alternativt kan brukeren sende apparatene direkte til leverandøren som sender regningen til Arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsetaten har en avtale med leverandørene om reparasjoner, og utgiftene dekkes i henhold til ulike prisklasser avhengig av arbeidets omfang. Det er i dag ingen kontrollinstans som vurderer behovet for reparasjon eller om arbeidet er tilfredsstillende utført. Arbeids- og velferdsetaten ser kun regningen og opplever situasjonen som problematisk. I 2000 var reparasjonsutgiftene på 15,7 millioner kroner, mens de i 2005 var steget til 40,1.

2.3 Nåværende tilbud om rehabilitering til hørselshemmede

Ansvaret for dagens offentlige tjenestetilbud er fordelt mellom kommunene, Arbeids- og velferdsetaten, regionale helseforetak (RHF) og statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped). De kommunale tilbudene er 1.linjetjenester, Arbeids- og velferdsetaten og RHF tilbyr 2.linjetjenester mens Statped tilbyr 3.linjetjenester. Se for øvrig kapittel 3 for en nærmere beskrivelse av de ulike aktørenes tjenester og roller.

Et 1.linjetilbud skal være brukernært og lett tilgjengelig med kompetanse på generelt eller allment nivå. Typisk for hørselsrelaterte tjenester er primærhelsetjenesten som henvisende instans med et helhetlig oppfølgingsansvar samt kommunale rehabiliteringstilbud. Ansatte i 1.linjetjenesten har sjelden formell hørselsfaglig kompetanse og skal henvisne videre til 2.linjetjenesten ved behov, eller motta råd og veiledning for eksempel gjennom ambulante tjenester.

2.linjetjenesten er et mer spesialisert tilbud med fagspesifikk kompetanse med veiledningsansvar overfor 1.linjen. Dagens 2.linjetjenester er fordelt mellom de regionale helseforetakene ved hørselssentralene og arbeids- og

velferdsforvaltningen ved hjelpemiddelsentralene. Hørselssentralene mottar henvisninger fra primærhelsetjenesten og tilbyr spesialisthelsetjenester knyttet til hørselsproblematikk samt formidling av høreapparat. Privatpraktiserende legespesialister i øre-nese-halssykdommer har anledning til å tegne avtaler med sitt regionale helseforetak om høreapparatformidling med finansiering gjennom Arbeids- og velferdsetaten og er et alternativ til hørselssentralene. Avtalespesialistene får også sine henvisninger fra primærhelsetjenesten. Hjelpemiddelsentralene mottar sine henvisninger fra både 1. og 2.linjetjensten og tilbyr hørselstekniske hjelpemidler bortsett fra høreapparat.

3.linjetjenesten innen hørselsproblematikk tilbys av Statpeds kompetansesentre for hørselshemmede og er regionale tilbud som skal bistå både 1. og 2.linjetjenstene i sitt arbeid med hørselshemmede. Statpeds ansvar begrenser seg til områder knyttet til Lov om opplæring.

Nedenfor følger en gjennomgang av det rehabiliteringstilbudet som er tilgjengelig for personer med hørselshemming i dag.

2.3.1 Helsetjenestens bistand til rehabilitering

En person som mistenker nedsatt hørsel henvender seg først til sin primærlege som henviser videre til en spesialist i øre-nese-halssykdommer. Spesialisten befinner seg enten på hørselssentralen tilknyttet ett av sykehusene eller på et privat legekontor. Ventetiden for å komme til spesialist varierer sterkt og er i noen områder svært lang. Etter diagnostisering vil mange som har fått påvist hørselstap få tilbud om høreapparat. Tilpassing og utprøving av høreapparat blir i all hovedsak foretatt av en audiograf som er ansatt på hørselssentralen eller hos avtalespesialisten. Hos enkelte avtalespesialister blir pasienten henvist til en høreapparatleverandør for tilpassing.

For mange hørselshemmede stopper hørselsomsorgen her. De får ikke kjennskap til muligheten for å prøve ut ulike apparater, og det er svært ulik praksis hva gjelder opplæringstilbud i bruk og stell av apparatene. Både forventningsavklaring, utprøving og opplæring er viktige suksesskriterier for et godt utbytte av høreapparatene. Tidlige undersøkelser viser at mange høreapparater blir liggende ubrukt, og det er liten grunn til å tro at situasjonen har endret seg betydelig.

Uavhengig av om man lykkes med sin tilpassing eller ikke, er høreapparat for mange ikke tilstrekkelig for å mestre livet som hørselshemmet. At det finnes et stort spekter av andre hørselstekniske hjelpemidler, er lite kjent i befolkningen. Når informasjon om hjelpemidler og hjelpemiddelsentral ikke gjøres tilgjengelig i møtet med legespesialist eller audiograf, vil tilfeldigheter bestemme om personen får kjennskap til mulighetene. Også kjennskap til kommunenes rehabiliteringstilbud er gjenstand for den samme tilfeldige behandling delvis fordi kravet til samarbeid instansene imellom ikke overholdes. At kommunen har et ansvar for og et tilbud til hørselshemmede, forblir for mange ukjent. Forskrift om habilitering og rehabilitering, kapittel 3 beskriver det regionale helseforetakets ansvar. Kapittelet omhandler nødvendige undersøkelser, trening, opplæring, rådgivning til kommunen, samarbeid med andre etater samt ambulerende tjeneste. Langt fra alle punktene i forskriften følges av de impliserte parter.

2.3.2 Hørselsteknisk bistand til rehabilitering

I tilfeller hvor en hørselshemmet person får avdekket et behov for hjelpemidler utover høreapparat, opprettes en kontakt med fylkets hjelpemiddelsentral. Kontakten foregår enten via hørselssentralen, kommunal rehabiliteringstjeneste eller direkte med hjelpemiddelsentralen. Hvilken form kontakten har, avhenger av lokale forhold. Alle hjelpemiddelsentralene har inngått avtaler med kommunene i sine fylker om ansvarsfordeling innen hjelpemiddelformidling. Avtalene forhandles frem lokalt, og hvilket ansvar kommunene har for hjelpemiddelformidlingen, deriblant hørselstekniske hjelpemidler, er preget av store forskjeller fylkene imellom. Innholdet i de lokale avtalene er ikke nødvendigvis kjent for hørselssentralene eller for brukeren selv, og henvendelser blir følgelig sendt til de ulike instansene etter ulike kriterier. En konsekvens av uklare linjer er at en hørselshemmet med et hjelpemiddelbehov ofte opplever seg som kasteball mellom instanser han eller hun ikke ser forskjell på. I tillegg er både det kommunale tilbudet og hjelpemiddelsentralene preget av lange ventetider, og kvaliteten på kontakten varierer sterkt på alle nivåer. Det rapporteres dessuten om dårlig tilgjengelighet generelt ved hjelpemiddelsentralene noe som gjør det vanskelig både å få den hjelpen man har behov for og bli rettleidet til den instans hvor man skal henvende seg.

Hjelpemiddelsentralene er som nevnt en 2.linjetjeneste og har utviklet seg fra å være et brukernært tilbud til å kanalisere kontakten gjennom kommunene. Utviklingen forsterkes med reformen i Arbeids- og velferdsetaten. "Et grunnleggende grep i reformen er å dele arbeidsprosesser mellom Arbeids- og velferdsetatens kontorer og spesialenheter. Mens Arbeids- og velferdskontorene skal veilede og følge opp brukerne, skal spesialenhetene gjøre det meste av arbeidet som ikke krever direkte brukerkontakt." (MEMU mennesker & muligheter nr//01-07).

Kommunalt ansatte som jobber med hørselsteknisk rehabilitering, har sjelden fagspesifikk kompetanse annet enn den opplæring som blir gitt via hjelpemiddelsentralen i fylket. Om brukeren møter en kompetent person i sin kommune, vil variere geografisk og over tid. Erfaringsoppsummeringer som nevnt over viser et stort kompetansehevingsbehov på kommunalt nivå. Manglende kompetanse gir et tilfeldig tilbud samt en høy grad av usikkerhet knyttet til hensiktsmessigheten i valget av hjelpemidler. Per i dag innhenter de færreste kommuner eller hjelpemiddelsentraler informasjon om hvorvidt utleverte hørselshjelpemidler dekker brukernes behov.

2.3.3 Rehabilitering i et psykososialt perspektiv

Rehabiliteringstilbudet slik det er skissert over, inkluderer medisinske og tekniske aspekter ved prosessen. Det vil si at dagens rehabiliteringstilbud fokuserer på kompenserende tiltak i forhold til en funksjonsnedsettelse, mens tiltak rettet mot aksept og mestring av egen livssituasjon i liten grad får oppmerksomhet. Undersøkelser viser at svært mange hørselshemmede savner informasjon og kunnskap om konsekvenser av hørselstap og å lære seg mestringsstrategier knyttet til sin nye livssituasjon. Modellforsøk som er gjennomført viser at de som har gått gjennom slik opplæring har godt utbytte av det (Holmberg 2005). Det finnes aktører i dag som gir et tilbud med et slikt fokus, men tilbudet er oftest knyttet til lokalt initiativ.

Hørselshemmedes rehabiliteringsbehov vil variere over tid avhengig av personlige egenskaper og miljøets forutsetninger. "Behovet vil være særlig stort ved overgangsfaser i livet; ved start i barnehage, skolestart, overgang til annen skole, overgang til arbeid osv. Personer med ervervet hørselshemming kan ha økende behov for rehabilitering med økende hørselstap." (REspekt 3-2006:51). Rehabilitering i overgangssituasjoner involverer aktører fra ulike arenaer og stiller store krav til samarbeid og koordinering, utfordringer som altfor ofte viser seg som lite tilfredsstillende løst. Både innad i kommuner, i spesialisthelsetjenesten og instansene imellom svikter samarbeid og kommunikasjon.

2.4 Rehabilitering i et livsløpsperspektiv

I mandatet gitt av departementene understrekes det at tiltakene skal sikre at behovene ved forskjellige livsfaser ivaretas. Nedenfor følger en oversikt over hovedpunktene i hørselsrelatert rehabilitering knyttet til alder.

2.4.1 Barn

Hørselshemmede barn følges i de fleste tilfeller opp ved en hørselssentral hvor de får tett oppfølging i den første perioden hvor høreapparat tilpasses. Når tilpassingsperioden er over, tilbys halvårlige kontroller uavhengig av meldte behov. Barna og deres foreldre møter hørselsfaglig kompetanse gjennom legespesialist, audiograf, audiopedagog og audioingeniør, en fagsammensetning som muliggjør et bredt habiliteringstilbud. Derimot har langt fra alle hørselssentraler audiopedagog og audioingeniør, noe som begrenser oppfølgingstilbudet både i forhold til tilgjengelig tid og bredden i tilbudet.

Hørselssentralen skal informere primærlege og helsestasjon om tiltak som er iverksatt slik at de kan følge opp familien lokalt. Per i dag er samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten av varierende karakter. Det innebærer blant annet at primærhelsetjenesten ikke nødvendigvis får adekvat eller tilstrekkelig informasjon for å kunne følge opp på en tilfredsstillende måte, mens spesialisthelsetjenesten opplever tidspress samt at oppfølgingen lokalt ikke alltid tas tilstrekkelig på alvor.

2.4.1.1 Tidlig diagnostisering og oppfølgingsbehov

Tidlig diagnostisering av hørselstap er vesentlig for å sikre optimal utvikling hos barn. Når et hørselstap er avdekket, har foreldre behov for informasjon og veiledning. Spesielt foreldre til nyfødte med nyoppdagede hørselstap har behov for tidlig intervensjon for å sikre et godt samspill (Østerlie 2006). Tilbud om nyfødtscreening er et ledd i arbeidet med å oppdage hørselstap så tidlig som mulig, men screening alene er ikke nok. Det er helt essensielt at det finnes et habiliteringsprogram tilgjengelig umiddelbart etter diagnostisering.

Østerlie fant i sin spørreundersøkelse at foreldre i svært stor grad ønsker å delta i samtalegrupper, ha kontakt både med andre foreldre og med voksne med nedsatt hørsel. Det må gis mye informasjon, både skriftlig og muntlig, og den må gis flere ganger og på ulike tidspunkt. Det er ikke vesentlig hvilken instans som gir informasjonen, bare den gis av personer med hørselsfaglig kompetanse og at de ulike instansene har et nært samarbeid (Østerlie 2006).

Nyfødtscreening er et nytt tilbud fra 01.01.08 på landsbasis, og oppfølgingsprosedyrer er under utarbeidelse. I Sør-Trøndelag har de utviklet og innført en tverrfaglig og tverretattlig habiliteringsmodell som gir familier som får påvist hørselstap etter nyfødtscreening tett oppfølging i henhold til de spesifikke behov de har. (Se sluttrapporten "Hørselstap – nyfødte – oppfølging" for en nærmere beskrivelse av tilbudet). Andre kompetansesentra innen Statped har også tilbud om umiddelbar oppfølging etter tidlig diagnostisering. Kompetansesentrene for hørselshemmede (se omtale i rapportens pkt. 3.8) fikk i 2006 i oppdrag å utarbeide et helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede barn i alderen 0-6 år. Resultatene fra arbeidet foreligger i en prosjektrapport fra februar 2007 (Prosjektrapport, 2007).

2.4.1.2 Skolealder

Foreldre til barn hvor hørselstap er oppdaget senere i oppveksten har andre behov enn de som er skissert i 2.4.1.1. Foreldrene har som regel hatt mistanke om hørselstap i en periode og kan oppleve diagnosen som en lettelse. Også disse familiene har behov for tett oppfølging med mye informasjon i starten, selv om informasjonen må være av en annen karakter enn for foreldre til nyfødte barn.

Dagens tilbud er sterkt knyttet til arbeidet som gjøres på hørselssentralen med hovedfokus på høreapparat. Hørselssentralenes beliggenhet gjør dem til en distansert instans for de fleste og ikke det lavterskeltilbud med geografisk nærhet det er behov for. Det ville være naturlig at kommunale tjenester skulle dekke behovet, men manglende fagkompetanse på kommunalt nivå gjør at oppfølgingen ikke ville være tilfredsstillende. Følgelig får få familier med hørselshemmede barn et habiliteringstilbud med hørselsfaglig kompetanse som har et helhetlig perspektiv på deres livssituasjon slik systemet fungerer i dag. Kun få kommuner har hørselsfaglig kompetanse og er i stand til å ivareta barnas og familiens behov.

Når barna begynner i barnehage eller på skole, er det nødvendig å stille hørselsfaglig kompetanse til rådighet overfor personalet. I dag tilbyr Statlig spesialpedagogisk støttesystem/audiopedagogtjenesten slik veiledning forutsatt at kommunen barnet bor i søker om tjenester. Statped har ingen oppsøkende virksomhet, slik at barn i kommuner (for eksempel ved skolen, barnehagen eller pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)) som ikke opplever at de har behov for hørselsfaglig assistanse, som regel ikke får kjennskap til tjenestens eksistens. Selv relativt små hørselstap kan medføre sosiale og pedagogiske konsekvenser, og hørselssentralen er en viktig bidragsyter overfor kommunale instanser i å søke faglig bistand i slike saker. Manglende informasjonsflyt fører til at mange barn ikke får en tilstrekkelig tilrettelagt hverdag i henhold til egne behov. Heller ikke barnehabiliteringstjenesten har vanligvis hørselsfaglig kompetanse og kan derfor ikke bidra med veiledning til kommunene.

2.4.2 Voksne i yrkesaktiv alder

Overganger anses som perioder hvor hørselshemmede har store rehabiliteringsbehov, og overgangen fra skole/utdanning til arbeidslivet er av de faser med dårligst hørselsfaglig tyngde i tjenesteapparatet. Undersøkelser viser at antall sysselsatte i alderen 16-66 år var lavere for hørselshemmede sammenlignet

med befolkningen for øvrig i Norge (67 % mot 77 %). I Danmark viser undersøkelser til tilsvarende resultater samt at dobbelt så mange hørselshemmede som normalthørende opplever psykisk utmattelse på jobben (Lorentsen, Berge 2006).

2.4.2.1 *Unge voksne*

Ungdomsårene er en fase i livet hvor de færreste ønsker å skille seg ut fra sine jevnaldrende, og mange hørselshemmede ungdommer på videregående skoler ønsker ikke lenger tilbud om oppfølging og tilrettelegging. Mange vil likevel være tjent med og ha behov for kontakt med jevnaldrende i samme situasjon og få utvekslet erfaringer. I tillegg er det behov for et tilbud om yrkesveiledning/studieveiledning med hørselskompetanse. I brukerundersøkelsen "Hørselshemmede og arbeid" sier mange informanter at "hørselshemmede utdannes til et liv uten arbeid [...] yrkesveiledningen for hørselshemmede bør revitaliseres, og at en bevisstgjøringsprosess når det gjelder valg av yrke bør starte tidlig i utdannelsen." (Lorentsen, Berge 2003).

I overgangen mellom utdanning og arbeid flytter også mange hjemmefra, en ny situasjon hvor det ofte følger endrede behov. De som ikke er kjent med tjenesteapparatet, vet ikke at det finnes tilbud for dem, og det finnes heller ikke et system som sluser dem inn i en hørselsomsorg med et helhetlig perspektiv. "Informantene opplever betydelige gap i tjenestetilbudet i forhold til sine behov. Mens enkeltmennesket er en helhetlig person, er tjenestesystemet delt opp i ulike fagpersoner, sektorer, og spesialistnivå." (Lorentsen, Berge 2003). De færreste hørselshemmede har i dag et tilbud hvor de kan snakke med hørselsfaglig personell som kan se deres livssituasjon under ett. Arbeidshverdagen for mange hørselshemmede er så krevende at de ikke har krefter til familie og sosialt liv etter endt arbeidsdag, spesielt siden aktiviteter i offentlig rom og/eller med mange deltakere i seg selv er svært slitsomt.

2.4.2.2 *Rehabilitering med arbeid som mål*

Deltakelse i arbeidslivet er en viktig faktor for mestring av egen livssituasjon for de fleste. Å få innpass i arbeidslivet etter endt utdanning og å beholde jobben gjennom yrkesaktiv alder oppleves som svært utfordrende for mange hørselshemmede. Undersøkelser viser at de aller fleste opplever deltakelsen som mer slitsom enn befolkningen for øvrig (Lorentsen, Berge 2003). Årsakene er blant annet at det er krevende å kompensere for hørselshemmingen i støyende omgivelser i et effektivitetskrevende arbeidsliv i tillegg til å være sosialt inkludert på arbeidsplassen. En tilfredsstillende arbeidssituasjon for hørselshemmede er av den grunn ofte avhengig av god tilrettelegging på arbeidsplassen. Tilretteleggingen bør ta utgangspunkt i relevante arbeidsoppgaver, god informasjonsflyt og sosial inkludering, ikke hørselsteknisk kompensasjon alene slik det ofte er i dag. Når informasjonstilgangen svekkes, blir arbeidstakeren sårbar i forhold til sine kolleger både hva gjelder kompetanseheving og mulighet for en reell deltakelse i sosialt liv. Hørselshemmede, på lik linje med andre grupper funksjonshemmede, er sårbare eller utsatte. Mange er helt avhengig av at tekniske løsninger fungerer til enhver tid. Det betyr at hvis høreapparat eller samtaleforsterker svikter, synker muligheten for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver drastisk. Ved teknisk svikt er det helt nødvendig at bytte og reparasjoner går raskt, noe som altfor ofte ikke er tilfelle. Når tilretteleggingen svikter, øker sjansen for å falle ut av arbeidslivet.

Mange hørselshemmede er ikke fortrolige med eget hørselstap, mens åpenhet nevnes som et suksesskriterium for vellykket arbeidsplassstilrettelegging. Åpenheten må gjelde både den hørselshemmede selv og arbeidsmarkedet (inkludert offentlig sektor) og den enkelte bedrift. Tjenestetilbudet er også innen arbeidslivstiltak preget av mangelfull kunnskap om hørselshemmedes situasjon og utfordringer i arbeidslivet. Arbeids- og velferdsetaten lokalt (både tidligere Aetat og trygdekontor) har i de fleste tilfeller liten kunnskap og erfaring på området. Heller ikke bedriftshelsetjenesten har vanligvis hørselsfaglig kompetanse, og mange hørselshemmede kvier seg for å kontakte tjenesten når problemene melder seg. Lorentsen og Berge fant i sin undersøkelse at mange av deres informanter opplever at det er for lett å få uføretrygd fremfor bistand til å komme i arbeid (Lorentsen, Berge 2003).

2.4.3 Voksne etter yrkesaktiv alder

Den største gruppen hørselshemmede er eldre. Gruppen inkluderer de med hørselstap fra tidligere i livet og de som får aldersrelaterte hørselstap. Mange pensjonister er aktive samfunnsdeltakere som ønsker å opprettholde sitt aktivitetsnivå selv om hørselen svikter.

Et aldersbetinget hørselstap utvikler seg over tid, og mange eldre begynner med sine første høreapparat lenge etter at hørselstapet var et faktum. Å venne seg til sin nye tilværelse som hørselshemmet og å lære seg å bruke høreapparater tar lang tid. Med lange ventetider og dårlig tilgang på pedagogisk personell står den nødvendige rehabiliteringsprosessen i fare.

Hovedutfordringene til mange eldre hørselshemmede er å venne seg til å bruke og å betjene høreapparatene sine slik at de fungerer tilfredsstillende for kommunikasjon og sosiale formål. Ved manglende oppfølging under og etter høreapparatilpassingen vil mange gi opp og legge apparatene bort. Høreapparat trenger også jevnlig vedlikehold, og opplæring i stell av apparatene må skje over tid. Å være fortrolig med bruk og stell av høreapparat er også en forutsetning for å kunne bruke andre hørselstekniske hjelpemidler når høreapparat alene ikke gir tilstrekkelig forsterkning.

Tilrettelegging av bolig gjøres av kommunen i samarbeid/samråd med hjelpemiddelsentralen, men kommunikasjonen mellom kommunen og hørselssentralen eller avtalespesialisten er helt nødvendig for at tilbudet skal være kjent og tilgjengelig. Ved manglende tilrettelegging, også i forhold til kommunikasjon, står personen i fare for å isolere seg. Sosial isolasjon er utbredt blant hørselshemmede generelt og blant eldre spesielt.

På bakgrunn av helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1995-1997 antas det at mer enn 90 % av befolkningen over 80 år er hørselshemmet (ref. 2.1.2). Det innebærer at tilretteleggingsbehovet ved omsorgsboliger og sykehjem er stort. En god tilrettelegging betyr tilpassede lokaler, både egne rom og fellesarealer. I tillegg må kompetansen hos de ansatte være god. De må ha kunnskap om konsekvenser av hørselstap samt vedlikehold av høreapparater. Uten assistanse vil mange av beboerne være uten kommunikasjonsmuligheter med andre beboere eller ha mulighet for å delta i aktiviteter. Behovet for kunnskap om hørselshemming generelt

og høreapparat spesielt gjelder også hjemmesykepleien. De vil møte mange av de samme problemstillingene som personalet ved omsorgsboliger og sykehjem.

Personer med forflytningsvansker vil i mange deler av landet ha et begrenset tilbud hva gjelder konsultasjon med legespesialist eller audiograf. De regionale helseforetakene er forpliktet til å ha en ambulerende tjeneste, men ikke alle regioner har et tilbud som dekker denne gruppens behov. Med økende alder endrer gjerne hjelpemiddelbehovet seg. En revurdering av hjelpemiddelbehovet forutsetter at det er god kommunikasjon mellom hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og rehabiliteringstjenesten i kommunen. I tillegg må ansatte på begge sider ha kunnskaper om hørselshemming. Det viser seg at denne kunnskapen ofte mangler, og det udekkete rehabiliteringsbehovet blant hørselshemmede på institusjoner for eldre antas å være stort.

2.5 Fagmiljøenes utfordringer

Dagens organisering av hørselsomsorgen krever høy grad av samarbeid og god informasjonsflyt mellom de ulike aktørene. Enkelte steder fungerer samarbeidet godt, og de ansatte har god oversikt over feltet. Andre steder derimot er ikke samarbeidet systematisert, og det stilles heller ikke krav til innhold i arbeidet som utføres. Det betyr at også fagpersoner kan oppleve hørselsomsorgen som uoversiktlig, og det hersker en viss usikkerhet rundt de ulike instansenes prosedyrer. Fagmiljøene rapporterer blant annet om manglende styringssignaler og kvalitetskrav til arbeidet samt vansker med å opprette hensiktsmessige samarbeidsformer. Manglene kan være én av årsakene til at hørselsomsorgen i dag er preget av fagmiljøer og/eller faggrupper med dårlige kunnskaper og manglende respekt for hverandres kompetanse og yrkesutøvelse.

I tillegg mangler hørselsomsorgen en instans som kan ta det helhetlige perspektivet når behovet for utvidet rehabilitering avdekkes. I de kommuner som har et slikt tilbud, er brukeren likevel avhengig av at informasjonsflyten mellom instansene er god og at fagpersonene innen spesialisthelsetjenesten anerkjenner behovet.

3 Organisering

I dette kapitlet redegjøres det for ulike organisatoriske forhold ved tilbudet til hørselshemmede. Det er lagt vekt på å presentere de ulike aktørene og deres rammer samt en fremstilling av relevante betingelser for tjenestetilbudet.

3.1 Finansiering

De økonomiske rammene for offentlig spesialisthelsetjeneste fastsettes gjennom statsbudsjettet. I hovedsak utbetales tilskuddene direkte til landets fem regionale helseforetak, som videreformidler ulike typer tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetaks inntekter består av ulike tilskudd fra staten. Basisbevilgningene er det største tilskuddet og er en årlig grunnbevilgning som er uavhengig av aktivitet. I tillegg er det to ulike aktivitetsavhengige tilskudd; innsatsstyrt finansiering og poliklinisk refusjon. Aktivitetsbaserte refusjoner skal dekke om lag 40 % av utgiftene.

Hørselssentralene finansieres gjennom poliklinisk refusjon og basistilskudd samt at pasienten betaler egenandel. Poliklinisk refusjon utbetales til regionale helseforetak basert på innmeldt aktivitet (konsultasjoner), og tilskuddsforvalteren er Arbeids- og velferdsetaten. Taksten for høreapparattilpassing, G04h, er per 1.1.07 på 408 kroner. Grunnlaget for bruk av taksten er at kontroll/behandling er utført av legespesialist eller lege under spesialistutdanning. Taksten kan kun brukes en gang per halvår for samme pasient for samme sykdom/skade.

Endelige tall for bruk av G04h i 2006 er ikke klare ennå, men det er laget en prognose basert på første halvår:

Helseregion	Refusjon utbetalt		
	Antall takster	1.halvår 06	Prognose hele året
Øst	2 263	891 514	1 783 028
Sør	4 642	1 717 634	3 435 268
Vest	2 442	964 013	1 928 026
Midt	3 466	1 444 779	2 889 558
Nord	2 591	1 008 662	2 017 324
SUM	15 404	6 026 600	12 053 200

Hørselssentralen ved Universitetssykehuset Nord-Norge har beregnet utgiftene knyttet til høreapparattilpassinger. Hørselssentralen tilbyr minimum tre konsultasjoner hvor første konsultasjon foretas av legespesialist og audiograf og de to påfølgende kun hos audiograf.

- 1. konsultasjon kr. 205,-
- 2. konsultasjon kr. 160,-
- 3. konsultasjon kr. 80,-

I tillegg kommer utgifter til arbeidsgiveravgift, forbruksmateriell etc. og netto kostnad for tilpassingsprosessen anslås å være cirka kroner 650,-. Hvis prosessen krever utprøving av ulike høreapparatmodeller, vil utgiftene bli noe høyere fordi den tredje konsultasjonen vil tilsvare utgiftene til konsultasjon nummer to. Tilpassingsprosessen inkluderer ikke besøk hos audiopedagog. Hvis en audiopedagog skulle ha en rolle i tilpassingsprosessen, måtte utgiftene økes på grunn av høyere lønnskostnader.

Avtalespesialister finansieres gjennom refusjonstakster i normaltariiffen. Takstene bestemmes etter forhandlinger mellom staten og Den norske lægeförening. Normaltariiffen definerer den pris spesialisten kan ta for sine tjenester.

Takst	Refusjon	Antall ganger takst brukt, ett år juli 06/juni07
324a utprøving og tilpassing av høreapparat	180	11 797
324b utprøving og tilpassing av mer enn ett høreapparat	220	23 978
324c Instruksjon i bruk av høreapparat	120	48 405
324d Bestemmelse av nytten av høreapparat ved taleaudiometri i fritt felt, kvantitativt ved tallprøven, kvalitativt ved enstavelse-D,B-ordlister	70,-	6 502
324e Oppfølgende kontroll og ytterligere instruksjon i bruken/eventuelt justering av høreapparat	74,-	51 233

Reparasjon av høreapparater dekkes av folketrygden og foretas av leverandør. Kostnadene for reparasjoner er sterkt økende slik tallene fra Arbeids- og velferdsdirektoratet viser:

År	Kroner
2000	15.700.000
2001	23.900.000
2002	27.800.000
2003	31.200.000
2004	27.200.000
2005	41.100.000

3.2 Hørselssentralens organisering og ansvar

Hørselssentralene er en del av de regionale helseforetakenes "sørge for ansvar" og er tilknyttet sykehusenes øre-nese-halsavdeling. Det finnes 32 sentraler⁴ som

⁴ Hentet fra www.sykehusvalg.net (Rikshospitalet er ikke oppført på listen)

hovedsakelig bemannes av legespesialister i øre-nese-halssykdommer og audiografer i tillegg til audioingeniører/-fysikere og audiopedagoger. Det har vist seg vanskelig å skaffe oversikt over bemanningen ved hørselssentralene, både hva gjelder antall stillinger og fagsammensetning. Leverandørforeningens uverifiserte oversikt anslår at det jobber 88 audiografer ved landets 32 hørselssentraler med en fordeling fra én til fem ved den respektive sentral. Den samme oversikten antyder at seks hørselssentraler har audiopedagog og 13 har audioingeniør.

Hørselssentralenes hovedoppgaver er medisinsk og audiologisk diagnostisering av barn, unge og voksne og høreapparatformidling til disse (Helsedepartementet 2002). Hørselssentralenes virksomhet er ikke regulert gjennom forskrifter, men er underlagt lov om spesialisthelsetjenester. Lovens paragraf 3-8 sier at sykehusene særlig skal ivareta pasientbehandling og opplæring av pasienter og pårørende.

Sentralene formidler om lag 50 % av det totale antall høreapparater som deles ut i dag. De resterende 50 % formidles av spesialister i øre-nese-halssykdommer som har tegnet avtale med de regionale helseforetakene. Den store andelen formidling gjennom avtalespesialister er knyttet til spesifikke geografiske områder. Blant annet i Helse Øst RHF benyttes avtalespesialister i stor grad på grunn av liten kapasitet ved sykehusenes hørselssentraler. I Oslo er det kun Lovisenberg sykehus som tilbyr offentlig høreapparattilpassing til alle aldersgrupper. I andre deler av landet foregår mesteparten av høreapparatformidlingen ved hørselssentralene.

Hvor lenge en pasient må vente på utredning, varierer sterkt mellom de ulike hørselssentralene. Hørselshemmedes landsforbund har registrert ventetider ved landets sentraler i perioden 1997-2006. Oversikten⁵ viser at forskjellen sentralene imellom er stor og varierer fra 1-24 måneder i perioden. Ventetiden varierer også sterkt fra år til år for enkelte sentraler, mens den er mer stabil for andre. I følge www.sykehusvalg.net varierer den nåværende ventetiden fra 2-56 uker for de 32 hørselssentraler som er registrert. (Tallene for den enkelte hørselssentral er oppdatert fra medio desember 06 til medio januar 07). Det gjøres oppmerksom på at måten ventetidene regnes ut på varierer, og at resultatene følgelig ikke er direkte sammenlignbare.

Hvilket tjenestetilbud den enkelte hørselssentral tilbyr varierer. Variasjonene knytter seg til hvor lang tid pasienten har til rådighet, hvor mange konsultasjoner som tilbys, hvor mye informasjon som tilbys og hvor god tilgjengeligheten til hørselssentralen er. Variasjonen skyldes blant annet at det ikke er utarbeidet forskrift eller standard som regulerer arbeidet.

3.3 Avtalespesialister innen øre-nese-halssykdommer

De regionale helseforetakene kan, for å dekke sitt "sørge for" ansvar, gjøre avtaler med private tjenesteytere i henhold til lov om spesialisthelsetjeneste. Slike avtaler er en forutsetning for at privatpraktiserende øre-nese-halsleger skal kunne rekvirere høreapparater. Avtalespesialistene skal ha kompetanse i diagnostisering samt utprøving av høreapparater i tillegg til å ha egnede lokaler og utstyr. Legespesialister som selv ikke har tilstrekkelig kompetanse, skal ha audiograf tilknyttet. Før

⁵ Se vedlegg

sykehusreformen var det en forutsetning at avtalespesialistene skulle ha en formell godkjenning fra fylkeskommunen. I påvente av faglige retningslinjer har det utviklet seg en praksis etter sykehusreformen, spesielt i Oslo og Akershus, hvor avtalespesialister begynner med høreapparatformidling uten slik godkjenning, og utgiftene til høreapparater formidlet av slike spesialister har blitt refundert. Ventetiden hos avtalespesialistene varierer, men i Helse Øst er den i hovedsak på 4-6 uker.

3.4 To gode eksempler

Som nevnt over er det de fleste steder liten kontakt mellom hørselssentralene og avtalespesialistene, og arbeidet deres er regulert av ulike bestemmelser. To av landets hørselssentraler, i Hordaland og Østfold, har likevel inngått bilaterale avtaler med spesifikke rutiner for informasjonsflyt og oppfølging partene imellom. Begge sentralene har praktisert ordningen i mange år, og det generelle inntrykket er at systemet fungerer tilfredsstillende for alle parter.

Ordningen går i hovedsak ut på at alle høreapparater rekvireres eller bestilles gjennom hørselssentralen hvor det finnes en elektronisk oversikt over alle utlånte apparater. Registeret inneholder informasjon om serienummer og lånetaker samt apparatets fulle historikk med tidspunkt for innkjøp, utlån, gjenbruk etc. Systemet gir god oversikt over all høreapparatformidling i fylket og er til god hjelp i både pasientoppfølging og kostnadskontroll. Det er blant annet mulig å få oversikt over utleverte apparater uavhengig av hvem som tilpasser dem.

I Hordaland blir også reparasjoner registrert i det samme datasystemet slik at det finnes oversikt over hvor mange reparasjoner det er utført på et gitt apparat og hvor mye det har kostet. Erfaringer fra fylket viser at man blant annet fanger opp manglende innlevering av gamle apparater etter nyanskaffelser og tilfeller der vedlikehold er tilstrekkelig fremfor reparasjon.

3.5 Helseforetakenes tilbud om cochlea-implantasjon

Per i dag tilbys cochlea-implantasjon til voksne ved tre norske sykehus, St. Olavs hospital i Trondheim, Haukeland universitetssykehus i Bergen og Rikshospitalet-Radiumhospitalet i Oslo. Alle sykehusene har satset på tverrfaglige team sammensatt av legespesialister i øre-nese-halssykdommer, audiopedagoger, audiografer og audioingeniører. St. Olavs hospital har også legesekretær og logoped tilknyttet sitt team. Sykehusene legger vekt på at det skal være et tilbud tilgjengelig i hjemkommunen etter at lyd er satt på. St. Olavs hospital har i tillegg satt kommunalt oppfølgingstilbud som en forutsetning for å gjennomføre en implantasjon. Statped og fylkesaudiopedagogtjenesten anses som viktig bidragsyter i rehabiliteringsprosessen.

I forkant av en eventuell operasjon foretas en grundig utredning med fokus på ulike aspekter. Sykehusene har noe ulike rutiner knyttet til prosessen. Ved St. Olavs hospital blir resultatene etter utredning vurdert av CI-teamet ved hørselssentralen som avgjør om personen skal tilbys cochlea-implantat. Hvis tilbudet aksepteres, inviteres personen til et firetimers informasjonskurs sammen med en pårørende.

Bidragstyperne på kurset representerer ulike profesjoner i tillegg til brukere og pårørende. 4-6 uker etter operasjon kommer personen tilbake til sykehuset, helst i følge med en pårørende, for lydpåsetting. Påsetting og tilpassing foregår over en periode på fire dager med flere avtaler per dag og med flere faggrupper til stede. Etter endt lydpåsetting sendes informasjon til fastlegen, PPT, kommunal opplæringsansvarlig, logopedisk senter og audiopedagogtjenesten. De samme instansene får også tilsendt informasjon i forkant av operasjonen hvis pasienten ønsker det.

Pasienten kommer til jevnlig kontroll på sykehuset det første året i tillegg til å ha tett kontakt på andre måter. CI-teamet ved St. Olavs hospital ser det som vesentlig at det finnes et kommunalt opptreningstilbud i etterkant av operasjonen. Det legges betydelige ressurser i å sikre at så skjer. Opptreningens behovet varierer mye og tilbys både individuelt og i grupper. I tillegg tilbys en kurspakke i etterkant i regi av sykehuset med fokus på ulike aspekter ved cochlea-implantat.

Haukeland universitetssykehus har mange likelydende rutiner, men en løsere samarbeidsform med ulike oppfølgingsinstanser. Alle som er ferdig utredet og står på venteliste, får tilbud om informasjonskurs i regi av lærings- og mestringssenteret. I samråd med og etter samtykke fra bruker gis det anbefaling om hørselsrehabilitering hos logoped eller audiopedagog. Henvvisning sendes voksenopplæringen, fylkesaudiopedagogtjenesten, fastlegen og eventuelt andre.

Cochlea-implantat til barn gis kun ved Rikshospitalet. Foreldre og barn får et oppfølgingstilbud fra diagnosetidspunktet som innebærer jevnlig møtepunkter. Oppfølgingen består av medisinsk utredning, tidlig stimulering av det auditive systemet samt pedagogisk veiledning knyttet til det å få et hørselshemmet barn. Rikshospitalet legger vekt på å bidra til økt kompetanse i barnets bostedskommune og samarbeider med pedagogisk-psykologisk tjeneste og pedagogisk ansvarlig i kommunen.

3.6 Lærings- og mestringssentre

Lærings- og mestringssentrene (LMS) er en del av helseforetakene på sykehusnivå. Det første senteret ble opprettet ved Aker universitetssykehus i 1997 med prosjektmidler fra Sosial- og helsedepartementet. Senteret ble i 2000 Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. I dag er det totalt 44 LMS og ytterligere 16 er under planlegging. Fordelingen mellom helseregionene er som følger:

- Helseregion Nord 6 – 5 under planlegging
- Helseregion Midt-Norge 8 – 3 under planlegging
- Helseregion Vest 6 – 2 under planlegging
- Helseregion Sør 10 – 4 under planlegging⁶
- Helseregion Øst 14 – 2 under planlegging

Alle regionale helseforetak har vedtatt at den lovpålagte opplæringen av pasienter og pårørende skal foregå i lærings- og mestringssentre (Steinhaus, Hatling 2006). I

⁶ Rikshospitalet tilhører helseregion sør. De har i dag to LMS og ett under planlegging.

henhold til oversikt fra januar 2007 arrangerer 13 av landets lærings- og mestringssentre 22 hørselsrelaterte kurs:

- Helseregion Nord 7
- Helseregion Midt-Norge 5
- Helseregion Vest 6
- Helseregion Sør 2
- Helseregion Øst 2

Åtte av disse kursene har tinnitus som tema, og 3 av sykehusene har tinnituskursene som eneste tilbud innen hørsel.

Grunntanken bak lærings- og mestringssentrene er at "brukerorganisasjonene og helsepersonell i samarbeid planlegger, gjennomfører og evaluerer ulike læringstilbud for personer som har kronisk sykdom/funksjonshemming, og deres familie og venner" (www.mestring.no: april 2007). Senterets oppgaver er å være en tilgjengelig møteplass, et senter for kursvirksomhet for brukere og et aktivt informasjonssenter i tillegg til å være bidragsytere til at helsepersonell kan bli bedre til å lære bort. I praksis innebærer dette blant annet at "Ansatte ved lærings- og mestringssentrene koordinerer og tilrettelegger virksomheten og bidrar til at fagpersonell som jobber i feltet kan prioritere opplæringsvirksomhet i en travel hverdag" (www.mestring.no: april 2007).

3.7 Hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar

Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler er en andrelinjetjeneste og er organisert under spesialistenhetene i Arbeids- og velferdsetaten. Av Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar fremgår det at

"Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler til funksjonshemmede. De skal bidra til likeverdig og helhetlig problemløsning for funksjonshemmede gjennom tekniske og ergonomiske tiltak og være et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer og hvor tekniske og ergonomiske løsninger kan være aktuelt. Hjelpemiddelsentralene har en rådgivnings- og veiledningsfunksjon overfor helsetjenesten i kommunen og fylkeskommunen på hjelpemiddelområdet." (Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar § 1.1.)

Hjelpemiddelsentralene har et forvaltningsansvar for hjelpemidler som er folketrygdens eiendom, dvs. å sørge for at de funksjonelle behov avhjelpes på beste måte for brukeren og på lavest mulige effektive kostnadsnivå (§ 1.2.), og de skal inngå samarbeidsavtaler med offentlige myndigheter som har ansvar for rehabilitering (§ 2). Brukerne skal sikres innflytelse på utformingen av tjenesten, hvor brukermedvirkningen gjennomføres på hensiktsmessige måter i henhold til lokale forhold (§ 3).

Hvert fylke har i dag sin hjelpemiddelsentral. Den hørselsfaglige bemanningen er på landsbasis per 01.01 2007 40,5 stillinger som fylles av 12,5 audiopedagoger, 11 audioingeniører, 8,5 audiografer, 7,5 ingeniører/teknikere og 1 spesialpedagog⁷.

⁷ Tall innhentet av Arbeids- og velferdsdirektoratet ved forespørsel til den enkelte hjelpemiddelsentral.

Oversikten viser at ingen sentraler har mer enn tre personer knyttet til det hørselsfaglige arbeidet, men langt fra alle har hørselsspesifikk utdanning. Den enkelte hjelpemiddelsentral er organisert i henhold til lokale behov og velger selv hvordan oppgavene løses.

3.8 Statlig spesialpedagogisk støttesystem

Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped) ”er et nasjonalt tjenesteytende system som skal bistå skoleeiere med å legge til rette for kvalitativ god opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov” (www.statped.no). Statped er underlagt Utdanningsdirektoratet og består av 13 sentre innenfor ulike kompetanseområder i tillegg til fem sentre det kjøpes tjenester fra. Statped skal gi støtte på individ- og systemnivå samt utvikle og spre kompetanse. Tjenestene skal tilbys på områder der en ikke kan forvente at kommunene innehar kompetanse.

Innen hørsel har Statped fem kompetansesentre som ligger i Oslo, Holmestrand, Trondheim og Bergen, mens Statped Nord er et desentralisert tilbud med tilknytning til ulike fagmiljøer i landsdelen. I tillegg kjøper Statped tjenester fra to sentre plassert i Andebu og Lier. Kompetansesentrene er organisert forskjellig med et noe ulikt tjenestetilbud. Enkelte sentre har skoler for hørselshemmede i tillegg til rådgivningstjeneste, og i de fleste fylker er audiopedagogtjenesten lagt til kompetansesentrene.

3.9 Kommunalt rehabiliteringstilbud

Habilitering og rehabilitering er omfattende tverrfaglige virksomhetsområder som involverer en rekke instanser og etater i og utenfor helsetjenesten i et tett samarbeid med brukerne av tjenestene. Ofte vil individene ha behov for bistand fra flere instanser i kommunen, som for eksempel primærhelsetjenester, sosialtjenester, barnehage, skole, voksenopplæring, Arbeids- og velferdskontor m.m. I henhold til gjeldende regelverk har kommunen et hovedansvar for og den koordinerende rollen i rehabiliteringsarbeidet. Kommunene skal

- ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten
- legge til rette for at tjenesteytere kan melde habiliterings- og rehabiliteringsbehov
- integrere tjenestetilbudet til individuelle habiliterings- og rehabiliteringsprosesser

I følge SKUR-rapport nr. 5-2004 har kun 49 % av de spurte kommunene etablert koordinerende enhet på systemnivå. 5 % hadde enheten under planlegging (Moen 2004). Kommunene har i liten grad oversikt over hvem som er hørselshemmet, og kun 15 % av de kommunene som ble spurt, oppga at rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede er beskrevet i plandokumenter. 43 % oppga at det ikke er beskrevet (Eilertsen 2005).

I følge Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-1/2007 skal alle kommuner ha en hørselskontakt uten at funksjon og arbeidsoppgaver er beskrevet. De fleste kommuner har i dag en hørselskontakt eller har utpekt en som skal være ansvarlig

for rehabilitering av hørselshemmede, men tilbudene er av meget varierende karakter.

3.10 Hørselshjelperordningen

Hørselshemmedes landsforbund (HLF) er en brukerorganisasjon med 49.000 medlemmer med fylkeslag i alle fylker og omlag 200 lokallag (www.hlf.no, april 2007). "Hørselshjelperordningen er å forstå som en del av HLF's likemannsarbeid. [...] Likemannsarbeidets hovedfokus er å bearbeide følelsesmessige reaksjoner til det å oppleve en funksjonssvikt eller sykdom. [...] Likemannsarbeidet er hverdagskompetanse" (Grøttland, Sandvin 2002). Ordningen er et tilbud til høreapparatbrukere og skal være et supplement til det offentlige rehabiliteringstilbudet. Ordningen ble opprettet i 1989 "som en reaksjon på det manglende rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede generelt, og den manglende opplæringen av tunghørte i bruk og stell av høreapparat spesielt" (Vanem 2005). HLF mottok midler fra Sosial- og helsedepartementet i en prosjektperiode for å videreutvikle ordningen. Prosjektet varte fra 1998 til 2002 og ble støttet med 1,8 millioner kroner. Prosjektet ble videreført fra 2005 og ut 2007 med midler fra Sosial- og helsedirektoratet. I 2007 mottar HLF 700.000 kroner i støtte til arbeidet. HLF opplyser at de per i dag har cirka 350 aktive hørselshjelpere som dekker om lag 250 av landets kommuner med en jevn geografisk fordeling.

Målet med ordningen er å fremme mestring og en bedret livskvalitet. "En hørselshjelper skal med sin brukerkunnskap gi hjelp som omhandler informasjon om, enklere vedlikehold av, praktisk veiledning og hjelp i bruk og stell av høreapparater" (Retningslinjer for hørselshjelpere i HLF på www.hlf.no). Hørselshjelperne må selv være høreapparatbrukere og får en godkjenning av HLF etter fullført opplæring og bestått prøve. Godkjenningen må fornyes hvert 3. år, og HLF tilbyr årlig oppfølging. Hørselshjelperordningen er en frivillig ordning.

3.11 Individuell plan

Retten til å få utarbeidet en individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester. Retten er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 (Individuell plan: veileder til forskrift om individuell plan 2005).

"Ordningen er et verktøy og en prosess. Den åpner for at tjenesteapparatet kan sette tjenestemottakeren i sentrum, og som en ny arbeidsmetode ved at den utfordrer tjenesteytere, etater, institusjoner og kommuner til å organisere, samarbeide og samvirke på nye måter. Arbeidsmetoden betinger en målrettet innsats fra kommunene, helseforetakene og deres samarbeidspartnere for å løse felles utfordringer." (Individuell plan: veileder til forskrift om individuell plan 2005:18). I handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" (2002) antas det at vel 100.000 av landets 600.000 hørselshemmede har behov for langvarige og koordinerte tiltak som gir rett til individuell plan. Det er likevel en allmenn oppfatning,

som deles av HLF, at individuell plan i liten grad brukes i hørselshemmedes rehabiliteringsprosess.

En brukerundersøkelse knyttet til bruk av individuelle planer viser at "arbeid med individuelle planer representerer en kraftfull tilnærming for å fremme egen mestring og deltakelse i eget liv for mange brukere. Vi har sett gode eksempler der brukere opplever seg sett og møtt på en måte som utløser egne drivkrefter, og der alle aktører retter sin innsats mot felles mål, brukers mål" (Lorentsen, Berge, februar 2006).

4 Gjeldende rett

Nedenfor følger en gjennomgang av sentrale rettighetsbestemmelser på området.

4.1 Kommunens ansvar – kommuneloven

Kommuneloven av 25.09 1992 nr. 107 gir bestemmelser om hvordan kommunen skal organisere seg og sin virksomhet. Utgangspunktet er at kommunen står fritt til å organisere sine aktiviteter innenfor de rammer som kommuneloven setter og slik at kommunen oppfyller sine lovpålagte plikter og tjenester slik det er regulert i lovgivningen.

4.1.1 *Kommunehelsetjenesteloven*

Retten til nødvendig helsehjelp følger av kommunehelsetjenesteloven (khl) nr. 66 av 19.11 1982. I lovens paragraf 1-1, første ledd, går det fram at det er kommunens ansvar å sørge for nødvendig helsehjelp for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Khl § 1-1 er formulert som en plikt for kommunen, og korresponderer med khl § 2-1, som er utformet som en rettighetsbestemmelse. Sammenholdes disse bestemmelsene med § 1-3a, innebærer retten til nødvendig helsehjelp at det både stilles krav til forsvarlig omfang og innhold av tjenesten.

Kommunens organisering av de lovpålagte helsetjenestene vil kunne variere mellom kommunene og er et resultat av prinsippet om det kommunale selvstyret. Se kommunelovens formål § 1, som omhandler kommunens rett til å organisere sin virksomhet i den hensikt å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt folkestyre og en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskapet.

Rettighetsbestemmelsen i kommuneloven er av generell karakter, noe som innebærer at den omfatter alle kommunale helsetjenester, herunder tjenester til hørselshemmede, forutsatt at de er nødvendige. Begrepet 'nødvendig helsehjelp' omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende og rehabiliterende formål eller pleie- og omsorgsformål, jf. khl § 1-3. Retten til nødvendig helsehjelp innebærer at det tas en vurdering av om pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og om kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Kommunens økonomi og den samfunnsmessige utviklingen vil i en viss grad vektlegges (Ot.prp. nr. 66 1999981-82).

Den rettslige standarden av hva som anses som nødvendig helsehjelp tar utgangspunkt i en medisinsk forståelse der nødvendig først og fremst refererer seg til pasientens behov. Hjelpen er nødvendig når pasienten kan vise til noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig. Standarden har et kvalitativt, et kvantitativt og

et tidsmessig element. Det betyr at helsehjelpen (det hørselsfaglige tjenestetilbudet) som ytes skal være faglig forsvarlig, den skal være tilstrekkelig og den skal gis i tide.

4.2 De regionale helseforetakenes ansvar – lov om helseforetak

Helseforetaksloven nr. 93 av 15.06 2001 har til formål å sikre at det gis gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger slike tjenester, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Loven inneholder bestemmelser som regulerer helseforetakenes organisering, ansvar, plikter og rettigheter. Helseforetakene har et overordnet ansvar for spesialiserte tjenester og skal bidra til at målsettingene i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 (om å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning) og i pasientrettighetsloven § 1-1 (om å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet) oppfylles.

4.2.1 Spesialisthelsetjenesteloven

Hørselsfaglige tjenestetilbud er som hovedregel forankret i spesialisthelsetjenesten og i andrelinjetjenesten. Dette gjelder individ- og systemrettede tjenester både innen helsetjenester, hjelpemiddelformidling, i opplæringsammenheng og i utredning for og formidling av høreapparat.

Som det går fram av spesialisthelsetjenesteloven nr. 61 av 02.07 1999 § 2-1, jf. § 2-1, er det de regionale helseforetakenes ansvar å sørge for spesialisthelsetjenester. I praksis vil spesialisthelsetjenesten omfatte kategorier helsetjenester som de regionale helseforetak har plikt til å sørge for både i og utenfor institusjon. Tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene, eller ved at disse inngår avtale med andre tjenesteytere.

I dag tilbys utredning og formidling av høreapparater gjennom hørselssentralene og gjennom avtalespesialister innen øre-nese-halssykdommer. I forskrift nr. 337 av 18.04 1997 § 5 stilles det krav om at undersøkelse av en hørselshemmet og tilpasning av høreapparat skal utføres i samsvar med forsvarlig medisinsk faglig fremgangsmåte. Vedlegg 3, som er fastsatt i medhold av midlertidig forskrift om stønad til høreapparater § 5, inneholder regler om krav til kvalifikasjoner, undersøkelser, krav til utstyr, lokaler m.m. Midlertidig forskrift om stønad til høreapparater er erstattet med forskrift nr. 337 av 18.04 1997 om stønad til høreapparater og tinnitusmaskerer. Det betyr at vedlegget ikke lenger er gyldig, men at det har etablert seg en praksis der det i dag fortsatt legges vekt på kriteriene/vilkårene i vedlegget. Når det gjelder dagens krav til kvalifikasjoner, er det en forutsetning at den legen som utfører eller har ansvaret for undersøkelse av den hørselshemmede, skal være godkjent spesialist i øre-nese-halssykdommer og ha minst seks måneders tjeneste i audiologi og ha praktisert audiologi/tilpasning av høreapparater i de siste tre årene. For å få stønad til høreapparat, stilles det krav om at det skal foreligge rekvisisjon fra hørselssentral eller fra øre-nese-halslege med avtale med regionalt helseforetak.

I praksis innebærer dette todelt systemet ikke samme binding til tidsfrister i forhold til retten til vurdering slik pasienter som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk og som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 har. Avtalespesialistene er

ikke tildelt såkalt vurderingskompetanse, dvs. de kan ikke med bindende virkning for institusjonshelsetjenesten tildele pasienten behandlingsfrist slik en poliklinikk ved et helseforetak kan. På den andre siden er det sjelden så lange ventetider til behandling hos avtalespesialister som ved sykehusenes poliklinikker/hørselssentraler.

Dagens tosporige system gir ulik praksis i deler av landet. I Helse Øst skjer hoveddelen av høreapparatutredningen og -formidlingen av avtalespesialister, mens for eksempel i Helse Nord vil hørselssentralene ha den vesentlige rollen i høreapparatformidlingen.

Helseforetakenes ansvar for å gi nødvendige spesialiserte helsetjenester er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Om en pasient har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommendes tilstand basert på alvorlighetsgrad, lidelse, mulighet for utstrakt bedring og behandlingens effekt. Vilklårene for å ha rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i prioriteringsforskriften (forskrift av 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten med mer).

4.3 Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskriften (nr. 765 av 28.06.01) gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys etter kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (jf. kapittel 2 og 3). Det betyr at kommunens ansvar for hørselsfaglige rehabiliteringstiltak i utgangspunktet gjelder for kommunale tjenester, som for eksempel hjemmesykepleie og fysioterapi etter kommunehelsetjenesteloven, eller praktisk bistand, avlastning og støttekontakt etter lov om sosiale tjenester.

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering innebærer at kommunen skal ha en generell oversikt over behov for slike tjenester, og den skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering og habilitering (§ 7). Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet (khl § 1-3 nr. 3) og sørge for at det finnes en koordinerende enhet for slik virksomhet i kommunen.

Rehabiliteringstjenester for en hørselshemmet som gis etter spesialisthelsetjenesteloven, hører inn under det tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for. Ansvaret innebærer at helseforetaket skal sørge for at personer som er bosatt eller har opphold i helseregionene, tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. rehabiliteringsforskriftens §§ 1 og 2. Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.

Hørselssentralene er som oftest knyttet til sykehusenes øre-nese-halsavdeling/poliklinikkene. Dette innebærer at det regionale helseforetaket er tillagt et overordnet og koordinerende ansvar for all formidling av høreapparater som finansieres av folketrygden. Det betyr at legen må ha fullmakt fra det regionale helseforetaket til å rekvirere høreapparat og tinnitusmaskerer (høreapparatforskriften

§ 4). Høreapparater skal formidles/rekvireres av hørselssentralen og rekvireres av avtalespesialister.

4.4 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven (nr. 63 av 02.07 1999) vil komme til anvendelse for personer som oppfyller lovens definisjon (§ 1-3a) av å være pasient uavhengig om tjenesten defineres som en kommunal eller spesialisert tjeneste. Med pasient menes en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet.

Hørselshemmede, som i visse sammenhenger defineres som pasient (jf. pasientrettighetsloven § 1-3 a), vil i henhold til pasientrettighetsloven ha rett til nødvendig helsehjelp og syketransport (§§ 2-1, 2-6), rett til fornyet vurdering og valg av sykehus, rett til individuell plan og rett til medvirkning og informasjon.

Lovens formål er å bidra til fordelingsrettferdighet. For hørselshemmede (i de tilfeller som de defineres som pasient) innebærer dette ivaretagelse gjennom materielle og prosessuelle rettighetsbestemmelser, og at en hørselshemmet i møtet med helsevesenet blir ivaretatt med tillit, forståelse, integritet og menneskeverd. Loven har som målsetting å sikre lik tilgang på helsetjenester. Med lik tilgang til helsetjenester menes at alle skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomisk, kulturell, språklig og sosial status.

4.5 Lov om helsepersonell

Helsepersonelloven (nr. 64 av 02.07 1999) § 4 stiller krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen.

Dette innebærer rett til faglig forsvarlig helsehjelp og rett til henvisning videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom personens behov tilsier det, skal helsehjelpen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Videre følger det av helsepersonelloven § 10 at en hørselshemmet med behov for helsehjelp har krav på informasjon etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4.

4.6 Folketrygdloven

Folketrygdloven (nr. 19 av 28.02 1997) har flere rettighetsbestemmelser i kapittel 5, 6, 9 og 10 som vil ha betydning for hørselshemmede. Folketrygdloven § 5-10 gir stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og talededefekt hos logoped og audiopedagog forutsatt at personen er medlem av folketrygden og henvist fra lege. I følge folketrygdloven § 10-7 ytes det stønad til anskaffelse av høreapparat med tilbehør og individuelt tilpassede ørepropper for personer som har et høretap av et slikt omfang at høreapparat er av vesentlig betydning for hørselsfunksjonen. Trygden kan dekke nødvendige utgifter til reparasjon av høreapparater som det er gitt stønad til. For barn under 18 år dekkes også utgifter til service.

I følge folketrygdloven § 10-7 dekkes utgifter til tekniske hjelpemidler etter behov. Hjelpemidler utlånes fra hjelpemiddelsentralen i fylket på bakgrunn av søknad, og behovet for slik støtte må begrunnes i søknaden. Hjelpemiddelsentralen kan foreta innkjøp av hjelpemidler for utlån til brukere som har rett til hjelpemidler etter folketrygdlovens bestemmelser eller etter særskilt leieavtale, jf. § 1 nr. 2, andre ledd.

4.7 Opplæringsloven

Opplæringsloven § 1-2 (nr 61 av 17.07 1998) inneholder overordnede prinsipper om likeverdig, inkluderende og tilpasset opplæring i grunnskolen og i videregående skole. Det betyr at opplæringen må være tilgjengelig for alle og ut fra forutsetningene hos den enkelte elev. Alle elever skal få muligheter for læring, mestring og utvikling. Det betyr at skolen må gi en variert og differensiert opplæring tilpasset den enkeltes behov. For hørselshemmede innebærer det at behovet for tilpasset opplæring skal ivaretas innenfor opplæringens ordinære rammer eller i form av spesialundervisning.

Et barn med nedsatt hørsel vil ha behov for lydstimulering. Opplæringsloven § 5-7 gir barn under opplæringspliktig alder (jf. opplæringsloven § 2-1, tredje ledd – det kalenderåret som barnet fyller 6 år), med særlige behov rett til spesialpedagogisk hjelp. Hjelpen skal omfatte tilbud om foreldrerådgivning og kan knyttes til barnehager, skoler, sosiale og medisinske institusjoner og liknende, eller organiseres som egne tiltak. I tillegg skal det utarbeides lærebøker og andre læremidler som er tilrettelagt for spesialundervisning (§ 5-9). Spesialpedagogisk hjelp kan tilstås etter søknad etter at pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) har utarbeidet en sakkyndig vurdering (§ 5-3). Dersom PPT ikke har hørselsfaglig kompetanse, kan det innhentes hjelp fra andre med slik kompetanse.

For barn med store hørselstap og barn med tilleggshandikap til hørselstap kan det være behov for at barnet får tegnspråkstimulering. I følge opplæringsloven § 2-6 tredje ledd har barn under opplæringspliktig alder med behov for tegnspråklæring rett til dette.

Hovedregelen i § 5-1 innebærer at elever som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning. Tilrettelegging for tunghørte elever i grunnskole og videregående skole knyttes ofte til denne bestemmelsen. I vurderingen av hva slags opplæringstilbud som skal gis, skal det legges særlig vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbudet skal ha et slikt innhold at det samlede tilbudet kan gi eleven et forsvarlig utbytte av opplæringen sammenlignet med andre elever og i forhold til de opplæringsmålene som er realistiske for eleven.

Retten til grunnskoleopplæring og spesialpedagogisk hjelp gjelder for alle som er bosatt i kommunen (§13-1). Når det gjelder retten til videregående opplæring, følger det av § 13-3 at fylkeskommunen har plikt til å sørge for videregående opplæring for alle som er bosatt i fylkeskommunen.

§ 4A-2 inneholder en bestemmelse som innebærer at voksne som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet for voksne,

har rett til spesialundervisning på grunnskolens område. Retten til videregående opplæring for voksne er regulert i § 4A-3.

Kapittel 9 a i opplæringsloven stiller krav til elevenes skolemiljø. § 9a-1 inneholder generelle krav om at alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. For hørselshemmede vil § 9a-2 tredje ledd ha betydning fordi bestemmelsen innebærer at skoler skal innredes slik at det blir tatt hensyn til deres særlige behov, eksempelvis bedring av akustiske forhold i klasserom og ellers på skolen.

4.8 Sosialtjenesteloven

Det følger av sosialtjenesteloven § 4-3 (nr. 81 av 13.12 1991) at personer som ikke kan ta omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a-d. Dette innebærer at personer med behov for hørselsfaglige tiltak og som oppfyller vilkårene i § 4-3 (ikke kan ta omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål), vil eksempelvis kunne ha rett til støttekontakt og/eller avlastning. § 4-2 a gir også rett til opplæring i dagliglivets gjøremål i den hensikt å gjøre vedkommende mest mulig selvhjulpent i det daglige. Noen vil trenge praktisk opplæring i husarbeid, matstell, påkledning og noe enklere vedlikehold og skifting av batteri i høreapparat som deler av dagliglivets gjøremål.

4.9 Ulike forskrifter

4.9.1 *Forskrift om hjelpemiddelsentralens virksomhet og ansvar*

Hjelpemiddelsentralenes rolle går fram av forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar § 1 (nr. 323 av 15.04 1997). Hjelpemiddelsentralene skal ha et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler til funksjonshemmede. Hjelpemiddelsentralen skal bidra til et likeverdig og helhetlig problemløsning for funksjonshemmede og være et ressurs- og kompetansesenter for offentlige instanser og andre som har ansvar for å løse funksjonshemmedes problemer, der tekniske og ergonomiske løsninger kan være aktuelt.

Hjelpemiddelsentralen har også et forvaltningsansvar for hjelpemidler (som er folketrygdens eiendom) og skal påse at folketrygdens midler blir utnyttet mest mulig effektivt og i samsvar med bestemmelser i folketrygdloven. Hjelpemidlene er, som nevnt, folketrygdens eiendom og er bare til utlån og skal leveres tilbake når de ikke lenger er i bruk. Det gis ikke stønad til utredning, utprøving og opplæring i bruk av hjelpemidler, men stønad til nødvendig opplæring i hvordan et hjelpemiddel fungerer kan likevel ytes av folketrygden dersom opplæringen må gis av spesielt kompetent personell som det ikke kan forventes at kommunen har.

Hjelpemiddelsentralen skal også bidra til at hjelpemiddelformidlingen inngår som en del i en helhetlig rehabiliteringsplan (§2), og ta initiativ til å inngå samarbeidsavtaler med offentlige myndigheter som har ansvar for rehabilitering. Målsettingen er å sikre best mulig koordinering og ansvarsavklaring.

Hjelpemiddelsentralene har også ansvar for rådgivning til funksjonshemmede og for gjenbruk av trygdefinansierte biler og annet utstyr til funksjonshemmede.

4.9.2 Forskrift om stønad til høreapparat mm

Forskrift om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerer (nr. 337 av 18.04 1997) inneholder bestemmelser om stønad til høreapparat til personer som har hørselstap med et slikt omfang at høreapparat er av vesentlig betydning for hørselsfunksjonen.

Etter forskriftens § 2 gir folketrygden stønad til anskaffelse av høreapparat med tilbehør og individuelt tilpassede ørepropper etter § 3 til § 8. Til barn under 18 år med spesialtilpasset høreapparat som krever lang reparasjonstid kan det også ytes stønad til reservehøreapparat. I tillegg ytes det stønad til tre batterier til hvert høreapparat pr. år. Det gis stønad til nødvendig legeundersøkelse og reiseutgifter i forbindelse med undersøkelse og anskaffelse av høreapparat.

Trygden kan også gi stønad til gjenanskaffelse av høreapparat når det er gått minst 6 år siden vedkommende fikk stønad til høreapparatet. Videre kan trygden gi nytt høreapparat hvis det ikke er lønnsomt å reparere et defekt høreapparat, eller at utprøving av nytt høreapparat har vist å gi en vesentlig bedre hørselsfunksjon.

Forutsetningen for å få stønad til høreapparat og ørepropp er at det foreligger rekvisisjon fra en hørselssentral eller fra en øre-nese-halslege som fyller de krav og vilkår som stilles i forskriftens § 5. Dette innebærer at undersøkelse og tilpasning av høreapparat skal utføres i samsvar med forsvarlig medisinsk faglig framgangsmåte. Øre-nese-halsleger må ha fullmakt fra det regionale helseforetaket til å rekvirere høreapparat og tinnitusmaskerer (§ 4).

Høreapparat og ladeapparat som det er tilstått stønad til, er trygdens eiendom og skal leveres tilbake når det ikke lenger er bruk for apparatet (§ 7).

4.9.3 Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog

Av forskriftens § 1 (nr. 329 av 18.04 1997) går det fram at folketrygden gir stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog. Forutsetningen er at undersøkelsen eller behandlingen er rekvirert av lege som et ledd i behandling eller etterbehandling av sykdom, skade eller lyte. Det er et vilkår at behandlingen er av vesentlig betydning for personens sykdom og funksjonsevne. Det stilles krav om at det foreligger uttalelse fra spesialist før behandling kan iverksettes. Det gis bare økonomisk støtte til individuell behandling (§2).

4.9.4 Forskrift om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde

Rett til stønad til tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde etter § 10-7 gjelder hørselshemmede og døvblinde som fyller vilkårene i folketrygdloven § 10-5 og/eller § 10-6. (Forskrift nr. 321 av 14.04 1997).

Det gis stønad til utgifter til tolkehjelp for hørselshemmede og tolke- og ledsagerhjelp til døvblinde for at den hørselshemmede eller den døvblinde skal kunne fungere i dagliglivet, arbeidslivet og for å gjennomføre opplæring for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet og ved gjennomføring av utdanning, opplæring eller arbeidstrening med sikte på å skaffe seg eller beholde et egnet arbeid. I tillegg gis det stønad for å kunne motta helsetjenester og poliklinisk undersøkelse og behandling gitt av helseforetak (forskriftens § 1). Regler om beregning av takster, tidsforbruk og reise- og oppholdsutgifter er regulert i § 3.

4.9.5 *Forskrift om stønad til hjelpemidler med mer*

Forskriften (nr. 318 av 15.04 1997) gjelder for personer som oppfyller vilkårene i folketrygdloven § 10-5 (stønad til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet) og/eller folketrygdloven § 10-6 (stønad til bedring av funksjonsevne i dagliglivet).

I følge forskriftens § 1 gis det økonomisk støtte til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet i forbindelse med tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige slik at den funksjonshemmede blir i stand til å skaffe seg eller beholde passende arbeid. Det skal legges særlig vekt på at personen skal kunne beholde sitt tidligere arbeid og at helsen bevares best mulig.

Det kan gis stønad i form av hjelpemidler til bruk i dagliglivet og til bruk i barnehage og skole. Dette gis i forbindelse med tiltak som er nødvendige og som er hensiktsmessige for å bedre funksjonsevnen i dagliglivet, eller for at den funksjonshemmede skal kunne bli pleiet i hjemmet.

§ 2 omhandler stønad i form av hjelpemidler til bruk i dagliglivet, i barnehagen, grunnskolen, videregående skole med mer. Funksjonshemmede, for eksempel hørselshemmede under 26 år, kan få stønad til hjelpemidler til trening, stimulering og aktivisering for å opprettholde eller bedre funksjonsevnen.

4.9.6 *Forskrift om individuell plan*

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (forskrift nr. 1837 av 23.12 2004). Dette innebærer at hørselshemmede som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet en slik plan. Planen skal ikke utarbeides uten personens informerte samtykke. Det betyr at tjenestemottakeren må være informert om og ha forstått hva en individuell plan er, og hva samtykke vil innebære.

Rett til individuell plan betyr at tjenestemottakeren har rett til et dokument som viser en helhetlig og samlet oversikt over tjenestetilbudet, et tidsperspektiv, hvem som er ansvarlige og som gir en oversikt over virkemidler. Planen gir ikke tjenestemottaker større rett til helse- og/eller sosiale tjenester, men er et viktig redskap for å oppnå et helhetlig tilbud av nødvendige tjenester.

Brukermedvirkningsprinsippet i § 4 er et sentralt prinsipp og innebærer at tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Kommunen har plikt til å legge til rette slik at tjenestemottakeren kan medvirke under

utarbeidelsesprosessen. En tjenesteyter skal ha hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren (§ 2 a).

Det er tre instanser som er pålagt å utarbeide en individuell plan. Det er den kommunale sosialtjenesten, helsetjenesten og det regionale helseforetaket. Den delen av kommunens sosial- og/eller helsetjeneste eller det regionale helseforetaket som tjenestemottakeren først henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at planarbeidet iverksettes uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (§6).

4.10 Andre lover som indirekte vil ha betydning

Arbeidsmiljøloven (nr. 62 av 17.06 2005) inneholder bestemmelser som indirekte vil kunne ha betydning for hørselshemmede. Arbeidsmiljøloven inneholder bestemmelser om forbud mot diskriminering i kapittel 13 og særlige tiltak om tilrettelegging for arbeidstakere med funksjonshemming og fysisk utforming og tilgjengelighet av lokaler m.m.

4.11 Oppsummering og vurdering av sentrale rettighetsbestemmelser på området - er det behov for endringer i regelverket

En del av rettighetsbestemmelsene er av generell karakter og gjelder for tjenester på regionalt (spesialiserte helsetjenester) og på kommunalt nivå (kommunale helsetjenester). Disse lovene inneholder rettighetsbestemmelser for enkeltmennesker og omfatter både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Av helseforetaklovens formålsbestemmelse følger det at det hører til helseforetakenes ansvarsområde å oppfylle de målsettinger som går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og pasientrettighetsloven § 1-1. Dette innebærer plikt til å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som har behov for slike tjenester når de trenger det uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Utredning for og tilpasning av høreapparat defineres som en spesialisert tjeneste og er underlagt de regionale helseforetakenes ansvarsområde, mens det økonomiske ansvaret er regulert i folketrygdloven og administreres gjennom Arbeids- og velferdsetaten. Dette innebærer at utredning og formidling av høreapparater i dag tilbys gjennom hørselssentralene og gjennom avtalespesialister innen øre-nese-halssykdommer med regionale helseforetak som overordnet instans, og at undersøkelse av den hørselshemmede og tilpasning av høreapparat skal utføres i samsvar med forsvarlig medisinsk faglig framgangsmåte. Det er et krav om at legespesialister i øre-nese-halssykdommer må ha fullmakt fra det regionale helseforetaket til å rekvirere høreapparat og tinnitusmaskerer. Dagens tosporede system er uoversiktlig, samtidig som ansvar og økonomiske forpliktelser ikke ligger samlet og ansvar og myndighet er uklart.

Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar inneholder flere bestemmelser som omhandler sentralens organisering, ansvar, plikter og rettigheter. Forskriften har bestemmelser (§ 1 nr. 1) som pålegger hjelpemiddelsentralen å drive

en faglig rådgivnings- og veiledningsfunksjon både på kommunalt og regionalt nivå (overfor helsetjenesten i kommunen og fylkeskommunen) på hjelpemiddelområdet.

Hørselssentralenes virksomhet og organisering er ikke regulert på tilsvarende måte. Det finnes fire forskrifter som alle regulerer rett til stønad til hørselshemmede (forskrift om stønad til høreapparater og tinnitusmaskerere, forskrift om stønad til hjelpemidler til bedring av funksjonsevnen i arbeidslivet, forskrift om stønad til tolkehjelp for hørselshemmede og forskrift om tolke- og ledsagerhjelp for døvblinde og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos logoped og audiopedagog). Alle disse forskriftene inneholder materielle krav, men sier lite om hvordan formidlingsarbeidet kan sikres høy faglig kvalitet.

En gjennomgang av disse forskriftene viser at ingen av dem inneholder formelle krav om hørselssentralenes virksomhet, organisering og ansvar. Dette innebærer at det er vanskelig å trekke formelle slutninger og avgrensinger om hørselssentralenes ansvarsområde og funksjon. Manglende formell forankring i forskrift kan være en årsak til at dagens system oppleves som uklart med hensyn til ansvar og roller.

Dagens system bør kunne forenkles ved at forskrifter som alle regulerer rettigheter og stønader til hørselshemmede (som finansieres gjennom folketrygden), samles i en felles forskrift som inneholder organisatoriske (hvordan skal hørselssentralene organisere sin virksomhet), materielle (innholdsmessige rettigheter og plikter) og prosessuelle bestemmelser (interne rutiner og systemer samt samarbeid). Det betyr at en felles forskrift skal ha organisatoriske bestemmelser som regulerer hørselssentralens funksjon, ansvar, myndighet og virkeområde. De organisatoriske bestemmelsene bør si noe om hvordan hørselssentralen skal organiseres. I tillegg bør den ha bestemmelser om fagansvar, myndighet og arbeidsoppgaver samt arbeidsprosedyrer. Forskriften bør inneholde bestemmelser om rutiner, lagerhold, utlån og ansvar for gjenbruk. I denne sammenheng vil det være behov for en avgrensning av ansvar og oppgaver med hensyn til hjelpemiddelsentralenes oppgaver.

Forskriften bør også inneholde bestemmelser om samhandling, samordning og plikt til å samarbeide med andre etater og tjenesteytere (for eksempel hjelpemiddelsentralen, regionale helseforetak, Arbeids- og velferdskontoret) forutsatt at det er nødvendig for at brukeren skal få et optimalt tilbud.

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt, som gjelder for alle som utfører tjenester eller arbeider for et forvaltningsorgan (jf forvaltningsloven § 13), vil således få anvendelse.

Brukerperspektivet må sikres, for eksempel gjennom formulering om at høreapparatbrukeren skal kunne medvirke ved utvelgelse av egnet høreapparat. Forskriften bør ha bestemmelser om maksimale behandlingstider (slik at ventetiden blir redusert) for å få høreapparat og individuelt tilpassede ørepropper.

5 Modell for fremtidig organisering av høreapparatformidlingen fra arbeidsgruppas flertall

Hørselsomsorgen er preget av mange aktører med få formelle krav til samarbeid for et helhetlig rehabiliteringstilbud, slik det fremgår av beskrivelsene ovenfor. I dette kapitlet skisseres en ny modell som tar sikte på å sikre god kvalitet på det arbeidet som utføres gjennom en formalisert samarbeidsmodell mellom dagens aktører i tillegg til nye. Målsettingen er å utvikle en tjeneste som er oversiktlig for brukeren, dekker de faktiske hørselsrelaterte behov og er etterprøvbart og kostnadseffektiv for tjenesteyterne. Arbeids- og velferdsdirektoratets representanter tilslutter seg de rent hørselsfaglige betraktninger og anbefalinger som arbeidsgruppa gjør, men anbefaler en annerledes modell for organisering og finansiering. Modellen gir således en annen ansvars- og oppgavefordeling.

5.1 Hovedtrekk i ny organisering

Forslaget til ny modell for høreapparatformidling bygger på dagens system hvor ulike oppgaver utføres av ulike etater. Arbeidsgruppen har diskutert overføring av alt ansvaret til én etat uten å kunne finne en tilfredsstillende løsning. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fremmet forslag om overføring av alt ansvaret til Arbeids- og velferdsetaten, men siden mandatet forutsetter at høreapparatformidling skal være en spesialisthelsetjeneste, vil en slik overføring bryte med forutsetningen.

En fullstendig overføring av alt ansvar til RHF vil kunne gi uheldige konsekvenser, slik som bortfall av rettigheter eller redusert tilgjengelighet. Mulige problemstillinger knytter seg til en uavklart ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Det innebærer at noe høreapparatformidling vil kunne falle inn under kommunens ansvar ved en generell ansvarsoverføring til RHF med de konsekvenser det vil kunne medføre i en presset kommuneøkonomi, jamfør gjeldende regelverk innen behandlingshjelpemidler. Fordelene ved folketrygdfinansierte høreapparater er at dette er en overslagsbevilgning i statsbudsjettet. Til sammenligning viser det svenske systemet mulige konsekvenser ved bortfall av en rettighetsbestemmelse. Personer med behov for hørselshjelpemidler i Sverige risikerer å måtte vente til nytt budsjettår for å få utlevert de nødvendige hjelpemidlene. Tilsvarende situasjon finnes i Norge for døve med behov for cochlea-implantat.

Den nye modellen opprettholder todelingen mellom RHF og Arbeids- og velferdsetaten. Det foreslås at Arbeids- og velferdsetaten samler sine oppgaver på hjelpemiddelsentralene hvor det utvikles registreringsrutiner som sørger for oversikt over kostnader. I tillegg foreslås det at de overtar ansvaret for organisering av lagerhold av høreapparater. Oversikten kontrollfunksjonen gir, vil virke kostnadsbesparende, og midlene kan tilbakeføres til et bedret tjenestetilbud og

utlånsordning. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler at alle hørselstekniske hjelpemidler likestilles og faller inn under samme regelverk. Det vil si at høreapparater, den ytre del av cochlea-implantater, tinnitusmaskerere samt andre hørselstekniske hjelpemidler likestilles og finansieres på samme måte som andre hjelpemidler, det vil si slik hørselstekniske hjelpemidler behandles i dag.

Arbeidsgruppen foreslår at RHF får det fulle faglige ansvaret for tilpassingsarbeidet. Når de selv ikke har tilstrekkelig kapasitet, tegner helseforetaket/sykehuset avtale med private tjenesteytere slik at korte ventetider kan opprettholdes. Det regionale helseforetaket utpeker en eller flere hørselssentraler som oppfølgingsinstans for inngåtte avtaler og som bidragsyter til det faglige innholdet i avtalene. Avtalen må inneholde vilkår for formidling jamfør ny forskrift samt bestemmelser for mislighold. Erfaring viser at et tettere samarbeid mellom hørselssentraler og avtalespesialister virker positivt på tjenestetilbudet.

Kommunens rehabiliteringstjeneste er sentral i et helhetlig tilbud til hørselshemmede. Styrking av tjenesten er avgjørende og ulike tiltak foreslås. Samarbeidet mellom kommunene og de hørselsfaglige miljøene (hjelpemiddelsentral, hørselssentraler og audiopedagogtjenesten/Statped) er viktig for å tilføre tilstrekkelig kompetanse til 1.linjetjenesten. Arbeidsgruppen foreslår at alle fylker styrkes med en hørselsfaglig utdannet person tilsvarende én stilling som tilknyttes hørselssentralen (omtales i rapporten som "fylkesaudiografen"). Personens hovedarbeidsområde skal være ambulerende tjenester i fylket og et lavterskeltilbud til ansatte i kommunene som jobber med hørselshemmede. For at kommunen skal kunne gi tilbud til aktuelle brukere, må hørselssentralen sørge for melding ved epikrise til fastlege. Kommunens koordinerende enhet for rehabilitering må få melding etter samtykke fra brukeren.

For å fylle hullene i rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede, må det også opprettes nye tilbud. Det siktes spesielt til opplæringsarbeid relatert til egen funksjonshemming og mestring av livssituasjon. Her foreslås det at det administrative ansvaret for gruppetilbud legges til lærings- og mestringssentrene. Sentrene innhenter nødvendig kompetanse fra ulike fagmiljøer, for eksempel hørselssentral og hjelpemiddelsentral samt interesseorganisasjoner og Statped, og samarbeider tett med dem om innhold og gjennomføring.

5.2 Juridiske rammer

Dagens lovverk er fragmentarisk og er i noen tilfeller vanskelig å orientere seg i. Konsekvensene er blant annet mangelfull styring innen enkelte områder av formidlingsprosessen med ditto manglende oversikt over kostnadene. Foreldet regelverk gjør at hensiktsmessig tjenesteyting ikke er gjennomførbar innenfor lovverket, og praksis samsvarer følgelig ikke med regelverket. Forslaget til ny organisering av høreapparatformidlingen forutsetter dels endringer og dels nye forskrifter i tillegg til samordning av de eksisterende bestemmelsene. Se for øvrig kapittel fire for en nærmere redegjørelse av gjeldende rett.

5.3 Ansvarsfordeling

For å få kontroll over utgiftene til høreapparatformidling har tidligere rapporter foreslått at både arbeid, forvaltning og finansiering samles i én etat. En slik omlegging vil være svært arbeids- og kostnadskrevende og vil innebære en lang omstillingsperiode. Det foreslås derfor at det opprettholdes en ansvarsfordeling mellom Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene, men med omlegginger som gir en bedret økonomisk kontroll og et mer helhetlig tjenestetilbud. Arbeids- og velferdsdirektoratets representanter i arbeidsgruppen er ikke enige i forslaget til fortsatt todeling og har som alternativ fremmet et eget forslag om tilskuddsordning for høreapparater. Arbeids- og velferdsdirektoratets dissens og forslag om "Tilskuddsmodell" følger som vedlegg til arbeidsgruppens rapport.

5.3.1 *Kostnadskontroll*

Arbeidsgruppens flertall går inn for at Arbeids- og velferdsetaten opprettholder finansieringen av både høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, og at flere oppgaver samles i Arbeids- og velferdsetaten. En forutsetning for bedret kontroll og oversikt er at arbeidet utføres på færre steder, og at det føres et sentralt register over utlånte høreapparater. Registeret må være tilgjengelig for både Arbeids- og velferdsetaten og hørselssentraler. Det foreslås at ansvaret for vedtaksbehandlingen ved tildeling av høreapparater flyttes fra Arbeids- og velferdsetatens lokale trygdekontor til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler. Hjelpemiddelsentralene har allerede vedtaksmyndigheten for andre hørselstekniske hjelpemidler og besitter med det den nødvendige trygdefaglige kompetansen for kyndig søknadsbehandling. Fordeler ved overføringen vil være

- Samordning av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler
- Muligheter for reell søknadsbehandling med oversikt over utlånshistorikk
- Bedret kontroll med avtalespesialister i forhold til oppfølging av regelverk
- Mulighet for kontroll med kreditering av egenandeler fra leverandørene hvis ordningen skal praktiseres som i dag
- Tilgjengelig epikrise og informasjon om høreapparater for hørselsfaglig personale ved hjelpemiddelsentralen, noe som vil virke tidsbesparende på fagarbeidet og mer ryddig for brukerne
- Opprettelse av formelle samarbeidslinjer mellom hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene noe som vil fremme mulighetene for nødvendig samarbeid

En bedret kostnadskontroll innebærer også god oversikt over høreapparater finansiert og eiet av Arbeids- og velferdsetaten. Arbeidsgruppens flertall foreslår at det opprettes et sentralt register med oversikt over utlånte høreapparater slik at man til enhver tid har oversikt over antall utlånte apparater, hvem de er lånt ut til, type, servicebehov ved ulike modeller osv. på linje med praksisen i Hordaland og Østfold. Registeret må være tilgjengelig for hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene for å være til nytte i det daglige arbeidet og minimere ulempene ved at høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler formidles på forskjellige steder. Registeret skal kun inneholde relevante personopplysninger i tillegg til opplysninger om høreapparater og personens audiogram slik at kravene til taushetsplikt overholdes.

Betydningen av registeret er også knyttet til oppfølgingsmuligheter, kostnadskontroll med hensyn til service og reparasjon samt statistikkmuligheter med tanke på kvalitetskontroll og treffsikkerhet ved valg av ulike typer apparater m.m. Registeret vil også kunne være et utgangspunkt for en kunnskapsbase over kvaliteten ved høreapparater, og det vil være til stor nytte både for hørselssentraler og hjelpemiddelsentraler i valg av andre hørselstekniske hjelpemidler. Det foreslås at hørselssentralene får ansvar for dataregistrering av relevante opplysninger. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

5.3.2 Faglig kvalitet

Innenfor rammen av høreapparatformidlingen som en spesialisthelsetjeneste går arbeidsgruppen inn for at de regionale helseforetakene skal ha det fulle ansvar for diagnostisering og tilpassing av høreapparater. Det innebærer at hørselssentralene fortsetter å ha ansvar for det helsefaglige arbeidet knyttet til hørselshemming og tilpassing av høreapparat. Ved å beholde tilpassingen på hørselssentralene sikrer man et tett samarbeid mellom legespesialistene, audiografene og andre fagpersoner som er involvert i det hørselsfaglige arbeidet. Et bredt sammensatt fagmiljø er vesentlig for høy faglig kvalitet. En faglig god ivaretagelse av ansvaret innebærer at all høreapparattilpassing innen helseforetakene/sykehusene skal foregå i et tverrfaglig arbeid som inkluderer audiopedagoger og audioingeniører i tillegg til legespesialister og audiografer.

5.3.2.1 Tilgjengelighet

Landets 32 hørselssentraler har ikke kapasitet til å betjene alle landets hørselshemmede. Det anses som vesentlig at det skal være et reelt offentlig tilbud om høreapparatutprøving i alle landets fylker. Det innebærer at mange av landets hørselssentraler må styrkes. Spesielt Østlandet med Oslo og Akershus samt Sør-Trøndelag som de mest utsatte fylkene har svært dårlig kapasitet, og det anbefales en rask bedring av situasjonen.

I dag løser enkelte regioner hørselssentralenes manglende kapasitet ved å inngå avtaler med private aktører. I 2005 tilpasset avtalespesialistene cirka 90 % av alle høreapparater i Akershus. Avtalene gjøres med regionalt helseforetak uten noen krav om faglige føringer eller samarbeid med hørselssentralen. Det er nødvendig å opprette et samarbeid mellom avtalespesialister og hørselssentraler for å sikre at tjenestene som ytes er av ønskelig karakter uavhengig av bosted og tilknytning. Det foreslås derfor at hørselssentralen får det formelle ansvaret for all høreapparattilpassing. Det vil si at hørselssentralene får et helhetlig bilde av behovene innen sitt arbeidsområde og blir i stand til å bedre den generelle kvaliteten på tjenestetilbudet innen det helsefaglige tilbudet til hørselshemmede.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet uttrykker eksplisitt at ventetiden for høreapparattilpassing skal reduseres til maksimalt tre måneder. I modellforslaget får hørselssentraler som selv ikke klarer å innfri kravet anledning til å inngå avtaler med privatpraktiserende legespesialister. Helseforetakene/sykehusene tegner selv avtaler med private tjenesteytere, et ansvar de får delegert fra regionalt helseforetak slik det er skissert over. Avtalen må

inneholde krav om ventetid, faglighet og samarbeid med hørselssentralene om rehabilitering i henhold til den standard hørselssentralene selv forplikter seg til å jobbe etter. Ethiske retningslinjer hører også naturlig inn i avtalen.

Arbeids- og velferdsetatens behov for bedret kontroll med kostnadene oppfylles gjennom foreslåtte avtaler med hørselssentralene om rammer og informasjonsflyt. I avtalene inkluderes klausuler som virker regulerende på samarbeidet mellom hørselssentral og avtalespesialist. Hensikten er å gi hørselssentralene mulighet for å si opp avtaler med spesialister som ikke oppfyller sine inngåtte avtaler. Arbeids- og velferdsetaten får med det foreslåtte registeret mulighet til å gjennomgå forbruksmønster og kostnadsutvikling med hørselssentralene. I fylker med flere hørselssentraler bør ansvaret for kjøp av tjenester legges til én sentral som følger opp gjeldende avtaler.

5.3.2.2 *Tverretatlig samarbeid*

Tidligere konklusjoner angående hørselsomsorgens svake punkter peker på manglende kontakt og samordning mellom de ulike etatene og aktørene. Det er en forutsetning for at modellen i dette forslaget skal fungere til beste for brukeren at det opprettes bindende samarbeidsavtaler mellom instansene, og at de inneholder konkrete krav til samarbeidets innhold, kvalitet og gjennomføringsmåter. Særlig oppleves skillet mellom hvor høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler formidles som problematisk. Det må derfor opprettes tydelige samarbeidsrutiner mellom hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene som sikrer brukeren riktig oppfølging.

Dagens mange tilpassingsaktører, med ulikt syn på samarbeid, gir brukeren svært variabelt tilbud. Ved å gi hørselssentralene det overordnede ansvaret, vil brukere som benytter avtalespesialister også nyte godt av den tverretatlige samarbeidsavtalen. Alternativt kan avtalespesialister forplikte seg til selv å følge tilsvarende prosedyrer direkte med hjelpemiddelsentralene.

5.4 Oppgaveløsning – Arbeids- og velferdsetaten

Arbeidsgruppens flertall ønsker å bedre kostnadskontrollen gjennom sentralisering av enkelte oppgaver knyttet til høreapparater. Arbeids- og velferdsetaten får økt kontroll med både med kostnader og med formidlingsprosessen ved oppgaveoverføring til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler samt opprettelse av en landsdekkende "høreapparatsentral".

Arbeidsoppgaver ved Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler vil med den foreslåtte modellen være

- Vedtaksmyndighet for alle hørselshjelpemidler, inklusiv høreapparater og tinnitusmaskerere
- Lagerføring av tinnitusmaskerere
- Samarbeidsinstans for hørselssentralene og kommunene i fylket

Arbeidsoppgaver for Arbeids- og velferdsetaten nye enhet for høreapparatforvaltning

- Lagerføring av høreapparater for landsdekkende distribusjon
- Ansvar for gjenbruk av høreapparater

Det forutsettes at dagens anbudsordning videreføres.

Nedenfor følger en grundigere fremstilling av arbeidsoppgavenes omfang og konsekvensene av løsningen. Forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

5.4.1 Overføring av vedtaksmyndighet

Vedtaksmyndigheten for høreapparater ligger i dag hos Arbeids- og velferdsetatens trygdekontor mens andre hørselstekniske hjelpemidler behandles på hjelpemiddelsentralen. Skillet mellom ulike hjelpemidler oppleves som kunstig både av brukere og fagfolk, og en samordning vil oppleves positivt.

For brukeren vil alle hørselsrelaterte opplysninger finnes på hjelpemiddelsentralen, og man slipper å bli henvist videre for å få svar på spørsmål og problemstillinger utenforstående ikke ser forvaltningsmessige forskjeller på (for eksempel høreapparat og andre tekniske hjelpemidler). Endringen vil følgelig oppleves som en forenkling av systemet.

Hjelpemiddelsentralen trenger mange av opplysningene som kommer frem i korrespondansen om høreapparater både i søknadsbehandlingen av andre hørselstekniske hjelpemidler og i fagarbeidet knyttet til hørsel. Disse opplysningene er vanskelig tilgjengelige i dag og tidkrevende å skaffe. Endringen vil oppleves som en effektivisering for flere impliserte parter.

Dagens system har vist at det er vanskelig for alle parter å ha oversikt over tildelte høreapparater fra ulike aktører. Endringen vil gjøre det enklere å skaffe oversikt fordi det søkes kun til én enhet per fylke. Når den samme enheten også har ansvar for oppgjør etter utprøving, kan det bygges et enhetlig system som kan bedre økonomistyringen. Hjelpemiddelsentralene har i dag både trygdefaglig og hørselsfaglig kompetanse noe som muliggjør en kvalitetssikring i beslutningsprosessen.

Enkelte hjelpemiddelsentraler har i dag lange ventetider på søknadsbehandling. Det er derfor nødvendig at det overføres ressurser knyttet til trygdefag for at ventetidene på hjelpemiddelsentralene ikke skal øke.

5.4.2 Formidling av andre hørselstekniske hjelpemidler

Hørselstekniske hjelpemidler dekker flere ulike behovsområder og omfatter et stort antall produkter og produktserier. Produkter innen for eksempel kommunikasjonshjelpemidler benytter seg av avansert teknologi som innebærer hyppige endringer og rask utvikling. Hjelpemiddelsentralene har i dag ansvar for å holde seg oppdatert på utviklingen innen feltet og ha gode kunnskaper om hjelpemidlenes hensiktsmessighet sett fra brukerens ståsted og i henhold til de rammer folketrygden setter. Formidlingsansvaret for hjelpemidler bør fortsatt ligge hos hjelpemiddelsentralene for å sikre høy faglig kompetanse innen et kapasitetsmessig krevende fagområde.

Tilpassing av kommunikasjonshjelpemidler spesielt avhenger av et samspill med høreapparatene. Dagens ordning hvor hjelpemidlene formidles på to forskjellige steder, er problematisk. Den nye modellen endrer ikke ansvarsfordelingen. Men ved hjelp av oppgaveoverføring og formalisert samarbeid mener arbeidsgruppens flertall at situasjonen vil bli sterkt forbedret (ref. 5.3.2.2, 5.4.1, 5.5.5, 5.5.6, 5.6). Innføring av ordningen med prøvekolleksjon av hjelpemidler på hørselssentralene bidrar også til en bedring i situasjonen (ref. 5.5.5).

5.4.3 Tverretatlig samarbeid

En delt modell for høreapparater og andre tekniske hjelpemidler krever et tett samarbeid mellom de to ansvarlige instansene. I 5.6 gjøres det rede for forutsetninger for samarbeidet og hvilket utgangspunkt utformingen av en avtale bør ha.

5.4.4 Innkjøp og lagerføring

Arbeidsgruppen har diskutert ulike løsninger for fremtidig lagerhold og distribusjon av høreapparater med kostnadskontroll som målsetting. Høreapparatteknologiens raske utvikling krever høy kompetanse som sannsynligvis ikke er tilgjengelig i alle fylker eller regioner. Høreapparatene skal distribueres til et stort antall formidlere, og det stiller krav til fleksibilitet.

Arbeidsgruppens flertall foreslår at det opprettes en landsdekkende "høreapparatsentral" som får ansvaret for innkjøp og lagerstyring av høreapparater. Sortimentet hentes blant prisforhandlede høreapparater og velges i samarbeid med hørselssentralene.

Hørselssentralene og avtalespesialistene holder egne lager som fylles via "høreapparatsentralen". Endringen gjør en samordning av bestillingsrutiner mulig med en fullstendig oversikt over blant annet høreapparatmodeller med høy og lav omsetning. På sikt kan oversikten brukes i utviklingsøyemed til gagn for brukeren sett i sammenheng med utlånsregistrene i helseregionene. Det må lages rammer for ordningen med rom for regionale eller lokale løsninger tilpasset gjeldende behov og forutsetninger, som for eksempel direktelevering av spesialbestilte apparater. Det er videre en forutsetning for gjennomføring at Arbeids- og velferdsetaten kan opprette eksterne lagre.

Den landsdekkende "høreapparatsentralen" må være tilknyttet Arbeids- og velferdsetaten av hensyn til behovet for kostnadskontroll. Den må være geografisk sentralt plassert for å sikre en rask distribusjon til hele landet. Fysisk kan den enten plasseres ved en av dagens hørselssentraler, en av hjelpemiddelsentralene eller etableres uavhengig av dagens enheter. Tilknytning til en hørselssentral vil gi nærhet til brukere og tilpassere som gir verdifull kontakt med hverdagens problemstillinger. Lokalisering til en hjelpemiddelsentral gir tilgang på nærhet til Arbeids- og velferdsetaten med dens lagre, logistikksystemer og distribusjonsnettverk.

Lokalisering uavhengig av allerede eksisterende tilbud vil gi større frihet til å organisere den nye sentralen uten å måtte ta hensyn til de rammer og betingelser en valgt enhet setter. Løsningen kan også åpne for et bredere samarbeidsforum eller

nettverk hvor det ikke legges til rette for favorisering av samarbeid med enkeltsentraler i like stor grad. Valg av lokalisering bør foretas etter en vurdering av de ulike mulighetene i dialog mellom RHF, Arbeids- og velferdsetaten og ulike representanter for høreapparattilpassere.

At innkjøpsordningen for høreapparater samles og samordnes, bør føre til løsere bånd mellom tilpasser og leverandør, og gjennom sortimentssamarbeid med "høreapparatsentralen" sikres brukeren tilgang til et utvalg av aktuelle høreapparatmodeller. Ordningen gir mulighet for oversikt over variasjon og turn over for de ulike modellene ved den enkelte hørselssentral eller avtalespesialist. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

5.4.5 Gjenbruk

Manglende rutiner og oppfølging rundt gjenbruk av høreapparater gjør at store verdier går tapt. Hjelpemiddelsentralene har i dag et system for innkreving av hjelpemidler etter dødsfall, innlevering av hjelpemidler ved bortfall eller endring av behov og for vedlikehold av hjelpemidler slik at de er egnet for gjenbruk. Ved å utnytte erfaringene og kompetansen fra hjelpemiddelsentralene, kan man legge til rette for å få høreapparatene inn i et tilsvarende system.

Ved hørselssentralene i Fredrikstad og i Bergen har man positive erfaringer med gjenbruk, og ordningen praktiseres slik at alle høreapparater på lager er av høy kvalitet. I tillegg til å utnytte ressursene bedre muliggjør opprettelsen av en landsomfattende gjenbruksordning korttidslån av apparater. Mange høreapparatbrukere kan ikke fungere uten høreapparater og ser seg nødt til å bruke sykemelding eller egenmelding når apparatene er til reparasjon eller service. Korttidslån kan gjøre det mulig å opprettholde sitt daglige virke i serviceperioden.

Grut og Hem (2001) fant at gjenbruk av høreapparater i tillegg til å gi besparelser også legger til rette for bedre oppfølging av bruker. Gjennom etablering av nettverk blir det lettere å fange opp feilformidlinger, og formidlingen blir mer effektiv. Fagapparatet får en bedre erfaringsbearbeiding ved at det følges tettere opp i formidlingen, og systematisk og kontinuerlig læring blir en sidegevinst.

Høreapparatteknologien er i sterk utvikling, og variasjonen i apparater som er i bruk er stor. Gjenbruk av høreapparat forutsetter derfor høy kompetanse knyttet til høreapparater generelt og til de enkelte modeller spesielt. Hjelpemiddelsentralene har per i dag ikke tilstrekkelig kompetanse til å ivareta denne oppgaven da de ikke har ansvar for utlån av høreapparater i dag. I tillegg er det ikke sannsynlig at kompetansen kan skaffes og/eller opprettholdes ved alle 19 sentraler over tid. Det foreslås derfor at "høreapparatsentralen" som er foreslått opprettet (ref. 5.4.4) får ansvaret for gjenbruk av høreapparater.

Alle høreapparater returneres til gjenbrukssenteret som foretar en vurdering av bruksverdien. Apparat som anses skikket for gjenbruk settes i stand, fortrinnsvis ved sentralen eller hos leverandør/reparatør hvis nødvendig, og inngår på nytt i distribusjonen. Detaljerte kvalitetskrav og gode rutiner for hvordan apparatene skal inngå i utlånsprosedyrene må utarbeides. Høreapparater som ikke anses å ha ønsket standard, skal vurderes for andre bruksområder før eventuell kassasjon

foretas. Alternativ bruk kan være midlertidig lån ved service og reparasjon samt donasjon til veldedige formål, som for eksempel utdeling i land som ikke har et tilbud til hørselshemmede. Sistnevnte bør vurderes for alle apparater som fungerer, men som ikke egner seg for ordinær gjenbruk.

Hjelpemiddelsentralene har i dag konkrete krav til gjenbruk av hjelpemidler. Med et tilsvarende system for høreapparater vil gjenbruk kunne utvikles også her, og en bedret ressursutnyttelse vil bli oppnådd, cf. Arbeidsgruppens mandat. Forslaget om gjenbruk støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

5.5 Oppgaveløsning – RHF

Arbeidsoppgaver ved sykehusenes hørselssentral vil med den foreslåtte modell være

- Områdespesifikt ansvar for all høreapparatformidling
- Veiledning knyttet til hjelpemidler
- Avtalepart ved kjøp av tjenester
- Samarbeidsinstans for avtalespesialister og hjelpemiddelsentral
- Opplæringsinstans i rehabiliteringsprosessen

Nedenfor følger en redegjørelse for de arbeidsoppgaver på hørselssentralene som er relevant for høreapparattilpassingen.

5.5.1 Ventetider

Dagens tjenestetilbud knyttet til diagnostisering av hørselshemming og høreapparattilpassing er uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i for brukerne. Manglende kontakt og samarbeid mellom hørselssentralene og avtalespesialistene samt fravær av oversikter over tilbud og ventetider bidrar til situasjonen.

Ikke alle hørselssentraler har kapasitet til å dekke behovet i hele sitt fylke/område. For å tilfredsstillere kravene AID og HOD har satt, vil det i flere helseregioner fortsatt være behov for omfattende bruk av avtalespesialister. Arbeidsgruppen ønsker at de reelle ventetidene for konsultasjon gjøres tilgjengelig på www.sykehusvalg.net både for hørselssentraler og avtalespesialister.

Et geografisk likeverdig tilbud om diagnostisering og høreapparattilpassing innebærer også at enkelte helseregioner må bygge ut sitt tilbud i form av større og/eller flere hørselssentraler. Særlig Helse Sør-Øst har et mangelfullt offentlig tilbud med akseptable ventetider.

5.5.2 Diagnostisering av hørselstap

Diagnostisering av hørselstap er et tverrfaglig arbeid mellom legespesialist, audiograf og annet fagpersonell. Arbeidets omfang og kompleksitet vil variere, og særlig barn og deres foreldre vil trenge tett oppfølging over tid.

I henhold til regelverket skal tilpassing av høreapparat skje etter undersøkelse hos legespesialist i øre-nese-halssykdommer, og det er bare legespesialisten som har rekvisisjonsrett for høreapparater som skal dekkes av folketrygden. Derimot har de

færreste legespesialister de nødvendige kunnskaper for å kunne gjøre tilpassingsarbeidet og er avhengige av audiografer til å gjøre denne jobben. Derfor er det essensielt at audiografer og legespesialister jobber tett for å sikre god kommunikasjon til brukerens beste. Også ved senere oppfølging, for eksempel ved endret hørselsstatus, er det dette samarbeidet viktig for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Uten legeundersøkelse kan nye tilstander forbli uoppdaget.

Diagnostisering av hørselstap er først og fremst en oppgave for en øre-nese-halslege, som stiller den medisinske diagnosen. I tillegg til den medisinske diagnostikken kommer også funksjonsvurdering basert på hørselstapet, og her kommer både øre-nese-halslege, audiograf, og i en del tilfeller audiopedagog og audioingeniør inn. Det samme teamet burde være sammen om behandling av tilstanden. Dersom høreapparat er en del av behandlingen, er dette vanligvis et livsvarig behov, og her er det viktig at øre-nese-halslegen bidrar i hele forløpet. Nedsatt hørsel er ikke en statisk tilstand. Det kan skje endringer som medfører at det er nødvendig med oppfølging også av legespesialist. Spesielt innen geriatrisk behandling og oppfølging står både fastlegen og legespesialisten sentralt med tanke på andre uoppdagede tilstander, og et tverrfaglig samarbeid er viktig.

Diagnostiseringsalderen for hørselshemmede barn har til nå vært for høy med tanke på habilitering og talespråkutvikling. Nyfødtscreening er et viktig bidrag for å redusere diagnostiseringsalderen. Audiologiske og elektrofysiologiske målinger av hørselen hos spedbarn er utfordrende, og det er en viss usikkerhet knyttet til resultatene. For å optimalisere testsituasjonen og sikre seg valide data, må det settes av tilstrekkelig med ressurser, både hva gjelder fagpersonell og tid. For- og etterarbeid må utføres i et bredt sammensatt team for å sikre høy faglig kvalitet på arbeidet. På grunn av usikkerhet knyttet til testresultatene, bør alle barn som ikke passerer screeningen første gang, utredes videre i løpet av to måneder. Hvis utredningen påviser nedsatt hørsel på ett eller to ører, må habiliteringstiltak igangsettes i samråd med foreldrene. Utredningen skal utføres på en hørselssentral som har tilgang til nødvendig testutstyr for å kunne stille riktig diagnose og tilby nødvendig kompetanse på hørselshabilitering av små barn og deres foreldre. Det er viktig med et tverrfaglig samarbeid som inkluderer legespesialist, audiograf, audioingeniør og audiopedagog for å kunne dekke de mange ulike behov en familie i en slik situasjon kan ha.

Sluttrapporten "Hørselstap – nyfødte – oppfølging" (2006) har utviklet en modell for rask og helhetlig oppfølging til foreldre og barn med påvist hørselstap etter screening. Ved innføring av universell screening vil det være behov for standardiserte rutiner for gjennomføring og oppfølging. Modellen og materialet som er utarbeidet i prosjektet, kan være et nyttig redskap for andre som utfører tilsvarende arbeid. Arbeidsgruppen stiller seg bak anbefalingene og ønsker at modellen implementeres ved alle sykehus som tilbyr hørselsscreening av nyfødte.

Modellen fra Sør-Trøndelag bygger på et tett samarbeid mellom hørselssentralen og Statped, og et godt tilbud til familien innebærer at de ulike instansene har god kontakt. Det må blant annet opprettes samarbeid med fastlegen og helsestasjonen samt pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) slik at det kan utvikles et kommunalt nettverk. Siden det som oftest mangler hørselsfaglig kompetanse i kommunen, må det i tillegg og så tidlig som mulig opprettes kontakt med

Statped/audiopedagogtjenesten slik prosjektrapporten "Enhetlig og helhetlig habilitering for hørselshemmede barn i alderen 0-6 år" (2007) anbefaler. Rapporten beskriver Statpeds anbefalinger til eget bidrag i habiliteringsprosessen for hørselshemmede barn i aldersgruppen. Det må snarest utarbeides tydelige henvisningsrutiner fra hørselssentral til fastlegen for etablering av kontakt med de øvrige instansene (se over). Arbeidsgruppen anbefaler at hørselssentralene sammen med familiene vurderer hvordan man kan sikre kontakt med hørselsfaglige spesialpedagogiske miljøer.

5.5.3 Tilpassing og formidling av høreapparat

Å begynne med høreapparat er en tilvenningsprosess som krever en høy grad av egeninnsats, og for noen kan prosessen være lang. Mengde og type informasjon samt kvalitativt god oppfølging er sentrale suksesskriterier for å få best mulig nytte av høreapparatene. Det finnes både hørselssentraler og avtalespesialister som følger opp sine pasienter på en tilfredsstillende måte, men fremtidens system må sørge for at den gode prosessen er tilgjengelig uavhengig av hvor man får tilpasset høreapparater. Dagens praksis inneholder ikke tilstrekkelige krav til tjenestetilbudet som skal ytes i tilpassingsprosessen slik at tilbudet som gis er svært personavhengig.

Arbeidsgruppen foreslår at det utvikles kravspesifikasjoner knyttet til høreapparatformidlingen som hørselssentralene og avtalespesialistene forplikter seg til å følge. Det bør nedsettes en bredt sammensatt gruppe bestående av blant andre legespesialist, audiograf, audioingeniør og audiopedagog med erfaring fra ulike regioner som utformer et forslag til en nasjonal kravspesifikasjon. Gruppen bør også bestå av representanter fra helseforetak, Arbeids- og velferdsetaten og brukerorganisasjoner. Spesifikasjonen bør inneholde krav til

- Medisinsk utredning
- Kartleggingsprosedyrer med brukermedvirkning
- Utpøvingsprosedyrer
- Ulike oppfølgingsprosedyrer
- Audiopedagogisk oppfølging
- Dokumentasjon av resultat
- Samarbeidsinstanser og –rutiner
- Henvisningsrutiner

Det må lages egne oppfølgingsprosedyrer for små barn da de trenger hyppige kontroller og avstøpning av propper. Kravspesifikasjonen bør åpne for at målet kan nås på ulike måter, men at måloppnåelsen alltid dokumenteres.

En arbeidsgruppe ledet av Asgaut Warland fra hørselssentralen ved Haukeland universitetssykehus utarbeidet i 2001 forslag til retningslinjer for hørselssentralene på anmodning fra Statens helsetilsyn⁸. Det synes naturlig at dokumentet brukes som grunnlag for det fremtidige arbeidet.

En forutsetning for at tilpassingsarbeidet blir vellykket, er et tverrfaglig samarbeid som dekker hele det hørselsfaglige området. Det betyr at mange hørselssentraler

⁸ Forslaget følger som vedlegg.

må styrke sin kompetanse på enkelte fagområder. Sosial- og helsedirektoratet har ikke funnet noen oversikt over bemanningen ved landets hørselssentraler annet enn de opplysninger som har kommet fra leverandørforeningen, som antyder at seks hørselssentraler har audiopedagog i staben og 13 har audioingeniører. Årsaken er i noen tilfeller manglende innsøking ved utlysning. I tillegg rapporteres det om manglende viderehenvisning av brukere og overføring av arbeidsoppgaver til audiopedagoger ved enkelte hørselssentraler. Slike problemstillinger må blant annet løses gjennom holdningsendringer i fagmiljøene. For å få fortløp i prosessen kan krav til samarbeid og kravspesifikasjoner knyttet til arbeidet være med å bidra.

Hørselssentralenes plikt til å melde videre til kommunale instanser må vektlegges. En rapportering til fastlege er essensielt for at vedkommende skal kunne utføre sitt ansvar om henvisning videre til andre impliserte parter. Andre kommunale instanser med behov for melding om hørselshemming er rehabiliteringstjensten. Berge og Lorentsens modellforsøk viste at det var et betydelig problem å få hørselssentralene til å henvise videre til kommunal instans. Erfaringene fra forsøket tyder også på at hørselssentralenes behovsutredning ofte har et relativt ensidig øre- og hørselsproblem i fokus, og ikke vurderer den totale livssituasjonen. I så fall er det behov for at også hørselssentralene tar i bruk nye og mer helhetlige tilnærminger (Berge, Lorentsen april 2007). En større vekt på bruk av individuell plan ved hørselssentralene kan være et bidrag i utviklingen.

Kapasiteten og ressurstilgangen ved mange av landets hørselssentraler motvirker mulighetene for en utvikling i den skisserte retning. "Vi registrerer imidlertid at ansatte på hørselssentralene anser mulighetene for forbedringer som klart begrensede fordi arbeidet er presset på tid. Bakgrunnen for tidspresset er både påtrykk "utenfra" for ikke å få for lange ventelister og krav "innenfra" om inntjening" (Berge, Lorentsen april 2007:44). Inntrykket er at kvalitetsutbedrende tiltak vil redusere inntjeningen da det er aktiviteter som ikke utløser takster.

5.5.4 Reparasjoner

Som vist tidligere er reparasjonskostnadene knyttet til høreapparater i sterk vekst. Det er et stort behov for en oversikt over veksten og årsaken til den samt å avdekke muligheten for kostnadsreduksjon. Arbeidsgruppen foreslår at reparasjoner legges ut på anbud i regi av Arbeids- og velferdsetaten. I Tyskland praktiseres en slik modell, og det finnes per i dag tre autoriserte reparatører. Det er ikke en forutsetning at det er høreapparatleverandører som deltar i anbudsrundene.

Arbeidsgruppen foreslår i tillegg at alle reparasjoner kanaliseres gjennom hørselssentralene etter modell fra Hordaland, alternativt gjennom en avtalespesialist. I Hordaland sendes høreapparater med et antatt reparasjonsbehov til hørselssentralen ved Haukeland sykehus for vurdering. I hørselssentralens rapport til Sosial- og helsedepartementet i 1999 beregnes besparelsene på rene reparasjonsutgifter å være cirka 79.000 kroner i fylket.

I tillegg til bedret kostnadskontroll åpner systemet for at brukere som er lite tilfredse med sine apparater og tror at det skyldes feil ved dem, kan få den nødvendige hjelp i form av adekvat problemløsning. Praksisen i Hordaland har vist at dette er en viktig problemstilling.

Det er en forutsetning for å få reparasjonsordningen til å fungere at hørselssentralene har oversikt over hvem de enkelte høreapparater er utlånt til. Den nye modellen legger opp til dette. Videre er det en forutsetning at hørselssentralene styrkes tilsvarende den økte belastningen ordningen medfører. Hørselssentralene må også prioritere arbeidet med å vurdere apparatene slik at ventetiden for brukeren ikke overstiger et akseptabelt nivå.

5.5.5 Veiledning knyttet til hjelpemidler

Høreapparat gir ikke alltid tilstrekkelig forsterkning og dekker ikke alle hørselsrelaterte behov en hørselshemmet kan ha. Arbeids- og velferdsetaten har formidlingsansvaret for andre tekniske hjelpemidler, men hørselsfaglig personale ved hørselssentralene skal ha anledning til å søke om hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene. Hørselssentralens personale har den tetteste dialogen med brukeren og gode forutsetninger for å sette seg inn i brukerens situasjon. Særlig samtalehjelpemidler står sentralt i en helhetlig behovsvurdering, og høreapparaterne må ses i sammenheng med de andre hjelpemidlene.

Tilpassings- og oppfølgingsprosedyrer ved hørselssentralen må inkludere en vurdering av alternativer til høreapparater samt behovet for supplement til apparatene. Nytteverdien av samtalehjelpemidlene avhenger av ulike faktorer. Den teknologiske utviklingen innen samtalehjelpemidler skjer i likhet med høreapparater fort. Å skaffe seg dybdekunnskap om produkter og deres fordeler og svakheter er et omfattende arbeidsområde og ligger innenfor hjelpemiddelsentralens ansvarsområde. Utvikling av gode samarbeidsrutiner mellom hjelpemiddelsentral og hørselssentral er viktig for å sikre at brukeren får den mest hensiktsmessige løsningen. Uten hørselsfaglig kompetanse kan kommunalt ansatte ha vanskeligheter med å følge opp brukeren med tanke på samtalehjelpemidler. Ved å søke om hjelpemidler påtar hørselssentralen seg et oppfølgingsansvar i forhold til hjelpemidlene, noe som forutsetter god dialog med hjelpemiddelsentralen.

Et veiledningsansvar forutsetter at hørselssentralene har tilgang på hjelpemidlene de skal veilede om. Arbeids- og inkluderingsdepartementet ber i brev av 15.12.2006 hjelpemiddelsentralene om å stille en "prøvepakke" av hørselstekniske hjelpemidler til disposisjon for de som tilpasser høreapparater. Departementet forventer videre at hjelpemiddelsentralene samarbeider med høreapparatformidlerne for å bedre kunnskapen om hørselstekniske hjelpemidler. I brev av 16.02.07 sier Arbeids- og velferdsdirektoratet til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler at det er ønskelig at alle hørselssentraler og avtalespesialister skal ha en "prøvepakke" tilgjengelig, forutsatt at de er i stand til å nyttiggjøre seg en. Arbeidsgruppen stiller seg bak føringene og ber om at hjelpemidlene stilles til disposisjon for høreapparatformidlerne. Utvalget av hjelpemidler bestemmes i et samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og hørselssentralene eller den enkelte avtalespesialist.

5.5.6 Avtalepart ved kjøp av tjenester

I dag gjør privatpraktiserende legespesialister avtaler med regionalt helseforetak, og det stilles ikke tilsvarende krav til avtalespesialistene som til hørselssentralene. Det finnes i dag ikke forskrift eller faglige retningslinjer som stiller krav til den faglige virksomheten avtalespesialistene skal utføre. Dagens praksis kan gi uheldige geografiske forskjeller i tilbudet til brukerne.

Arbeidsgruppen foreslår å løse situasjonen ved at avtalemyndigheten delegeres til helseforetakene/sykehusene, som tegner avtalene med private aktører når de selv ikke har kapasitet til å overholde den fastsatte ventetiden slik det er skissert over. Avtalene må stille de samme krav til det private tjenestetilbudet som til det offentlige. Det vil si at brukeren skal ha tilgang til de samme utprøvningsmulighetene, en audiograf som ikke er tilknyttet leverandør samt audiopedagogisk oppfølging i utprøvningsperioden. Avtalespesialistene forplikter seg også til å utføre arbeidet i henhold til de retningslinjer som skal utarbeides for all høreapparattilpassing.

Audiografer har ikke rekvisisjonsrett for høreapparater og er tidligere definert som legens hjelpepersonale. Ikke alle avtalespesialister har audiograf ansatt, mens det er audiografen som må utføre tilpassingsarbeidet. Avtalespesialister som ikke har audiograf ansatt, henviser til leverandørene eller til privatpraktiserende audiografer. Dagens privatpraktiserende audiografer har kun avtaler med legespesialister og ikke med regionalt helseforetak. Arbeidsgruppen foreslår at avtalen legespesialister tegner med hørselssentralen stiller krav om tilknyttet audiograf. Avtalen må også spesifisere hvordan avtalespesialisten skal tilby audiopedagogisk oppfølging.

Helseforetakene har plikt til å tilby ambulerende tjenester. Ikke alle hørselssentraler har tilstrekkelig kapasitet, og gjennomføring av utadrettet virksomhet er mange steder begrenset. For Hordaland fylke har Helse Vest ved Haukeland universitetssykehus løst sitt kapasitetsproblem ved å inngå særavtaler med noen av avtalespesialistene om å utgjøre den ambulerende tjenesten. Arbeidsgruppen foreslår at hørselssentraler som ikke ser seg i stand til å løse oppgaven med den styrking modellen foreslår, ser på bruk av avtalespesialister i arbeidet med å sikre tilgang til høreapparattilpassing for alle. I det foreslåtte arbeidet med utarbeidelse av kvalitetskrav for øvrig, må spesifisering av målsetting og hensikt med ambulerende tjenester nedfelles og kvalitetskrav stilles.

5.5.7 Samarbeidsinstans

Den foreslåtte modellen forutsetter et tett samarbeid mellom ulike aktører. Samarbeidet mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen er nærmere beskrevet i 5.6.

Helhetlig rehabilitering krever fagkompetanse fra flere fagområder og oppfølging over tid. I 5.9. skisseres det et kurstilbud som bør gjøres tilgjengelig for hørselshemmede som føler behov for mer informasjon i tilknytning til sin hørselsrehabilitering. For at et offentlig og privat tjenestetilbud skal være likeverdig, må også brukere av avtalespesialister få tilbud om de samme kursene. Avtalespesialistenes praksis kan også inkluderes i kurstilbudene som er skissert i 5.9. Gjennom samarbeid mellom hørselssentralen og avtalespesialistene får begge parter innblikk i hverandres praksis og kan diskutere mål og metoder. Samarbeidsformen bør beskrives i gjeldende avtale.

I Danmark har man erfaring med henvisning til oppfølging andre steder enn der apparatene er tilpasset, både offentlig og privat. En ny undersøkelse viser at andelen hørselshemmede som benytter seg av et slikt oppfølgingstilbud er lavere for de som bruker private tjenesteytere enn for de som har fått tilpasset apparatene

innen det offentlige tilbudet (Lindstad 2007). Fremtidig praksis i Norge må sikre at tilbudet blir likt uavhengig av henvisende instans.

5.6 Samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF

Å opprettholde en delt oppgaveløsning i høreapparatformidlingen krever gode samarbeidsrutiner med tett kontakt mellom hørselssentral og hjelpemiddelsentral. I mange fylker preges dagens kontakt av manglende samarbeid eller et lite konstruktivt samarbeidsklima. Det er derfor essensielt at fremtidig organisering inkluderer forpliktende samarbeid som baserer seg på avtaler. Det bør videre opprettes hensiktsmessige samarbeidsfora. Samarbeidet må omfatte

- Utvikling av rutiner for henvisning
- Oppfølging av brukere med tanke på en helhetlig behovsvurdering
- Utvikling og oppfølging av felles kurstilbud til kommunalt ansatte med hørselsrelaterte arbeidsoppgaver
- Samkjøring og organisering av bistand til lærings- og mestringssentrene (se beskrivelse av kurstilbud i 5.9.1)
- Sortimentsarbeid – høreapparater (gjelder spesialenheten)

Som det påpekes i sluttrapporten til Berge og Lorentsen, kommer ikke tverrfaglig og tverretattlig samarbeid av seg selv. Det nevnes forutsetninger for å oppnå et samarbeid som går ut over å henvise personer til hverandre (Berge, Lorentsen april 2007):

- Parter som skal samhandle konstruktivt må ha en felles forståelse av verdigrunnlag og overordnede mål for samarbeidet/prosessen.
- Fellesskapet i verdigrunnlag og forståelse må utvikles og vedlikeholdes gjennom målrettede prosesser hvor ledelsen på alle nivåer inkluderes.
- Klare rutiner for samarbeid som inkluderer ansvars- og rollebeskrivelser
- Kunnskap, forståelse og respekt for hverandres ansvarsområder.
- Krav til kvalifiserte medarbeidere med trygg basis i egen faglighet og med respekt for andres faglighet.

Det foreslås at en arbeidsgruppe bestående av representanter fra begge instanser fra ulike deler av landet, jobber frem et forslag til overordnet plan for hvordan samarbeidet kan muliggjøres og hva innholdet må inkludere.

Interesseorganisasjoner bør inkluderes i arbeidsgruppen for å sikre at fremtidige avtaler har et godt brukerperspektiv. Forslaget kan brukes som veileder i arbeidet med å opprette et tilfredsstillende tilbud på landsbasis.

5.7 Cochlea-implantasjon

Cochlea-implantat (CI) er et hjelpemiddel som har som hovedhensikt å gi døve eller sterkt tunghørte som ikke har nytte av høreapparat mulighet til å oppfatte tale. Implantasjonen er i seg selv en høyspesialisert medisinsk prosedyre som stiller store krav til teknikk og ekspertise. I tillegg forutsetter et vellykket resultat innsats både fra bruker selv og ulike fagpersoner. En god prosess for en CI-kandidat er derfor tett oppfølging fra henvisning er sendt til lyttetreningen kan avsluttes eller foretas på egenhånd. Det er store individuelle forskjeller hva gjelder lydopplevelse og

taleoppfattelse ved bruk av cochlea-implantat. For at gevinsten ved cochlea-implantat skal være optimal, kreves god opplæring og tett oppfølging fra et nært samhandlende helsepersonell og pedagogisk personell.

Det er avgjørende at alle personer med cochlea-implantat har tilgang på god fagkompetanse med en rimelig geografisk nærhet. Arbeidsgruppen foreslår at minimum én hørselssentral i hver helseregion bygger opp spesifikk kompetanse innenfor området. I dag finnes det slik kompetanse i Helse Sør-Øst (Rikshospitalet), Helse Vest (Haukeland) og Helse Midt-Norge (St. Olav).

Fagmiljøene antar at mellom 3000-5000 voksne døve ville kunne ha nytte av cochlea-implantat. For barn anslås behovet for å være 30-45 årlig. Sosial- og helsedirektoratet anslo i 2006 at behovet for cochlea-implantasjoner tilsvarer 250 operasjoner årlig.

5.7.1 Finansiering av cochlea-implantater

I motsetning til høreapparater og andre hørselshjelpemidler finansieres ikke cochlea-implantat gjennom folketrygden. En konsekvens av en fullfinansiering gjennom RHF er lange ventetider for å få den nødvendige hjelpen fordi det ikke er satt av tilstrekkelige midler i budsjettene for å dekke det faktiske behovet. Rikshospitalet opplyser at ventetiden for voksne nå er på minst tre år. St. Olavs hospital melder at de i utgangspunktet har en ventetid på ett år, men at de siden vinter/vår 2006 ikke tilbyr CI-operasjoner på grunn av behov for økonomiske innsparinger. Likevel blir CI-pasienter som klager på brutt behandlingsgaranti operert ved sykehuset. Situasjonen er fortsatt vanskelig til tross for at helse- og omsorgsministeren forsikret Stortinget om at de regionale helseforetakenes ansvar for CI-operasjoner vil bli fulgt opp i tiden fremover i Stortingets spørretime i mai 2006. Døvblitte personer i yrkesaktiv alder løper en høy risiko for å falle ut av arbeidslivet mens de venter på operasjon.

Arbeidsgruppen foreslår å likestille cochlea-implantater med andre hørselshjelpemidler slik at implantatets ytre del finansieres gjennom folketrygden. Omleggingen vil medføre en likebehandling av alle hørselshemmede med et hjelpemiddelbehov, og kostnadsfordelingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF vil tilsvare høreapparatformidlingen. Kostnadsfordelingen vil gi kortere ventetid forutsatt at dagens kapasitet opprettholdes.

5.7.2 Cochlea-implantat til barn

Cochleaimplantasjon hos barn har talespråkutvikling som hovedsiktemål. Det er derfor viktig at diagnostisering og operasjon skjer så raskt som mulig. Nyfødtscreening er et viktig verktøy i diagnostiseringsarbeidet overfor barn med medfødte hørselstap. Hvis cochlea-implantat anses som formålstjenelig, bør implantasjon tilbys fra barnets 6. levemåned og helst innen 12. levemåned.

Rikshospitalet oppgir at det tar cirka tre måneder fra de mottar henvisning til operasjon gjennomføres. For barn som er henvist for operasjon på øre nummer to, er ventetiden noe lenger på grunn av økt interesse den siste tiden. Ventetiden er nå seks måneder.

For å sikre at barnas oppfølgingsbehov blir ivaretatt under og etter lydjustering, må det finnes konkrete samarbeidsavtaler hvor relevante kommunale tjenesteytere og Statped's ansvar og bidrag er definert.

5.7.3 Cochlea-implantat til voksne

Den mest akutte problemstillingen overfor voksne med behov for cochlea-implantat er å få oppfylt sine rettigheter i henhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftens § 4, det vil si å få utredning og operasjon innen lovens rammer. Arbeidsgruppen mener at en omlegging av finansieringen vil være et skritt på veien mot målet.

Som nevnt er tett og adekvat oppfølging av avgjørende betydning for muligheten til å nyttiggjøre seg implantatet i henhold til egne forutsetninger. Erfaringene fra St. Olavs hospital viser at oppfølgingsbehovet varierer, men at det er helt nødvendig med et tverrfaglig samarbeid i og mellom de ulike instansene for at alle som har fått et cochlea-implantat skal ha mulighet til et optimalt utbytte. Arbeidsgruppen ønsker at det opprettes et system for tilmelding til personens hjemkommune fortrinnsvis før operasjonen gjennomføres, slik at et oppfølgingstilbud er klart umiddelbart etter. Fastlegen har en sentral rolle i oppfølging og viderehenvisning etter operasjon og må inkluderes i den fremtidige rutinen. Det må tas initiativ fra overordnet myndighet til å informere kommunene om deres oppfølgingsplikt overfor gruppen med konkrete anbefalinger om tilbudets innhold. Initiativet må blant annet rettes mot fastlegene slik at de får bedre kunnskap om oppfølgingsbehovet og henvisningsinstanser. I de regioner eller fylker hvor det ikke er laget samarbeidsavtaler eller rutiner mellom Statped/fylkesaudiopedagogtjenesten og RHF, må en slik avtale utformes, og samarbeidsform, henvisningsrutiner og ansvarsfordeling må inkluderes.

5.8 Kommunalt ansvar

Hovedutfordringen i det kommunale tilbudet til hørselshemmede er tilgangen på hørselsfaglig kompetanse. Noen få kommuner har audiopedagog ansatt, men selv der vil de neppe ha kapasitet til å følge opp alle kommunens hørselshemmede i alle aldre. Kommunen har en sentral rolle i store deler av rehabiliteringsprosessen, og fagkompetanse på mange områder er nødvendig. Primærlegen og helsestasjonen kan nevnes som viktige bidragsytere samt tjenester som gir mulighet for oppfølging i hjemmet.

I handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" påpekes det at kommunen forventes å ha kompetanse om hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer og psykososiale konsekvenser ved å ha nedsatt hørsel. I tillegg forventes kunnskap om hørselshemmedes behov og oversikt over aktuelle tilbud i statlige etater og i spesialisthelsetjenesten. Handlingsplanen nevner også oppfordringer fra Helsedepartementet til kommunene om å opprette hørselsfaglig kompetanse, blant annet gjennom veiledningstiltak og etterutdanning. Det er derfor ønskelig at kommunenes ansatte får hørselsfaglig opplæring/etterutdannelse for bedre å kunne ivareta brukergruppen. En forventet økning i antall eldre gjør at gruppens størrelse tiltar.

Tilgangen på fagpersonale med kompetanse på/erfaring fra arbeid med hørselshemmede er per i dag begrenset slik at mindre kommuner med færre innbyggere bør vurdere muligheter for interkommunalt samarbeid. Arbeidsgruppens modell vil gi bistand til kommunene gjennom opprettelse av en ny hørselsfaglig stilling tilknyttet hørselssentral med fylkesvist eller områdespesifikt ansvar ("fylkesaudiografen").

5.8.1 "Fylkesaudiograf" eller annen hørselsfaglig kompetanse

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en hørselsfaglig stilling med tilknytning til en hørselssentral. Tilknytningen til fagmiljøet ved hørselssentralen er essensiell fordi den sikrer samarbeid med de personer som tilpasser høreapparat og en tilhørighet til et ressursmiljø. Stillingen kan være som fylkesaudiograf eller besittes av en person med annen hørselsfaglig kompetanse. Stillingen må være en del av fagmiljøet ved hørselssentralen, men ikke inkluderes i det daglige arbeidet. Avhengig av tilgjengelig kompetanse ved hørselssentralen vil stillingen kunne besittes av flere personer med ulik hørselsfaglig bakgrunn i en gitt stillingsbrøk for på den måten å gi et bredt tilbud til kommunene.

Det anbefales at stillingen tillegges ansvar for å bistå kommunene gjennom veiledning og opplæring. I tillegg til hørselskontakter eller andre i rehabiliteringsvirksomhet vil særlig ansatte ved sykehjem og i pleie- og omsorgstjenesten være viktige målgrupper for arbeidet. Med sin arbeidsform vil stillingen bidra til å ivareta hørselssentralenes plikt til å tilby ambulerende virksomhet.

5.8.2 Hørselskontakter

De aller fleste kommuner har i dag avtaler med hjelpemiddelsentralen i sitt fylke og mange har også egne hørselskontakter. Ansatte i kommunens rehabiliteringstjeneste får tilbud om opplæring innen hjelpemiddelsentralens ansvarsområder. Helseforetaket har tilsvarende opplæringsansvar overfor kommunene, og enkelte hørselssentraler har samarbeid med hjelpemiddelsentralen om bidrag ved avvikling av kurs. Arbeidsgruppen foreslår at et slikt samarbeid gjøres forpliktende slik at kommunens ansatte får tilbud om et mer helhetlig opplæringstilbud i forhold til teknisk tilrettelegging og et bedre faglig nettverk.

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-1/2007 sier at alle kommuner skal ha en hørselskontakt. Mer enn 90% av kommunene har ren rehabiliteringsansvarlig for hørselshemmede (Eilertsen 2005). Dagens hørselskontakter har imidlertid ofte et udefinert ansvarsområde og ordningen praktiseres forskjellig. Det foreslås at hørselskontakten pålagt i nevnte rundskriv får definerte oppgaver og ansvar knyttet til alt hørselsrelatert rehabiliteringsarbeid med nødvendig kontakt med de andre tjenesteyterne, slik som hørselssentral og hjelpemiddelsentral. En samordning vil sikre informasjonsflyt og koordinering samt gjøre tilbudet mindre fragmentert og mer oversiktlig. Arbeidsgruppen foreslår at hørselskontakten er en del av kommunens koordinerende enhet for rehabilitering for å sikre et enhetlig og helhetlig tjenestetilbud.

Et samarbeid mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen om opplæring av hørselskontaktene vil gjøre hørselskontaktene (og/eller andre ansatte med

tilsvarende oppgaver) bedre i stand til å få et helhetlig bilde av situasjonen. Et bedret opplæringstilbud kan blant annet gjøre hørselskontaktene i stand til å løse enkle problemer med høreapparatene, som for eksempel rengjøring og skift av slange og batteri. Velfungerende høreapparater er som nevnt en forutsetning for å kunne bruke enkelte andre hørselstekniske hjelpemidler. Hørselskontaktene bør også i større grad opprette kontakt med eller informere om HLF's hørselshjelpere og søke samarbeid som drar nytte av den erfaring og kunnskap de besitter.

Berge og Lorentsen har foretatt et modellforsøk med opprettelsen av hørselskoordinatorer på kommunalt nivå. Erfaringene fra forsøket viser nødvendigheten av forankring i ledelsen for å sikre legitimitet og at ledelsen jobber med moderne rehabiliteringstenkning både i ledelsen og i bedriftskulturen. Forankringen må foregå på rådmannsnivå fordi det bare er rådmannen som har sektorovergripende myndighet (Berge, Lorentsen april 2007).

5.8.3 Rådgivningskontor for hørselshemmede

Det stilles ikke krav til hørselsfaglig utdanning for hørselskontakter eller andre som jobber med hørselsrehabilitering av hørselshemmede i kommunen. Opplæringen som gis fra eksterne samarbeidspartnere omhandler i dag først og fremst det tekniske aspektet.

Oslo, Bergen og Stavanger har egne rådgivningskontorer for hørselshemmede. Kontorene bistår brukerne i ulike saker som for eksempel søknadsskriving, råd og veiledning m.m. I Trondheim finnes det et tilsvarende tilbud til døve og døvblinde. Arbeidsgruppen anbefaler en utbredelse av tilbudet til flere kommuner, særlig i befolkningstette områder. Rådgivningskontorene vil være lavterskeltilbud med oversikt over alle relevante tjenester, og en utvidelse av tilbudet vil skape større geografisk likhet på landsbasis. Disse oppfordres til å opprette et samarbeid med kommunens koordinerende enhet for rehabilitering innbefattet hørselskontakten slik at de ulike tjenesteyterne er informert om tilbudet som gis. Overlapping av tjenester kan følgelig unngås, og et enhetlig tilbud formidles.

5.8.4 Koordinerende enhet for rehabilitering

Alle kommuner har krav på seg til å opprette en koordinerende enhet for rehabilitering. I henhold til undersøkelsen utført av SKUR nr 5/2004 (Moen 2004) hadde cirka halvparten av kommunene innfridd kravet. I tillegg var det kun et fåtall kommuner hvor tilbudet fungerer etter hensikten. Arbeidsgruppen mener at en koordinerende enhet på kommunalt nivå kan være en viktig aktør for å få opprettet et rehabiliteringstilbud til hørselshemmede som ivaretar hele prosessen, og et nytt fokus på viktigheten av å opprette velfungerende enheter bør etableres og arbeidet intensiveres.

Den koordinerende enheten skal ha oversikt over det kommunale tilbudet og kunne gi veiledning til aktører som ikke har tilstrekkelig kunnskap og erfaring med kommunale tjenester. Enheten skal også fungere som bindeledd mellom 1. og 2.linjetjenestene og være en premissleverandør for samarbeid instansene imellom. Hørselskontaktene bør, som nevnt, være del av koordinerende enhet.

5.9 Kompletterende rehabiliteringstilbud til hørselshemmede

Som nevnt i de foregående kapitlene, er tilbudet til hørselshemmede i mange regioner mangelfullt hva gjelder rehabilitering i et psykososialt perspektiv. Innen dagens organisering er det ingen kandidater som har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å ta ansvaret for det helhetlige tilbudet. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det opprettes et rehabiliteringstilbud til alle hørselshemmede med utgangspunkt i ReSonare-modellen. Modellen er utgangspunkt for et rehabiliteringstilbud til døvblitte og sterkt tunghørtblitte voksne med pårørende der det legges stor vekt på informasjonskurs og tilpasningskurs med aktører fra ulike hørselsfaglige miljøer (Modellforsøket **Resonare** 2003).

5.9.1 *Organisering*

Alle personer som har vært til utredning på hørselssentral eller hos avtalespesialist og fått påvist et hørselstap, skal få tilbud om oppfølgende rehabilitering. Undersøkelser viser at vellykket rehabilitering avhenger av god informasjon til pårørende, og informasjons- og opplæringsarbeidet må også inkludere pårørende. Tilbudene må organiseres i henhold til gjeldende regelverk slik at reiseutgifter dekkes samt at deltakerne har krav på fri fra jobb for å delta på kursene.

I ReSonare-modellen har lærings- og mestringssentrene (LMS) en sentral rolle i kursavviklingen. Det er vesentlig at rehabiliteringstilbudet som bygges opp innen hørselsomsorgen hviler på en felles plattform, som sikrer et helhetlig og oversiktlig tilbud for brukere så vel som for fagpersoner. Geografisk nærhet til rehabiliteringstilbudet er også viktig for at alle, uansett bosted, skal oppleve at tilbudet er tilgjengelig.

Som nevnt i kapittel 3 har LMS allerede fått opplæringsansvaret overfor brukere av spesialisthelsetjensten, og det er derfor naturlig at de inngår i det tilsvarende ansvaret overfor hørselshemmede. Steinhaug og Hatlings evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NKLMS) vurderer tilbakemeldinger fra lokale LMS til at modellen synes å "fungere godt i praksis, og det ser ut til at den er egnet til å fremme likeverdig samhandling i praksisfeltet." (Steinhaug, Hatling 2006).

Utbredelsen av sentrene i dag sammen med etableringen av nye i den nærmeste fremtid bør kunne gi et godt tilbud innen alle helseregioner. Avvikling av kursene bør også kunne finne sted utenfor LMS i andre egnede lokaler der det er mest hensiktsmessig. NKLMS må også informeres og involveres i planleggingsarbeidet og prosessen for øvrig slik at hørselsområdet også kan inngå i kompetansesenterets andre arbeidsoppgaver, deriblant kompetanseutvikling, forskning og nettverksbygging.

LMS har ikke den nødvendige kompetansen til å stå ansvarlig for innholdet og må innhente ekspertise fra aktuelle instanser. Hørselssentralene, hjelpemiddelsentralene og Statped/fylkesaudiopedagogtjenesten må forplikte seg til å delta. Kommunenes hørselskontakter bør også involveres for å sikre at tilbudet blir helhetlig og at deltakerne får de nødvendige kontaktene. Andre kommunale instansers involvering, for eksempel primærhelsetjenesten, bør vurderes. Sentralt hos LMS står sidestilling av fagkunnskap og brukererfaring. Erfarne brukere skal

inkluderes i opplæringstilbudet helt fra den første planleggingsfasen. I dette arbeidet vil samarbeid med brukerorganisasjonene være essensielt.

5.9.2 Innhold

Arbeidsgruppen anbefaler at det igangværende samarbeidet mellom Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom og Briskeby skole og kompetansesenter AS videreutvikles, slik at informasjonskurs og tilpasningskurs kan tilbys i alle helseregioner.

Det siktes da spesielt til modellen utviklet i ReSonare-prosjektene og til prosjektet "Hørselshemmede og pårørende" (Holmberg 2005).

5.9.3 Individuell plan til hørselshemmede

Det anbefales at individuelle planer (IP) i større utstrekning brukes som verktøy i hørselshemmedes rehabiliteringsprosess. Ansvaret hviler på hørselssentralene som henvisende instans og igangsetter. Likevel er det kommunene som har utformings- og oppfølgingsansvaret. Planleggingsverktøy for individuell plan med fokus på hørselshemmede (Døvekompetanse 2005) påpeker at det bør være en tydelig instans i hver kommune som skal vurdere hvem som har behov for og rett til individuell plan.

Lorentsen og Berges undersøkelse (Lorentsen, Berge, februar 2006) viser at planarbeidet kunne være bedre om rammene og støtten fra systemet hadde vært bedre. En del kommuner står overfor flere utfordringer for at arbeidet med IP skal oppleves som meningsfullt og ha den nytteeffekt som ligger i mulighetene. Et sett av gjensidig avhengige forhold må være på plass, slik som felles forstått verdiforankring, ledelse, klarlegging av rolleforståelse, legitimitet, rom og tid til å arbeide annerledes, plassering av ansvar og oppgaver for å nevne noen. Forfatterne konkluderer med at det i dag er et stort gap mellom de betydelige gevinstene vi kan hente ut ved en slik måte å arbeide på og den satsningen som gjøres for å kvalifisere kommunene til å arbeide slik. Det bør derfor satses på en styrking av kompetansen i bruk av individuelle planer generelt og overfor hørselshemmede spesielt. Planverktøyet som er utviklet av Døvekompetanse AS anbefales brukt. Verktøyet er utviklet med tanke på personer med ulike typer hørselstap og legger vekt på hørselshemmedes kommunikasjonsbarrierer.

5.10 Hørselshjelperordningen

Ved funksjonssvikt eller sykdom opplever mange mennesker god støtte i å treffe andre mennesker i tilsvarende livssituasjon. Gjennom møter med likemenn kan man få hjelp til å sette ord på og bearbeide følelser knyttet til sine erfaringer. HLF's hørselshjelpere inngår i et slikt likemannsarbeid (se 3.10 for en nærmere beskrivelse). Arbeidsgruppen ser hørselshjelperordningen som et viktig bidrag i rehabiliteringstilbudet som gis hørselshemmede og mener at hørselshjelperne må trekkes aktivt inn i arbeidet som gjøres for hørselshemmede uten at de overtar oppgaver offentlige instanser har ansvar for.

Hørselshjelpernes hovedområde skal fortsatt være veiledning i bruk og stell av høreapparater for mennesker som ønsker kontakt med en likemann. Hjelpen kan

være en inngangsport til en god samtale med felles forståelse innenfor rammen av likemannsarbeid. Arbeidsgruppen vil likevel understreke viktigheten av at man innen kommunale tjenester bygger opp kompetansen innen bruk og stell av høreapparater som nevnt tidligere.

I modellen slik den er foreslått over, skal brukerorganisasjonene være sentrale bidragsytere i planleggingsarbeidet om kurstilbud ved hvert enkelt lærings- og mestringssenter. I tillegg mener arbeidsgruppen at likemenn kan informere om likemannsordningen på kursene samt gi informasjon om det å være hørselshemmet til hørselskontakter og andre kommunalt ansatte på kurs i regi av hjelpemiddelsentral og hørselssentral. For å sikre at hørselshjelperne får tilbud om faglig påfyll og god kontakt med tjenesteapparatet, må hørselshjelperne bli invitert på kurs som tilbys kommunenes hørselskontakter. Det er også naturlig at både hørselssentraler, hjelpemiddelsentraler og kommuner har oversikt over hørselshjelperne i sitt område. Arbeidsgruppen oppfordrer i tillegg alle involverte etater til å innarbeide bruk av likemenn i sine plandokumenter.

6 Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas flertall

I kapittel to er det redegjort for de ulike problemstillingene dagens rehabiliteringstilbud til hørselshemmede er preget av. I dette kapitlet gjøres det forsøk på å vise hvordan den nye modellen for høreapparattilpassing er tenkt å avhjelpe situasjonen innenfor det mandatet Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt.

6.1 Rehabilitering

Mandatet sier at forslagene skal sikre best mulig geografisk utbredelse av de nødvendige tjenestene og at ventetiden for tilpassing av høreapparat reduseres til maksimalt tre måneder. Modellen foreslår

- At de regionale helseforetakene får det formelle ansvaret for all høreapparattilpassing
- At helseforetakene/sykehusene gjør avtaler med privatpraktiserende spesialister når kapasiteten ved egen hørselssentral ikke er stor nok
- At hørselssentralene styrkes med flere stillinger
- At det bygges opp et offentlig tilbud om høreapparattilpassing i hele landet

Ventetid og tilgjengelighet ved hjelpemiddelsentralene er også mange steder altfor lang. Modellen foreslår

- At hjelpemiddelsentralene styrker sin fagkompetanse slik at ventetiden på service og bytte av hjelpemidler reduseres
- At leveringstid på bytte og utprøving registreres ved hjelpemiddelsentralene

Tjenestetilbudet til hørselshemmede karakteriseres som fragmentert og med en ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåer og etater som uklar og til dels uryddig. Modellen foreslår

- At gjeldende regelverk gjennomgås og forbedres slik at regelverket gjenspeiler dagens behov
- At det utarbeides forpliktende samarbeidsavtaler mellom etatene og nivåene som inneholder ansvars- og oppgavefordeling
- At samarbeidsavtalene forplikter tjenesteyterne til tett samarbeid på system- og brukernivå
- At alle tjenesteytere som er en del av hørselsomsorgen forplikter seg til deltakelse i slikt samarbeid
- At det utarbeides klare henvisningsrutiner mellom tjenesteyterne, særlig knyttet til primærhelsetjenesten og Statped/audiopedagogtjenesten
- At alle avtaler som inngås gjøres kjent for de som praktiserer dem

Hørselssentralenes geografiske spredning gjør dem lite tilgjengelige for mange brukere. Modellen foreslår

- At hørselssentralene styrker sin ambulerende tjeneste gjennom hensiktsmessig form og i nært samarbeid med kommunenes hørselskontakter
- At "fylkesaudiografen" inngår i de ambulerende tjenestene
- At alle barn henvises til audiopedagogtjenesten med foreldrenes samtykke

Mange hørselshemmede opplever at opplæring og oppfølging er mangelfull. Modellen foreslår

- At det utarbeides kvalitetskrav til høreapparattilpassingen som alle forplikter seg til å følge uavhengig av arbeidssted
- At det opprettes et kurstilbud på LMS som tilbys alle hørselshemmede uansett hvor de har fått diagnostisert hørselstapet sitt
- At alle aktører i tjenestene til hørselshemmede, inklusiv interesseorganisasjonene, deltar i gjennomføringen av kursene
- At kursene må inkludere de forhold innen hørselsrehabiliteringen som ofte mangler i dag, for eksempel psykososiale konsekvenser av hørselstap og tilrettelegging av arbeid og arbeidsplass
- At det utvikles egne re-/habiliteringsprogram overfor grupper med spesielle behov, som nyfødte og personer med cochlea-implantat
- At det opprettes rådgivningskontorer for hørselshemmede i befolkningstette områder uten slike kontorer i dag.
- At likemannsarbeidet integreres i oppfølgingen

Det mangler koordinering av tjenestene. Modellen foreslår

- At kommunenes koordinerende enhet for rehabilitering ansvarliggjøres slik at også hørselshemmede får et tilbud
- Iverksetting av tiltak som fremmer bruk av individuell plan
- At hørselskontaktene knyttes til kommunenes koordinerende enhet for rehabilitering

6.2 Kompetanse og kvalitetskrav

Svært få hørselssentraler har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Modellen foreslår

- At alle hørselssentraler skal bemannes med legespesialist i øre-nese-halssykdommer, audiograf, audioingeniør og audiopedagog
- At det utarbeides planer for oppgavefordeling mellom yrkesgruppene på hørselssentralene

Svært få avtalespesialister har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Modellen foreslår

- At alle avtalespesialister som skal tilpasse høreapparat må ha tilknyttet audiograf
- At alle avtalespesialister må avtalefeste hvordan audiopedagogisk oppfølging skal foregå

Variierende tilbud i tilpassingsarbeidet med stedvis dårlig kvalitet som resultat.

Modellen foreslår

- At det utarbeides tydelige kvalitetskrav som alle formidlere forplikter seg til å følge
- At det opprettes formelle samarbeids- og henvisningsrutiner mellom de ulike tjenesteyterne

Svært få kommuner har hørselsfaglig kompetanse, og hørselshemmede er en brukergruppe med lav prioritet. Modellen foreslår

- At hørselskontaktens oppgaver og ansvarsområder avklares, og at arbeidet forankres i koordinerende enhet for rehabilitering
- At "fylkesaudiografen" i samarbeid med hørselssentral og hjelpemiddelsentral tilbyr god opplæring i hørselsfaget
- At hørselskontaktene inngår i ulike samarbeidsfora med fagmiljøene for å øke kunnskapsoverføringen. "Fylkesaudiografen" får en sentral plass i skoleringen
- At det iverksettes tiltak overfor kommunale instanser om behovet for høyere prioritering av tjenestetilbudet til hørselshemmede
- At kommunenes ansatte sikres opplæring og veiledning innen hørselshemming

6.3 Kostnadskontroll

Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrygdeverkets rapport fra 2003 konkluderer med ulike problemstillinger knyttet til kostnadene ved finansiering av høreapparater gjennom folketrygden. Punktene som er listet i 2.2.3 er som følger:

Manglende statistikk og oversikt over kostnader, og mangelfull kontroll over forbruk av midler. Modellen foreslår

- A) Sentralisering av søknadsbehandling innen Arbeids- og velferdsetaten, som gir mulighet for kontroll med overforbruk
- B) Opprettelse av et landsdekkende register over utlånte høreapparater, som gir oversikt over reparasjonsbehov, forbruk og kvalitet
- C) Kontroll av høreapparat hos formidler for vurdering av reparasjonsbehov, som kan redusere antall reparasjoner samt avdekke feilformidling
- D) Anbudsrunder for reparasjoner av høreapparater, som gir kontroll over reparasjonskostnader

Uheldige koplinger mellom foretningsdrift og helsetilbud. Modellen foreslår

- E) Arbeids- og velferdsetaten overtar innkjøp og hovedlager for høreapparater, som medfører et brudd mellom formidler og leverandør

- F) Avtalespesialistene kan ikke henvise pasienter til leverandører for høreapparattilpassing, men må ha audiograf tilknyttet

Manglende gjenbruk av høreapparater. Modellen foreslår

- G) Innføring av et landsdekkende gjenbrukssystem

Andre problemstillinger som påpekes i kapittel to som påvirker kostnadene, er blant annet:

Store variasjoner i aktørenes tolkning av Arbeids- og velferdsetatens regelverk, og Arbeids- og velferdsetaten mangler kontrollinstans og veiledningsfunksjon. Modellen foreslår

- H) Utarbeidelse av ny forskrift med eventuell veileder som regulerer høreapparatformidlingen og er tilpasset dagens situasjon. Regelverket må gjelde for alle som tilpasser høreapparater finansiert av folketrygden.

Forslag til modell punkt 6.3 Kostnadskontroll har kun delvis tilslutning fra Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen. Representantene kan ikke slutte seg til forslagene A, B, E og G.

6.4 Videre arbeid

Arbeidsgruppen har foreslått ulike tiltak for å bedre hørselsomsorgens fragmenterte og delvis mangelfulle tilbud. Enkelte tiltak krever grundig gjennomgang og ulike grupper må være representert under arbeidet. For å realisere forslagene til tiltak må det nedsettes følgende arbeidsgrupper:

- Utvikling av kvalitetskrav innen høreapparatformidling
- Utvikling av informasjonskurs til gjennomføring ved LMS. Det antas at erfaringer fra ReSonare-prosjektet kan benyttes
- Utvikling av rutiner for samarbeid og oppgavefordeling mellom hørselssentraler, hjelpemiddelsentraler, Statped og/eller audiopedagogtjenesten samt kommunene
- Utarbeide et rundskriv og eventuelt en veileder som inneholder mer utfyllende kommentarer til formelle endringer

7 Administrative og økonomiske konsekvenser av modellen foreslått av arbeidsgruppens flertall

Nedenfor følger en oppsummering av nødvendige omlegginger som må foretas for å innføre den foreslåtte modellen fra arbeidsgruppens flertall. Sosial- og helsedirektoratet har anslått kostnader knyttet til omleggingene der det har vært mulig å finne et beregningsgrunnlag.

Forslag om endringer av dagens regelverk innebærer behov for organisering av høreapparatformidlingens virksomhet. Forslaget innebærer formell regulering av oppgaver og ansvar blant annet gjennom nye materielle og organisatoriske bestemmelser. I forslaget legges det opp til et forenklet system som vil bedre samarbeidet og koordineringen mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen. Det er lagt vekt på løsninger som vil styrke brukermedvirkning under utrednings- og tilpasningsprosessen. Forslaget innebærer styrking av fagansvar gjennom plassering av ansvar, oppfølging og utredning av hørselshemmede.

En hovedproblemstilling for arbeidsgruppen har vært å bedre den økonomiske oversikten og kontroll med midler som brukes i rehabilitering av hørselshemmede generelt og høreapparatformidlingen spesielt. Ved beregning av økonomiske konsekvenser ved en omlegging av formidlings- og forvaltningssystemet gjør mangelfull tilgang på data at innsparingspotensialet ikke lar seg fullstendig beregne.

7.1 Reparasjoner

Tall fra Arbeids- og velferdsetaten viser en kraftig vekst i reparasjonskostnadene (ref. 3.1). Innsparingspotensialet lar seg ikke beregne uten et bredere tallmateriale, men det forventes en betydelig prosentvis innsparing knyttet til reparasjonskostnadene i 2006 på 41 millioner kroner. I 1999 var innsparingen i Hordland fylke 79 000 kroner ved anvendelse av en modell tilsvarende den som foreslås av arbeidsgruppens flertall. På den tiden var totalutgiftene til reparasjoner ca 1/3 av utgiftene i 2006. Folkemengden i Hordaland er ca 10% av hele landet. Hvis andelen høreapparater utdelt er i forhold til innbyggerantallet, ville innsparingen i 1999 vært totalt ca. 8 millioner kroner, eller ca. 24 millioner kroner i 2006.

På denne bakgrunn ansås forslaget å gi en halvering av reparasjonsutgifter.

Ved innføring av anbudsrunder på reparasjoner antas innsparingen å bli enda større, selv om det påløper kostnader ved innhenting av anbud.

7.2 Gjenbruk

Økte utgifter knytter seg til oppbygging av en sentral enhet som skal administrere gjenbruk og lagerhold av høreapparater. Grut og Hem (2001) anslår en innsparing på landsbasis på 21,2 millioner kroner i lavere utgifter til innkjøp av høreapparater hvis gjenbruksprosenten tilsvarer 8 %.

Antall høreapparater utdelt pr. år har økt fra i underkant av 40 000 i 2001 til i underkant av 60 000 i 2006. Andelen bak øret apparater utgjør nå ca. 66 %.

Utgifter til høreapparater var i 2006 ca. 275 millioner kroner. Hvis 15% av høreapparatene kan gjenbrukes, ville innsparingen bli ca. 42 millioner kroner.

7.3 Cochlea-implantat

Flertallsmodellen foreslår at den ytre delen av cochlea-implantatet finansieres over folketrygden, og kostnaden beløper seg til cirka 50.000 kroner i følge opplysninger innhentet fra Rikshospitalet. Med utgangspunkt i antall operasjoner i 2006 på 234, anslås kostnaden for Arbeids- og velferdsetaten å være 11,7 millioner kroner med en ditto innsparing for RHF. En overføring av kostnadene bør komme pasientene til gode ved tilbud om operasjon av flere og reduksjon i ventetidene på operasjon for voksne.

7.4 Økt ressursbruk

For å styrke høreapparatformidlingen faglig, må flere hørselssentraler få en tverrfaglig bemanning og styrkes med en stilling til veiledning overfor kommunene. Den bemanningsoversikten som arbeidsgruppen har hatt tilgang til, viser at bare 6 av de i alt 32 hørselssentralene har ansatt audiopedagog og audioingeniør.

Full tverrfaglig bemanning ved alle hørselssentralene vil koste ca. 15,2 millioner kroner ekstra. Det antas å være vanskelig å finne nok fagpersoner til at alle sentralene kan dekkes med det som anses som full bemanning. Det bør derfor legges opp til gradvis opptrapping med 2- 3 sentraler i hver helseregion som i første omgang får god tverrfaglig bemanning. Det vil medføre kostander på fra 6,4 millioner kroner til 9,6 millioner kroner.

Styrking av alle hørselssentralene med en hørselfaglig stilling til veiledning overfor kommunene vil koste ca. 26 millioner kroner. Fordi hørselssentralene er ujevnt geografisk fordelt, må det foretas en nærmere vurdering av de regionale helseforetakene om hvilke sentraler som bør styrkes for å gi jevn geografisk dekning. Da kan utgiftene bli noe mindre.

Styrking av den trygdefaglig kompetanse antas å kunne overføres internt i Arbeids- og velferdsetaten til hjelpemiddelsentralene. Hvis ikke må bemanningen på hjelpemiddelsentralen styrkes for å kunne fatte vedtak. Det vil være nødvendig å styrke hjelpemiddelsentralene med hørselsfaglig kompetanse.

Modellen foreslår å opprette en sentral enhet for lagerhold og gjenbruk av høreapparater. Kostnader knyttet til opprettelse og drift av en slik enhet må utredes nærmere når omfang av oppgaver er utdypet. Det må vurderes om det finnes aktuelle lokaler i tilknytning til relevante fagmiljøer. Slike vurderinger må gjøres i samarbeid med regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsetaten. Også opprettelse eller påbygging/utvidelse av allerede eksisterende datasystemer i tilknytning til et sentralt høreapparatregister må utredes nærmere på grunnlag av kunnskaper om tilgjengelige systemer i dag og forutsetninger i personvernloven.

Det må forventes en økt ressursbruk hos alle instanser knyttet til nye samarbeidsformer og hyppig kontakt. Det må settes av tid og mulighet for samarbeidet, noe som kan medføre lavere produksjon hva gjelder kvantitet, men økt hva gjelder kvalitet. Virksomhetene må se på hvordan rutiner kan endres for å ta høyde for ny arbeidsform, men det kan ikke utelukkes behov for økte ressurser i form av stillinger. Særlig har ansatte ved hørselssentralene behov for bedret aksept for tilstrekkelig tid med pasientene for å kunne utføre et faglig forsvarlig arbeid. Ved nye ressurser i form av audiopedagog og audioingeniør ved alle hørselssentraler antas det at noen av disse problemstillingene løses.

Også lærings- og mestringssentrene (LMS) vil oppleve økt arbeidsbyrde med den nye modellen. LMS har allerede et ansvar for opplæring knyttet til feltet, men behov for tilførsel av ressurser er likevel sannsynlig, da de i svært liten grad befatter seg med kurs for hørselshemmede i dag. Statped og audiopedagogtjenesten vil også måtte beregne utvidet tidsbruk ved gjennomføring av kurs ved LMS. De er i dag allerede engasjert i ReSonare, men antall kurs vil øke med den nye modellen.

Det er behov for en styrking av det kommunale tilbudet, både i form av stillinger og kompetanse. Forslagene innebærer økt tidsbruk på hørselsområdet for flere kommunalt ansatte. Likevel bygger modellen på de forskrifter og føringer som det kommunale tilbudet allerede er pålagt. Gjennomføring av modellen forutsetter blant annet at alle kommuner har en koordinerende enhet for rehabilitering.

Referanser

Behandlingstilbud for tinnitusrammede: rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.

Forskrift om habilitering og rehabilitering nr. 765. (28-6-2001).

Forskrift om hjelpemiddelsentralenes virksomhet og ansvar FOR-1997-04-15-323 (1997).

Forskrift om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerer nr. 337. (18-4-1997).

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) [nettside]. [oppdatert 12. April 2007; sitert 25. April 2007]. Tilgjengelig fra: <http://www.hlf.no/>.

Individuell plan 2005: veileder til forskrift om individuell plan. [Oslo]: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). Nr. 61. (17-7-1998).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. nr. 61. (2-7-1999).

Mennesker & muligheter: MEMU: internmagasin for Arbeids- og velferdsetaten 2007;1(1)

Nasjonalt folkehelseinstitutt [nettside]. [oppdatert 2007; sitert 25. April 2007]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/>.

Planleggingsverktøy for individuell plan med fokus på hørselshemmede. Stokmarknes: Døvekompetanse as; 2005.

Prosjektrapport: enhetlig og helhetlig habilitering for hørselshemmede barn i alderen 0-6 år. Oslo: Statped; 2007.

Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjetterminen 2005. [Oslo]: Riksrevisjonen; 2006. Dokument nr. 1 (2006-2007).

Aker universitetssykehus HF. NKLMSs hjemmeside [nettside]. [oppdatert 11. April 2007; sitert 25. April 2007]. Tilgjengelig fra: <http://www.aker-universitetssykehus.no/LMS/>.

Berge AR, Lorentsen Ø. Helhetlig rehabilitering for tunghørte: sluttrapport for et modellforsøk i tre kommuner på Helgeland. Tomter: Rehab-Nor; 2007.

Davis A. Hearing in adults. Whurr Publishing Ltd, London 1995.

Eilertsen RT. Tilbudet til hørselshemmede i kommunene: kartlegging blant rehabiliteringsansvarlige i norske kommuner. Oslo: MMI; 2005.

Grut L, Hem KG. Gjenbruk av høreapparater: en utredning av praksis ved Høresentralen i Hordaland fylke, med tanke på en eventuell modell for hele landet. Oslo: SINTEF Unimed, NIS helse og rehabilitering; 2001. SINTEF rapport STF78 A014507.

Grøttland H, Sandvin JT. Evaluering av hørselshjelperordningen i regi av Hørselshemmedes landsforbund. Bodø: Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering; 2002. SKUR-rapport nr. 1/2002.

- Helsedepartementet. Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede: plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet. Oslo: Departementet; 2002.
- Holmberg M. Hörselskadade och anhöriga. Trondheim: Hørselshemmedes Landsforbund; 2005.
- Johansson MSK, Arlinger SD. Prevalence of hearing impairment in a population in Sweden. *Int J Audiol* 2003; 42: 18-28
- Jönsson R, Rosenhall U. Hearing in advanced age. *Audiology* 1998; 37: 207-18.
- Karlsrose B, Lauritzen T, Engberg M, Parving A. A five-year longitudinal study of hearing in a Danish rural population aged 31-50 years. *Br J Audiol* 2000; 34: 47-55.
- Lindstad JM. Høreomsorgen i Danmark: vurderinger og holdninger blandt personer med høretab. København: CASA; 2007.
- Lorentsen Ø, Berge AR. Hørselshemmede og arbeid: en brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena. Tomter: Rehab-Nor; 2003.
- Lorentsen Ø, Berge AR. Hørselshemmede i arbeid: terskler og forslag til tiltak. Tomter: Rehab-Nor; 2006.
- Lorentsen Ø, Berge AR. Individuelle planer: brukeres erfaringer og opplevelser: en undersøkelse av brukeres egne erfaringer og synspunkter. Tomter: Rehab-Nor; 2006.
- Moen HB. "Færrest mulig kontordører å gå gjennom": en kartlegging av den koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunene. Bodø: Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering; 2004. SKUR-rapport nr. 5/2004.
- Parving A, Biering-Sørensen M, Bech B, Christensen B, Sørensen MS. Hearing in the elderly > 80 years of age. *Scand Audiol* 1997; 26: 99-106.
- Skøien R, Braathen ST. Hvorfor får ikke brukere det rehabiliteringstilbudet de har behov for? *REspekt* 2006;(3):48-53.
- Sosial- og helsedepartementet. Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001: deltaking og likestilling. Oslo: Departementet; 1998. St.meld. nr. 8 (1998-99).
- Statlig spesialpedagogisk støttesystem. Statped [nettside]. [oppdatert 2007; sitert 25. April 2007]. Tilgjengelig fra: <http://www.statped.no/>.
- Steinhaus S, Hatling T. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Trondheim: SINTEF-helse; 2006. Sintef rapport SINTEF A6.
- Teien A. Veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med synstap og hørselstap. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Veiledningsserie 3-2000.
- Uimonen S, Mäki-Torkko E, Jounio-Ervasti K, Sorri M. Hearing in 55 to 75 year old people in northern Finland. *Acta Otolaryngol Suppl.* 529 1997: 69-70.
- Vanem AT. Frivillighetens kritiske faser: en studie av frivillighetens vilkår, med Hørselshemmedes landsforbunds (HLF) hørselshjelperordning som case. 2005.
- Østerlie TL. Hørselstap - nyfødte - oppfølging: sluttrapport. Trondheim: Møller kompetansesenter; 2006. Statped skriftserie nr. 44.

Vedlegg 1

Sosial- og helsedirektoratet
Divisjon for sosiale tjenester
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
200605108-/RAS

Dato
07.07.2006

Tiltak innen høreapparatformidlingen – behov for faglige anbefalinger

Vi viser til møte i Sosial- og helsedirektoratet 5.7.2006 og tildelingsbrevet for 2006, hvor Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå hørselssentralens oppgaver.

Høreapparatformidlingen er i dag preget av mange aktører, lange ventetider og manglende sammenheng mellom tilpasning av høreapparater og behovet for andre hørselstekniske hjelpemidler.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ønsker nå at Sosial- og helsedirektoratet nedsetter en hurtigarbeidende bredt sammensatt arbeidsgruppe, med en referansegruppe, som skal komme med konkrete forslag til forbedringer på området.

Som et minimum bør arbeidsgruppen bestå av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, hjelpemiddelsentralene og de regionale helseforetakene.

Departementene finner det naturlig at arbeidsgruppen har en referansegruppe hvor også brukerorganisasjonene er representert.

Tidsplan

Det er ønskelig at arbeidet hovedsakelig foregår høsten 2006, og at direktoratet leverer rapport til begge departementer senest 1. mars 2007. Rapporten må gi konkrete anbefalinger og endringsforslag av eksisterende høreapparatformidling. Det må foreligge konkrete beregninger av administrative og økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak, inkludert eventuelle endringer i regelverk.

Sosial- og helsedirektoratet må levere rapporten i en slik stand at den kan sendes på høring av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det er en målsetting at en eventuell ny organisering/enkelttiltak skal kunne settes i gang senest 1. januar 2008. Tiden som kan settes av til en høringsrunde vil måtte avspeile dette.

Arbeidsgruppen må ta utgangspunkt i handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliterings-tilbud til hørselshemmede" og dokumentet "Ny organisering av høreapparatformidlingen" av 28.2 2003.

Det er videre en forutsetning at tilpasning av høreapparater fortsatt skal være en spesialisthelsetjeneste.

Det er ønskelig med en rapportering underveis i prosjektet etter nærmere avtale.

Mandat

Sosial- og helsedirektoratet må i rapporten gi konkrete anbefalinger og forslag til løsninger/tiltak som skal sikre en god formidling og oppfølging av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler i et helhetlig rehabiliteringsperspektiv.

Alle hørselshemmede har forskjellige behov i forskjellige faser av livet. Det er viktig at Sosial- og helsedirektoratet får frem tiltak som sikrer at behovene ved forskjellige livsfaser ivaretas. Arbeidet må ha et brukerperspektiv.

Det er ønskelig at Sosial- og helsedirektoratet kommer frem til tiltak som er mer kostnadseffektive enn i dag, og som vil komme brukeren til gode ved lavere egenandeler (det brukeren betaler utover dagens prisgrense).

Vurderingene og forslagene må sees i et større rehabiliteringsperspektiv, jamfør arbeidet med en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, der overordnet systemtenkning er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan, etter helselovgivningen og sosialtjenestelovgivningen.

Følgende områder må sees på (listen er ikke uttømmende):

En godt fungerende førstelinjetjeneste er svært sentralt, herunder fastlegens rolle, både når det gjelder henvisning til rett instans, og når det gjelder oppfølging av hørselshemmede pasienter. Det må avklares hva den kommunale førstelinjen skal ha ansvar for når det gjelder hørselshemmede, og det må foreslås tiltak for å oppnå forbedringer her. Rollen og betydningen av de kommunale hørselskontaktene må sees på i denne sammenheng.

Det må sees på fylkesaudiopedagogens rolle i oppfølging av hørselshemmede.

Direktoratet må se på samspillet mellom hørselssentralene og de private øre-nese-hals spesialistene. Det må sikres en geografisk utbredelse av tjenesten, herunder en vurdering av ambulerende tjenester. Ventetiden for tilpasning av høreapparater må reduseres til maksimalt tre måneder.

Behovet for audiopedagogtjenester i hørselssentralene må vurderes.

Rollen til de ulike aktørene; øre-nese-hals spesialist, audiograf, audiopedagog, logoped må sees på. Det må også vurderes fremtidig utvikling innen feltet.

Hørselshemmedes landsforbunds hørselshjelpere og deres rolle må vurderes. Det er ikke ønskelig fra departementenes side at disse skal måtte påta seg oppgaver som hører naturlig inn under førstelinjetjenesten og kommunenes ansvar.

Arbeidsgruppen må se på hva som er mulig å oppnå i forhold til regelverket om individuell plan og rehabiliteringsforskriften.

Det må vurderes hva som kan gjøres for å sikre en best mulig lik geografisk utbredelse av de nødvendige tjenestene.

Erfaringer fra modellforsøket ReSonare med tiltak forankret i helsetjenesten, sosialkontorene, NAV og Utdanningsdirektoratet må vurderes.

Det må vurderes fordeler og ulemper ved å se på høreapparater som et hjelpemiddel på lik linje med andre hørselstekniske hjelpemidler.

Anbudsordningen må sees på. Hvilken effekt vil det ha å eventuelt prisforhandle et mindre antall typer høreapparater enn i dag?

Arbeidsgruppen må vurdere hvor i spesialisthelsetjenesten det bør finnes kompetanse for utredning og oppfølging på Tinnitus, Morbus Menière og Cochlea Implantater.

Brukermedvirkning i de ulike organer må vurderes. Her tenker vi spesielt på at hørselsomsorgen er i endring og vil være det i tiden fremover, spesielt den teknologiske utviklingen med digitale høreapparater. Det kommer nye grupper og behov, hvor brukerorganisasjonene har erfaringer som det kan være nyttig å fange opp.

Med vennlig hilsen

Gunnar Follesø e.f.
fung. ekspedisjonssjef

Ragnar Skjöld
rådgiver

Kopi:
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Helse Sør RHF
Helse Vest RHF
Helse Øst RHF

Vedlegg 2

Vedlegget utgjøres av brev fra Asgaut Warland av 05.12 2001 samt foreslåtte retningslinjer for hørselssentralene fra arbeidsgruppen Warland ledet i 2001, i alt 10 sider.

Asgaut Warland
Førsteamanuensis dr. med.
ØNH-spesialist

Øvre Stadionvei 98
5162 Laksevåg
Tlf. 55 34 44 60

Nina Brøyn
Det Kongelige Sosial- og Helsedepartement
Postboks 8011 Dep

Hørselshjelpen W
c/o Hørecentralen
Haukeland sykehus
5021 Bergen
Tlf. 55 97 26 44
Fax. 55 97 26 43

0030 Oslo

Bergen, 05.12.2001

Ad. Retningslinjer for hørselssentralene

Etter avtale oversendes herved forslaget til retningslinjer for hørselssentralene som den eksterne arbeidsgruppen nedsatt av Statens Helsetilsyn avga i juni 2001.

I brev av 14. november 2001 er det anført at "Arbeidsgruppens utredning ligger i det vesentlige til grunn for Helsetilsynets forslag til departementet."

Vi forventet selvsagt ikke at alle våre forslag nødvendigvis måtte komme med, men vi synes det er så meget av vårt opprinnelige forslag som ikke er kommet med at vi faktisk reagerer negativt på å bli så sterkt knyttet til Helsetilsynets forslag.

Vi er sterkt uenig i at Vedlegg 3 til forskrift av 18. april 1997 nr. 337 fortsatt forkuserer på private aktører med et underpunkt (5) om at dette også gjelder for hørselssentraler. Skal man få gjennomslag for at hørselssentralene er den institusjon som har det overordnede ansvar for hørselsomsorgen innen sitt område bør vedlegg 3 endres til å gjelde for hørselssentraler med et underpunkt om private aktører. Dette er etter gruppens syn tvingende nødvendig dersom man skal få en mer ens hørselsomsorg på landsbasis.

Skal man kunne bedre psykososial oppfølging er det også nødvendig med økt kompetanse om hørselsomsorg i kommunene. Derfor er vi skuffet over at vårt forslag om fylkesaudiograf, som vil være ansvarlig for opplæring og vedlikehold av lokale ressurspersoner er falt ut.

Jeg håper at gruppens forslag kan være til hjelp i det videre arbeide med retningslinjene.

Med vennlig hilsen

Asgaut Warland

Ad. Retningslinjer for hørselsentralene

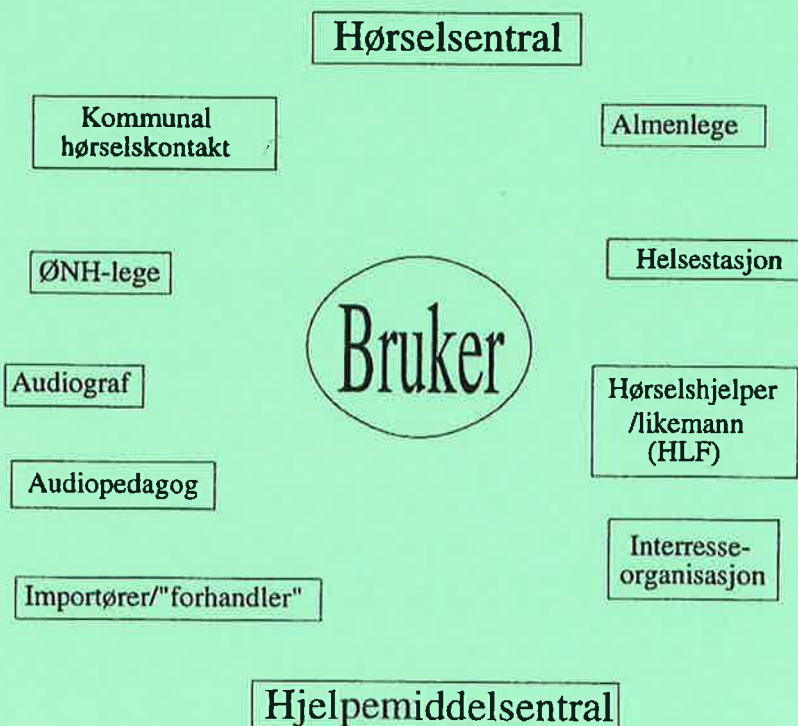
I brev datert 22. januar 2001 ble Asgaut Warland anmodet av Statens Helsetilsyn om å lede en arbeidsgruppe hvis oppgaver var å utarbeide forslag til retningslinjer for hørselsentralene. Warland fikk også i oppgave å foreslå gruppens øvrige medlemmer, som måtte omfatte audiograf, audiofysiker og audiopedagog. På denne bakgrunn ble følgende personer deltatt i arbeidsgruppen:

Audiograf Målfrid Myhr
 Audiofysiker Ole Tvette
 Audiopedagog Liv Grethe Heffermehl
 ØNH-lege Asgaut Warland

I Deres brev av 22.01.01 ref. 2000/688 2 TFL/_ er det anført at Statens helsetilsyn finner at "de någjeldende retningslinjer for hørselsentralen er kompliserte, bl.a. når det gjelder ansvarsforhold." Det vi i arbeidsgruppen kjenner til av retningslinjer finnes i: *Vedlegg 3 til forskrift av 18. april 1997 nr. 337 Høreapparater §10-7 b: Krav til kvalifikasjoner, regler for undersøkelse, krav til utstyr, lokaler mv. og om faglig medvirkning ved undersøkelse av hørselshemmede, avtrykk av øregang og tilpasning av høreapparat.* Selv de sparsomme retningslinjer som finnes i dette vedlegg blir ikke alltid etterlevd uten at det får noen konsekvenser for den aktuelle hørselsentralen.

Situasjonen er idag slik at en kan, avhengig av bosted, henvende seg mange steder for å be om hjelp for sitt hørselstap - se følgende skisse:

Aktuelle steder / personer en hørselssvekket kan kontakte for å søke hjelp ved svekket hørsel



Hvilket sted/person som kontaktes kan være mer eller mindre tilfeldig. **Ingen institusjon har formelt det overordnede ansvar.** Det er derfor kanskje ikke så unaturlig at tilbudet innen hørselsomsorgen er fragmentert. Den hjelp man kan få vil være avhengig av hvor man bor.

Mange hørselshemmede, kanskje de aller fleste, søker idag gjerne hjelp via primærhelsetjenesten i sin kommune, det kan være kommunelege og/eller personer i hjemme-sykepleien. Etter innføring av fastlegeordningen, 1.06.2001 vil denne måte å søke hjelp på bli nærmest obligatorisk. Henvisning videre fra primærkommunen vil, kanskje litt tilfeldig kunne kanaliseres til hørselsentral, hjelpemiddelsentral, privatpraktiserende ØNH-lege, privatpraktiserende audiografer, evt. andre steder. Noen hørselshemmede tar gjerne selv kontakt med importør/"forhandler", evt. direkte med hørselsentral og/eller hjelpemiddelsentral. Avhengig av hvor man henvises/tar kontakt vil tilbudet/behandlingen man får kunne variere tildels betydelig. Hørselsentralenes arbeidsoppgaver og ansvar har vel egentlig ikke vært klart definert, men sentralene har hittil hatt en todelt oppgave: En diagnostisk funksjon, dels overfor "ordinære" pasienter ved ØNH-avd./ poliklinikk, dels i forbindelse med rehabilitering av hørselshemmede; samt en behandlingsmessig funksjon i forbindelse med rehabiliterende behandling av personer med svekket hørsel. I hvilken grad de ulike hørselsentralene har greidd å gjennomføre disse to oppgaver har variert avhengig av tilgjengelige ressurser ved hørselsentralene samt av holdningen til ledelsen ved ØNH-avd. Dette gjelder i særlig grad den rehabiliterende behandling. I enkelte fylker er det hørselsentralen, samt hjelpemiddelsentralen som står for det aller meste av den rehabiliterende behandling for hørselshemmede, mens i andre fylke er det mange flere aktører inne. Helt nøyaktige tall foreligger ikke, men det er indikasjoner på at så mye som 50% av alle høreapparater tilpasses/utleveres via private aktører. Ingen synes å ha det egentlige overordnede ansvar.

Skal man få et mer ens tilbud på landsbasis, bør det være én institusjon som har hovedansvaret for organisering av rehabilitering/behandling av hørselshemmede i hvert fylke. Arbeidsgruppen mener at én hørselsentral i hvert fylket bør ha dette hovedansvaret. Det er da helt nødvendig at man får bedre og mer strukturerte retningslinjer enn de man har idag. Retningslinjene må også følges.

Det vesentlige vi har funnet om retningslinjer for hørselsentralene er i:

Vedlegg 3 til forskrift av 18. april 1997 nr. 337 Høreapparater §10-7 b: Krav til kvalifikasjoner, regler for undersøkelse, krav til utstyr, lokaler mv. og om faglig medvirkning ved undersøkelse av hørselshemmede, avtrykk av øregang og tilpasning av høreapparat

- som skisserer krav til lege som skal utføre, eller ha ansvar for undersøkelse av hørselshemmede og på denne bakgrunn rekvirere høreapparat for trygdens regning. Under punkt 6 i dette vedlegg er anført at det som er nevnt om krav til kvalifikasjoner, undersøkelser, utstyr og lokaler i vedlegget også gjelder hørselsentraler. Under punkt 6 er det også anført noen andre krav til hørselsentralene, bl.a. personell, noe om ansvarsområdet, om statistisk oppgave over hørselshemmede i nedslagsområdet, utstyr for teknisk kontroll av høreapparat, ansvar for søknad om/tilpassing av andre hørselstekniske hjelpemidler, samt om ansvar for, i samarbeid med skole, å sørge for optimale akustiske forhold i klasserom med hørselshemmede elever.

I dette vedlegg beskrives krav til hørselsentralene nærmest som et underpunkt under krav til privatpraktiserende leger som har ansvar for tilpassing av høreapparat. **Arbeidsgruppen foreslår at dette endres slik at man først spesifiserer krav til hørselsentralen, som hovedansvarlig, og herunder krav til privatpraktiserende aktører.**

Ad. Krav om å ha audiopedagogisk kompetanse ved hørselsentral.

For mange hørselshemmede er det aktuelt med høreapparat og/eller andre hørselstekniske hjelpemidler. Høreapparatbrukere har ofte et stort behov for opplæring/oppfølging. Det kan være individuell opplæring såvel som opplæring av familie-medlemmer, evt. av ansatte i 1. linjetjenesten på hjemstedet. Det kan være i form av individuell opplæring eller i form av kurs. I denne forbindelse er det helt nødvendig at man ved hørselsentralene har ansatt audiopedagog. Ikke nødvendigvis for kun å gi opplæring til alle brukere, men for å strukturere opplæringen slik at de som gir den, gjør det på best mulig måte. I tillegg vil audiopedagogisk spesialkompetanse være vesentlig for personer med spesielt store problemer.

I Vedlegg 3 til forskrift av 18. april 1997 nr. 337 Høreapparater §10-7 b står det at audiopedagog skal være tilknyttet hørselsentralene. Dette er for mange sentraler blitt omgått, f. eks. ved at man har inngått avtale om samarbeid med en extern audiopedagog. En vesentlig grunn for å velge slik løsning kan være at audiopedagogen "kun" representerer en utgift, mens f. eks. audiografene bedriver inntektsgivende arbeid. I dagens takstsystem for offentlige poliklinikker har man for høreapparattilpassing valgt å yte en relativt høy sum for den intiale tilpassing, og det er så ment at denne taksten skulle dekke tilpassing og oppfølging, også inkludert opplæring. Tanken bak denne endring i takstsystemet, som ble innført tidlig på 1990-tallet, var at man herved skulle få bedre tid til å gi fullgod behandling istedet for hele tiden å tenke på mest mulig prosedyrer som var takstgivende. Fra hørselsentralene blir det hevdet at dette takstsystem også er medvirkende til manglende oppfølging fordi det ikke medfører bruk av inntektsgivende takster. Man bør derfor vurdere om takstsystemet bør revurderes på dette punkt. For privatpraktiserende ønh-leger finnes fortsatt takst for oppfølging av personer som har fått tilpasset høreapparat. Likevel blir det påstått at oppfølgingen hos disse aktører er dårligere enn ved hørselsentraler. Det er ingen tvil om at endel pasienter, kanskje særlig de som har behov for oppfølging av audiopedagog, krever mye, både av tid og av kunnskaper.

Arbeidsgruppen vil foreslå at man vurderer opprettet en egen takst: Opplæring/oppfølging av særlig krevende pasient ved audiopedagog. På den måten vil disse pasientene lettere kunne få den opplæring de har behov for, samt at hørselsentralen tilføres ressurser for å ha ansatt audiopedagog.

Ad. Ambulerende virksomhet ved oppfølgingskonsultasjoner på helsestasjoner el.l.

Norge er et vidstrakt land og mange hørselshemmede bor tildels langt borte fra hørselsentralene, og det kan være behov for både bil og båt for å komme til sentralen. Langt de fleste hørselshemmede er eldre personer, som i tillegg til å ha dårlig hørsel også kan ha redusert bevegelsesevne. Mange eldre er skeptiske til / ønsker ikke å reise langt for å søke hjelp for sin hørselshemming. Resultatet er at dels søker de hørselshemmede eldre ikke hjelp i det hele tatt, alternativt avstår de fra å komme til høyst nødvendige kontroller etter å ha fått tilpasset høreapparat. **Hørselsentralene bør derfor stimuleres til organisere en desentralisert, oppsøkende hørselsomsorg til kommunene.** På sikt, når hørselsentralene har fått mer ressurser, vil det være en fordel om dette kunne bli et pålegg. Hvordan dette bør gjøres vil avhenge av lokale forhold, bl.a. av hvilke ressurser som er tilgjengelige.

Det kan gjøres ved at det lege/audiograf reiser ut fra hørselsentralen, enten til

helsestasjoner, evt. til institusjoner som syke- og/eller aldershjem, evt. til lokaler hos allmennleger i kommunene, avhengig av hvor der er plass. Slik virksomhet har vært gjennomført i mange år i Tromsø, hvor lege og audiograf har reist til ulike steder i Finnmark. Ifølge Prof. Einar Lauklid i Tromsø vil effektiviteten ved hørselsentralene definitivt ikke øke ved at man reiser ut. Dette alternativ vil derfor kreve en ikke ubetydelig økning av ressurser til hørselsentralene dersom ventelistene ikke skal øke vesentlig.

Alternativt kan man engasjere private aktører som kan utføre dette i regi av hørselsentralen. Dette har vært praktisert i mange år i Hordaland, hvor ca. 2/3 av kommunene får besøk av ØNH-lege med audiograf eller assistent 2 - 3 ggr. pr. år.

Hvor man skal være i kommunene vil måtte avhenge av hvor der er plass. En positiv bieffekt av slik reisevirksomhet ville være at man kan bidra til en kompetanseheving på 1. linjenivå: På helsestasjonene vil man kunne medvirke til at helsesøstrene fikk større forståelse for og innsikt i vurdering av mulige hørselstap hos små barn. På aldersinstitusjoner ville man kunne tilføre betjeningen en høyst aktuell kunnskap om eldre og svekket hørsel, bruk av høreapparater, andre hørselstekniske hjelpemidler osv. Er man i lokaler hos allmennleger vil disse kunne tilføres økte mer kunnskap om det å oppdage hørselstap, samt oppfølging av personer hvor første trinn i rehabiliteringen allerede er startet ved hørselsentralen.

En slik virksomhet kan organiseres på den måte at brukerne må komme til hørselsentralen for den første diagnostikk/behandling/start på rehabiliteringsprosess, mens oppfølgingen skjer i hjemmekommunene. Alternativ kan man organisere oppsøkende virksomhet slik at mange eldre, som har behov for, og ønsker det, kan få all utredning og rehabilitering i hjemmekommunen.

Ad. Mer fleksible arbeidsmåter ved diagnostisering/vurdering av hørselstap hos barn.

Det kan være meget vanskelig å vurdere hørselstap hos små barn, og jo mindre barna er, desto vanskeligere blir vurderingen. Imidlertid er det ønskelig at diagnose av hørselstap stilles så tidlig som mulig, og så korrekt som mulig for å kunne iverksette nødvendig behandling. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til / vurdert måling av cochlea-emisjoner i nyfødtp perioden som mulig skrening-test for å oppdage hørselstap så tidlig som mulig. Man er kjent med at man i statlig regi er igang med en evaluering av hvordan, og hvor dette bør gjøres. Rent generelt er det å anbefale at vurderingen bør utføres av audiografer som er vant med å vurdere barns hørsel. Eventuelt hørselstap vil også bli vurdert/diagnostisert ved hjelp av å registrere cochlea-emisjoner og vha. hjernestammeaudiometri. Slike spesialpersoner og utstyr finnes idag vanligvis kun på hørselsentraler. Diagnostiseringen og vurderingen er tildels veldig vanskelig. Arbeidsgruppen er derfor skeptisk til at dette kan gjøres i barnas nærmiljø. Faren for at hørselstap feildagnostiseres vil kunne øke. Selvsagt bør kompetansen hos helsesøstrene økes slik at de bedre kan forberede barna / evt. foreldrene på hva som skal skje når de kommer til hørselsentralen. Slik kompetanseheving kan naturlig skje i forbindelse med at audiografer / evt-. ØNH-leger reiser ut for å undersøke/behandle pasienter med svekket hørsel.

Ad. Psykososial oppfølging

Ventelistene ved hørselsentralene er idag lange. Dette betyr ikke nødvendigvis at aktiviteten er lav ved hørselsentralene og de private aktører. I år 2000 ble det tildelt/

utlevert ca. 50 000 høreapparater i Norge. Det fremsettes regelmessig kritikk om at man har for lite eller tildels ingen psykososial oppfølging. Denne kritikk kan nok være vel begrunnet. For at man, med dagens bemanning, eller selv med en økning av bemanningen, skal kunne gi en tilfresstillende psykososial oppfølging, må man skille mellom "lette" og "tunge" brukere. "Problemkasus" som f.eks. barn, unge, og voksne i arbeidsdyktig alder og hvor hørselstapet i stor grad kan innvirke på daglig livssituasjon på skole eller i arbeide samt noen eldre, bør får en psykososial oppfølging via audio-pedagog/audiograf/ØNH-lege på hørselsentralen. Man kan da lage en individuell rehabiliteringsplan for hver enkelt av dem.

For de fleste eldre vil behovet for psykososial oppfølging ikke nødvendigvis være så omfattende og vil best kunne dekkes ved at ansatte i primærhelsetjenesten (hørselskontakter) følger dem opp, evt. i nærmere samarbeid med hørselsentralen. Den individuelle rehabiliteringsplan bestemmes av kommunen (hørselkontakt,) i samarbeide med hørselsentralen. I den utstrekning det finnes hørselshjelpere/likemenn tilgjengelig i kommunene, vil det også være naturlig at hørselskontakten trekker dem inn i rehabiliteringsprosessen. Kommunene bør også samarbeide med interesseorganisasjonenes lokallag.

Det er naturlig at hørselsentralene innleder et samarbeid med interesseorganisasjoner innenfor hørsel på fylkesnivå. Ref. brukermedvirkning.

Ad. Fylkesaudiograf

En helt vesentlig forutsetning for at man på kommunalt nivå skal kunne ha personell som vil være i stand til å kunne følge opp hørselshemmede personer som har/har ikke fått høreapparat/tekniske hjelpemidler, er at man har fagpersoner som kan følge dem regelmessig opp. Det må gis en kontinuerlig oppdatering vedrørende nye høreapparater og hørselstekniske hjelpemidler. Når noen slutter i arbeide som hørselskontakt er det også helt vesentlig at nye læres opp. **Her mener arbeidsgruppen at man i hvert enkelt fylke bør ansette en fylkesaudiograf.** Såvidt vi kjenner til finnes dette idag bare i Aust-Agder og i Hordaland. Opplegget i disse to fylker er litt forskjellig, men i begge fylker har man hørselskontakter ansatt i førstelinjetjenesten som er opplært til å kunne hjelpe hørselshemmede med enklere problemer med høreapparatene / tekniske hjelpemidler. Der er også meget gode erfaringer med ordningen for begge fylker. Fylkesaudiografen bør være ansatt ved hørselsentralen for å ha nødvendig faglig kontakt og mulighet for faglig vedlikehold/utvikling. Vedkommende bør ikke ha faste arbeidsoppgaver ved hørselsentralen. Fylkesaudiografen må ha rikelig mulighet for reisevirksomhet i sitt distrikt.

FORSLAG:

Når man skal gi et forslag til retningslinjer for hørselsentralene synes det naturlig å ta utgangspunkt i det som allerede finnes, nemlig:

Vedlegg 3 til forskrift av 18. april 1997 nr. 337 Høreapparater §10-7 b: Krav til kvalifikasjoner, regler for undersøkelse, krav til utstyr, lokaler mv. og om faglig medvirkning ved undersøkelse av hørselshemmede, avtrykk av øregang og tilpasning av høreapparat

Ansvarsområde

Hørselsentralen har ansvaret for :

- å organisere audiologisk rehabilitering for alle hørselshemmede og tinnitusrammede i sitt fylke.
- (I fylker med mer enn én hørselsentral bør én velges som hovedsentral).
 - * diagnose/vurdering/rehabilitering av barn, psykisk utviklingshemmede, ungdom samt voksne med særskilte behov (bør foregå på hørsels sentralen)
 - * diagnose/vurdering/rehabilitering av voksne og eldre (kan foregå på hørselsentralen eller hos samarbeidspartnere som f. eks. ØNH-leger, audiografer osv.
- å foreta diagnostisk hørselsutredninger med aktuelle tester på aktuelle pasienter
- å inngå avtaler med private aktører som har nødvendige kvalifikasjoner og som har/ skal ha ansvar for diagnostikk og rehabilitering, slik at dette skjer i henhold til de krav og regler Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn har gitt.
- å gi nødvendig undervisning og etterutdanning samt organisere samarbeidsrutiner for de som driver med audiologisk rehabilitering i sitt geografiske område, både innen 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten.
- å organisere og vedlikeholde et system med kommunale hørselskontakter som skal være viktige samarbeidspartnere i rehabilitering av hørselshemmede. Hørselsentralen / private aktører **skal** informere kommunale hørselskontakter om alle hørselshemmede i deres kommune som har behov for hjelp/psykososial oppfølging, medmindre den hørselshemmede selv motsetter seg dette.
- i samarbeid med skoler med hørselshemmede elever sørge for best mulige akustiske forhold i aktuelle klasserom og føre tilsyn med at teknisk-audiologiske tiltak fungerer etter hensikten.
- å holde oversikt over (database) alle hørselshemmede i fylket som har fått høreapparat og/eller hørselstekniske hjelpemidler, samt å gi offentlige myndigheter de opplysninger/rapporter de måtte ha behov for.
- å drive informasjon / forebyggende virksomhet.

1. Bemanning

For å kunne utføre de oppgaver sentralen har ansvaret for må følgende personell være ansatt:

- øre-nese-halsspesialist i minst 50% stilling,
- audiopedagog,
- ingeniør,
- audiografer,
- fylkesaudiograf,
- kontorpersonale.

2. Regler for undersøkelse m.v.

- det skal gjøres en medisinsk audiologisk diagnostikk og vurdering. Dersom hørselsnedsettelsen også krever annen behandling enn audiologisk, må dette kunne skje/formidles. Utprøving og valg av høreapparat skal foretas på grunnlag av kjennskap til apparaters egenskaper, og deres effekt vurderes i relasjon til den hørselshemmedes totale situasjon.

- i forbindelse med rehabiliteringsprosessen skal følgende tjenester være tilgjengelige:

- * avtrykk av øregang og fremstilling av individuelt tilpassede ørepropper/skall
- * tilpassing, justering og kontroll av høreapparat med tilbehør
- * instruksjon og opplæring i bruk og stell av høreapparat med tilbehør
- * kontroll og evt. etterjustering samt videre opplæring også etter at apparat er rekvirert, i tilfeller hvor dette er hensiktsmessig
- * informasjon og rådgiving til såvel den hørselshemmede som dennes nærmeste
- * informasjon om, og henvisning til lokal hørselskontakt for videre opplæring og psykososial oppfølging i tilfeller hvor dette ikke skjer på hørselsentralen
- * ny kontroll med eventuell justering og opplæring etter 1. gangs rekvisisjon, etter 6 - 12 mnd.
- * vurdering med tanke på andre hørselstekniske hjelpemidler.
- * aktuelle kurs.

3. Krav til utstyr / lokaler

- ved undersøkelse m.v. av hørselshemmede skal det forefinnes nødvendig måleutstyr for diagnostikk av hørselstap i alle aldre, samt utstyr til objektiv kontroll av høreapparattilpassing.

- i forbindelse med tilpassing av høreapparat skal, i tillegg til det som er nødvendig for utførelse av undersøkelser i henhold til punkt 2. følgende være til disposisjon:

- * rom der det kan foretas hørselsmåling med tone- og taleaudiometri, som tilfredsstillende tekniske krav i ISO-6189.
- * rom for høreapparatutprøving som er tilfredsstillende lyddempet. Det bør forefinnes mulighet for å demonstrere dagligdagse lyttesituasjoner
- * ved ambulering virksomhet kan kravene til romstandard fravikes.

4. Private aktører

Det som er nevnt om krav til kvalifikasjoner, undersøkelser, utstyr og lokaler under punktene 1 - 3 gjelder også for private aktører.

Private aktører skal samarbeide med den lokale hørselsentral og må følge de retningslinjer som foreligger i fylket. Private aktører skal regelmessig gi informasjon til hørselsentralen om hva slags behandling/rehabilitering de har gitt til sine pasienter, slik at hørselsentralens database er oppdatert.

5. Forskjellige bestemmelser

Helsedirektøren kan etter individuell vurdering fravike disse krav og regler når særlige grunner foreligger

Ved uoverenstemmelse mellom ansvarlig hørselsentral og private aktører, kan forholdet ankes inn for fylkeslegen/stadsfysikus i Oslo.

Arbeidsgruppen anser at **følgende forutsetninger er helt nødvendige for at disse retningslinjer skal kunne fungere**. Dersom disse forutsetninger ikke fylles kan man etter arbeidsgruppens mening like godt fortsette med de tidligere retningslinjer. De blir ofte likevel ikke fulgt:

1. Hørselsentralene må bli en egen seksjon under ØNH-avdelingen med eget budsjett.
2. Det må ansettes fylkesaudiograf i hvert fylke.
3. Hver hørselsentral må ha egen lege allokert i minst 1/2 stilling.
4. Hver hørselsentral må ha ansatt audiopedagog.
5. Hver hørselsentral må ha ansatt ingeniør.
5. Det må på en eller annen måte få konsekvenser for den hørselsentral som ikke etterlever retningslinjene.

Arbeidsgruppen vil til slutt påpeke det uhensiktsmessige i at brukeren får høreapparater via hørselsentralen mens hørselstekniske hjelpemidler via hjelpemiddelsentralen uten at det mange steder er godt samarbeid mellom disse to institusjoner. Hørselsentralen vet ikke hva hjelpemiddelsentralen har gjort for en bruker og omvendt. Dette er meget uheldig spesielt siden endel hørselstekniske hjelpemidler skiller seg lite fra høreapparater (som f. eks. samtaleforsterker / kroppshøreapparat), endel tekniske hjelpemidler virker i sammen med høreapparat (som f. eks. teleslynge, FM-anlegg). Forutsetning for at behandling/rehabilitering skal bli ens er at én institusjon har det fulle ansvar for organisering av audiologisk rehabilitering. En revurdering bør derfor foretas vedrørende resultatet av at man får tildelt høreapparater via én institusjon og andre hørselstekniske hjelpemidler fra en annen.

Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til ytterligere tilbud for spesielle grupper hørselshemmede, som f. eks. døvblitte, døvblinde osv. da vi oppfatter at dette ligger utenfor vårt mandat.

Målfrid Myhr
(sign)

Liv Grete Hoffermehl
(sign)

Ole Tvette
(sign)

Asgaut Warland
(sign)

Vedlegg 3

I dette vedlegget gjengis Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer til arbeidsgruppens rapport. For å tydeliggjøre hva som er kommentarer, brukes *kursivert skrift i fonten Times New Roman*.

5 Modell for fremtidig organisering av høreapparatformidlingen fra arbeidsgruppas flertall med kommentarer fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

Hørselsomsorgen er preget av mange aktører med få formelle krav til samarbeid for et helhetlig rehabiliteringstilbud, slik det fremgår av beskrivelsene ovenfor. I dette kapitlet skisseres en ny modell som tar sikte på å sikre god kvalitet på det arbeidet som utføres gjennom en formalisert samarbeidsmodell mellom dagens aktører i tillegg til nye. Målsettingen er å utvikle en tjeneste som er oversiktlig for brukeren, dekker de faktiske hørselsrelaterte behov og er etterprøvbar og kostnadseffektiv for tjenesteyterne. Arbeids- og velferdsdirektoratets representanter tilslutter seg de rent hørselsfaglige betraktninger og anbefalinger som arbeidsgruppa gjør, men anbefaler en annerledes modell for organisering og finansiering. Dette medfører en annen ansvars- og oppgavefordeling.

5.1 Hovedtrekk i ny organisering

Forslaget til ny modell for høreapparatformidling bygger på dagens system hvor ulike oppgaver utføres av ulike etater. Arbeidsgruppen har diskutert overføring av alt ansvaret til én etat uten å kunne finne en tilfredsstillende løsning. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fremmet forslag om overføring av alt ansvaret til Arbeids- og velferdsetaten, men siden mandatet forutsetter at høreapparatformidling skal være en spesialisthelsetjeneste, vil en slik overføring bryte med forutsetningen.

En fullstendig overføring av alt ansvar til RHF vil kunne gi uheldige konsekvenser, slik som bortfall av rettigheter eller redusert tilgjengelighet. Mulige problemstillinger knytter seg til en uavklart ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Det innebærer at noe høreapparatformidling vil kunne falle inn under kommunens ansvar ved en generell ansvarsoverføring til RHF med de konsekvenser det vil kunne medføre i en presset kommuneøkonomi, jamfør gjeldende regelverk innen behandlingshjelpemidler. Fordelene ved folketrygdfinansierte høreapparater er at dette er en overslagsbevilgning i statsbudsjettet. Til sammenligning viser det svenske systemet mulige konsekvenser ved bortfall av en rettighetsbestemmelse. Personer med behov for hørselshjelpemidler i Sverige risikerer å måtte vente til nytt budsjettår for å få utlevert de nødvendige hjelpemidlene. Tilsvarende situasjon finnes i Norge for døve med behov for cochlea-implantat.

Den nye modellen opprettholder todelingen mellom RHF og Arbeids- og velferdsetaten. Det foreslås at Arbeids- og velferdsetaten samler sine oppgaver på hjelpemiddelsentralene hvor det utvikles registreringsrutiner som sørger for oversikt over kostnader. I tillegg foreslås det at de overtar ansvaret for organisering av

lagerhold av høreapparater. Oversikten kontrollfunksjonen gir, vil virke kostnadsbesparende, og midlene kan tilbakeføres til et bedret tjenestetilbud og utlånsordning. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at den beste løsningen for å oppnå et styrbart system, er at de som forvalter midlene også har innflytelse på utløsning av midlene. Når en slik modell ikke samsvarer med mandatet, er vi enige i arbeidsgruppens flertallsforslag om opprettholdelse av todelingen mellom RHF og Arbeids- og velferdsetaten. Vi kan imidlertid ikke godta at forslaget om at nåværende oppgaver samles på hjelpemiddelsentralene og at NAV overtar organiseringen av lagerhold av høreapparater.

Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker å opprettholde brukernes rettigheter til dekning av utgifter til høreapparater gjennom folketrygden og ønsker derfor en tilskuddsordning som fremtidig modell.

Hjelpemiddelsentralene har som primær oppgave å være et ressurs- og kompetansesenter for brukere, kommuner og andre som har behov for kompetanse om brukerbehov, hjelpemidler og tilrettelegging. Det er ikke en ønsket utvikling i hjelpemiddelsentralene å utvikle disse mot lagerhold og logistikk på vegne av andre etater.

Hjelpemiddelsentralene er ikke i dag, på noe område, involvert i formidling eller forvaltning av høreapparater. Formidlingsansvaret for høreapparater tilligger helse- og omsorgsdepartementet og utøves av helseforetakene. Arbeidsgruppens flertallsforslag innebærer nye oppgaver for hjelpemiddelsentralene. Ved en tilskuddsordning gjennom folketrygden vil forslaget om å legge forvaltningen av en slik ordning til hjelpemiddelsentralene ikke være i samsvar med den strukturen som er valgt for den fremtidige Arbeids- og velferdsetaten.

En organisering av lagerhold for høreapparater i hjelpemiddelsentralene vil etter vår oppfatning bli et kostnadsdrivende og forsinkende ledd fordi høreapparatene først må sendes til hjelpemiddelsentralene for deretter å sendes til formidlingsstedene for høreapparater (ca. 60). I dag blir høreapparatene sendt kostnadsfritt fra leverandørene av høreapparater til hørselssentralene og avtalespesialister. Det er regulert i anbudet på høreapparater.

Arbeids- og velferdsdirektoratet foreslår at helseforetakene gis tilskudd til lagerhold av høreapparater. Dette vil gi en kostnadsbesparelse og gi incitament til å begrense lagrene til den reelle etterspørselen på det enkelte formidlingssted. Se beskrivelsen av "Tilskuddsordningen" i senere kapittel.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler at alle hørselstekniske hjelpemidler likestilles og faller inn under samme regelverk. Det vil si at høreapparater, den ytre del av cochlea-implantater, tinnitusmaskerere samt andre hørselstekniske hjelpemidler

likestilles og finansieres på samme måte som andre hjelpemidler, det vil si slik hørselstekniske hjelpemidler behandles i dag.

Arbeidsgruppen foreslår at RHF får det fulle faglige ansvaret for tilpassingsarbeidet. Når de selv ikke har tilstrekkelig kapasitet, tegner helseforetaket/sykehuset avtale med private tjenesteytere slik at korte ventetider kan opprettholdes. Det regionale helseforetaket utpeker en eller flere hørselssentraler som oppfølgingsinstans for inngåtte avtaler og som bidragsyter til det faglige innholdet i avtalene. Avtalen må inneholde vilkår for formidling jamfør ny forskrift samt bestemmelser for mislighold. Erfaring viser at et tettere samarbeid mellom hørselssentraler og avtalespesialister virker positivt på tjenestetilbudet.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Helsedepartementets, Sosialdepartementets og Rikstrygdeverkets undersøkelser i 2003 viste at det ikke var inngått noen avtaler eller godkjenninger mellom helseforetakene og private tjenesteytere – selv om det var regler for dette. Vi mener derfor at det er behov for ytterligere tiltak som sikrer at avtalene etterlevs i praksis.

Kommunens rehabiliteringstjeneste er sentral i et helhetlig tilbud til hørselshemmede. Styrking av tjenesten er avgjørende og ulike tiltak foreslås. Samarbeidet mellom kommunene og de hørselsfaglige miljøene (hjelpemiddelsentral, hørselssentraler og audiopedagogtjenesten/Statped) er viktig for å tilføre tilstrekkelig kompetanse til 1.linjetjenesten. Arbeidsgruppen foreslår at alle fylker styrkes med en hørselsfaglig utdannet person tilsvarende én stilling som tilknyttes hørselssentralen (omtales i rapporten som "fylkesaudiografen"). Personens hovedarbeidsområde skal være ambulerende tjenester i fylket og et lavterskeltilbud til ansatte i kommunene som jobber med hørselshemmede. For at kommunen skal kunne gi tilbud til aktuelle brukere, må hørselssentralen sørge for melding ved epikrise til fastlege. Kommunens koordinerende enhet for rehabilitering må få melding etter samtykke fra brukeren.

For å fylle hullene i rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede, må det også opprettes nye tilbud. Det siktes spesielt til opplæringsarbeid relatert til egen funksjonshemming og mestring av livssituasjon. Her foreslås det at det administrative ansvaret for gruppetilbud legges til lærings- og mestringssentrene. Sentrene innhenter nødvendig kompetanse fra ulike fagmiljøer, for eksempel hørselssentral og hjelpemiddelsentral samt interesseorganisasjoner og Statped, og samarbeider tett med dem om innhold og gjennomføring.

5.2 Juridiske rammer

Dagens lovverk er fragmentarisk og er i noen tilfeller vanskelig å orientere seg i. Konsekvensene er blant annet mangelfull styring innen enkelte områder av formidlingsprosessen med ditto manglende oversikt over kostnadene. Foreldet regelverk gjør at hensiktsmessig tjenesteyting ikke er gjennomførbar innenfor lovverket, og praksis samsvarer følgelig ikke med regelverket. Forslaget til ny organisering av høreapparatformidlingen forutsetter dels endringer og dels nye forskrifter i tillegg til samordning av de eksisterende bestemmelsene. Se for øvrig kapittel fire for en nærmere redegjørelse av gjeldende rett.

5.3 Ansvarsfordeling

For å få kontroll over utgiftene til høreapparatformidling har tidligere rapporter foreslått at både arbeid, forvaltning og finansiering samles i én etat. En slik omlegging vil være svært arbeids- og kostnadskrevende og vil innebære en lang omstillingsperiode. Det foreslås derfor at det opprettholdes en ansvarsfordeling mellom Arbeids- og velferdsetaten og de regionale helseforetakene, men med omlegginger som gir en bedret økonomisk kontroll og et mer helhetlig tjenestetilbud. Arbeids- og velferdsdirektoratets representanter i arbeidsgruppen er ikke enige i forslaget til fortsatt todeling og har som alternativ fremmet et eget forslag om tilskuddsordning for høreapparater. Arbeids- og velferdsdirektoratets dissens og forslag om "Tilskuddsmodell" følger som vedlegg til arbeidsgruppens rapport.

5.3.1 Kostnadskontroll

Arbeidsgruppens flertall går inn for at Arbeids- og velferdsetaten opprettholder finansieringen av både høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler, og at flere oppgaver samles i Arbeids- og velferdsetaten. En forutsetning for bedret kontroll og oversikt er at arbeidet utføres på færre steder, og at det føres et sentralt register over utlånte høreapparater. Registeret må være tilgjengelig for både Arbeids- og velferdsetaten og hørselssentraler. Det foreslås at ansvaret for vedtaksbehandlingen ved tildeling av høreapparater flyttes fra Arbeids- og velferdsetatens lokale trygdekontor til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler. Hjelpemiddelsentralene har allerede vedtaksmyndigheten for andre hørselstekniske hjelpemidler og besitter med det den nødvendige trygdefaglige kompetansen for kyndig søknadsbehandling. Fordeler ved overføringen vil være

- Samordning av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler
- Muligheter for reell søknadsbehandling med oversikt over utlånshistorikk
- Bedret kontroll med avtalespesialister i forhold til oppfølging av regelverk
- Mulighet for kontroll med kreditering av egenandeler fra leverandørene hvis ordningen skal praktiseres som i dag
- Tilgjengelig epikrise og informasjon om høreapparater for hørselsfaglig personale ved hjelpemiddelsentralen, noe som vil virke tidsbesparende på fagarbeidet og mer ryddig for brukerne
- Opprettelse av formelle samarbeidslinjer mellom hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene noe som vil fremme mulighetene for nødvendig samarbeid

En bedret kostnadskontroll innebærer også god oversikt over høreapparater finansiert og eiet av Arbeids- og velferdsetaten. Arbeidsgruppens flertall foreslår at det opprettes et sentralt register med oversikt over utlånte høreapparater slik at man til enhver tid har oversikt over antall utlånte apparater, hvem de er lånt ut til, type, servicebehov ved ulike modeller osv. på linje med praksisen i Hordaland og Østfold. Registeret må være tilgjengelig for hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene for å være til nytte i det daglige arbeidet og minimere ulempene ved at høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler formidles på forskjellige steder. Registeret skal kun inneholde relevante personopplysninger i tillegg til opplysninger om høreapparater og personens audiogram slik at kravene til taushetsplikt overholdes.

Betydningen av registeret er også knyttet til oppfølgingsmuligheter, kostnadskontroll med hensyn til service og reparasjon samt statistikkmuligheter med tanke på kvalitetskontroll og treffsikkerhet ved valg av ulike typer apparater m.m. Registeret vil også kunne være et utgangspunkt for en kunnskapsbase over kvaliteten ved høreapparater, og det vil være til stor nytte både for hørselssentraler og hjelpemiddelsentraler i valg av andre hørselstekniske hjelpemidler. Det foreslås at hørselssentralene får ansvar for dataregistrering av relevante opplysninger. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet er enig i at det er behov for et sentralt register av formidlingsfaglige årsaker, men ikke for kostnadskontroll. Vi er også enige i at Arbeids- og velferdsetaten fortsatt skal ha en rolle i å avgjøre hvorvidt bruker fyller vilkårene i folketrygdloven. Vi mener imidlertid at tildelingen av høreapparater må være en tilskuddsordning som ikke skal ligge ved hjelpemiddelsentralene. Når det gjelder organiseringen internt i NAV, vises det til våre kommentarer under pkt. 5.1 om at den foreslåtte organiseringen ikke er i tråd med strukturen for organisering som er lagt for Arbeids- og velferdsetaten.

For øvrig vises det til avsnittet om ansvar og oppgaver for Arbeids- og velferdsetaten under vårt forslag til tilskuddsordning som beskrives nedenfor.

5.3.2 Faglig kvalitet

Innenfor rammen av høreapparatformidlingen som en spesialisthelsetjeneste går arbeidsgruppen inn for at de regionale helseforetakene skal ha det fulle ansvar for diagnostisering og tilpassing av høreapparater. Det innebærer at hørselssentralene fortsetter å ha ansvar for det helsefaglige arbeidet knyttet til hørselshemming og tilpassing av høreapparat. Ved å beholde tilpassingen på hørselssentralene sikrer man et tett samarbeid mellom legespesialistene, audiografene og andre fagpersoner som er involvert i det hørselsfaglige arbeidet. Et bredt sammensatt fagmiljø er vesentlig for høy faglig kvalitet. En faglig god ivaretagelse av ansvaret innebærer at all høreapparatilpassing innen helseforetakene/sykehusene skal foregå i et tverrfaglig arbeid som inkluderer audiopedagoger og audioingeniører i tillegg til legespesialister og audiografer.

5.3.2.1 Tilgjengelighet

Landets 32 hørselssentraler har ikke kapasitet til å betjene alle landets hørselshemmede. Det anses som vesentlig at det skal være et reelt offentlig tilbud om høreapparatutprøving i alle landets fylker. Det innebærer at mange av landets hørselssentraler må styrkes. Spesielt Østlandet med Oslo og Akershus samt Sør-Trøndelag som de mest utsatte fylkene har svært dårlig kapasitet, og det anbefales en rask bedring av situasjonen.

I dag løser enkelte regioner hørselssentralenes manglende kapasitet ved å inngå avtaler med private aktører. I 2005 tilpasset avtalespesialistene cirka 90 % av alle høreapparater i Akershus. Avtalene gjøres med regionalt helseforetak uten noen krav om faglige føringer eller samarbeid med hørselssentralen. Det er nødvendig å

opprette et samarbeid mellom avtalespesialister og hørselssentraler for å sikre at tjenestene som ytes er av ønskelig karakter uavhengig av bosted og tilknytning. Det foreslås derfor at hørselssentralen får det formelle ansvaret for all høreapparattilpassing. Det vil si at hørselssentralene får et helhetlig bilde av behovene innen sitt arbeidsområde og blir i stand til å bedre den generelle kvaliteten på tjenestetilbudet innen det helsefaglige tilbudet til hørselshemmede.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet uttrykker eksplisitt at ventetiden for høreapparattilpassing skal reduseres til maksimalt tre måneder. I modellforslaget får hørselssentraler som selv ikke klarer å innfri kravet anledning til å inngå avtaler med privatpraktiserende legespesialister. Helseforetakene/sykehusene tegner selv avtaler med private tjenesteytere, et ansvar de får delegert fra regionalt helseforetak slik det er skissert over. Avtalen må inneholde krav om ventetid, faglighet og samarbeid med hørselssentralene om rehabilitering i henhold til den standard hørselssentralene selv forplikter seg til å jobbe etter. Etske retningslinjer hører også naturlig inn i avtalen.

Arbeids- og velferdsetatens behov for bedret kontroll med kostnadene oppfylles gjennom foreslåtte avtaler med hørselssentralene om rammer og informasjonsflyt. I avtalene inkluderes klausuler som virker regulerende på samarbeidet mellom hørselssentral og avtalespesialist. Hensikten er å gi hørselssentralene mulighet for å si opp avtaler med spesialister som ikke oppfyller sine inngåtte avtaler. Arbeids- og velferdsetaten får med det foreslåtte registeret mulighet til å gjennomgå forbruksmønster og kostnadsutvikling med hørselssentralene. I fylker med flere hørselssentraler bør ansvaret for kjøp av tjenester legges til én sentral som følger opp gjeldende avtaler.

5.3.2.2 Tverretattlig samarbeid

Tidligere konklusjoner angående hørselsomsorgens svake punkter peker på manglende kontakt og samordning mellom de ulike etatene og aktørene. Det er en forutsetning for at modellen i dette forslaget skal fungere til beste for brukeren at det opprettes bindende samarbeidsavtaler mellom instansene, og at de inneholder konkrete krav til samarbeidets innhold, kvalitet og gjennomføringsmåter. Særlig oppleves skillet mellom hvor høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler formidles som problematisk. Det må derfor opprettes tydelige samarbeidsrutiner mellom hørselssentralene og hjelpemiddelsentralene som sikrer brukeren riktig oppfølging.

Dagens mange tilpassingsaktører, med ulikt syn på samarbeid, gir brukeren svært variabelt tilbud. Ved å gi hørselssentralene det overordnede ansvaret, vil brukere som benytter avtalespesialister også nyte godt av den tverretattlige samarbeidsavtalen. Alternativt kan avtalespesialister forplikte seg til selv å følge tilsvarende prosedyrer direkte med hjelpemiddelsentralene.

5.4 Oppgaveløsning – Arbeids- og velferdsetaten

Arbeidsgruppens flertall ønsker å bedre kostnadskontrollen gjennom sentralisering av enkelte oppgaver knyttet til høreapparater. Arbeids- og velferdsetaten får økt kontroll med både med kostnader og med formidlingsprosessen ved

oppgaveoverføring til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler samt opprettelse av en landsdekkende "høreapparatsentral".

Arbeidsoppgaver ved Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler vil med den foreslåtte modellen være

- Vedtaksmyndighet for alle hørselshjelpemidler, inklusiv høreapparater og tinnitusmaskerere
- Lagerføring av tinnitusmaskerere
- Samarbeidsinstans for hørselssentralene og kommunene i fylket

Arbeidsoppgaver for Arbeids- og velferdsetaten nye enhet for høreapparatforvaltning

- Lagerføring av høreapparater for landsdekkende distribusjon
- Ansvar for gjenbruk av høreapparater

Det forutsettes at dagens anbudsordning videreføres.

Nedenfor følger en grundigere fremstilling av arbeidsoppgavenes omfang og konsekvensene av løsningen. Forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsetatens kommentarer:

Vi viser til våre kommentarer under pkt. 5.3.1. Oppgaver som lagerføring av tinnitusmaskerere, høreapparater og ansvaret for gjenbruk av høreapparater er oppgaver som vil virke kostnadsdrivende og forsinkende dersom disse skal foregå et annet sted enn der formidlingen av høreapparatene skjer. Gjenbruk av høreapparater bør ses i sammenheng med en utvidet ordning for brukerne til å få låneapparat dersom eget apparat er til reparasjoner eller lignende. Gjenbrukshåndteringen bør etter Arbeids- og velferdsdirektoratets oppfatning knyttes tett opp mot tilpasningsarbeidet.

5.4.1 Overføring av vedtaksmyndighet

Vedtaksmyndigheten for høreapparater ligger i dag hos Arbeids- og velferdsetatens trygdekontor mens andre hørselstekniske hjelpemidler behandles på hjelpemiddelsentralen. Skillet mellom ulike hjelpemidler oppleves som kunstig både av brukere og fagfolk, og en samordning vil oppleves positivt.

For brukeren vil alle hørselsrelaterte opplysninger finnes på hjelpemiddelsentralen, og man slipper å bli henvist videre for å få svar på spørsmål og problemstillinger utenforstående ikke ser forvaltningsmessige forskjeller på (for eksempel høreapparat og andre tekniske hjelpemidler). Endringen vil følgelig oppleves som en forenkling av systemet.

Hjelpemiddelsentralen trenger mange av opplysningene som kommer frem i korrespondansen om høreapparater både i søknadsbehandlingen av andre hørselstekniske hjelpemidler og i fagarbeidet knyttet til hørsel. Disse opplysningene er vanskelig tilgjengelige i dag og tidkrevende å skaffe. Endringen vil oppleves som en effektivisering for flere impliserte parter.

Dagens system har vist at det er vanskelig for alle parter å ha oversikt over tildelte høreapparater fra ulike aktører. Endringen vil gjøre det enklere å skaffe oversikt fordi det søkes kun til én enhet per fylke. Når den samme enheten også har ansvar for oppgjør etter utprøving, kan det bygges et enhetlig system som kan bedre økonomistyringen. Hjelpemiddelsentralene har i dag både trygdefaglig og hørselsfaglig kompetanse noe som muliggjør en kvalitetssikring i beslutningsprosessen.

Enkelte hjelpemiddelsentraler har i dag lange ventetider på søknadsbehandling. Det er derfor nødvendig at det overføres ressurser knyttet til trygdefag for at ventetidene på hjelpemiddelsentralene ikke skal øke.

5.4.2 Formidling av andre hørselstekniske hjelpemidler

Hørselstekniske hjelpemidler dekker flere ulike behovsområder og omfatter et stort antall produkter og produktserier. Produkter innen for eksempel kommunikasjonshjelpemidler benytter seg av avansert teknologi som innebærer hyppige endringer og rask utvikling. Hjelpemiddelsentralene har i dag ansvar for å holde seg oppdatert på utviklingen innen feltet og ha gode kunnskaper om hjelpemidlenes hensiktsmessighet sett fra brukerens ståsted og i henhold til de rammer folketrygden setter. Formidlingsansvaret for hjelpemidler bør fortsatt ligge hos hjelpemiddelsentralene for å sikre høy faglig kompetanse innen et kapasitetsmessig krevende fagområde.

Tilpassing av kommunikasjonshjelpemidler spesielt avhenger av et samspill med høreapparatene. Dagens ordning hvor hjelpemidlene formidles på to forskjellige steder, er problematisk. Den nye modellen endrer ikke ansvarsfordelingen. Men ved hjelp av oppgaveoverføring og formalisert samarbeid mener arbeidsgruppens flertall at situasjonen vil bli sterkt forbedret (ref. 5.3.2.2, 5.4.1, 5.5.5, 5.5.6, 5.6). Innføring av ordningen med prøvekolleksjon av hjelpemidler på hørselssentralene bidrar også til en bedring i situasjonen (ref. 5.5.5).

5.4.3 Tverretattlig samarbeid

En delt modell for høreapparater og andre tekniske hjelpemidler krever et tett samarbeid mellom de to ansvarlige instansene. I 5.6 gjøres det rede for forutsetninger for samarbeidet og hvilket utgangspunkt utformingen av en avtale bør ha.

5.4.4 Innkjøp og lagerføring

Arbeidsgruppen har diskutert ulike løsninger for fremtidig lagerhold og distribusjon av høreapparater med kostnadskontroll som målsetting. Høreapparatteknologiens raske utvikling krever høy kompetanse som sannsynligvis ikke er tilgjengelig i alle fylker eller regioner. Høreapparatene skal distribueres til et stort antall formidlere, og det stiller krav til fleksibilitet.

Arbeidsgruppens flertall foreslår at det opprettes en landsdekkende "høreapparatentral" som får ansvaret for innkjøp og lagerstyring av høreapparater. Sortimentet hentes blant prisforhandlede høreapparater og velges i samarbeid med hørselssentralene.

Hørselssentralene og avtalespesialistene holder egne lager som fylles via "høreapparatsentralen". Endringen gjør en samordning av bestillingsrutiner mulig med en fullstendig oversikt over blant annet høreapparatmodeller med høy og lav omsetning. På sikt kan oversikten brukes i utviklingsøyemed til gagn for brukeren sett i sammenheng med utlånsregistrene i helseregionene. Det må lages rammer for ordningen med rom for regionale eller lokale løsninger tilpasset gjeldende behov og forutsetninger, som for eksempel direktelevering av spesialbestilte apparater. Det er videre en forutsetning for gjennomføring at Arbeids- og velferdsetaten kan opprette eksterne lagre.

Den landsdekkende "høreapparatsentralen" må være tilknyttet Arbeids- og velferdsetaten av hensyn til behovet for kostnadskontroll. Den må være geografisk sentralt plassert for å sikre en rask distribusjon til hele landet. Fysisk kan den enten plasseres ved en av dagens hørselssentraler, en av hjelpemiddelsentralene eller etableres uavhengig av dagens enheter. Tilknytning til en hørselssentral vil gi nærhet til brukere og tilpassere som gir verdifull kontakt med hverdagens problemstillinger. Lokalisering til en hjelpemiddelsentral gir tilgang på nærhet til Arbeids- og velferdsetaten med dens lagre, logistikksystemer og distribusjonsnettverk.

Lokalisering uavhengig av allerede eksisterende tilbud vil gi større frihet til å organisere den nye sentralen uten å måtte ta hensyn til de rammer og betingelser en valgt enhet setter. Løsningen kan også åpne for et bredere samarbeidsforum eller nettverk hvor det ikke legges til rette for favorisering av samarbeid med enkeltsentraler i like stor grad. Valg av lokalisering bør foretas etter en vurdering av de ulike mulighetene i dialog mellom RHF, Arbeids- og velferdsetaten og ulike representanter for høreapparattilpassere.

At innkjøpsordningen for høreapparater samles og samordnes, bør føre til løsere bånd mellom tilpasser og leverandør, og gjennom sortimentssamarbeid med "høreapparatsentralen" sikres brukeren tilgang til et utvalg av aktuelle høreapparatmodeller. Ordningen gir mulighet for oversikt over variasjon og turn over for de ulike modellene ved den enkelte hørselssentral eller avtalespesialist. Dette forslaget støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker ikke et sentralt lager for høreapparater. Det krever lokaler, bemanning, IT-system med nye funksjoner, logistikk og frakt. Det gir nye utgifter til lokaler, IT-systemer og bemanning og medfører, slik vi ser det, ikke kostnadskontroll. Det er et fordyrende og forsinkende ledd å sende høreapparater til et sentralt lager når de kan sendes direkte til formidler av høreapparater. Et sentralt innkjøp via Arbeids- og velferdsetaten medfører ikke løsere bånd mellom innkjøper og leverandør. Det er valg av høreapparat og derigjennom leverandør som utløser utgifter for Arbeids- og velferdsetaten, og dette forholdet endrer seg ikke ved å sende høreapparater til et annet sted i landet før det sendes tilpasser. Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker tilskudd til lager til helseforetakene i stedet for et sentralt lager. Se beskrivelse av "Tilskuddsordningen".

5.4.5 Gjenbruk

Manglende rutiner og oppfølging rundt gjenbruk av høreapparater gjør at store verdier går tapt. Hjelpemiddelsentralene har i dag et system for innkreving av hjelpemidler etter dødsfall, innlevering av hjelpemidler ved bortfall eller endring av behov og for vedlikehold av hjelpemidler slik at de er egnet for gjenbruk. Ved å utnytte erfaringene og kompetansen fra hjelpemiddelsentralene, kan man legge til rette for å få høreapparater inn i et tilsvarende system.

Ved hørselssentralene i Fredrikstad og i Bergen har man positive erfaringer med gjenbruk, og ordningen praktiseres slik at alle høreapparater på lager er av høy kvalitet. I tillegg til å utnytte ressursene bedre muliggjør opprettelsen av en landsomfattende gjenbruksordning korttidslån av apparater. Mange høreapparatbrukere kan ikke fungere uten høreapparater og ser seg nødt til å bruke sykemelding eller egenmelding når apparatene er til reparasjon eller service. Korttidslån kan gjøre det mulig å opprettholde sitt daglige virke i serviceperioden.

Grut og Hem (2001) fant at gjenbruk av høreapparater i tillegg til å gi besparelser også legger til rette for bedre oppfølging av brukere. Gjennom etablering av nettverk blir det lettere å fange opp feilformidlinger, og formidlingen blir mer effektiv. Fagapparatet får en bedre erfaringsbearbeiding ved at det følges tettere opp i formidlingen, og systematisk og kontinuerlig læring blir en sidegevinst.

Høreapparatteknologien er i sterk utvikling, og variasjonen i apparater som er i bruk er stor. Gjenbruk av høreapparat forutsetter derfor høy kompetanse knyttet til høreapparater generelt og til de enkelte modeller spesielt. Hjelpemiddelsentralene har per i dag ikke tilstrekkelig kompetanse til å ivareta denne oppgaven da de ikke har ansvar for utlån av høreapparater i dag. I tillegg er det ikke sannsynlig at kompetansen kan skaffes og/eller opprettholdes ved alle 19 sentraler over tid. Det foreslås derfor at "høreapparatssentralen" som er foreslått opprettet (ref. 5.4.4) får ansvaret for gjenbruk av høreapparater.

Alle høreapparater returneres til gjenbrukssenteret som foretar en vurdering av bruksverdien. Apparat som anses skikket for gjenbruk settes i stand, fortrinnsvis ved sentralen eller hos leverandør/reparatør hvis nødvendig, og inngår på nytt i distribusjonen. Detaljerte kvalitetskrav og gode rutiner for hvordan apparatene skal inngå i utlånsprosedyrene må utarbeides. Høreapparater som ikke anses å ha ønsket standard, skal vurderes for andre bruksområder før eventuell kassasjon foretas. Alternativ bruk kan være midlertidig lån ved service og reparasjon samt donasjon til veldedige formål, som for eksempel utdeling i land som ikke har et tilbud til hørselshemmede. Sistnevnte bør vurderes for alle apparater som fungerer, men som ikke egner seg for ordinær gjenbruk.

Hjelpemiddelsentralene har i dag konkrete krav til gjenbruk av hjelpemidler. Med et tilsvarende system for høreapparater vil gjenbruk kunne utvikles også her, og en bedret ressursutnyttelse vil bli oppnådd, cf. Arbeidsgruppens mandat. Forslaget om gjenbruk støttes ikke av Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet kan ikke godta å administrere en ordning med gjenbruk av høreapparater. Vi har ikke virkemidler til å fremme gjenbruk av høreapparater fordi Arbeids- og velferdsetaten ikke er tiltenkt en rolle med ansvar for formidling av høreapparater. Gjenbruk av høreapparater må ses i sammenheng med oppfølging av bruker, feilformidling og et utvidet tilbud med utlånsordning for høreapparatbrukere som i dag må sykmeldes fordi eget apparat ikke fungerer eller er til reparasjon. Vi mener derfor at gjenbruk av høreapparater må legges til hørselssentralene som har ansvaret for formidlingsarbeidet.

5.5Oppgaveløsning – RHF

Arbeidsoppgaver ved sykehusenes hørselssentral vil med den foreslåtte modell være

- Områdespesifikt ansvar for all høreapparatformidling
- Veiledning knyttet til hjelpemidler
- Avtalepart ved kjøp av tjenester
- Samarbeidsinstans for avtalespesialister og hjelpemiddelsentral
- Opplæringsinstans i rehabiliteringsprosessen

Nedenfor følger en redegjørelse for de arbeidsoppgaver på hørselssentralene som er relevant for høreapparattilpassingen.

5.5.1Ventetider

Dagens tjenestetilbud knyttet til diagnostisering av hørselshemming og høreapparattilpassing er uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i for brukerne. Manglende kontakt og samarbeid mellom hørselssentralene og avtalespesialistene samt fravær av oversikter over tilbud og ventetider bidrar til situasjonen.

Ikke alle hørselssentraler har kapasitet til å dekke behovet i hele sitt fylke/område. For å tilfredsstille kravene AID og HOD har satt, vil det i flere helseregioner fortsatt være behov for omfattende bruk av avtalespesialister. Arbeidsgruppen ønsker at de reelle ventetidene for konsultasjon gjøres tilgjengelig på www.sykehusvalg.net både for hørselssentraler og avtalespesialister.

Et geografisk likeverdig tilbud om diagnostisering og høreapparattilpassing innebærer også at enkelte helseregioner må bygge ut sitt tilbud i form av større og/eller flere hørselssentraler. Særlig Helse Sør-Øst har et mangelfullt offentlig tilbud med akseptable ventetider.

5.5.2Diagnostisering av hørselstap

Diagnostisering av hørselstap er et tverrfaglig arbeid mellom legespesialist, audiograf og annet fagpersonell. Arbeidets omfang og kompleksitet vil variere, og særlig barn og deres foreldre vil trenge tett oppfølging over tid.

I henhold til regelverket skal tilpassing av høreapparat skje etter undersøkelse hos legespesialist i øre-nese-halssykdommer, og det er bare legespesialisten som har rekvisisjonsrett for høreapparater som skal dekkes av folketrygden. Derimot har de færreste legespesialister de nødvendige kunnskaper for å kunne gjøre

tilpassingsarbeidet og er avhengige av audiografer til å gjøre denne jobben. Derfor er det essensielt at audiografer og legespesialister jobber tett for å sikre god kommunikasjon til brukerens beste. Også ved senere oppfølging, for eksempel ved endret hørselsstatus, er det dette samarbeidet viktig for å sikre forsvarlig medisinsk oppfølging. Uten legeundersøkelse kan nye tilstander forbli uoppdaget.

Diagnostisering av hørselstap er først og fremst en oppgave for en øre-nese-halslege, som stiller den medisinske diagnosen. I tillegg til den medisinske diagnostikken kommer også funksjonsvurdering basert på hørselstapet, og her kommer både øre-nese-halslege, audiograf, og i en del tilfeller audiopedagog og audioingeniør inn. Det samme teamet burde være sammen om behandling av tilstanden. Dersom høreapparat er en del av behandlingen, er dette vanligvis et livsvarig behov, og her er det viktig at øre-nese-halslegen bidrar i hele forløpet. Nedsatt hørsel er ikke en statisk tilstand. Det kan skje endringer som medfører at det er nødvendig med oppfølging også av legespesialist. Spesielt innen geriatrisk behandling og oppfølging står både fastlegen og legespesialisten sentralt med tanke på andre uoppdagede tilstander, og et tverrfaglig samarbeid er viktig.

Diagnostiseringsalderen for hørselshemmede barn har til nå vært for høy med tanke på habilitering og talespråkutvikling. Nyfødtscreening er et viktig bidrag for å redusere diagnostiseringsalderen. Audiologiske og elektrofysiologiske målinger av hørselen hos spedbarn er utfordrende, og det er en viss usikkerhet knyttet til resultatene. For å optimalisere testsituasjonen og sikre seg valide data, må det settes av tilstrekkelig med ressurser, både hva gjelder fagpersonell og tid. For- og etterarbeid må utføres i et bredt sammensatt team for å sikre høy faglig kvalitet på arbeidet. På grunn av usikkerhet knyttet til testresultatene, bør alle barn som ikke passerer screeningen første gang, utredes videre i løpet av to måneder. Hvis utredningen påviser nedsatt hørsel på ett eller to ører, må habiliteringstiltak igangsettes i samråd med foreldrene. Utredningen skal utføres på en hørselssentral som har tilgang til nødvendig testutstyr for å kunne stille riktig diagnose og tilby nødvendig kompetanse på hørselshabilitering av små barn og deres foreldre. Det er viktig med et tverrfaglig samarbeid som inkluderer legespesialist, audiograf, audioingeniør og audiopedagog for å kunne dekke de mange ulike behov en familie i en slik situasjon kan ha.

Sluttrapporten "Hørselstap – nyfødte – oppfølging" (2006) har utviklet en modell for rask og helhetlig oppfølging til foreldre og barn med påvist hørselstap etter screening. Ved innføring av universell screening vil det være behov for standardiserte rutiner for gjennomføring og oppfølging. Modellen og materialet som er utarbeidet i prosjektet, kan være et nyttig redskap for andre som utfører tilsvarende arbeid. Arbeidsgruppen stiller seg bak anbefalingene og ønsker at modellen implementeres ved alle sykehus som tilbyr hørselsscreening av nyfødte.

Modellen fra Sør-Trøndelag bygger på et tett samarbeid mellom hørselssentralen og Statped, og et godt tilbud til familien innebærer at de ulike instansene har god kontakt. Det må blant annet opprettes samarbeid med fastlegen og helsestasjonen samt pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) slik at det kan utvikles et kommunalt nettverk. Siden det som oftest mangler hørselsfaglig kompetanse i kommunen, må det i tillegg og så tidlig som mulig opprettes kontakt med Statped/audiopedagogtjenesten slik prosjektrapporten "Enhetlig og helhetlig

habilitering for hørselshemmede barn i alderen 0-6 år" (2007) anbefaler. Rapporten beskriver Statped's anbefalinger til eget bidrag i habiliteringsprosessen for hørselshemmede barn i aldersgruppen. Det må snarest utarbeides tydelige henvisningsrutiner fra hørselssentral til fastlegen for etablering av kontakt med de øvrige instansene (se over). Arbeidsgruppen anbefaler at hørselssentralene sammen med familiene vurderer hvordan man kan sikre kontakt med hørselsfaglige spesialpedagogiske miljøer.

5.5.4 Tilpassing og formidling av høreapparat

Å begynne med høreapparat er en tilvenningsprosess som krever en høy grad av egeninnsats, og for noen kan prosessen være lang. Mengde og type informasjon samt kvalitativt god oppfølging er sentrale suksesskriterier for å få best mulig nytte av høreapparatene. Det finnes både hørselssentraler og avtalespesialister som følger opp sine pasienter på en tilfredsstillende måte, men fremtidens system må sørge for at den gode prosessen er tilgjengelig uavhengig av hvor man får tilpasset høreapparater. Dagens praksis inneholder ikke tilstrekkelige krav til tjenestetilbudet som skal ytes i tilpassingsprosessen slik at tilbudet som gis er svært personavhengig.

Arbeidsgruppen foreslår at det utvikles kravspesifikasjoner knyttet til høreapparatformidlingen som hørselssentralene og avtalespesialistene forplikter seg til å følge. Det bør nedsettes en bredt sammensatt gruppe bestående av blant andre legespesialist, audiograf, audioingeniør og audiopedagog med erfaring fra ulike regioner som utformer et forslag til en nasjonal kravspesifikasjon. Gruppen bør også bestå av representanter fra helseforetak, Arbeids- og velferdsetaten og brukerorganisasjoner. Spesifikasjonen bør inneholde krav til

- Medisinsk utredning
- Kartleggingsprosedyrer med brukermedvirkning
- Utprøvningsprosedyrer
- Ulike oppfølgingsprosedyrer
- Audiopedagogisk oppfølging
- Dokumentasjon av resultat
- Samarbeidsinstanser og –rutiner
- Henvisningsrutiner

Det må lages egne oppfølgingsprosedyrer for små barn da de trenger hyppige kontroller og avstøpning av propper. Kravspesifikasjonen bør åpne for at målet kan nås på ulike måter, men at måloppnåelsen alltid dokumenteres.

En arbeidsgruppe ledet av Asgaut Warland fra hørselssentralen ved Haukeland universitetssykehus utarbeidet i 2001 forslag til retningslinjer for hørselssentralene på anmodning fra Statens helsetilsyn⁹. Det synes naturlig at dokumentet brukes som grunnlag for det fremtidige arbeidet.

En forutsetning for at tilpassingsarbeidet blir vellykket, er et tverrfaglig samarbeid som dekker hele det hørselsfaglige området. Det betyr at mange hørselssentraler må styrke sin kompetanse på enkelte fagområder. Sosial- og helsedirektoratet har ikke funnet noen oversikt over bemanningen ved landets hørselssentraler annet enn

⁹ Forslaget følger som vedlegg.

de opplysninger som har kommet fra leverandørforeningen, som antyder at seks hørselssentraler har audiopedagog i staben og 13 har audioingeniører. Årsaken er i noen tilfeller manglende innsøking ved utlysning. I tillegg rapporteres det om manglende viderehenvisning av brukere og overføring av arbeidsoppgaver til audiopedagoger ved enkelte hørselssentraler. Slike problemstillinger må blant annet løses gjennom holdningsendringer i fagmiljøene. For å få forgang i prosessen kan krav til samarbeid og kravspesifikasjoner knyttet til arbeidet være med å bidra.

Hørselssentralenes plikt til å melde videre til kommunale instanser må vektlegges. En rapportering til fastlege er essensielt for at vedkommende skal kunne utføre sitt ansvar om henvisning videre til andre impliserte parter. Andre kommunale instanser med behov for melding om hørselshemming er rehabiliteringstjensten. Berge og Lorentsens modellforsøk viste at det var et betydelig problem å få hørselssentralene til å henvise videre til kommunal instans. Erfaringene fra forsøket tyder også på at hørselssentralenes behovsutredning ofte har et relativt ensidig øre- og hørselsproblem i fokus, og ikke vurderer den totale livssituasjonen. I så fall er det behov for at også hørselssentralene tar i bruk nye og mer helhetlige tilnærminger (Berge, Lorentsen april 2007). En større vekt på bruk av individuell plan ved hørselssentralene kan være et bidrag i utviklingen.

Kapasiteten og ressurstilgangen ved mange av landets hørselssentraler motvirker mulighetene for en utvikling i den skisserte retning. "Vi registrerer imidlertid at ansatte på hørselssentralene anser mulighetene for forbedringer som klart begrensede fordi arbeidet er presset på tid. Bakgrunnen for tidspresset er både påtrykk "utenfra" for ikke å få for lange ventelister og krav "innenfra" om inntjening" (Berge, Lorentsen april 2007:44). Inntrykket er at kvalitetsutbedrende tiltak vil redusere inntjeningen da det er aktiviteter som ikke utløser takster.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener det er viktig at det gjøres en vurdering av brukers totalsituasjon ved valg av høreapparat, slik at brukere kan få tilgang til nødvendige hjelpemidler i arbeidsliv, skole, barnehage, hjem og i fritiden. Dette er et stadig økende behov på grunn av konvergens av funksjoner. Det vil si at valg av høreapparat kan være av vesentlig betydning for hvilke hørselshjelpemidler som kan benyttes (kobles til høreapparatet).

5.5.4 Reparasjoner

Som vist tidligere er reparasjonskostnadene knyttet til høreapparater i sterk vekst. Det er et stort behov for en oversikt over veksten og årsaken til den samt å avdekke muligheten for kostnadsreduksjon. Arbeidsgruppen foreslår at reparasjoner legges ut på anbud i regi av Arbeids- og velferdsetaten. I Tyskland praktiseres en slik modell, og det finnes per i dag tre autoriserte reparatører. Det er ikke en forutsetning at det er høreapparatleverandører som deltar i anbudsrundene.

Arbeidsgruppen foreslår i tillegg at alle reparasjoner kanaliseres gjennom hørselssentralene etter modell fra Hordaland, alternativt gjennom en avtalespesialist. I Hordaland sendes høreapparater med et antatt reparasjonsbehov til hørselssentralen ved Haukeland sykehus for vurdering. I hørselssentralens rapport

til Sosial- og helsedepartementet i 1999 beregnes besparelsene på rene reparasjonsutgifter å være cirka 79.000 kroner i fylket.

I tillegg til bedret kostnadskontroll åpner systemet for at brukere som er lite tilfredse med sine apparater og tror at det skyldes feil ved dem, kan få den nødvendige hjelp i form av adekvat problemløsning. Praksisen i Hordaland har vist at dette er en viktig problemstilling.

Det er en forutsetning for å få reparasjonsordningen til å fungere at hørselssentralene har oversikt over hvem de enkelte høreapparater er utlånt til. Den nye modellen legger opp til dette. Videre er det en forutsetning at hørselssentralene styrkes tilsvarende den økte belastningen ordningen medfører. Hørselssentralene må også prioritere arbeidet med å vurdere apparatene slik at ventetiden for brukeren ikke overstiger et akseptabelt nivå.

5.5.5 Veiledning knyttet til hjelpemidler

Høreapparat gir ikke alltid tilstrekkelig forsterkning og dekker ikke alle hørselsrelaterte behov en hørselshemmet kan ha. Arbeids- og velferdsetaten har formidlingsansvaret for andre tekniske hjelpemidler, men hørselsfaglig personale ved hørselssentralene skal ha anledning til å søke om hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralene. Hørselssentralens personale har den tetteste dialogen med brukeren og gode forutsetninger for å sette seg inn i brukerens situasjon. Særlig samtalehjelpemidler står sentralt i en helhetlig behovsvurdering, og høreapparatene må ses i sammenheng med de andre hjelpemidlene.

Tilpassings- og oppfølgingsprosedyrer ved hørselssentralen må inkludere en vurdering av alternativer til høreapparater samt behovet for supplement til apparatene. Nytteverdien av samtalehjelpemidlene avhenger av ulike faktorer. Den teknologiske utviklingen innen samtalehjelpemidler skjer i likhet med høreapparater fort. Å skaffe seg dybdekunnskap om produkter og deres fordeler og svakheter er et omfattende arbeidsområde og ligger innenfor hjelpemiddelsentralens ansvarsområde. Utvikling av gode samarbeidsrutiner mellom hjelpemiddelsentral og hørselssentral er viktig for å sikre at brukeren får den mest hensiktsmessige løsningen. Uten hørselsfaglig kompetanse kan kommunalt ansatte ha vanskeligheter med å følge opp brukeren med tanke på samtalehjelpemidler. Ved å søke om hjelpemidler påtar hørselssentralen seg et oppfølgingsansvar i forhold til hjelpemidlene, noe som forutsetter god dialog med hjelpemiddelsentralen.

Et veiledningsansvar forutsetter at hørselssentralene har tilgang på hjelpemidlene de skal veilede om. Arbeids- og inkluderingsdepartementet ber i brev av 15.12.2006 hjelpemiddelsentralene om å stille en "prøvepakke" av hørselstekniske hjelpemidler til disposisjon for de som tilpasser høreapparater. Departementet forventer videre at hjelpemiddelsentralene samarbeider med høreapparatformidlerne for å bedre kunnskapen om hørselstekniske hjelpemidler. I brev av 16.02.07 sier Arbeids- og velferdsdirektoratet til Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler at det er ønskelig at alle hørselssentraler og avtalespesialister skal ha en "prøvepakke" tilgjengelig, forutsatt at de er i stand til å nyttiggjøre seg en. Arbeidsgruppen stiller seg bak føringene og ber om at hjelpemidlene stilles til disposisjon for høreapparatformidlerne. Utvalget av hjelpemidler bestemmes i et samarbeid mellom hjelpemiddelsentralene og hørselssentralene eller den enkelte avtalespesialist.

5.5.6 Avtalepart ved kjøp av tjenester

I dag gjør privatpraktiserende legespesialister avtaler med regionalt helseforetak, og det stilles ikke tilsvarende krav til avtalespesialistene som til hørselssentralene. Det finnes i dag ikke forskrift eller faglige retningslinjer som stiller krav til den faglige virksomheten avtalespesialistene skal utføre. Dagens praksis kan gi uheldige geografiske forskjeller i tilbudet til brukerne.

Arbeidsgruppen foreslår å løse situasjonen ved at avtalemyndigheten delegeres til helseforetakene/sykehusene, som tegner avtalene med private aktører når de selv ikke har kapasitet til å overholde den fastsatte ventetiden slik det er skissert over. Avtalene må stille de samme krav til det private tjenestetilbudet som til det offentlige. Det vil si at brukeren skal ha tilgang til de samme utprøvningsmulighetene, en audiograf som ikke er tilknyttet leverandør samt audiopedagogisk oppfølging i utprøvningsperioden. Avtalespesialistene forplikter seg også til å utføre arbeidet i henhold til de retningslinjer som skal utarbeides for all høreapparatilpassing.

Audiografer har ikke rekvisisjonsrett for høreapparater og er tidligere definert som legens hjelpepersonale. Ikke alle avtalespesialister har audiograf ansatt, mens det er audiografen som må utføre tilpassingsarbeidet. Avtalespesialister som ikke har audiograf ansatt, henviser til leverandørene eller til privatpraktiserende audiografer. Dagens privatpraktiserende audiografer har kun avtaler med legespesialister og ikke med regionalt helseforetak. Arbeidsgruppen foreslår at avtalen legespesialister tegner med hørselssentralen stiller krav om tilknyttet audiograf. Avtalen må også spesifisere hvordan avtalespesialisten skal tilby audiopedagogisk oppfølging.

Helseforetakene har plikt til å tilby ambulerende tjenester. Ikke alle hørselssentraler har tilstrekkelig kapasitet, og gjennomføring av utadrettet virksomhet er mange steder begrenset. For Hordaland fylke har Helse Vest ved Haukeland universitetssykehus løst sitt kapasitetsproblem ved å inngå særavtaler med noen av avtalespesialistene om å utgjøre den ambulerende tjenesten. Arbeidsgruppen foreslår at hørselssentraler som ikke ser seg i stand til å løse oppgaven med den styrking modellen foreslår, ser på bruk av avtalespesialister i arbeidet med å sikre tilgang til høreapparatilpassing for alle. I det foreslåtte arbeidet med utarbeidelse av kvalitetskrav for øvrig, må spesifisering av målsetting og hensikt med ambulerende tjenester nedfelles og kvalitetskrav stilles.

5.5.6 Samarbeidsinstans

Den foreslåtte modellen forutsetter et tett samarbeid mellom ulike aktører. Samarbeidet mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen er nærmere beskrevet i 5.6.

Helhetlig rehabilitering krever fagkompetanse fra flere fagområder og oppfølging over tid. I 5.9. skisseres det et kurstilbud som bør gjøres tilgjengelig for hørselshemmede som føler behov for mer informasjon i tilknytning til sin hørselsrehabilitering. For at et offentlig og privat tjenestetilbud skal være likeverdig, må også brukere av avtalespesialister få tilbud om de samme kursene. Avtalespesialistenes praksis kan også inkluderes i kurstilbudene som er skissert i 5.9. Gjennom samarbeid mellom hørselssentralen og avtalespesialistene får begge

parter innblikk i hverandres praksis og kan diskutere mål og metoder. Samarbeidsformen bør beskrives i gjeldende avtale.

I Danmark har man erfaring med henvisning til oppfølging andre steder enn der apparatene er tilpasset, både offentlig og privat. En ny undersøkelse viser at andelen hørselshemmede som benytter seg av et slikt oppfølgingstilbud er lavere for de som bruker private tjenesteytere enn for de som har fått tilpasset apparatene innen det offentlige tilbudet (Lindstad 2007). Fremtidig praksis i Norge må sikre at tilbudet blir likt uavhengig av henvisende instans.

5.6 Samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF

Å opprettholde en delt oppgaveløsning i høreapparatformidlingen krever gode samarbeidsrutiner med tett kontakt mellom hørselssentral og hjelpemiddelsentral. I mange fylker preges dagens kontakt av manglende samarbeid eller et lite konstruktivt samarbeidsklima. Det er derfor essensielt at fremtidig organisering inkluderer forpliktende samarbeid som baserer seg på avtaler. Det bør videre opprettes hensiktsmessige samarbeidsfora. Samarbeidet må omfatte

- Utvikling av rutiner for henvisning
- Oppfølging av brukere med tanke på en helhetlig behovsvurdering
- Utvikling og oppfølging av felles kurstilbud til kommunalt ansatte med hørselsrelaterte arbeidsoppgaver
- Samkjøring og organisering av bistand til lærings- og mestringssentrene (se beskrivelse av kurstilbud i 5.9.1)
- Sortimentsarbeid – høreapparater (gjelder spesialenheten)

Som det påpekes i sluttrapporten til Berge og Lorentsen, kommer ikke tverrfaglig og tverretattlig samarbeid av seg selv. Det nevnes forutsetninger for å oppnå et samarbeid som går ut over å henvise personer til hverandre (Berge, Lorentsen april 2007):

- Parter som skal samhandle konstruktivt må ha en felles forståelse av verdigrunnlag og overordnede mål for samarbeidet/prosessen.
- Fellesskapet i verdigrunnlag og forståelse må utvikles og vedlikeholdes gjennom målrettede prosesser hvor ledelsen på alle nivåer inkluderes.
- Klare rutiner for samarbeid som inkluderer ansvars- og rollebeskrivelser
- Kunnskap, forståelse og respekt for hverandres ansvarsområder.
- Krav til kvalifiserte medarbeidere med trygg basis i egen faglighet og med respekt for andres faglighet.

Det foreslås at en arbeidsgruppe bestående av representanter fra begge instanser fra ulike deler av landet, jobber frem et forslag til overordnet plan for hvordan samarbeidet kan muliggjøres og hva innholdet må inkludere.

Interesseorganisasjoner bør inkluderes i arbeidsgruppen for å sikre at fremtidige avtaler har et godt brukerperspektiv. Forslaget kan brukes som veileder i arbeidet med å opprette et tilfredsstillende tilbud på landsbasis.

5.7 Cochlea-implantasjon

Cochlea-implantat (CI) er et hjelpemiddel som har som hovedhensikt å gi døve eller sterkt tunghørte som ikke har nytte av høreapparat mulighet til å oppfatte tale. Implantasjonen er i seg selv en høyspesialisert medisinsk prosedyre som stiller store krav til teknikk og ekspertise. I tillegg forutsetter et vellykket resultat innsats både fra bruker selv og ulike fagpersoner. En god prosess for en CI-kandidat er derfor tett oppfølging fra henvisning er sendt til lyttetreningen kan avsluttes eller foretas på egenhånd. Det er store individuelle forskjeller hva gjelder lydopplevelse og taleoppfattelse ved bruk av cochlea-implantat. For at gevinsten ved cochlea-implantat skal være optimal, kreves god opplæring og tett oppfølging fra et nært samhandlende helsepersonell og pedagogisk personell.

Det er avgjørende at alle personer med cochlea-implantat har tilgang på god fagkompetanse med en rimelig geografisk nærhet. Arbeidsgruppen foreslår at minimum én hørselssentral i hver helseregion bygger opp spesifikk kompetanse innenfor området. I dag finnes det slik kompetanse i Helse Sør-Øst (Rikshospitalet), Helse Vest (Haukeland) og Helse Midt-Norge (St. Olav).

Fagmiljøene antar at mellom 3000-5000 voksne døve ville kunne ha nytte av cochlea-implantat. For barn anslås behovet for å være 30-45 årlig. Sosial- og helsedirektoratet anslo i 2006 at behovet for cochlea-implantasjoner tilsvarer 250 operasjoner årlig.

5.7.1 Finansiering av cochlea-implantater

I motsetning til høreapparater og andre hørselshjelpemidler finansieres ikke cochlea-implantat gjennom folketrygden. En konsekvens av en fullfinansiering gjennom RHF er lange ventetider for å få den nødvendige hjelpen fordi det ikke er satt av tilstrekkelige midler i budsjettene for å dekke det faktiske behovet. Rikshospitalet opplyser at ventetiden for voksne nå er på minst tre år. St. Olavs hospital melder at de i utgangspunktet har en ventetid på ett år, men at de siden vinter/vår 2006 ikke tilbyr CI-operasjoner på grunn av behov for økonomiske innsparinger. Likevel blir CI-pasienter som klager på brutt behandlingsgaranti operert ved sykehuset. Situasjonen er fortsatt vanskelig til tross for at helse- og omsorgsministeren forsikret Stortinget om at de regionale helseforetakenes ansvar for CI-operasjoner vil bli fulgt opp i tiden fremover i Stortingets spørretime i mai 2006. Døvblitte personer i yrkesaktiv alder løper en høy risiko for å falle ut av arbeidslivet mens de venter på operasjon.

Arbeidsgruppen foreslår å likestille cochlea-implantater med andre hørselshjelpemidler slik at implantatets ytre del finansieres gjennom folketrygden. Omleggingen vil medføre en likebehandling av alle hørselshemmede med et hjelpemiddelbehov, og kostnadsfordelingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og RHF vil tilsvare høreapparatformidlingen. Kostnadsfordelingen vil gi kortere ventetid forutsatt at dagens kapasitet opprettholdes.

5.7.2 Cochlea-implantat til barn

Cochleaimplantasjon hos barn har talespråkutvikling som hovedsiktemål. Det er derfor viktig at diagnostisering og operasjon skjer så raskt som mulig.

Nyfødtscreening er et viktig verktøy i diagnostiseringsarbeidet overfor barn med medfødte hørselstap. Hvis cochlea-implantat anses som formålstjenelig, bør implantasjon tilbys fra barnets 6. levemåned og helst innen 12. levemåned.

Rikshospitalet oppgir at det tar cirka tre måneder fra de mottar henvisning til operasjon gjennomføres. For barn som er henvist for operasjon på øre nummer to, er ventetiden noe lenger på grunn av økt interesse den siste tiden. Ventetiden er nå seks måneder.

For å sikre at barnas oppfølgingsbehov blir ivaretatt under og etter lydjustering, må det finnes konkrete samarbeidsavtaler hvor relevante kommunale tjenesteytere og Statped's ansvar og bidrag er definert.

5.7.3 Cochlea-implantat til voksne

Den mest akutte problemstillingen overfor voksne med behov for cochlea-implantat er å få oppfylt sine rettigheter i henhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftens § 4, det vil si å få utredning og operasjon innen lovens rammer. Arbeidsgruppen mener at en omlegging av finansieringen vil være et skritt på veien mot målet.

Som nevnt er tett og adekvat oppfølging av avgjørende betydning for muligheten til å nyttiggjøre seg implantatet i henhold til egne forutsetninger. Erfaringene fra St. Olavs hospital viser at oppfølgingsbehovet varierer, men at det er helt nødvendig med et tverrfaglig samarbeid i og mellom de ulike instansene for at alle som har fått et cochlea-implantat skal ha mulighet til et optimalt utbytte. Arbeidsgruppen ønsker at det opprettes et system for tilmelding til personens hjemkommune fortrinnsvis før operasjonen gjennomføres, slik at et oppfølgingstilbud er klart umiddelbart etter. Fastlegen har en sentral rolle i oppfølging og viderehenvisning etter operasjon og må inkluderes i den fremtidige rutinen. Det må tas initiativ fra overordnet myndighet til å informere kommunene om deres oppfølgingsplikt overfor gruppen med konkrete anbefalinger om tilbudets innhold. Initiativet må blant annet rettes mot fastlegene slik at de får bedre kunnskap om oppfølgingsbehovet og henvisningsinstanser. I de regioner eller fylker hvor det ikke er laget samarbeidsavtaler eller rutiner mellom Statped/fylkesaudiopedagogtjenesten og RHF, må en slik avtale utformes, og samarbeidsform, henvisningsrutiner og ansvarsfordeling må inkluderes.

5.8 Kommunalt ansvar

Hovedutfordringen i det kommunale tilbudet til hørselshemmede er tilgangen på hørselsfaglig kompetanse. Noen få kommuner har audiopedagog ansatt, men selv der vil de neppe ha kapasitet til å følge opp alle kommunens hørselshemmede i alle aldre. Kommunen har en sentral rolle i store deler av rehabiliteringsprosessen, og fagkompetanse på mange områder er nødvendig. Primærlegen og helsestasjonen kan nevnes som viktige bidragsytere samt tjenester som gir mulighet for oppfølging i hjemmet.

I handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" påpekes det at kommunen forventes å ha kompetanse om hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer og psykososiale konsekvenser ved å ha nedsatt hørsel. I

tillegg forventes kunnskap om hørselshemmedes behov og oversikt over aktuelle tilbud i statlige etater og i spesialisthelsetjenesten. Handlingsplanen nevner også oppfordringer fra Helsedepartementet til kommunene om å opprette hørselsfaglig kompetanse, blant annet gjennom veiledningstiltak og etterutdanning. Det er derfor ønskelig at kommunenes ansatte får hørselsfaglig opplæring/etterutdannelse for bedre å kunne ivareta brukergruppen. En forventet økning i antall eldre gjør at gruppens størrelse tiltar.

Tilgangen på fagpersonale med kompetanse på/erfaring fra arbeid med hørselshemmede er per i dag begrenset slik at mindre kommuner med færre innbyggere bør vurdere muligheter for interkommunalt samarbeid. Arbeidsgruppens modell vil gi bistand til kommunene gjennom opprettelse av en ny hørselsfaglig stilling tilknyttet hørselssentral med fylkesvist eller områdespesifikt ansvar ("fylkesaudiografen").

5.8.1 "Fylkesaudiograf" eller annen hørselsfaglig kompetanse

Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en hørselsfaglig stilling med tilknytning til en hørselssentral. Tilknytningen til fagmiljøet ved hørselssentralen er essensiell fordi den sikrer samarbeid med de personer som tilpasser høreapparat og en tilhørighet til et ressursmiljø. Stillingen kan være som fylkesaudiograf eller besittes av en person med annen hørselsfaglig kompetanse. Stillingen må være en del av fagmiljøet ved hørselssentralen, men ikke inkluderes i det daglige arbeidet. Avhengig av tilgjengelig kompetanse ved hørselssentralen vil stillingen kunne besittes av flere personer med ulik hørselsfaglig bakgrunn i en gitt stillingsbrøk for på den måten å gi et bredt tilbud til kommunene.

Det anbefales at stillingen tillegges ansvar for å bistå kommunene gjennom veiledning og opplæring. I tillegg til hørselskontakter eller andre i rehabiliteringsvirksomhet vil særlig ansatte ved sykehjem og i pleie- og omsorgstjenesten være viktige målgrupper for arbeidet. Med sin arbeidsform vil stillingen bidra til å ivareta hørselssentralenes plikt til å tilby ambulerende virksomhet.

5.8.2 Hørselskontakter

De aller fleste kommuner har i dag avtaler med hjelpemiddelsentralen i sitt fylke og mange har også egne hørselskontakter. Ansatte i kommunens rehabiliteringstjeneste får tilbud om opplæring innen hjelpemiddelsentralens ansvarsområder. Helseforetaket har tilsvarende opplæringsansvar overfor kommunene, og enkelte hørselssentraler har samarbeid med hjelpemiddelsentralen om bidrag ved avvikling av kurs. Arbeidsgruppen foreslår at et slikt samarbeid gjøres forpliktende slik at kommunens ansatte får tilbud om et mer helhetlig opplæringstilbud i forhold til teknisk tilrettelegging og et bedre faglig nettverk.

Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-1/2007 sier at alle kommuner skal ha en hørselskontakt. Mer enn 90% av kommunene har ren rehabiliteringsansvarlig for hørselshemmede (Eilertsen 2005). Dagens hørselskontakter har imidlertid ofte et udefinert ansvarsområde og ordningen praktiseres forkjellig. Det foreslås at hørselskontakten pålagt i nevnte rundskriv får definerte oppgaver og ansvar knyttet til alt hørselsrelatert rehabiliteringsarbeid med nødvendig kontakt med de andre

tjenesteyterne, slik som hørselssentral og hjelpemiddelsentral. En samordning vil sikre informasjonsflyt og koordinering samt gjøre tilbudet mindre fragmentert og mer oversiktlig. Arbeidsgruppen foreslår at hørselskontakten er en del av kommunens koordinerende enhet for rehabilitering for å sikre et enhetlig og helhetlig tjenestetilbud.

Et samarbeid mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen om opplæring av hørselskontaktene vil gjøre hørselskontaktene (og/eller andre ansatte med tilsvarende oppgaver) bedre i stand til å få et helhetlig bilde av situasjonen. Et bedret opplæringstilbud kan blant annet gjøre hørselskontaktene i stand til å løse enkle problemer med høreapparatene, som for eksempel rengjøring og skift av slange og batteri. Velfungerende høreapparater er som nevnt en forutsetning for å kunne bruke enkelte andre hørselstekniske hjelpemidler. Hørselskontaktene bør også i større grad opprette kontakt med eller informere om HLF's hørselshjelpere og søke samarbeid som drar nytte av den erfaring og kunnskap de besitter.

Berge og Lorentsen har foretatt et modellforsøk med opprettelsen av hørselskoordinatorer på kommunalt nivå. Erfaringene fra forsøket viser nødvendigheten av forankring i ledelsen for å sikre legitimitet og at ledelsen jobber med moderne rehabiliteringstenkning både i ledelsen og i bedriftskulturen. Forankringen må foregå på rådmannsnivå fordi det bare er rådmannen som har sektorovergripende myndighet (Berge, Lorentsen april 2007).

5.8.3 Rådgivningskontor for hørselshemmede

Det stilles ikke krav til hørselsfaglig utdanning for hørselskontakter eller andre som jobber med hørselsrehabilitering av hørselshemmede i kommunen. Opplæringen som gis fra eksterne samarbeidspartnere omhandler i dag først og fremst det tekniske aspektet.

Oslo, Bergen og Stavanger har egne rådgivningskontorer for hørselshemmede. Kontorene bistår brukerne i ulike saker som for eksempel søknadsskriving, råd og veiledning m.m. I Trondheim finnes det et tilsvarende tilbud til døve og døvblinde. Arbeidsgruppen anbefaler en utbredelse av tilbudet til flere kommuner, særlig i befolkningstette områder. Rådgivningskontorene vil være lavterskeltilbud med oversikt over alle relevante tjenester, og en utvidelse av tilbudet vil skape større geografisk likhet på landsbasis. Disse oppfordres til å opprette et samarbeid med kommunens koordinerende enhet for rehabilitering innbefattet hørselskontakten slik at de ulike tjenesteyterne er informert om tilbudet som gis. Overlapping av tjenester kan følgelig unngås, og et enhetlig tilbud formidles.

5.8.4 Koordinerende enhet for rehabilitering

Alle kommuner har krav på seg til å opprette en koordinerende enhet for rehabilitering. I henhold til undersøkelsen utført av SKUR nr 5/2004 (Moen 2004) hadde cirka halvparten av kommunene innfridd kravet. I tillegg var det kun et fåtall kommuner hvor tilbudet fungerer etter hensikten. Arbeidsgruppen mener at en koordinerende enhet på kommunalt nivå kan være en viktig aktør for å få opprettet et rehabiliteringstilbud til hørselshemmede som ivaretar hele prosessen, og et nytt fokus på viktigheten av å opprette velfungerende enheter bør etableres og arbeidet intensiveres.

Den koordinerende enheten skal ha oversikt over det kommunale tilbudet og kunne gi veiledning til aktører som ikke har tilstrekkelig kunnskap og erfaring med kommunale tjenester. Enheten skal også fungere som bindeledd mellom 1. og 2.linjetjenestene og være en premissleverandør for samarbeid instansene imellom. Hørselskontaktene bør, som nevnt, være del av koordinerende enhet.

5.9Kompletterende rehabiliteringstilbud til hørselshemmede

Som nevnt i de foregående kapitlene, er tilbudet til hørselshemmede i mange regioner mangelfullt hva gjelder rehabilitering i et psykososialt perspektiv. Innen dagens organisering er det ingen kandidater som har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å ta ansvaret for det helhetlige tilbudet. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det opprettes et rehabiliteringstilbud til alle hørselshemmede med utgangspunkt i ReSonare-modellen. Modellen er utgangspunkt for et rehabiliteringstilbud til døvblitte og sterkt tunghørtblitte voksne med pårørende der det legges stor vekt på informasjonskurs og tilpasningskurs med aktører fra ulike hørselsfaglige miljøer (Modellforsøket **Resonare** 2003).

5.9.1Organisering

Alle personer som har vært til utredning på hørselssentral eller hos avtalespesialist og fått påvist et hørselstap, skal få tilbud om oppfølgende rehabilitering. Undersøkelser viser at vellykket rehabilitering avhenger av god informasjon til pårørende, og informasjons- og opplæringsarbeidet må også inkludere pårørende. Tilbudene må organiseres i henhold til gjeldende regelverk slik at reiseutgifter dekkes samt at deltakerne har krav på fri fra jobb for å delta på kursene.

I ReSonare-modellen har lærings- og mestringssentrene (LMS) en sentral rolle i kursavviklingen. Det er vesentlig at rehabiliteringstilbudet som bygges opp innen hørselsomsorgen hviler på en felles plattform, som sikrer et helhetlig og oversiktlig tilbud for brukere så vel som for fagpersoner. Geografisk nærhet til rehabiliteringstilbudet er også viktig for at alle, uansett bosted, skal oppleve at tilbudet er tilgjengelig.

Som nevnt i kapittel 3 har LMS allerede fått opplæringsansvaret overfor brukere av spesialisthelsetjensten, og det er derfor naturlig at de inngår i det tilsvarende ansvaret overfor hørselshemmede. Steinhaug og Hatlings evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom (NKLMS) vurderer tilbakemeldinger fra lokale LMS til at modellen synes å "fungere godt i praksis, og det ser ut til at den er egnet til å fremme likeverdig samhandling i praksisfeltet." (Steinhaug, Hatling 2006).

Utbredelsen av sentrene i dag sammen med etableringen av nye i den nærmeste fremtid bør kunne gi et godt tilbud innen alle helseregioner. Avvikling av kursene bør også kunne finne sted utenfor LMS i andre egnede lokaler der det er mest hensiktsmessig. NKLMS må også informeres og involveres i planleggingsarbeidet og prosessen for øvrig slik at hørselsområdet også kan inngå i kompetansesenterets andre arbeidsoppgaver, deriblant kompetanseutvikling, forskning og nettverksbygging.

LMS har ikke den nødvendige kompetansen til å stå ansvarlig for innholdet og må innhente ekspertise fra aktuelle instanser. Hørselssentralene, hjelpemiddelsentralene og Statped/fylkesaudiopedagogtjenesten må forplikte seg til å delta. Kommunenes hørselskontakter bør også involveres for å sikre at tilbudet blir helhetlig og at deltakerne får de nødvendige kontaktene. Andre kommunale instansers involvering, for eksempel primærhelsetjenesten, bør vurderes. Sentralt hos LMS står sidestilling av fagkunnskap og brukererfaring. Erfarne brukere skal inkluderes i opplæringstilbudet helt fra den første planleggingsfasen. I dette arbeidet vil samarbeid med brukerorganisasjonene være essensielt.

5.9.2 Innhold

Arbeidsgruppen anbefaler at det igangværende samarbeidet mellom Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom og Briskeby skole og kompetansesenter AS videreutvikles, slik at informasjonskurs og tilpasningskurs kan tilbys i alle helseregioner.

Det siktes da spesielt til modellen utviklet i ReSonare-prosjektene og til prosjektet "Hørselshemmede og pårørende" (Holmberg 2005).

5.9.3 Individuell plan til hørselshemmede

Det anbefales at individuelle planer (IP) i større utstrekning brukes som verktøy i hørselshemmedes rehabiliteringsprosess. Ansvaret hviler på hørselssentralene som henvisende instans og igangsetter. Likevel er det kommunene som har utformings- og oppfølgingsansvaret. Planleggingsverktøy for individuell plan med fokus på hørselshemmede (Døvekompetanse 2005) påpeker at det bør være en tydelig instans i hver kommune som skal vurdere hvem som har behov for og rett til individuell plan.

Lorentsen og Berges undersøkelse (Lorentsen, Berge, februar 2006) viser at planarbeidet kunne være bedre om rammene og støtten fra systemet hadde vært bedre. En del kommuner står overfor flere utfordringer for at arbeidet med IP skal oppleves som meningsfullt og ha den nytteeffekt som ligger i mulighetene. Et sett av gjensidig avhengige forhold må være på plass, slik som felles forstått verdiforankring, ledelse, klarlegging av rolleforståelse, legitimitet, rom og tid til å arbeide annerledes, plassering av ansvar og oppgaver for å nevne noen. Forfatterne konkluderer med at det i dag er et stort gap mellom de betydelige gevinstene vi kan hente ut ved en slik måte å arbeide på og den satsningen som gjøres for å kvalifisere kommunene til å arbeide slik. Det bør derfor satses på en styrking av kompetansen i bruk av individuelle planer generelt og overfor hørselshemmede spesielt. Planverktøyet som er utviklet av Døvekompetanse AS anbefales brukt. Verktøyet er utviklet med tanke på personer med ulike typer hørselstap og legger vekt på hørselshemmedes kommunikasjonsbarrierer.

5.10 Hørselshjelperordningen

Ved funksjonssvikt eller sykdom opplever mange mennesker god støtte i å treffe andre mennesker i tilsvarende livssituasjon. Gjennom møter med likemenn kan man få hjelp til å sette ord på og bearbeide følelser knyttet til sine erfaringer. HLF's

hørselshjelpere inngår i et slikt likemannsarbeid (se 3.10 for en nærmere beskrivelse). Arbeidsgruppen ser hørselshjelperordningen som et viktig bidrag i rehabiliteringstilbudet som gis hørselshemmede og mener at hørselshjelperne må trekkes aktivt inn i arbeidet som gjøres for hørselshemmede uten at de overtar oppgaver offentlige instanser har ansvar for.

Hørselshjelpernes hovedområde skal fortsatt være veiledning i bruk og stell av høreapparater for mennesker som ønsker kontakt med en likemann. Hjelpen kan være en inngangsport til en god samtale med felles forståelse innenfor rammen av likemannsarbeid. Arbeidsgruppen vil likevel understreke viktigheten av at man innen kommunale tjenester bygger opp kompetansen innen bruk og stell av høreapparater som nevnt tidligere.

I modellen slik den er foreslått over, skal brukerorganisasjonene være sentrale bidragsyttere i planleggingsarbeidet om kurstilbud ved hvert enkelt lærings- og mestringscenter. I tillegg mener arbeidsgruppen at likemenn kan informere om likemannsordningen på kursene samt gi informasjon om det å være hørselshemmet til hørselskontakter og andre kommunalt ansatte på kurs i regi av hjelpemiddelsentral og hørselssentral. For å sikre at hørselshjelperne får tilbud om faglig påfyll og god kontakt med tjenesteapparatet, må hørselshjelperne bli invitert på kurs som tilbys kommunenes hørselskontakter. Det er også naturlig at både hørselssentraler, hjelpemiddelsentraler og kommuner har oversikt over hørselshjelperne i sitt område. Arbeidsgruppen oppfordrer i tillegg alle involverte etater til å innarbeide bruk av likemenn i sine plandokumenter.

6 Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas flertall

I kapit1tel to er det redegjort for de ulike problemstillingene dagens rehabiliteringstilbud til hørselshemmede er preget av. I dette kapitlet gjøres det forsøk på å vise hvordan den nye modellen for høreapparattilpassing er tenkt å avhjelpe situasjonen innenfor det mandatet Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har gitt.

6.1 Rehabilitering

Mandatet sier at forslagene skal sikre best mulig geografisk utbredelse av de nødvendige tjenestene og at ventetiden for tilpassing av høreapparat reduseres til maksimalt tre måneder. Modellen foreslår

- At de regionale helseforetakene får det formelle ansvaret for all høreapparattilpassing
- At helseforetakene/sykehusene gjør avtaler med privatpraktiserende spesialister når kapasiteten ved egen hørselssentral ikke er stor nok
- At hørselssentralene styrkes med flere stillinger
- At det bygges opp et offentlig tilbud om høreapparattilpassing i hele landet

Ventetid og tilgjengelighet ved hjelpemiddelsentralene er også mange steder altfor lang. Modellen foreslår

- At hjelpemiddelsentralene styrker sin fagkompetanse slik at ventetiden på service og bytte av hjelpemidler reduseres
- At leveringstid på bytte og utprøving registreres ved hjelpemiddelsentralene

Tjenestetilbudet til hørselshemmede karakteriseres som fragmentert og med en ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåer og etater som uklar og til dels uryddig. Modellen foreslår

- At gjeldende regelverk gjennomgås og forbedres slik at regelverket gjenspeiler dagens behov
- At det utarbeides forpliktende samarbeidsavtaler mellom etatene og nivåene som inneholder ansvars- og oppgavefordeling
- At samarbeidsavtalene forplikter tjenesteyterne til tett samarbeid på system- og brukernivå
- At alle tjenesteytere som er en del av hørselsomsorgen forplikter seg til deltakelse i slikt samarbeid
- At det utarbeides klare henvisningsrutiner mellom tjenesteyterne, særlig knyttet til primærhelsetjenesten og Statped/audiopedagogtjenesten
- At alle avtaler som inngås gjøres kjent for de som praktiserer dem

Hørselssentralenes geografiske spredning gjør dem lite tilgjengelige for mange brukere. Modellen foreslår

- At hørselssentralene styrker sin ambulerende tjeneste gjennom hensiktsmessig form og i nært samarbeid med kommunenes hørselskontakter
- At "fylkesaudiografen" inngår i de ambulerende tjenestene
- At alle barn henvises til audiopedagogtjenesten med foreldrenes samtykke

Mange hørselshemmede opplever at opplæring og oppfølging er mangelfull. Modellen foreslår

- At det utarbeides kvalitetskrav til høreapparattilpassingen som alle forplikter seg til å følge uavhengig av arbeidssted
- At det opprettes et kurstilbud på LMS som tilbys alle hørselshemmede uansett hvor de har fått diagnostisert hørselstapet sitt
- At alle aktører i tjenestene til hørselshemmede, inklusiv interesseorganisasjonene, deltar i gjennomføringen av kursene
- At kursene må inkludere de forhold innen hørselsrehabiliteringen som ofte mangler i dag, for eksempel psykososiale konsekvenser av hørselstap og tilrettelegging av arbeid og arbeidsplass
- At det utvikles egne re-/habiliteringsprogram overfor grupper med spesielle behov, som nyfødte og personer med cochlea-implantat
- At det opprettes rådgivningskontorer for hørselshemmede i befolkningstette områder uten slike kontorer i dag.
- At likemannsarbeidet integreres i oppfølgingen

Det mangler koordinering av tjenestene. Modellen foreslår

- At kommunenes koordinerende enhet for rehabilitering ansvarliggjøres slik at også hørselshemmede får et tilbud
- Iverksetting av tiltak som fremmer bruk av individuell plan
- At hørselskontaktene knyttes til kommunenes koordinerende enhet for rehabilitering

6.2Kompetanse og kvalitetskrav

Svært få hørselssentraler har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Modellen foreslår

- At alle hørselssentraler skal bemannes med legespesialist i øre-nese-halssykdommer, audiograf, audioingeniør og audiopedagog
- At det utarbeides planer for oppgavefordeling mellom yrkesgruppene på hørselssentralene

Svært få avtalespesialister har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Modellen foreslår

- At alle avtalespesialister som skal tilpasse høreapparat må ha tilknyttet audiograf

- At alle avtalespesialister må avtalefeste hvordan audiopedagogisk oppfølging skal foregå

Variierende tilbud i tilpassingsarbeidet med stedvis dårlig kvalitet som resultat.
Modellen foreslår

- At det utarbeides tydelige kvalitetskrav som alle formidlere forplikter seg til å følge
- At det opprettes formelle samarbeids- og henvisningsrutiner mellom de ulike tjenesteyterne

Svært få kommuner har hørselsfaglig kompetanse, og hørselshemmede er en brukergruppe med lav prioritet. Modellen foreslår

- At hørselskontaktens oppgaver og ansvarsområder avklares, og at arbeidet forankres i koordinerende enhet for rehabilitering
- At "fylkesaudiografen" i samarbeid med hørselssentral og hjelpemiddelsentral tilbyr god opplæring i hørselsfaget
- At hørselskontaktene inngår i ulike samarbeidsfora med fagmiljøene for å øke kunnskapsoverføringen. "Fylkesaudiografen" får en sentral plass i skoleringen
- At det iverksettes tiltak overfor kommunale instanser om behovet for høyere prioritering av tjenestetilbudet til hørselshemmede
- At kommunenes ansatte sikres opplæring og veiledning innen hørselshemming

6.3 Kostnadskontroll

Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrygdeverkets rapport fra 2003 konkluderer med ulike problemstillinger knyttet til kostnadene ved finansiering av høreapparater gjennom folketrygden. Punktene som er listet i 2.2.3 er som følger:

Manglende statistikk og oversikt over kostnader, og mangelfull kontroll over forbruk av midler. Modellen foreslår

- A) Sentralisering av søknadsbehandling innen Arbeids- og velferdsetaten, som gir mulighet for kontroll med overforbruk
- B) Opprettelse av et landsdekkende register over utlånte høreapparater, som gir oversikt over reparasjonsbehov, forbruk og kvalitet
- C) Kontroll av høreapparat hos formidler for vurdering av reparasjonsbehov, som kan redusere antall reparasjoner samt avdekke feilformidling
- D) Anbudsrunder for reparasjoner av høreapparater, som gir kontroll over reparasjonskostnader

Uheldige koplinger mellom foretningsdrift og helsetilbud. Modellen foreslår

- E) Arbeids- og velferdsetaten overtar innkjøp og hovedlager for høreapparater, som medfører et brudd mellom formidler og leverandør
- F) Avtalespesialistene kan ikke henvisne pasienter til leverandører for høreapparattilpassing, men må ha audiograf tilknyttet

Manglende gjenbruk av høreapparater. Modellen foreslår

G) Innføring av et landsdekkende gjenbrukssystem

Andre problemstillinger som påpekes i kapittel to som påvirker kostnadene, er blant annet:

Store variasjoner i aktørenes tolkning av Arbeids- og velferdsetatens regelverk, og Arbeids- og velferdsetaten mangler kontrollinstans og veiledningsfunksjon. Modellen foreslår

H) Utarbeidelse av ny forskrift med eventuell veileder som regulerer høreapparatformidlingen og er tilpasset dagens situasjon. Regelverket må gjelde for alle som tilpasser høreapparater finansiert av folketrygden.

Forslag til modell punkt 6.3 Kostnadskontroll har kun delvis tilslutning fra Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen. Representantene kan ikke slutte seg til forslagene A, B, E og G.

6.4 Videre arbeid

Arbeidsgruppen har foreslått ulike tiltak for å bedre hørselsomsorgens fragmenterte og delvis mangelfulle tilbud. Enkelte tiltak krever grundig gjennomgang og ulike grupper må være representert under arbeidet. For å realisere forslagene til tiltak må det nedsettes følgende arbeidsgrupper:

- Utvikling av kvalitetskrav innen høreapparatformidling
- Utvikling av informasjonskurs til gjennomføring ved LMS. Det antas at erfaringer fra ReSonare-prosjektet kan benyttes
- Utvikling av rutiner for samarbeid og oppgavefordeling mellom hørselssentraler, hjelpemiddelsentraler og Statped og/eller audiopedagogtjenesten samt kommunene
- Utarbeide et rundskriv og eventuelt en veileder som inneholder mer utfyllende kommentarer til formelle endringer

Forslag til modell har ikke tilslutning fra Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppen.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer til oppsummeringen av modell: Arbeids- og velferdsdirektoratet kan bare godta en tilskuddsordning som fremtidig modell. Dette innebærer at det fra Arbeids- og velferdsetaten gis et tilskudd til bruker som skal dekke kjøp av høreapparater. Høreapparatet er brukers eiendom. Reparasjon vil bli dekket etter regning (se beskrivelse av den foreslåtte tilskuddsordningen).

Behovet for høreapparat må, som i dag, dokumenteres av øre-nese-halsspesialist. Resten av tilpasningsarbeidet /formidlingsarbeidet, herunder gjenbruk, lager og oppfølging av bruker, må etter vår mening legges til helseforetakene for å få til et

mer samordnet tilbud til hørselshemmede med færrest mulig aktører i "formidlingsløypa" for brukere.

Arbeids- og velferdsdirektoratet er av den oppfatning at en tilskuddsordning vil kunne bidra til å løse en del uklarheter i ansvars- og oppgavefordelingen mellom aktørene, problemet med lange ventetider og svakhetene i økonomistyringen. Den rollen arbeidsgruppens flertall foreslår at Arbeids- og velferdsetaten skal ha i en fremtidig modell mener vi ikke løser de nevnte utfordringer.

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at hjelpemiddelsentralene skal fortsette å være en viktig samarbeidspart for alle aktører på hørselsområdet og bidra til faglig utvikling og opplæring som ressurs- og kompetansesenter på hørselsområdet. Hjelpemiddelsentralene bør derfor ikke tillegges forvaltningsoppgaver på høreapparatområdet som saksbehandling, anbud, logistikk og lagerhold.

Dersom en ny modell skal kunne iverksettes fra 1.1 2008, som er målsettingen, er tilskuddsordningen den eneste som lar seg realisere innen fristen.

7 Administrative og økonomiske konsekvenser av modellen foreslått av arbeidsgruppens flertall

Nedenfor følger en oppsummering av nødvendige omlegginger som må foretas for å innføre den foreslåtte modellen fra arbeidsgruppens flertall. Sosial- og helsedirektoratet har anslått kostnader knyttet til omleggingene der det har vært mulig å finne et beregningsgrunnlag.

Forslag om endringer av dagens regelverk innebærer behov for organisering av høreapparatformidlingens virksomhet. Forslaget innebærer formell regulering av oppgaver og ansvar blant annet gjennom nye materielle og organisatoriske bestemmelser. I forslaget legges det opp til et forenklet system som vil bedre samarbeidet og koordineringen mellom hørselssentralen og hjelpemiddelsentralen. Det er lagt vekt på løsninger som vil styrke brukermedvirkning under utrednings- og tilpasningsprosessen. Forslaget innebærer styrking av fagansvar gjennom plassering av ansvar, oppfølging og utredning av hørselshemmede.

En hovedproblemstilling for arbeidsgruppen har vært å bedre den økonomiske oversikten og kontroll med midler som brukes i rehabilitering av hørselshemmede generelt og høreapparatformidlingen spesielt. Ved beregning av økonomiske konsekvenser ved en omlegging av formidlings- og forvaltningssystemet gjør mangelfull tilgang på data at innsparingspotensialet ikke lar seg fullstendig beregne.

7.1 Reparasjoner

Tall fra Arbeids- og velferdsetaten viser en kraftig vekst i reparasjonskostnadene (ref. 3.1). Innsparingspotensialet lar seg ikke beregne uten et bredere tallmateriale, men det forventes en betydelig prosentvis innsparing knyttet til reparasjonskostnadene i 2006 på 41 millioner kroner. I 1999 var innsparingen i Hordland fylke 79 000 kroner ved anvendelse av en modell tilsvarende den som foreslås av arbeidsgruppens flertall. På den tiden var totalutgiftene til reparasjoner ca 1/3 av utgiftene i 2006. Folkemengden i Hordland er ca 10% av hele landet. Hvis andelen høreapparater utdelt er i forhold til innbyggerantallet, ville innsparingen i 1999 vært totalt ca. 8 millioner kroner, eller ca. 24 millioner kroner i 2006.

På denne bakgrunn ansås forslaget å gi en halvering av reparasjonsutgifter.

Ved innføring av anbudsrunder på reparasjoner antas innsparingen å bli enda større, selv om det påløper kostnader ved innhenting av tilbud.

7.2 Gjenbruk

Økte utgifter knytter seg til oppbygging av en sentral enhet som skal administrere gjenbruk og lagerhold av høreapparater. Grut og Hem (2001) anslår en innsparing på landsbasis på 21,2 millioner kroner i lavere utgifter til innkjøp av høreapparater hvis gjenbruksprosenten tilsvarer 8 %.

Antall høreapparater utdelt pr. år har økt fra i underkant av 40 000 i 2001 til i underkant av 60 000 i 2006. Andelen bak øret apparater utgjør nå ca. 66 %.

Utgifter til høreapparater var i 2006 ca. 275 millioner kroner. Hvis 15% av høreapparatene kan gjenbrukes, ville innsparingen bli ca. 42 millioner kroner.

7.3 Cochlea-implantat

Flertallsmodellen foreslår at den ytre delen av cochlea-implantatet finansieres over folketrygden, og kostnaden beløper seg til cirka 50.000 kroner i følge opplysninger innhentet fra Rikshospitalet. Med utgangspunkt i antall operasjoner i 2006 på 234, anslås kostnaden for Arbeids- og velferdsetaten å være 11,7 millioner kroner med en ditto innsparing for RHF. En overføring av kostnadene bør komme pasientene til gode ved tilbud om operasjon av flere og reduksjon i ventetidene på operasjon for voksne.

7.4 Økt ressursbruk

For å styrke høreapparatformidlingen faglig, må flere hørselssentraler få en tverrfaglig bemanning og styrkes med en stilling til veiledning overfor kommunene. Den bemanningsoversikten som arbeidsgruppen har hatt tilgang til, viser at bare 6 av de i alt 32 hørselssentralene har ansatt audiopedagog og audioingeniør.

Full tverrfaglig bemanning ved alle hørselssentralene vil koste ca. 15,2 millioner kroner ekstra. Det antas å være vanskelig å finne nok fagpersoner til at alle sentralene kan dekkes med det som anses som full bemanning. Det bør derfor legges opp til gradvis opptrapping med 2- 3 sentraler i hver helseregion som i første omgang får god tverrfaglig bemanning. Det vil medføre kostander på fra 6,4 millioner kroner til 9,6 millioner kroner.

Styrking av alle hørselssentralene med en hørselsfaglig stilling til veiledning overfor kommunene vil koste ca. 26 millioner kroner. Fordi hørselssentralene er ujevnt geografisk fordelt, må det foretas en nærmere vurdering av de regionale helseforetakene om hvilke sentraler som bør styrkes for å gi jevn geografisk dekning. Da kan utgiftene bli noe mindre.

Styrking av den trygdefaglig kompetanse antas å kunne overføres internt i Arbeids- og velferdsetaten til hjelpemiddelsentralene. Hvis ikke må bemanningen på hjelpemiddelsentralen styrkes for å kunne fatte vedtak. Det vil være nødvendig å styrke hjelpemiddelsentralene med hørselsfaglig kompetanse.

Modellen foreslår å opprette en sentral enhet for lagerhold og gjenbruk av høreapparater. Kostnader knyttet til opprettelse og drift av en slik enhet må utredes nærmere når omfang av oppgaver er utdypet. Det må vurderes om det finnes aktuelle lokaler i tilknytning til relevante fagmiljøer. Slike vurderinger må gjøres i samarbeid med regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsetaten. Også opprettelse eller påbygging/utvidelse av allerede eksisterende datasystemer i tilknytning til et sentralt høreapparatregister må utredes nærmere på grunnlag av kunnskaper om tilgjengelige systemer i dag og forutsetninger i personvernloven.

Det må forventes en økt ressursbruk hos alle instanser knyttet til nye samarbeidsformer og hyppig kontakt. Det må settes av tid og mulighet for samarbeidet, noe som kan medføre lavere produksjon hva gjelder kvantitet, men økt hva gjelder kvalitet. Virksomhetene må se på hvordan rutiner kan endres for å ta høyde for ny arbeidsform, men det kan ikke utelukkes behov for økte ressurser i form av stillinger. Særlig har ansatte ved hørselssentralene behov for bedret aksept for tilstrekkelig tid med pasientene for å kunne utføre et faglig forsvarlig arbeid. Ved nye ressurser i form av audiopedagog og audioingeniør ved alle hørselssentraler antas det at noen av disse problemstillingene løses.

Også lærings- og mestringssentrene (LMS) vil oppleve økt arbeidsbyrde med den nye modellen. LMS har allerede et ansvar for opplæring knyttet til feltet, men behov for tilførsel av ressurser er likevel sannsynlig, da de i svært liten grad befatter seg med kurs for hørselshemmede i dag. Statped og audiopedagogtjenesten vil også måtte beregne utvidet tidsbruk ved gjennomføring av kurs ved LMS. De er i dag allerede engasjert i ReSonare, men antall kurs vil øke med den nye modellen.

Det er behov for en styrking av det kommunale tilbudet, både i form av stillinger og kompetanse. Forslagene innebærer økt tidsbruk på hørselsområdet for flere kommunalt ansatte. Likevel bygger modellen på de forskrifter og føringer som det kommunale tilbudet allerede er pålagt. Gjennomføring av modellen forutsetter blant annet at alle kommuner har en koordinerende enhet for rehabilitering.

Arbeids- og velferdsdirektoratets kommentarer:

Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at det legges opp til en unødvendig og fordyrende tjeneste ved å foreslå et sentralt lager med tilhørende IT-system for høreapparater. Opparbeiding og drift av dette lageret er ikke kostnadsberegnet.

Lager hos avtalespesialistene:

Det legges opp til lagre hos alle avtalespesialistene som formidler høreapparater finansiert av Arbeids- og velferdsetaten.

Gjenbruk:

Gjenbruk av høreapparater er ikke lønnsomt. I tillegg forutsettes det at helseforetakene velger å prioritere gjenbruk. Det finnes ikke incitament til dette, og Arbeids- og velferdsetaten har heller ikke virkemidler til å gjennomføre dette. Det har alltid vært krav om gjenbruk, men bare vært gjennomført et par steder ved hjelp av stimulansmidler.

*Formidlingsfaglig veiledning på hjelpemiddelsentralene:
Hjelpemiddelsentralene har behov for ekstra ressurser for formidlingsfaglig veiledning for å kunne gjennomføre mer opplæring for kommunen, samarbeid med hørselssentralene og formidlingsfaglig veiledning til bruker og kommune. Styrking av dette formidlingsfaglige tilbudet er ikke kostnadsberegnet*

Kort beskrivelse av tilskuddsmodellen

Her beskrives kort den modellen som Arbeids- og velferdsetatens representanter i arbeidsgruppa har foreslått.

Organisering

Det foreslås et tilskudd fra Arbeids- og velferdsetatens trygdekontorer til bruker, som i dag er 5 710 kroner for digitale apparater, som skal dekke kjøp av høreapparat. Reparasjoner av høreapparater vil bli dekket av trygden etter regning. Det foreslås et fast tilskudd til helseforetakene til lagerhold. Helseforetakene forvalter selv dette tilskuddet.

Det må, som nå, stilles krav til at øre-nese-halsspesialist stiller diagnosen og dokumenterer nødvendigheten av høreapparat, og at søknaden godkjennes av Arbeids- og velferdsetaten før tilskudd gis. En tilskuddsordning vil ikke forringe kvaliteten på de tjenester brukeren får fra spesialisthelsetjenesten. Det vil i motsetning til Sosial- og helsedirektoratets foreslåtte modell ikke bli lagerhold og gjenbruktjenester i Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler. Dette er også i tråd med vurderingene om effektiv ressursbruk på forvaltningsområdet ellers på hjelpemiddelområdet. Det må vurderes hvilke innkjøpstekniske vurderinger og tiltak som må gjennomføres ved en tilskuddsordning.

Høreapparatet er brukers eiendom. Brukere over 18 år er selv ansvarlig for service, som nå. Det foreslås at tilskuddet, som i dag er 5 710 kroner for digitale apparater, skal dekke kjøp av høreapparat. Ordningen medfører ikke at bruker nødvendigvis må legge ut for tilskuddsbeløpet for senere å få det refundert. Det kan, som i dag, inngås avtale mellom bruker og formidler om at beløpet kan sendes direkte til forhandler. Det må utarbeides nærmere bestemmelser/retningslinjer om dette.

Det gis stønad til reparasjon. Arbeids- og velferdsetaten som betalingsinstans forhandler fram reparasjonstakstene. Helseforetakene ved hørselssentralene bør ha det overordnede ansvaret for å kontrollere om reparasjon er regningssvarende og organisere ordningen på mest mulig praktisk måte innen hvert helseforetak. Dette vil kunne gi en oversikt over typer høreapparater som trenger ekstra mye reparasjoner og derfor bør gå ut av sortimentet. Det kan også avdekke for eksempel at bruker ikke har fått god nok opplæring i bruk av apparatet og det kan da settes inn tiltak overfor den enkelte. Resultatene av hvilke høreapparater som blir reparert, hvor ofte og hvorfor gjøres tilgjengelig for alle gjennom ved at resultatene legges ut på www.nav.no

Brukere som trenger nytt apparat før grensen på 6 år, vil kunne få dette, som før. Det samme vil gjelde reserveapparat (barn under 18 år og hørselshemmede i arbeid).

Øre-nese-halsspesialist stiller diagnose og dokumenterer nødvendigheten av høreapparat og audiografen tilpasser høreapparatet. Søknad sendes NAV som kontrollerer at vilkårene er oppfylt.

Tilskuddsordningen blir en forenkling for brukeren i det han kan få tilpasset apparatet ved første gangs besøk hos spesialisten og få med seg apparatet uten forhåndsgodkjenning fra Arbeids- og velferdsetaten. Det blir i dag gitt svært få avslag på søknad om høreapparat. Arbeids- og velferdsetaten overprøver ikke spesialistens vurdering av behovet for høreapparat. Avslag kan imidlertid forekomme på grunnlag av manglende formelle krav til opphold i riket og medlemskap i folketrygden. Dersom spesialisten er i tvil om disse vilkårene er oppfylt, kan Arbeids- og velferdsetaten gi opplysninger om dette via telefon eller e-post inntil det blir utarbeidet et felles datasystem for helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten. Dette systemet bør også avtalespesialistene kunne benytte.

Formidlingsløype for bruker

Bruker oppsøker primærlege og blir henvist til øre-nese-halsspesialist, som nå. Etter at diagnose er stilt, kan bruker få tilpasset høreapparat, som nå. Når høreapparatet er ferdig tilpasset (med propp), sender bruker søknad om tilskudd vedlagt kvittering for apparatet til Arbeids- og velferdsetaten. Dersom vilkår for tilskudd er oppfylt, vil bruker få refundert inntil maksimalt tilskudd.

Bruker får veiledning omkring andre hørselstekniske hjelpemidler når høreapparatet blir tilpasset. Bruker får nødvendig informasjon om oppfølging ved tilpassing av høreapparat.

Formidlingsfaglig tilbud til bruker og kommunene

I tilskuddsmodellen blir det formidlingsfaglige tilbudet (hjelp, råd, veiledning, oppfølging m.m.) til bruker og kommune det samme som det formidlingsfaglige tilbudet i den modellen som arbeidsgruppens flertall har anbefalt.

Ansvar og oppgaver for helseforetakene

Øre-nese-halsspesialistene stiller diagnose, behandler og tilpasser høreapparater, som før. Helseforetakene må selv avgjøre hvordan dette skal organiseres, og de har ansvar for den formidlingsfaglige kvaliteten, som før. Det inkluderer å sikre at bruker får et godt utvalg av høreapparater å velge mellom uten at bruker trenger å gå fra sted til sted. Ordningen med et høreapparatlager finansiert av folketrygden på hørselssentralene og hos avtalespesialistene fortsetter.

Refusjon av takster gis til helseforetakene og øre-nese-halsspesialistene, som før. Takster reguleres uavhengig av denne tilskuddsordningen.

Helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og kommunene har et delt ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med hensyn til formidling av hørselstekniske hjelpemidler og oppfølging av bruker. Retningslinjer for dette samarbeidet må utarbeides. Retningslinjene må også innholde meldingsrutiner til fastlege, kommune m.m.

Ansvars- og oppgavefordeling. Oppsummering

Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for å behandle søknader om tilskudd til høreapparater.

Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for anbud på reparasjoner.

Arbeids- og velferdsetatens hjelpemiddelsentraler har et overordnet ansvar for formidling av hørselstekniske hjelpemidler og hjelpemidler for andre funksjonshemninger. Mange brukere av høreapparater er eldre og flerfunksjonshemmet. Det krever et nært samarbeid med kommunen og andre aktører.

Helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og kommunene har et delt ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med hensyn til formidling av hørselstekniske hjelpemidler, valg av riktig høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler og oppfølging av bruker. Retningslinjer for dette samarbeidet må utarbeides.

NAV har ikke ansvar for:

anbud på høreapparater

lager, IT, logistikk og flyt av høreapparater i helseforetakene og hos

avtalespesialistene

gjenbruk

Kommunene har ansvar og roller som før.

Helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og kommunene har et delt ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med hensyn til valg av riktig høreapparat, formidling av hørselstekniske hjelpemidler og oppfølging av bruker. Retningslinjer for dette samarbeidet må utarbeides.

Oppsummering av modell fra arbeidsgruppas representanter for Arbeids- og velferdsdirektoratet

Arbeids- og velferdsdirektoratet har foreslått en modell for høreapparatformidling som innebærer en forenkling av oppgaver for det offentlige hjelpeapparatet sentralt. Her søkes det fremhevet hvordan modellen svarer på mandatet fra departementene. Grunnleggende er tilskuddsmodellen basert på et hørselsfaglig arbeid med hensyn til kompetanse og kvalitetskrav som det er beskrevet i arbeidsgruppas flertalls modell.

Rehabilitering

Mandatet sier at forslagene skal sikre at ventetiden for tilpassing av høreapparat reduseres til maksimalt tre måneder. Tilskuddsmodellen foreslår

- At bruker gis større frihet med hensyn til valg av høreapparat og tidsbruken i formidlingen blir kortere
- At byråkrati og forvaltningsoppgaver reduseres
- At vedtaksordningen forenkles til kontroll av inngangsvilkår

Tjenestetilbudet til hørselshemmede karakteriseres som fragmentert og med en ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåer og etater som uklar og til dels uryddig. Det etterlyser også koordinering av tjenestene. Tilskuddsmodellen foreslår

- At Helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og kommunene tar ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med hensyn til valg av riktig høreapparat til bruker, formidling av hørselstekniske hjelpemidler og oppfølging av bruker

Kompetanse og kvalitetskrav

Mandatet peker på varierende tilbud i tilpassingsarbeidet med stedvis dårlig kvalitet som resultat. Svært få hørselssentraler har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Videre har svært få avtalespesialister har stor nok bredde i sin kompetanse til å tilby fullgod hørselsrehabilitering. Tilskuddsmodellen innebærer

- At det blir samme kvalitet i spesialisthelsetjenestens tilbud til høreapparatbrukere
- At hjelpemiddelsentralene viderefører hjelpemiddelformidling til hørselshemmede

Kostnadskontroll

Helsedepartementet, Sosialdepartementet og Rikstrygdeverkets rapport fra 2003 konkluderer med ulike problemstillinger knyttet til kostnadene ved finansiering av høreapparater gjennom folketrygden. Tilskuddsmodellen sikter mot

- At kostnadskontroll sikres gjennom tilskudd direkte til bruker
- At anbud på reparasjoner vil senke prisene
- At faste tilskudd til lager på hørselssentralene vil gi incitament til å tilpasse lagerhold
- At mindre byråkrati, forvaltning og logistikk reduserer utgifter

Mandatet peker på uheldige koplinger mellom foretningsdrift og helsetilbud.

Tilskuddsmodellen foreslår:

- At Arbeids- og velferdsetaten kjøper inn høreapparater for lagerhold ved hørselssentralene

Store variasjoner i aktørenes tolkning av Arbeids- og velferdsetatens regelverk, og Arbeids- og velferdsetaten mangler kontrollinstans. Tilskuddsmodellen innebærer

- At brukerne skal få høreapparat når de trenger det
- At brukerne blir eiere av høreapparatet
- At regelverket blir enklere og lettere å vedlikeholde
- At brukerne får større valgfrihet
- At vedtaksordningen forenkles

Videre arbeid

Helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og kommunene tar ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med hensyn til valg av riktig høreapparat til bruker, formidling av hørselstekniske hjelpemidler og oppfølging av bruker. Tilskuddsmodellen peker eksplisitt på:

- At det må utarbeides retningslinjer for samarbeidet etatene imellom og med kommunene

Økonomiske konsekvenser av tilskuddsmodellen

Da tilskuddsmodellen foreløpig bare er beskrevet i en skisse, er det vanskelig for SHdir å foreta beregninger.

Reparasjoner

Tilskuddsmodellen forutsetter ingen kontroll av høreapparater før bruker leverer til reparasjon, men en anbudsordning som man ikke kjenner innsparingspotensialet av. I forhold til flertallets forslag antas innsparingene å bli mindre ved tilskuddsmodellen, anslagsvis 24 millioner kroner mindre.

Gjenbruk

Tilskuddsmodellen utelukker gjenbruk slik at det ikke er noen innsparing ved dette.

Cochlea implantat

Tilskuddsmodellen forutsetter ingen endring i dagens finansiering?

Økt ressursbruk

Tilskuddsmodellen gir tilslutning til styrking av hørselssentralene slik at utgiftene er som beskrevet i kap. 9.4, med unntak av en sentral enhet for lagerhold og gjenbruk.

Antatte utgifter til høreapparater

Hvis tilskudd pr. høreapparat skal være 5710 kroner, vil utlevering av 60 000 apparater koste 342,6 millioner kroner. I tillegg kommer utgifter til lagerhold ved hørselssentraler og hos avtalespesialister. I 2006 kostet 60 000 apparater 275 millioner kroner.