

Utredning av tilbud til hørselshemmede

Først publisert: 28.09.2020

Sist faglig oppdatert: 28.09.2020



Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	4
3. Oppdrag og avgrensning	6
4. Dagens organisering	8
5. utfordringer og behov for videre innsats	12
6. Drøfting og vurdering av tiltak	22
7. Samfunnsøkonomisk vurdering	36
8. Tiltaksanbefalinger	42
9. utfordringer og anbefalinger barn og unge, samt eldre døve	45
10. Vedlegg	47
11. Litteratur	48

Forord

Konsekvensene av hørselstap er store både for individ og samfunn. Tap av evnen til å kommunisere med andre kan føre til sosial isolasjon. Videre kan man som hørselshemmet være utsatt for mer stress og med en risiko for å falle utenfor arbeidslivet. Ubehandlet hørselstap er i tillegg assosiert med kognitiv svikt. Det er derfor behov for å vurdere dagens organisering og ressursbruk for å sikre et fortsatt godt tilbud når antallet brukere øker.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utredet tilbudet til hørselshemmede, med hovedfokus befolkningsutvikling med flere eldre som innebærer at det vil være flere med nedsatt hørsel i årene som kommer – og utfordringer det vil være for helsetjenesten å gi en forsvarlig behandling.

Helsedirektoratet har fått innsikt fra både brukere, brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger, tjenestetilbydere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene – samt private aktører, for å kunne beskrive dagens utfordringsbildet. Dette har vært avgjørende for å kunne se videre på tiltak for å kunne sikre et godt tjenestetilbud i fremtiden.

En stor takk til de mange som har bidratt med innspill og kunnskap til utredningen

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2018 Helsedirektoratet i oppdrag å utrede tilbudet til hørselshemmede. Begrunnelsen for oppdraget er befolkningsutviklingen med flere eldre som innebærer at det vil være flere eldre med nedsatt hørsel og utfordringene det vil medføre for helsetjenestene i årene fremover. Antallet som er 70 år eller mer vil mer enn dobles, fra om lag 625 000 i 2020 til over 1,3 millioner i 2060, ifølge hovedalternativet til SSB. Dette vil føre til en vesentlig endring i ressursbehov særlig for den eldre befolkningen som også står for det største volumet ved forbruk av helsetjenester. Det er behov for å vurdere dagens organisering og ressursbruk for å sikre et fortsatt godt tilbud når antallet brukere øker. En del eldre er døvtegnspråklige som trenger sykehjemstilbud med tegnspråkskompetanse. Hørselshemmede omfatter også barn og unge. Etter avtale med departementet er disse ikke inkludert i oppdraget, men noen av utfordringene er likevel beskrevet.

For å sikre et fortsatt godt tilbud når antall brukere øker, er det flere tiltak som samlet sett kan bidra til dette. Videre er det en rekke utfordringer i dagens system som gjør at tilbudet ikke oppfattes som optimalt. Tiltakene som anbefales retter seg mot både dagens og fremtidens utfordringer.

God samhandling mellom de ulike tjenestenivåene er viktig for at vi skal ha et godt og effektivt behandlingstilbud, som møter brukernes behov. Helsedirektoratet ser i sin gjennomgang av tilbudet til hørselshemmede at det er sammensatt og ikke like enkelt å få oversikt over. Dette gjelder ikke minst ansvarsforhold og roller samt innhold i tjenestetilbudet. Det anbefales derfor at departementet vurderer å foreta en gjennomgang og tydeliggjøring av lov-/forskriftsreguleringer av hørselsomsorgen som kan bidra til forenkling og tydeliggjøring av roller og ansvar for relevante aktører innen hørselsomsorgen. Tidligere uklarheter må vurderes og avklares med de relevante faggruppene.

Det er faglig og administrativt grunnlag for foreløpig å beholde hovedtrekkene dagens system i Norge. De faglig sterke hørselssentralene har hovedansvaret for hørselsomsorgen, og det økte behovet for høreapparattilpasninger kan møtes med økt bruk av insentiver rettet mot ØNH avtalepraksis via tilsatte audiografer. Kost-nytte forholdet må vurderes over tid men det vil på kort sikt være mer gunstig å fortsette denne løsningen fremfor en satsing på omorganisering som potensielt kan øke kommersialiseringen av hørselsomsorgen. En slik kommersialisering og økt aksept av egenbetaling vil stride mot det ikke-lovfestede likhetsprinsippet. Uønskede konsekvenser som overbehandling og manglende kvalitetskontroll kan også utgjøre en risiko.

Det er viktig å ha tjenestene tett på brukerne. Ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten vil gjøre tjenestene lettere tilgjengelige for pasienter som har problemer med reise til behandling. Hva som er det beste for pasienten, må vurderes ut fra individuelle behov. For noen vil ambulerende audiograf på hjemmebesøk være det beste alternativet, for andre vil digital konsultasjon eller behandling via lokalmedisinske sentre være et bedre alternativ.

Det er i dag økt fokus på at brukerne skal ta en mer aktiv rolle i å mestre eget liv. Det vil være et økende behov for tjenester og verktøy som tilrettelegger for brukeres mulighet for egenmestring. Dette er i dag mangelfullt i hørselsomsorgen. Det anbefales en styrkning av informasjons- og veiledningsmateriale, som for eksempel e-læringskurs og lærings- og mestringskurs. Videre bør etterkontroller i større grad ha et pedagogisk fokus, i tillegg til teknisk-medisinsk.

En viktig utfordring i det kommunale tilbudet til hørselshemmede er tilgangen på hørselsfaglig kompetanse. Kommunen har i utgangspunktet en sentral rolle i store deler av rehabiliteringsprosessen, og fagkompetanse på mange områder er nødvendig. Tiltak rettet direkte mot kommunen vil blant annet være utvikling eller videreutvikling av veilednings- og undervisningsmaterieell for kommunene om arbeidet med aldersrelatert hørselstap.

Oppdrag og avgrensning

Helsedirektoratet mottok i 2018 et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utrede tilbudet til hørselshemmede. Utredningen skal gi en beskrivelse av organiseringen av tilbudet til hørselshemmede i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Utredningen ser også på bruk av digitale verktøy. Utredningen skal avrundes med en prioritering av aktuelle tiltak på kort og lang sikt. Helsedirektoratet har i arbeidet vært i dialog med departementet om omfanget av kostnads-/nyttevurderingen og kommet til enighet om at dette skaleres ned og gjøres ved behov.

Helsedirektoratet er i oppdraget bedt å ta i betraktning [Arbeids- og velferdsetatens arbeid med evaluering av dagens ordning for formidling av høreapparat og utredningen SINTEF har levert](#). SINTEF anbefaler at dagens modell for formidling og finansiering av høreapparater videreføres, men det bør vurderes å overføre oppgaver fra NAV til Helfo. Helsedirektoratet har etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet valgt ikke å vurdere de anbefalinger SINTEF har gitt i sin rapport. Bakgrunnen for dette er at SINTEFs rapport ikke er politisk behandlet på det nåværende tidspunkt.

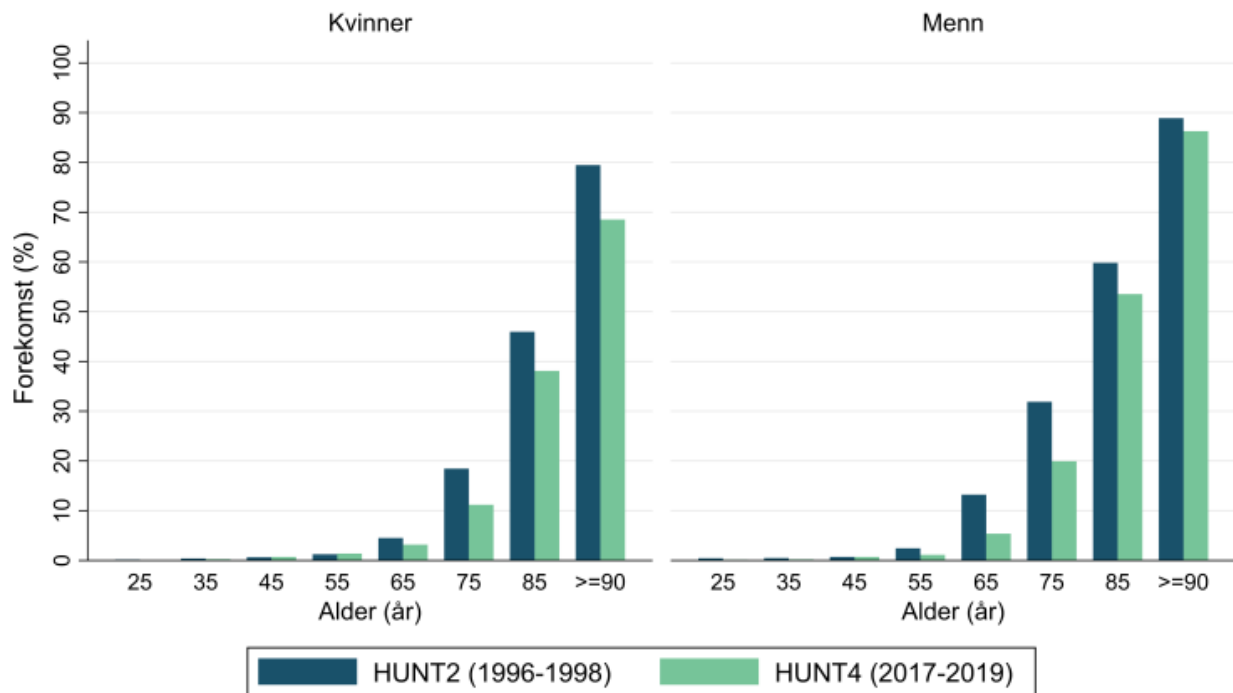
Hovedinnretning og avgrensning

Bakgrunnen for oppdraget er befolkningsutviklingen med flere eldre som medfører også flere eldre med nedsatt hørsel og de utfordringene dette vil medføre for helsetjenesten i årene fremover. Antallet som er 70 år eller eldre vil mer enn dobles, fra om lag 625 000 i 2020 til over 1,3 millioner i 2060, ifølge hovedalternativet til SSB. Samtidig er konsekvensene av hørselstap store. Tap av evnen til å kommunisere med andre kan føre til sosial isolasjon, kognitiv svikt og risiko for å falle utenfor arbeidslivet. Det er derfor behov for å vurdere dagens organisering og ressursbruk for å sikre et fortsatt godt tilbud når antallet brukere øker.

Helsedirektoratet har i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet avgrenset oppdraget ved å legge hovedvekten på aldersbetinget hørselshemming. Den største gruppen hørselshemmede er eldre. Gruppen inkluderer de med hørselstap fra tidligere i livet og de som får aldersrelaterte hørselstap. Et aldersbetinget hørselstap utvikler seg over tid, og mange eldre begynner med sine første høreapparat lenge etter at hørselstapet var et faktum.

Rapporten omtaler i noen grad også tilbudet til og spesielle utfordringer knyttet til døve eldre med behov for sykehjemsplass med tegnspråklig kompetanse og barn og unge med hørselstap, se [kap. 7](#).

Nye tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4) (1) viser at i 2018 hadde om lag seks prosent av den voksne befolkningen i Norge et invalidiserende hørselstap² etter definisjonen til "Global burden of disease" (GBD) (≥ 35 dB) (2) noe som tilsvarer om lag 236 000 personer. Andelen hørselstap ved en gitt alder er betydelig redusert siden undersøkelsen i 1996-1998 (Figur 1). Antallet personer i Norge med enten mildt (>20 dB) eller ensidig hørselstap^[1], anslås basert på HUNT4 til å utgjøre 18% eller 725 000 voksne personer i 2018. Estimaten for milde hørselstap er imidlertid usikre, og de fleste har lite behov for behandling. Med SSB sin framskrivning vil antallet med en invalidiserende grad^[2] av hørselstap antakeligvis øke med 40% til år 2030 og nesten dobles til år 2040. Dette skyldes en stor økning i antall eldre, og forutsetter at hørselen ved en gitt alder holder seg på dagens nivå og ikke bedres ytterligere.



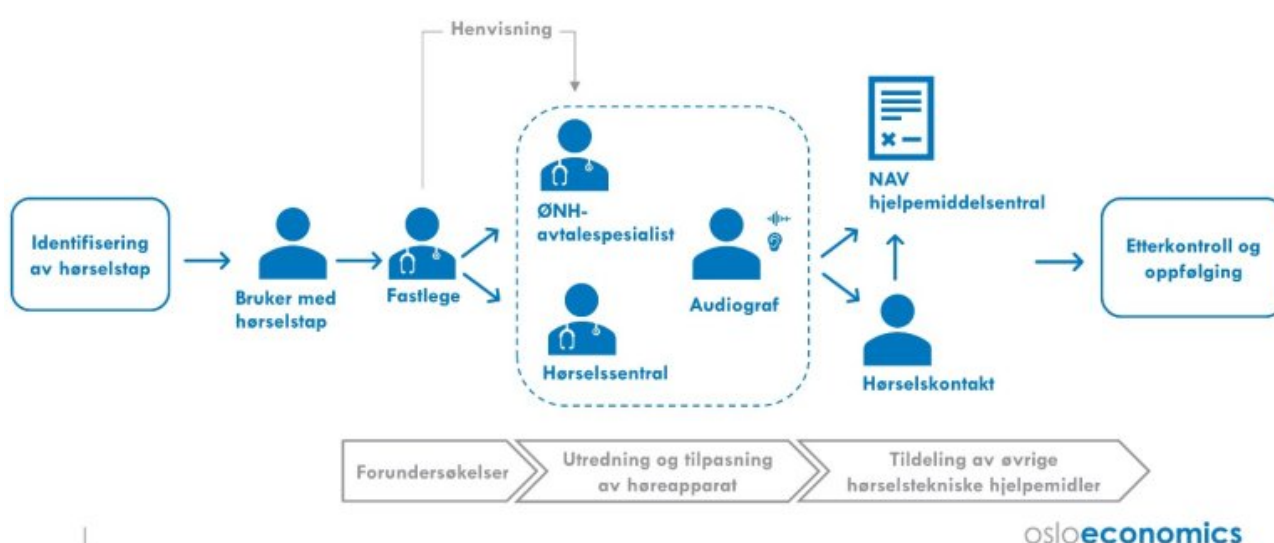
Figur 1 Forekomst av invalidiserende hørselstap (≥ 35 dB) i fra HUNT2 (1996-1998) til HUNT4 (2017-2019) som funksjon av alder og kjønn. Den totale alders og kjønnsjusterte relative endringen er 31% (fra Engdahl mfl. 2020 (1))

[1] Ensidig hørselstap: Høreterskel fra audiometri midlet over frekvensene 500, 1000, 2000 og 4000 Hz på dårligste øre ≥ 35 dB og på beste øre < 20 dB.

[2] Invalidiserende hørselstap: Høreterskel fra audiometri midlet over frekvensene 500, 1000, 2000 og 4000 Hz på beste øre ≥ 35 dB. Selv om det ikke finnes en absolutt grense for når en person har behov rehabilitering så er dette en fornuftig grense for vurdering av omfanget av behovet for rehabilitering på gruppenivå.

Dagens organisering

I dette kapitlet omtales dagens organisering av tilbudet til personer med aldersbetinget hørselstap. Det er noe variasjon i hvordan tilbudet til hørselshemmede er organisert i kommuner og helseforetak, og det er mange ulike aktører involvert i hørselsomsorgen. Hvilke aktører som er involvert, avhenger også av alderen til den hørselshemmede, samt hvilke utfordringer personen opplever knyttet til hørselshemmingen. Illustrasjonen nedenfor viser pasientforløpet i hovedtrekk.



2.1

Forebygging

Begrensning av eksponering for kraftig støy er sannsynligvis det viktigste tiltaket for å forebygge hørselstap. Den markante bedringen av hørsel i befolkningen kan være et resultat av omfattende tiltak for å redusere arbeidsrelatert støy. Det kan også tenkes at noe av bedringen skyldes reduksjon av støy på fritiden, fremskritt i behandling av øresykdommer eller endringer i røykevaner, livsstil og bedring i generell helse.

Hørselskadelig støy reguleres på flere områder: støy på arbeidsplassen (Forskrift om tiltaks- og grenseverdier), støy fra produkter (Produktkontrolloven), lydnivåer ved musikkarrangementer (Helsedirektoratets veileder for musikkanlegg og helse), støvende leketøy (Forskrift om sikkerhet ved leketøy - leketøyforskriften), og krav til bruk av hørselsvern på skytebanen (Skytterboka).

2.2

Identifisering av hørselstap

I de fleste tilfeller vil det være den hørselshemmede selv eller nære pårørende som blir klar over at det foreligger et hørselsproblem. Fastlegen er første instans. Fastlegen gjør vurderinger basert på ulike undersøkelser og tester. Ved mistanke om ervervet hørselstap eller andre årsaker med behov for utredning henvises pasienten videre til spesialisthelsetjenesten.

Kommunens hjemmebaserte tjenester, med hjemmesykepleier, hjelpepleier og hjemmehjelper, har en viktig rolle når det gjelder å oppdage at eldre har sansetap. I kommunene utgjør det nasjonale registeret ILOS et obligatorisk minste datasett for helse- og omsorgstjenesten med data som beskriver bistandsbehovet til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bedriftshelsetjenesten identifiserer og henviser videre mange med hørselstap, men dette gjelder i hovedsak personer i støyutsatte yrker. I henhold til Forskrift om vern mot støy på arbeidsplassen (2006) skal arbeidsgiveren sørge for at arbeidstakere som utsettes for støy som overskrider grenseverdier, gjennomgå helseundersøkelse som omfatter hørselskontroll.

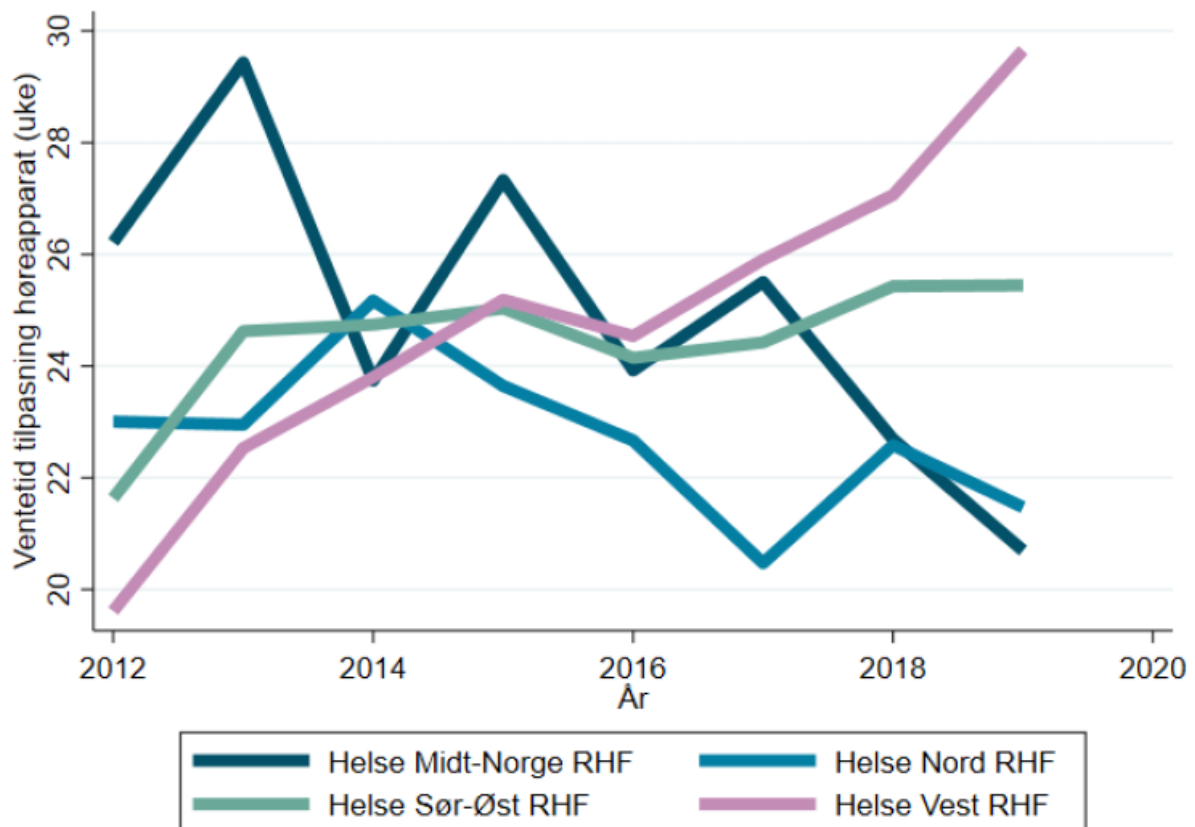
2.3

Henvisning og ventetider til spesialisthelsetjenesten

Henvisning sendes enten til sykehus eller til ØNH-spesialist som har avtale med et regionalt helseforetak (avtalespesialist). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 2-4 har pasienten rett til å velge hvor henvisningen skal vurderes eller hvilken avtalespesialist henvisningen skal sendes til. Dersom henvisning sendes avtalespesialist, vil pasienten få time på tidspunkt bestemt av avtalespesialisten. Dersom henvisningen sendes til sykehus, har pasienten rett til å få informasjon om det er gitt rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, jf. pbrl. § 2-2. Dersom pasienten gis rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten informeres om tidspunktet for når utredning eller behandling skal settes i gang. Dersom denne fristen ikke overholdes, skal det varsles om fristbrudd til Helfo.

Pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester er det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Rettighetsvurderingen skal gjøres i henhold til [prioriteringsveileder for øre-nese-halssykdommer, hode og halskirurgi](#). Prioriteringsveilederen for øre-nese-halssykdommer oppgir veiledende maksimumsfrist for start utredning av moderat hørselstap til 26 uker og 12 uker for mer alvorlig hørselstap.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) over [tid til tjenestestart](#) viser at den gjennomsnittlige ventetiden for tilpasning av høreapparat varierer for de ulike helseregionene mellom 20-30 uker i perioden 2012-2019 (Figur 2). Det finnes ingen samlet oversikt over ventetid for tilpasning av høreapparat hos avtalespesialistene.



Figur 2. Årlig gjennomsnittlig ventetid for tilpasning av høreapparat i perioden 2012-2019 for RHF.

Ventetiden for tilpasning av høreapparat i de enkelte helseforetakene varierer noe mer (Figur 9). Laveste gjennomsnittlige ventetid som er registrert i løpet av et tertial er 9 uker, og det høyeste er 47 uker i perioden 2012-2019. Halvparten av alle registreringer av gjennomsnittlige ventetider for alle HFene i perioden er på mellom 20-27 uker, og 28% er over 27 uker.

2.4

Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten

Utredning og behandling tilbys ved hørselssentraler ved sykehusene eller hos avtalespesialister innenfor ØNH-sykdommer. For en oversikt, se [vedlegg 2b: Oversikt over hørselstilbudet i spesialisthelsetjenesten](#). Offentlig hørselsomsorg utføres oftest i form av en ØNH-undersøkelse og en audiologisk utredning, etterfulgt av behandling som inkluderer rekvirering, tilpasning og etterkontroller av høreapparater.

Ved første time/oppmøte i spesialisthelsetjenesten foretas ØNH-undersøkelse av legespesialist som er ansvarlig for å utrede og sette riktig diagnose og utelukke annen sykdom eller patologi. ØNH-spesialisten har det overordnede ansvaret under behandling og rehabilitering. I praksis er det som regel audiograf som følger opp pasienten i behandlingsforløpet. Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode-halskirurgi har utarbeidet [veileder](#) for god praksis. Se [vedlegg 3: utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten for mer detaljert beskrivelse](#).

2.5

Veiledning og videre oppfølging

Etter konsultasjon hos ØNH-avtalespesialist eller hørselssentral skal det oversendes epikrise til pasientens fastlege med den informasjonen som er nødvendig for å sikre at videre behandling og oppfølging av pasienten skjer på en forsvarlig måte. Ifølge Oslo Economics kartlegging av tilbudet til hørselshemmede (3) er fastlegene stort sett ikke involvert i hørselsomsorgen ut over å henvise til spesialisthelsetjenesten.

Etter at pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, er det i all hovedsak oppfølging i kommune, enten via hørselskontakt eller NAV Hjelpemiddelsentral. Hørselshemmedes Landsforbund har videre et korps av likepersoner som har fått opplæring i å bistå høreapparatbrukere, gjerne sammen med kommunale hørselskontakter.

2.5.1 Hørselskontakter

De aller fleste kommuner har i dag avtaler med NAV Hjelpemiddelsentralen i sitt fylke, og nesten alle har også egne hørselskontakter. Det er den enkelte kommunen som avgjør hvem som får stillingen som hørselskontakt, og det er opp til kommunen å avgjøre hvor stor stillingsprosent hørselskontakten skal ha. Det stilles ikke krav til formell hørselsfaglig utdanning for hørselskontakter eller andre som jobber med hørselsrehabilitering i kommunen. Opplæringen som gis fra eksterne samarbeidspartnere omhandler i dag først og fremst det tekniske aspektet. Derfor vil det være ulik kompetanse og tid tilgjengelig for dette arbeidet i kommunene. Ved hjemmebesøk kartlegges hjelpemiddelbehovet, utprøving foretas, og det gis hjelp til å fylle ut søknadskjema som skal til NAV Hjelpemiddelsentral. Kommunens hørselskontakt bør henvise til de hørselsfaglige rådgiverne på NAV Hjelpemiddelsentral ved behov i komplekse saker. Da kan den hørselshemmede komme på utprøving og tilpasning på NAV Hjelpemiddelsentral, eller hørselsrådgiver kan komme hjem til bruker.

2.5.2 NAV Hjelpemiddelsentral

Hørselsrådgiverne har ansvar for alle hørselstekniske hjelpemidler (høreapparat er ikke et hørselsteknisk hjelpemiddel) til hørselshemmede i alle aldre. De tilrettelegger med utstyr, og viktigst av alt - de gir råd om tilrettelegging på de ulike arenaene i hverdagen. Dette gjelder i barnehage, i skole, på studiesteder, i arbeidslivet og ellers i dagliglivet for brukere i alle aldre.

NAV Hjelpemiddelsentral har forvaltningsansvar og lokalt lagerhold m.m. av hjelpemidler - også når det gjelder hørsel. En del av hørselshjelpemidlene leveres ut til bruker via egen eller kommunal montør. NAV Hjelpemiddelsentral har også ansvar for teknisk service på produktene. Der er som hovedregel én hjelpemiddelsentral i hvert fylke. Den enkelte hjelpemiddelsentral er organisert i henhold til lokale behov og velger selv hvordan oppgavene løses.

Se [vedlegg 4: Oppfølging i kommunen](#) for nærmere beskrivelse.

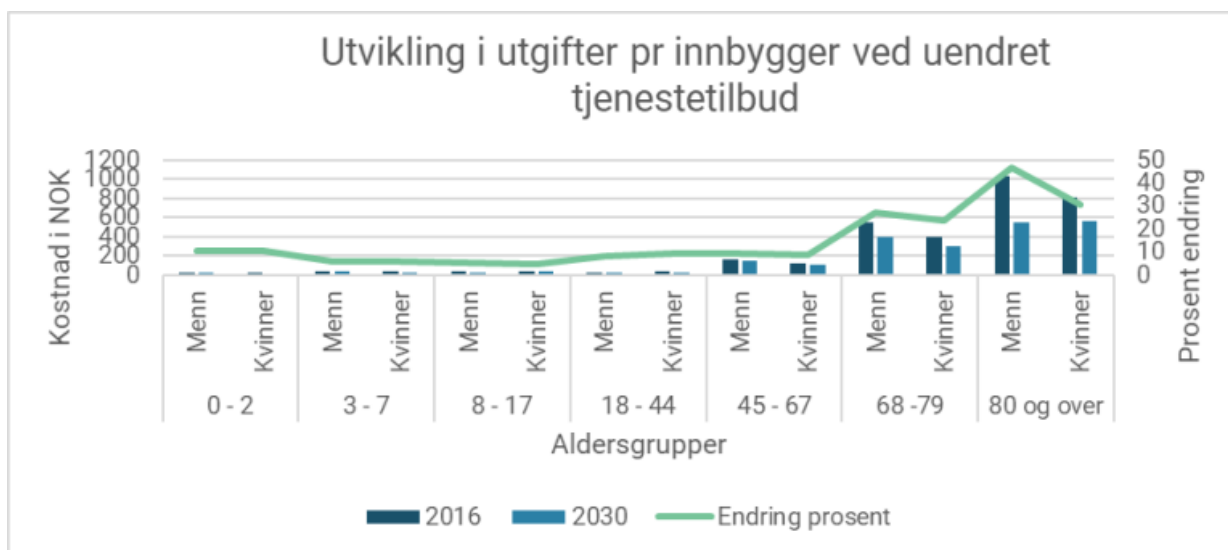
Utfordringer og behov for videre innsats

I dette kapittelet presenteres utfordringer i dagens tilbud og som må løses på kort og lang sikt for å sikre et godt tilbud når antallet brukere øker. Tilbudet til hørselshemmede vurderes i lys av både dagens situasjon og problemområder og opp mot den demografiske utviklingen med økende antall eldre.

3.1

Kapasitetsutfordringer i fremtiden

Som vist i avsnitt 1.1 vil antall personer med invalidiserende hørselstap øke med ca. 40% frem til år 2030 på grunn av flere eldre. Ressursbruken forklart ved kostnad per innbygger kan illustrere konsekvensen av et uendret tjenestetilbud (Figur 3). Ressursbehovet, særlig for den eldre befolkningen, vil øke vesentlig. De eldre brukerne utgjør også det største volumet mht forbruk av helsetjenester. Den mest markante økningen vil skje i aldersgruppen 80 år og over og estimeres til 46 og 30 prosent for respektive menn og kvinner, etterfulgt av aldersgruppen 68 til 79 år som vil ha en endring i ressursbehov på henholdsvis 27 og 23 prosent. Dette kan gi en negativ konsekvens for de arbeidsføre aldersgruppene mellom 18 og 67 år som kan oppleve ressursknapphet. Konsekvensen for antall personer i behandling og tilhørende ventelister kan man også forvente vil være alvorlig uten en økning i behandlingsskapitet. Dette kan kompenseres for med ressursøkninger, tekniske løsninger, medisinsk utvikling samt andre tiltak som kan underlette behandlingsforløpet.



Figur 3. Utvikling i utgifter for behandling av hørselstap frem til 2030 basert på demografiske endringer i henhold til SSBs hovedalternativ.

Ventetiden for høreapparattilpasning er relativt tilfredsstillende da de aller fleste HFene har ventetider på rundt 26 uker eller mindre, noe som er innenfor veiledende maksimumsfrist for start utredning av moderat hørselstap for eldre som utgjør merparten av alle tilpasninger. Det er imidlertid stor variasjon mellom

Hfene og fra kvartal til kvartal, og 28% av alle registreringer overskrider 27 uker. Vi forventer at det er tilpasninger med 26 ukers frist som vil øke i takt med eldrebølgen. Se [vedlegg 1: Ventetider for utredninger og behandling i spesialisthelsetjenesten](#).

Helsedirektoratet har forstått ut fra formulering i oppdragsbrevet at ambisjonsnivået ikke skal endre seg: "Det er derfor behov for å vurdere dagens organisering og ressursbruk for å sikre et fortsatt godt tilbud når antallet brukere og pasienter øker".

Muligheten og ønskene i helse- og omsorgstjenesten overstiger ressursene vi har til rådighet. En aldrende befolkning, knapphet på helsepersonell, utvikling av kostbar medisinsk teknologi og økte forventninger i befolkningen vil trolig øke dette gapet fremover. Å gjennomføre tiltak og omstillinger som gjør at vi får mer helse ut av ressursene vi har, blir derfor en stadig viktigere oppgave.

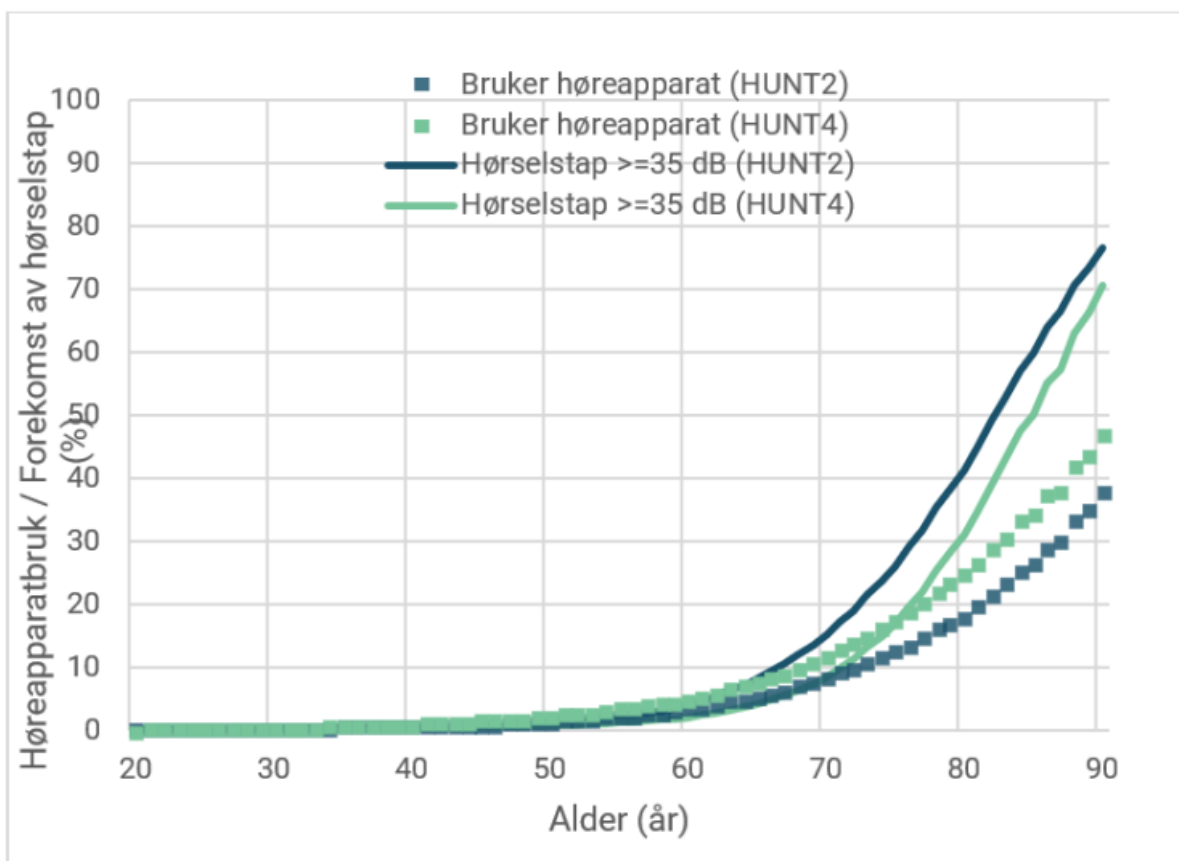
3.2

Mangelfullt system for identifisering av hørselshemming

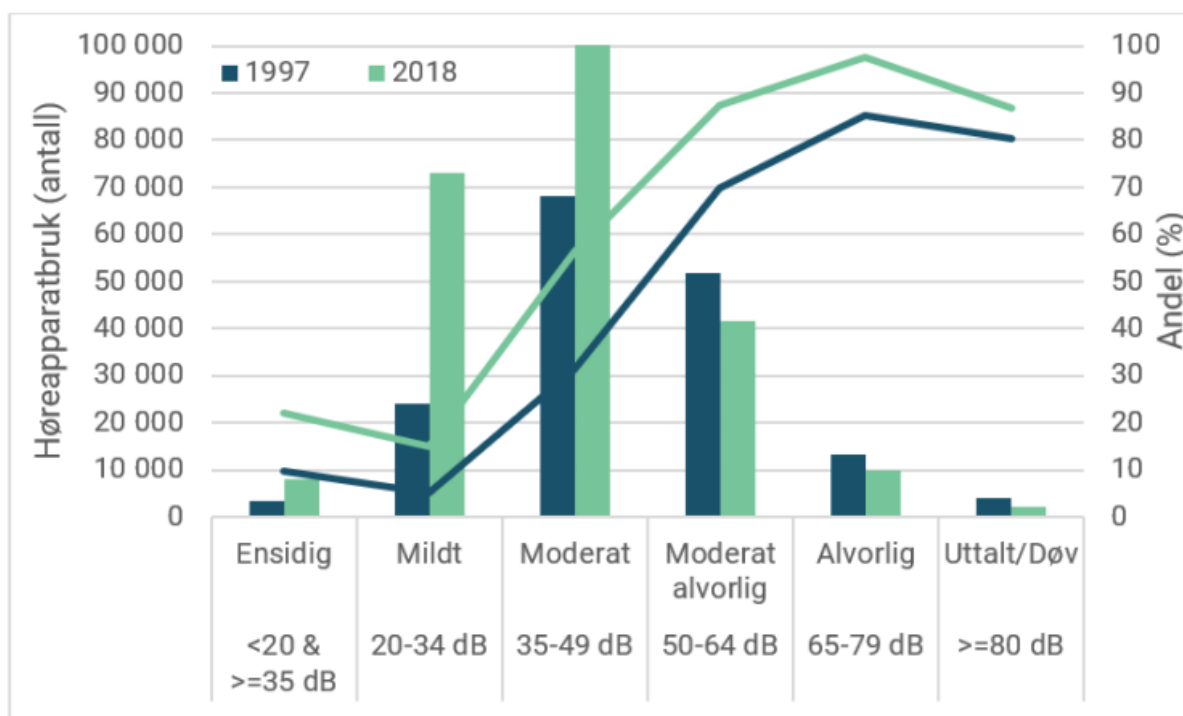
Hørselen svekkes gradvis, og det kan derfor ta tid før et tap avdekkes. Hørselstapet kan også være forbundet med andre medisinske tilstander, som for eksempel kognitiv svikt, slik at hørselstapet ikke blir oppdaget. Tidlig identifikasjon etterfulgt av rask behandling er med på å redusere de negative konsekvensene av hørselstap. I tillegg til langsiktige fordeler for høreapparattrengende og deres familier vil tidlig tilpasning av høreapparat være tidsbesparende for helsetjenesten da førstegangs tilpasning for eldre pasienter er mer tidkrevende og gir dårligere etterlevelse. Tidlig intervensjon med høreapparat er selvsagt viktigst for dem med mest alvorlig hørselstap, men behandling med høreapparat kan også for eksempel virke forebyggende for utvikling av tinnitus for dem med mildere hørselstap.

Stigma knyttet til å være hørselshemmet medfører at mange ikke tar et eventuelt hørselstap opp med fastlegen tidlig nok. Dette kom også frem på rådslaget Helsedirektoratet arrangerte våren 2019. Stigma og manglende bevissthet er noen av årsakene til underbehandling av hørselstap (4). I et system basert på at hørselshemming er noe en person oppdager selv eller blir fortalt av ektefelle, familie, venner eller kollegaer, vil et hørselstap blant personer i sårbare grupper, slik som enslige i ulike aldersgrupper, oftere forbli uoppdaget. Mangel på informasjon og kunnskap om symptomer på hørselstap og forekomst og muligheter for behandling fører til at mange hørselstap forblir uoppdaget.

Hvor stor andel hørselstap som forblir uoppdaget, vet vi ikke sikkert, men det er grunn til å tro at andelen fremdeles er stor selv om vi behandler flere med hørselstap i dag enn tidligere. Selvrapporterte tall fra HUNT viser at bruk av høreapparat har økt fra 1997 til 2018. Andelen brukere blant personer over 20 år har økt fra 4,0% i 1997 til 5,7% i 2018 selv om forekomsten av hørselstap har gått ned (Figur 4). Hvis vi antar at dette er representativt for resten av Norge, kan vi anta at det er ca. 230.000 høreapparatbrukere i Norge i 2018^[1]. Figur 4 viser at det fremdeles er mange flere personer med invalidiserende hørselstap enn det er brukere av høreapparater, spesielt blant de eldste. Eurotrak 2019, som er en spørreundersøkelse med et representativt norsk utvalg på 12.229 respondenter, anslår at andelen av befolkningen som bruker høreapparat har økt fra 3,7% i 2012 til 4,6% i 2019, og at 50% av befolkningen som rapporterer hørselstap, har høreapparat (5). Økningen i bruk skyldes sannsynligvis at det er flere med ensidige eller moderate hørselstap som bruker høreapparat i dag enn for 20 år siden (Figur 5). Tall fra NPR viser også at antall personer som har fått tilpasset høreapparater er økt fra 35.000 per år i 2010 til 53.000 per år i 2018 (Figur 6). Merparten av denne økningen har vært håndtert hos avtalespesialistene.



Figur 4 Selvrapportert bruk av høreapparat og forekomst av invalidiserende hørselstap (>=35 dB) i HUNT2 (1996-1998) og HUNT4 (2017-2019).



Figur 5 Estimert bruk av høreapparat i Norge for ulike grader av hørselstap (GBD) basert på selvrapportert bruk i HUNT2 og HUNT4 og befolkningstall for Norge i 1997 og 2018. Grafen viser totalt antall (stolper) og andel brukere (linjer).

Kommunens hjemmebaserte tjenester samt personale i pleie- og omsorgstjenesten har en viktig rolle når det gjelder å oppdage eldre med sansetap. utfordringer her kan være både mangel på kunnskap og manglende prioritering av hørsel ved funksjonsvurderingen som gjøres. Hørselshemming oppleves som et underkjent problem selv om det medfører betydelig funksjonshemming og ofte sosial tilbaketrekning. Et annet aspekt er at det først og fremst er de eldste og sykeste som er i kontakt med denne delen av helse- og omsorgstjenesten, slik at ellers friske personer med hørselstap ikke blir identifisert.

Ifølge Riksrevisjonen [samarbeider ikke fastleger og sykehusleger godt nok om henvisningene. Kommunikasjon og kompetanseutveksling begge veier er mangelfull.](#) Ofte mangler nødvendig informasjon, og det er store variasjoner i antall henvisninger mellom kommuner og mellom fastleger. Riktig utvelgelse av pasienter som trenger henvisning er avgjørende. Henvisninger med dårlig kvalitet fører i tillegg til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene. Det er usikkert om fastlegeforskriften og henvisningsveilederen virker som forutsatt.

[1] Nord-Trøndelag ligger omtrent på landsgjennomsnittet når det gjelder tilpasning av høreapparater justert for alder og kjønn (Eldreatlas for Norge, SKDE rapport Nr 2/2017).

3.3

Mangelfull informasjon om hørselshemming

I innsiktsarbeidet Helsedirektoratet har gjort i forbindelse med utredningen har det kommet frem fra både brukere, behandlere og brukerorganisasjoner at informasjon om hørselstap, hvilken type behandling og ulike behandlingsforløp er lite tilgjengelig. Hørselshemming har både fysiske og psykososiale konsekvenser som kan variere i omfang og grad hos den enkelte som er rammet. For en effektiv behandling vil det være viktig at pasienten er klar over konsekvensene av sin funksjonsnedsettelse og er opplyst om sitt behandlingsforløp. Mangelfull informasjon kan ha en negativ påvirkning for behandling, retensjon, anvendelse av hjelpemiddel og psykososial tilstand. Mangel på informasjon kan også forlenge tiden fra hørselstapet oppstår eller oppdages og til personen søker hjelp i helsetjenesten. Helsehjelp som ytes etter at informert samtykke er gitt, er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 og stadfester at det må gis informasjon om formål, metoder, ventet fordel og mulige farer. Videre fremgår det av [pbrl. %C2%A7 3-2](#) at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

I en pasientkonsultasjon foreligger det en naturlig tidsbegrensning og pasienten kan være i en slik tilstand at det vil være vanskelig å oppfatte og ta til seg informasjon. I en behandlingssituasjon vil det være en utfordring for pasienten å huske informasjonen som gis og å forstå informasjonen nok til å avgi samtykke (6).

Tilbakemelding fra flere brukere som Helsedirektoratet har vært i kontakt med, er at de ikke vet hva de skal forvente av behandling. Mange vet ikke at det kan ta lang tid å trene seg opp til å bruke høreapparat. Det meste av informasjonen brukerne får er i konsultasjoner hos lege eller audiograf. Flere mener at den tiden de er inne hos behandler går altfor fort med mye informasjon. Dette medfører de ikke klarer få med seg alt og heller ikke tid til å reflektere over ting de lurer på. En av brukerne formulerte det slik:

"Jeg aner jo ikke hva jeg skal spørre om. Det er så voldsomt mye informasjon, samtidig som jeg skal ta imot nye inntrykk. Det blir umulig."

Flere brukere forteller at de ikke fikk brosjyrer eller henvisning til hvor de kunne få informasjon om rettigheter, hvilke tilbud som finnes eller hva de burde gjøre selv for å mestre livet med høreapparat. Flere oppgir at de savner god informasjon og veiledning om hvordan venne seg til høreapparat. Flere forteller også at de må finne ut av ting selv, og at brukerorganisasjoner er redningen – om en vet at de finnes.

Manglende oppfølging henger sammen med manglende informasjon. Brukere Helsedirektoratet har vært i kontakt med forteller at det er mye fokus på det tekniske i utrednings- og behandlingsforløpet, og lite fokus på hvordan mestre livet med høreapparat. God informasjon og veiledning på hvordan venne seg til høreapparatet savnes av flere. Tilvenning til nytt høreapparat tar tid; lydene må læres på nytt – og verden utenfor det isolerte rommet på sykehuset der en tilpasser høreapparatet er ganske annerledes.

Helsedirektoratet arrangerte våren 2019 et rådslag med bl.a. tjenestetilbydere. Her var det mange som sa det samme som brukerne; at det mangler informasjon. Innspill var at pasienter tidlig i forløpet burde få informasjon om veien videre, hva det vil kreve av pasient og videre motivasjon til å fullføre behandling. Denne informasjonsmangelen er også påpekt i Oslo Economics rapport til Helsedirektoratet (3), og omhandlet informasjon om tilbud og rettigheter overfor hørselsheemmede, både blant brukere, pårørende og aktører i helse- og omsorgssektoren.

Direkte konsekvenser av mangelfull informasjonstilgang for hørselsheemmede er frafall i behandling. Dette vil gjelde både avbrutt behandlingsforløp og tilfeller hvor høreapparatet ikke anvendes etter tildeling. Data om frafall i behandlingsforløpet er kartlagt i undersøkelsen Eurotrak Norway 2019 hvor det vises et mindre frafall under behandlingsforløpet sammenlignet med resultat fra 2012. Dette gjelder særlig ved konstatering av hørselstap og frem til medisinsk anbefaling om behandling. Differansen i frafall fra tidspunktet hvor pasienten ble gitt medisinsk anbefaling om høreapparat frem til anskaffelse var på kun 1% fra 27% frafall i 2012 til 26% frafall i 2019 (5). Anvendelsesgraden av høreapparat i samme undersøkelse var relativt uforandret fra 2012 til 2019 og var for de som brukte apparatet en time om dagen eller mindre enn 22%. Man kan med dette anta at disse apparatene ikke er i aktiv anvendelse og enten ligger ubrukt eller kun slås av og på. Disse statistikkene kan være en konsekvens av det underliggende problemet med manglende informasjon om hørselstap og forhold omkring dette. Frafallet og manglende bruk av tildelt hjelpemiddel kan i begge tilfeller skyldes manglende informasjon og dermed manglende forståelse for rehabiliteringsprosessen. En større innsats på informasjonssiden og et større tidsvindu for informasjonstillegg hos pasienten kan bidra til økt innsikt og bedre samhandling i rehabiliteringsprosessen.

3.4

Kontroller

I tillegg til lav anvendelsesgrad av høreapparater er det ofte mangelfull og feilaktig bruk av tekniske hjelpemidler. Den eldre brukergruppen er særlig avhengig av oppfølging (7). Tilbud om etterkontroll etter førstegangs tilpasning av høreapparat anses som et viktig tiltak for å kvalitetssikre tilpasningen av høreapparat samt å kartlegge behov for psykososial behandling for hørselsnedsettelse eller pedagogisk hjelp.

NAV sitt [vedlegg 3](#) til folketryktdloven § 10-7 bokstav b om Krav til kvalifikasjoner, regler for undersøkelse, krav til utstyr, lokaler mv. og om faglig medvirkning ved undersøkelse av hørselsheemmede, avtrykk av øregang og tilpasning av høreapparat, er fortsatt gjeldende. Det ble opprinnelig fastsatt den 29. august 1986 i medhold av § 5 i midlertidig forskrift om stønad til høreapparater. Det fremgår her i pkt. 2 om Regler for undersøkelser mv. pkt 2 at: "I forbindelse med tildeling av høreapparat skal følgende tjenester være tilgjengelige: ny kontroll og eventuell justering og opplæring etter 1. gangs rekvisisjon, etter 6-12

måneders bruk av apparatet." Denne ordlyden gir hørselshemmede ved førstegangs tildeling en fastsatt lovfestet rett til etterkontroll av høreapparat. Dette er derimot ikke gjeldende ved rekvirering av et nytt apparat - som kan skje etter 6 år. Gjeldende forskrift om stønad til høreapparater og tinnitusmaskerer innehar ikke dette vedlegget, men det stilles krav om at tilpasning av høreapparat skal utføres i samsvar med forsvarlig medisinsk faglig fremgangsmåte.

Vedlegg 3 er imidlertid videreført uendret fra 1986; det er ikke vedtatt opphevet, og det er ikke gitt nye regler som erstatter vedlegget. Helsedirektoratet har avklart med Arbeids- og velferdsdirektoratet at Vedlegg 3 fremdeles gjelder. Vedleggets bestemmelse på dette punktet kan ha betydning for enkelte langtidsbrukere av høreapparat, som for eksempel ønsker å bytte modell på sitt apparat og ikke får oppfølging etter dette.

Det fremgår av forskrift om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerer § 11 at Arbeids- og velferdsdirektoratet gir retningslinjer for den praktiske gjennomføringen av denne forskriften og for oppgjør. Vi forstår det dithen at dette også vil omfatte nærmere bestemmelser for undersøkelse og tilpasning.

Helse- og omsorgsdepartementet og underliggende enheter har i dag faglig ansvar for bl.a. tilpasning av høreapparat, mens Arbeids- og sosialdepartementet og underliggende enheter har ansvar for å forvalte stønad til høreapparat. Det kan på denne bakgrunn virke lite hensiktsmessig at Arbeids- og velferdsdirektoratet skal fastsette faglige retningslinjer på et område hvor spesialisthelsetjenesten har fagansvar og kompetanse. Det bør derfor etter Helsedirektoratets vurdering vurderes om regelverket bør endres, slik at Helse- og omsorgsdepartementet får et formelt ansvar for å fastsette regler for undersøkelse og tilpasning av høreapparat, oppfølging av høreapparatbrukere mv.

I kartlegging i forbindelse med utredningen (3) responderte 15 av 27 hørselssentraler på undersøkelsen. Disse indikerte at oppfølgingen av personer med aldersrelatert hørselstap fungerer godt eller svært godt ved deres hørselssentral. Dette ble av en respondent utdypet i fritekst at «Alle får tilbud om kontroller til de er fornøyd». Hørselssentralene opplever i liten grad at mangel på fagkompetanse eller at manglende utstyr er begrensende for tilbudet som blir gitt. Tidsbegrensning ble angitt av 27 % å ha stor eller svært stor grad av påvirkning for tilbudet som blir gitt ved deres hørselssentral. En tredjedel mener at manglende finansiering av aktiviteter i stor eller svært stor grad kan være begrensende for hvilket tilbud som gis. I fritekstsvar fremkom det en noe ulik praksis rundt rutinemessig innkalling til kontroll. Flere hørselssentraler oppga at personer med aldersrelatert hørselstap selv må ta kontakt ved behov etter rehabilitering, og at man ikke har kapasitet til rutinemessig innkalling til årlig kontroll.

Flere hørselssentraler oppga imidlertid at det er kort ventetid for å få en servicetime i spesialisthelsetjenesten for personer med aldersrelatert hørselstap. Det ble uttalt i rådslaget Helsedirektoratet arrangerte våren 2019 at 25% av de som får tildelt høreapparater ikke bruker høreapparatet, og at opptil 45 % ikke bruker apparatet fullt ut. Det ble ansett i rådslaget som viktig at det brukes nok tid på utprøving og testing av ulike høreapparat slik at en finner et høreapparat som vil fungere for den enkelte pasient.

Det eksisterer for eksempel et drop-in servicetilbud med kølappsystem hos hørselssentralen ved St. Olavs Hospital hvor man fritt kan henvende seg for å få hjelp omkring høreapparat. Hvis man har høreapparat tildelt via hørselssentral og trenger videre pedagogisk behandling, kan det henvises internt fra servicekontoret til hørselssentral. Tjenesten som utføres hos servicekontoret er i størst grad teknisk orientert. Åpningstidene hos servicekontoret er i dette tilfellet begrenset til tre dager i uka à 6 timer og to dager i uka à 3 timer. Antall henvendelser ligger i gjennomsnitt på rundt 7 til 9 pr. dag, men kan være så mange som 16 og så få som 2. Den allmenne tilgjengeligheten for drop-in tilbudet på servicekontoret er ikke så godt kjent blant brukerne. På grunn av kapasitetshensyn og potensiale for å måtte bortvise oppmøtte, er ikke opplysningsarbeid omkring dette prioritert. Tiltaket kan dermed ansees som en åpen oppfølging av egen pasientportefølje og er et positivt tiltak om enn litt begrenset i omfang.

3.5

Mangelfullt og ulikt rehabiliteringstilbud

Fra 1. mai 2018 gjelder følgende definisjon av habilitering og rehabilitering: Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3).

Kommunene har etter [Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 § 3-1 og § 3-2 ledd 5](#) ansvaret for rehabilitering av personer med sansetap som ikke faller inn under statlig eller fylkeskommunalt regelverk. For hørselshemmede vil dette i praksis si at voksne uten medfødt funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter, i hovedsak behandles hos avtalespesialist. Videre oppfølging tilfaller dermed kommunal helse- og omsorgstjeneste. En nylig publisert studie (7) viser at de fleste eldre med hørseltap brukte høreapparat uavhengig av rapporterte problemer, men antall timer daglig bruk gikk ned etter hvert som problemene økte. Funnene antyder et behov for å ta opp problemer slik at høreapparatbruken kan optimaliseres i denne aldersgruppen. De hyppigste problemene var assosiert med håndtering, ørepropp og lyd kvalitet, hvorav mange lett kan avhjelpes. Brukere Helsedirektoratet har vært i kontakt med opplevde større fokus på det tekniske i utrednings- og behandlingsforløpet og mindre fokus på mestring av tilværelsen som høreapparatbruker.

I følge uttalelser fra HLF er hovedutfordringen i den kommunale hørselsomsorgen mangel på hørselsfaglig kompetanse og relevante tilbud. Spesielt nye høreapparatbrukere har behov for oppfølging og rehabilitering i forlengelsen av høreapparattilpasningen. Hørselshemmedes Landsforbund vedtok på et landsmøte en resolusjon om at alle kommuner skal ha en hørselskontakt med relevant hørselsfaglig kompetanse og stillingsstørrelse som gir rom til å ivareta sitt arbeidsområde ([Din Hørsel, 2018](#)). Det er igangsatt og utført flere prosjekter i hørselsomsorgen i ulike landsdeler med tanke på dette. Bakgrunn for flere av prosjektene er opplevde utfordringer i tilbudet. Prosjektene har prøvd ut andre måter å organisere tilbudet på, blant annet med fokus på samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester, interkommunal samhandling om audiograftjenester, mestrings- og rehabiliteringstiltak, økt lavterskeltilbud og kompetanseøkning hos helsepersonell.

Rehabiliteringstilbudet ble i St.meld. nr. 21, 1998-99 omtalt som preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og liten brukermedvirkning. Dette ble videre tatt opp i en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet i form av en plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet^[1]. I 2015 viste et prosjekt i regi av NAV Hjelpemiddelsentral i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune ved ergoterapitjenesten at det fortsatt er lite samhandling mellom de ulike aktørene og manglende helhetlige pasientforløp. De tilgjengelige tilbudene har lite fokus på kommunikative, sosiale og emosjonelle sider av hørselstap. Det kom også fram av prosjektet at brukerorganisasjoner og fagmiljøet må samhandle tettere for å gi et bedre tjenesteforløp.

[1]

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/pla/2002/0003/ddd/pdfv/167949-handlingsplan_ilv.1

3.6

Uklarheter i ansvarsforhold

God samhandling mellom de ulike tjenestenivåene er en viktig faktor for at vi skal ha et godt og effektivt behandlingstilbud, som møter brukernes behov. I Helsedirektoratets innsiktsarbeid kom det frem at det er uklarheter i ansvarsforholdet rundt hørselsomsorgen.

Hørselssentralenes virksomhet og organisering er ikke regulert på tilsvarende måte som hjelpemiddelsentralens virksomhet og ansvar. Det finnes fire forskrifter som alle regulerer rett til stønad til hørselshemmede. Forskriftene inneholder ingen formelle krav om hørselssentralenes virksomhet, organisering og ansvar. Det er derfor vanskelig å beskrive hørselssentralenes ansvarsområde og funksjon ut over det som fremkommer av [vedlegg 3](#).

Det fremgår av den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen står fritt til hvordan de vil organisere helse- og omsorgstjenestene sine, med mindre lov- og forskriftsbestemmelser sier noe annet. Når det gjelder utredning, diagnostisering og behandling av hørselshemming hos voksne, vil det kommunale tilbudet ivaretas av fastlegen for eventuelt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Hva angår medisinsk habilitering og rehabilitering, skal kommunen sikre nødvendig tilbud av tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltagelse.

Det vises for øvrig til omtale under pkt. [4.1](#).

Helsedirektoratet oppfatter at det er variasjon i organisering av tilbud til hørselshemmede når det gjelder praktisk bistand (skifte av batterier, slange) og opplæring. De fleste hørselssentraler tilbyr praktisk bistand, enten som avtalt servicetime eller ved drop-in. Noen har som fast rutine at de kaller inn til etterkontroll 6-12 måneder etter tildelt høreapparat, andre har ikke kapasitet til en slik ordning og pasient må selv bestille time om de har behov for etterkontroll. Noen hørselssentraler har tilbud om servicetime ved behov. Dette gjelder også hos avtalespesialistene.

[Helse Møre og Romsdal opplyser på helsenorge.no](#) at de gir tilbud om 6- og 12-månedskontroll etter utprøvningsperioden av høreapparat er avsluttet. I tillegg kan pasienter ta direkte kontakt med hørselssentralen om det er noe galt med høreapparatet eller om det er behov for justering.

I Oslo Economics kartlegging av tilbudet til hørselshemmede (3) svarte mange hørselssentraler at de i dag utfører oppgaver som ikke hører hjemme i spesialisthelsetjenesten, men heller burde vært utført av kommunene. De fleste hørselssentralene oppgav at de gjennomfører rengjøring og vedlikehold av høreapparater, noe som mange mente burde vært utført av kommunene/hørselskontaktene. Flere oppgav at dette også gjaldt hjelp til bruk av høreapparat, råd om bruk av andre hørselshjelpemidler, hjelp til å bytte batterier og informasjon om rettigheter og plikter. Flere hørselssentraler gav inntrykk av at de savner kompetanse i kommunene slik at enkle oppgaver kunne blitt løst raskere og nærmere brukerne.

I samtaler Helsedirektoratet har hatt med brukere av tjenesten kommer det frem at det kommunale tilbudet er lite kjent, og at de fleste kontakter hørselssentralen for praktisk bistand. Dette kan føre til vesentlig lengre ventetid på tjenester som egentlig skulle vært utført på et lavere tjenestenivå.

Syns- og hørselskontakt er et kommunalt tilbud som gis til personer over 18 år som har en funksjonsnedsettelse med behov for hjelpemiddel. Ordningen er frivillig, men det er fremmet et forslag til

lovpålagt tilbud fra HLFs landsmøte i 2018 til regjeringen. Dagens hørselskontakter har ofte et udefinert ansvarsområde og er gjerne lagt under ergoterapitjenester. Det er sjelden tilsatt audiologisk kvalifisert personell i stilling som hørselskontakt. Ordningen med hørselskontakter i kommunene fungerte ulikt fra kommunen til kommune, ifølge flere av respondentene fra hørselssentralene til Oslo Economics. Eksempel på arbeidsinstruks til en hørselskontakt er å bistå kommunalt ansatte i søknadsprosesser, gjennomgå jevnlig kurs/opplæring på hjelpemiddelsentralen, ha kunnskap om hvordan man skal gå fram for å få høreapparat og tekniske hjelpemidler, kartlegge behov hos kommunens innbyggere, planlegge utlevering og hjelpe til ved utprøving av hjelpemidler og følge opp brukere og gi opplæring i etterkant, ha kjennskap til brukerorganisasjoner, dokumentere prosessen og rapportere avvik. Se [vedlegg 7](#) for nærmere beskrivelse av roller og ansvar.

3.7

Mangel på hørselsfaglig kompetanse i kommunene

Kartleggingen til Oslo Economics (3) viser også til mangel på fagkompetanse i kommunene som en utfordring. Det påpekes at hørselsområdet er stadig mer krevende ettersom teknologien blir mer og mer avansert og at hørselskontaktene mangler audiologisk kompetanse.

En viktig utfordring 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. Fastlegen og helsestasjonen kan nevnes som viktige bidragsyttere samt tjenester som gir mulighet for oppfølging i hjemmet.

I handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" (2002) påpekes det at kommunen forventes å ha kompetanse om hørselshemmedes kommunikasjons- og informasjonsproblemer og psykososiale konsekvenser. 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/etterutdanning for bedre å kunne ivareta brukergruppen. En forventet økning i antall eldre gjør at gruppens størrelse tiltar. Det er viktig med oppdatert kunnskap, men det er i dag liten tid for helsepersonellet til å oppdatere seg.

Flere har påpekt behovet for økt kompetanse om hørselstap og bedre oppfølging i sykehjem (8). Behov for økt kompetanse er bakgrunnen for [Ringeriksprosjektet](#) som er initiert av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) og HLF Briskeby, der målsettingen er å øke kompetanse om hørsel hos ansatte i helse- og omsorgssektoren, NAV og beslutningstakere i regionen. Ringeriksprosjektet "En moderne hørselsomsorg nærmest mulig brukeren" har utarbeidet e-læringsundervisning om hørsel. Målsetting for e-læringsundervisningen er å øke kompetansen om hørsel hos ansatte i helse- og omsorgssektoren ved å utvikle metoder og tiltak innenfor både spesialisthelse og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hørselssentralen i Drammen har i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i (USHT) brukt erfaringene fra Ringeriksprosjektet til å lage to kurs i året for ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i sitt opptaksområde. Det benyttes to e-læringsprogram som ble laget av

Ringeriksprosjektet og som er tilgjengelige på kompetansebroen.no under kategorien geriatri. Disse e-læringsprogrammene er også tilgjengelige på HLF Briskeby sine nettsider og berører to tema som er «nedsatt hørsel» og «høreapparater – bruk og vedlikehold» [1].

[1] <https://hlfbriskebyrut.no/om-horsel/>

Drøfting og vurdering av tiltak

Helsedirektoratet har i dette kapitlet vurdert forslagene til tiltak som er omtalt i kap. 2711 Spesialisthelsetjenesten mv. i Prop.1 S (2017-2018) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med hørselshemming. Helsedirektoratet vurderer også ytterligere tiltak.

4.1

Gjennomgang av forskriftsreguleringen i hørselsomsorgen m.m.

Dagens system bør vurderes forenklet ved at forskrifter som alle regulerer rettigheter og stønader til hørselshemmede (som finansieres gjennom folketrygden) vurderes samlet.

På bakgrunn av dette anbefales det en gjennomgang av gjeldende rettslige regulering av hørselsomsorgen (jf. [vedlegg 7](#)) med tanke på tydeliggjøring av roller, ansvar og innhold til involverte instanser i tjenestetilbudet til hørselshemmede. Det kan også være behov for en klargjøring i form av avgrensning og avklaring av hørselssentralenes oppgaver opp mot hjelpemiddelsentralenes oppgaver.

4.2

Ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten

Etter [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#) «Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten» har spesialisthelsetjenesten et veiledningsansvar overfor kommunene. Helseforetakene har også et ansvar for å tilby ambulerende tjenester. I en samarbeidsavtale fra 2009 omtales de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby ambulerende tjenester i nært samarbeid med kommunene, blant annet gjennom deres koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og hørselskontakter. Det har blitt utført enkelte forsøk med ambulerende audiografer for å styrke rehabiliteringstilbudet på lokalt nivå, samt bidra til en kompetanseheving i kommunene og bedret samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune (9-11). Forsøksvirksomheten er noen steder innført som fast ordning da erfaringene har vært gode. Økende tidspress og kapasitetsvansker gjør at en del av hørselssentralene i liten utstrekning klarer å ha høy grad av utadrettet virksomhet. En utfordring med ambulering er at det kan gå ut over effektiviteten ved hørselssentralene med mindre man har dedikerte ansatte til ambulering. Bruk av avtalespesialister i arbeidet med å sikre tilgang til høreapparattilpassing kan da være en måte å sikre et slikt tilbud. Helse Vest RHF ved Haukeland universitetssykehus har løst sitt kapasitetsproblem ved å inngå særavtaler med noen av avtalespesialistene om å utgjøre den ambulerende tjenesten via ansatt audiograf. Anslagsvis 8 pasienter per dag kan nås ved ambulerende audiograf, og dette er blant annet anbefalt i et samhandlingsprosjekt i Telemark (10). Dette antallet er kanskje noe mindre enn ved ambulering til et lokalmedisinsk senter som helsestasjon og lignende hvor hovedvekten

ligger på teknisk service. Likevel har pasienten fordelen ved å slippe å reise, noe som spesielt gagnar de eldre pasientene, og helseforetakene sparer inn på utgiftene til pasientreiser.

St. Olavs Hospital i Trondheim opererer for eksempel med ambulerende tjeneste med eget personell og har nå ambulerende til helsestasjonen på Frøya. Det legges vekt på service av høreapparat og 16 pasienttimer pr. dag kontra behandling i klinikk som har kapasitet på 7 til 8 pasienttimer. Ved spesielle behov for tilpasning kan ambulerende pasienter få utvidet sin konsultasjon til to timer. Ambuleringen til Frøya vil med tiden bli en oppgave som tilhører Orkanger høresentral når driften tillater dette. Lokaler på Hitra er tilrettelagt for behandling med egnet hørselsteknisk utstyr. Det øvrige kliniske arbeidet på Orkanger høresentral vil sentreres omkring høreapparattilpasning og psykososial rehabilitering. Hørselssentralen ved St. Olavs Hospital vil fortsette utredning og behandling av barn samt spesialtilstander. Det er intensjoner om videre satellittvirksomhet fra St. Olavs Hospital, men ut over de prosjekt nevnt her er det ingenting som er direkte planlagt. Spesialisthelsetjenesten har en vilje til å levere ambulerende tjenester, men med mangel på ressurser kan ambuleringen bli mangelfull. For at ambuleringen skal fungere godt og god kvalitet skal opprettholdes, forutsettes også tett kontakt med sykehuset den ambulerende tjenesten utgår fra. Stress og utmattelse er en kjent konsekvens av hørselshemming. Redusert belastning ved at pasienten slipper å reise, er derfor positivt.

4.3

Audiograf i kommunal helse og omsorgstjeneste

Syns- og hørselskontaktene er ansatt i den kommunal helse og omsorgstjenesten og har som oppgave å fremme samhandling mellom kommunen og hjelpemiddelsentralen - som hjelpemiddelsentralens forlengede arm ut i kommunen. Hørselskontakten har også ansvar for veiledning og annen praktisk bistand vedrørende hjelpemiddel for kommunens hørselshemmede. Stillingene kan være besatt av ergoterapeut som jobber som hørselskontakt i en viss prosentandel av sin stilling. Prøveprosjekt med audiograf som interkommunal hørselskontakt ble gjennomført i Røros, Os og Holtålen kommuner. I tillegg til hørselskontakt-oppgavene overfor brukerne ble det også gitt opplæring til annet helse- og omsorgspersonell. Det var i dette prosjektet ikke utstyr tilgjengelig for annet enn servicehåndtering av høreapparat. Prosjektet hadde en varighet på to år, og det var i stor grad positive tilbakemeldinger fra de involverte i prosjektet både på brukersiden og på den administrative siden. Denne ordningen hadde ikke særlig tilknytning til spesialisthelsetjenesten ut over et samarbeid med hørselssentralen ved Røros sykehus. Et lignende pilotprosjekt omhandlet styrking av rehabiliteringstilbud til hørselshemmede i kommunene og ble gjennomført i perioden 2015 til 2017. Dette var et samhandlingsprosjekt mellom kommunene i Setesdal og Sørlandet sykehus HF.

Setesdalprosjektets modell med interkommunal audiograf var et samarbeid mellom helseforetak og kommune hvor audiograf var ansatt i spesialisthelsetjenesten med en 100 prosent stilling. Finansiering av denne stillingen var i utgangspunktet 50 prosent fra kommunene og 50 prosent fra RHFet. Audiografen var dermed delt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Denne delingen bidro til økt samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten, samt at audiograf hadde tilknytning til fagmiljøet i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra prosjektet var at det vil være av stor betydning i fremtiden å få hørselskompetanse ut i kommunen. Noe som også understøttes av andre prosjekt. Erfaringer med interkommunal audiograf er positive. En fordel for audiografen er å kunne opprettholde kollegial kontakt og motta faglige oppdateringer i 2. linjetjenesten. Dette samtidig som audiografen har nærkontakt med pasienter og behandlere i 1. linjetjenesten. Samarbeid med hørselskontakt i hver kommune når den interkommunale audiografen ambulerer, er også en god løsning. Setesdalprosjektet har nå gått over i varig drift der audiograf fremdeles

jobber 50/50 i spesialisthelsetjenesten og kommune, men finansiering er endret med 25 prosent finansiering fra kommunene og de resterende 75 prosent fra RHFet. Begrunnelsen bak denne omfordelingen var at det ikke eksisterte faste lønnsmidler i kommunene. I tillegg er det slik at sykehuset får refusjoner fra HELFO for konsultasjoner unntatt det som er opplagte kommunehelsetjenesteoppgaver. Dermed synes dette å være en finansieringsløsning som fungerer i forhold til drifts- og ansvarsområde. Modellen kan ha overføringsverdi, og ordningen kan fungere som et utgangspunkt ved nasjonal vurdering.

4.4

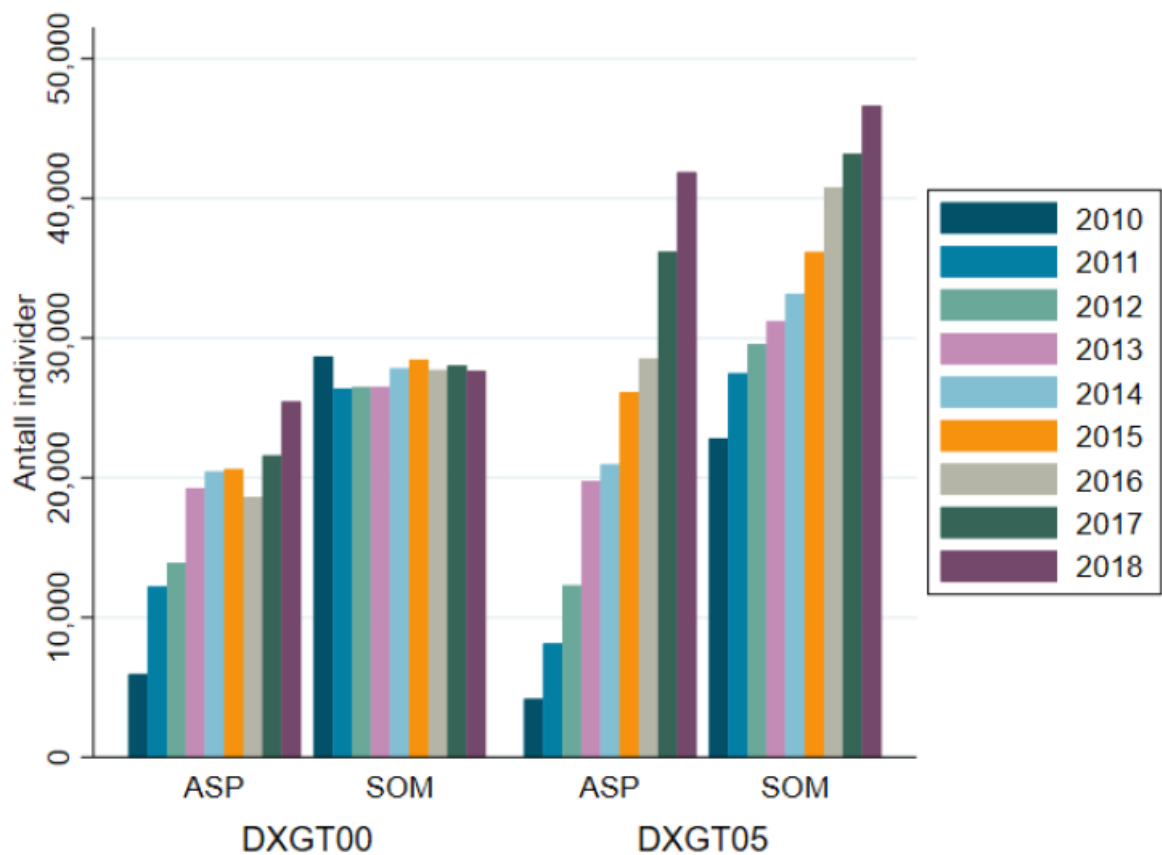
Systematiske etterkontroller etter tilpasning av høreapparat

Hensikten med systematiske etterkontroller er å kvalitetssikre tilpassingen av høreapparat samt å kartlegge behov for ytterligere psykososial behandling for hørselsnedsettelse. Det er grunn til å tro at dette vil øke høreapparatbruk og unngå at høreapparater ikke tas i bruk etter tildeling.

I tillegg til praksisen om at ny kontroll og eventuell justering og opplæring etter 1. gangs rekvisisjon etter 6-12 måneders bruk av apparatet ([se 3.4](#)), angir Norsk standard NS-EN 15927:2010 et sett av minstekrav til de viktigste elementene ved tjenester tilknyttet formidling av høreapparater. Standardens 5.6.3 "Oppfølging av tilpasning" konkretiserer det som ligger i "Ny kontroll og eventuell justering og opplæring" ovenfor. Heriblant er det angitt at den auditive funksjonsevnen skal vurderes og at vurderingen bør ta utgangspunkt i ICF-klassifisering (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse).

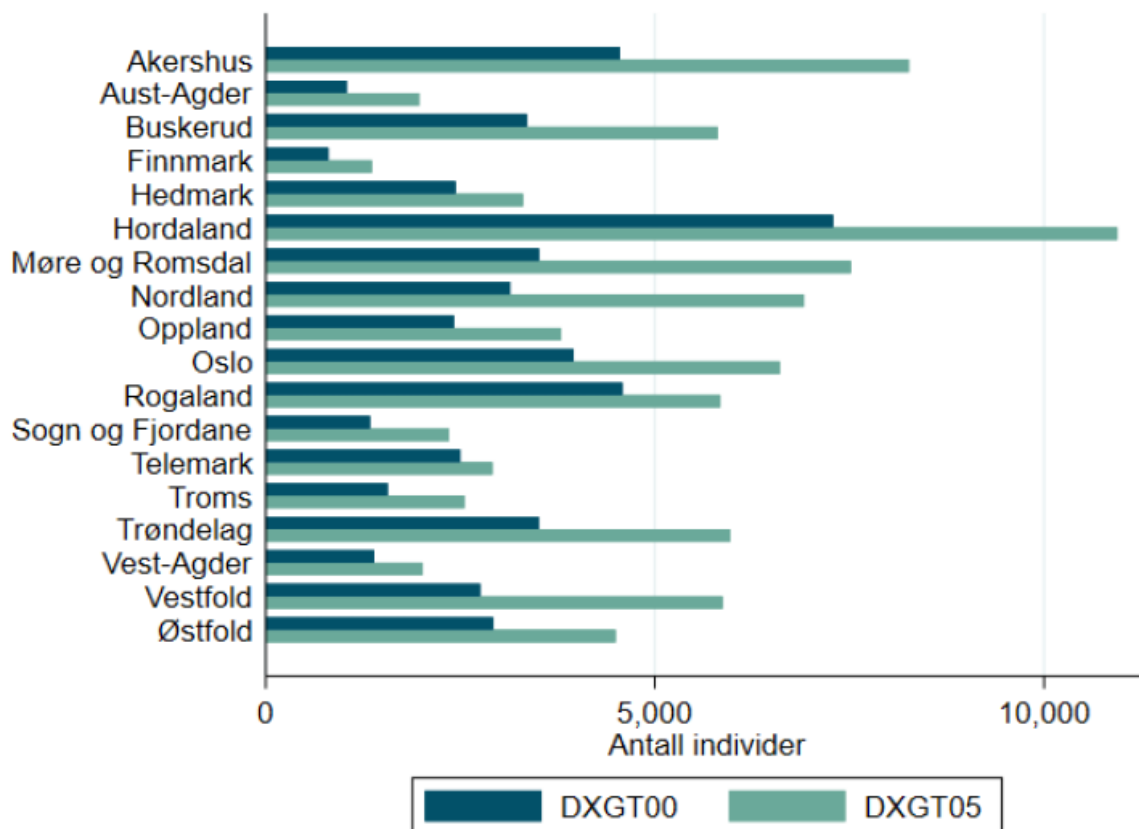
Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi har en nettbasert veileder som anbefaler at høreapparatbrukere bør tilbys etterkontroll etter ½ - 1 år. Det bør også oppfordres til kontroll hvert annet år eller ved behov. Det har avgjørende betydning at brukerne vet hvor de skal henvende seg ved problemer. Man ser ofte at små, lettløste problemer gjør at høreapparatene ikke blir brukt.

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) utførte i 2014 en evaluering av landets 36 hørselssentraler og +100 ØNH-avtalespesialister (Høreapparatformidlerundersøkelsen, HLF 2014) med utgangspunkt i NS-EN 15927. Undersøkelsen konkluderte med norske høreapparatformidlere leverer gjennomgående god kvalitet på det teknisk-medisinske: diagnostisering og tilpasning, men at det er stort forbedringspotensial innen det psykososiale: oppfølging, audiologisk rådgivning og rehabilitering. På spørsmål om pasienten innkalles rutinemessig til etterkontroll etter tildeling av høreapparat sier seg 64% svært enig eller enig. På spørsmål om det avtales oppfølgingstjenester med pasienten sier 98% seg svært enig eller enig i at de avtaler hjelp til pasient når høreapparatet ikke virker, 98% svært enig eller enig i avtale om ytterligere oppfølgingstimer når det er behov for ytterligere justering av innstillingene, 89% i avtale om obligatorisk oppfølgingstime kort tid etter at tilpasningen er verifisert og 65% i avtale om drop in-timer (service). Kun 37% er svært enig eller enig i avtale om fast telefontid (rådgivning), og 47% om avtale om hørselstrening til pasienter med betydelig hørselstap, enten i egen regi eller hos andre.



Figur 6. Antall personer som har fått høreapparattilpasning (DXGT00) og kontroll av (før 2020) høreapparat (DXGT05) ved somatiske sykehus eller hos avtalespesialist registrert med aktivitetskoder i NPR i løpet av 2018.

Tall fra NPR viser at på landsbasis er registrert ca. to kontroller per høreapparattilpasning (Figur 6). I 2018 var det registrert 88 000 kontroller hvorav 47 000 i somatiske sykehus og 42 000 hos avtalespesialister. Både andelen tilpasninger og hyppigheten av kontroller er nå nesten like stor hos avtalespesialister som hos hørselssentralene. Hyppigheten av registrerte kontroller har økt betraktelig, spesielt blant avtalespesialistene. Hyppigheten av kontroller varierer noe fra fylke til fylke (før 2020), og i enkelte fylker er det registrert kun én kontroll per tilpasning (Figur 7).



Figur 7. Antall personer som har fått høreapparattilpasning (DXGT00) og kontroll av høreapparat (DXGT05) i ulike fylker registrert med aktivitetskoder i NPR i løpet av 2018.

Selv om hyppigheten av kontroller med noen få unntak synes tilfredsstillende så er det ifølge rapporten til Oslo Economics få hørselssentraler som gjennomfører systematiske årlige etterkontroller og at mange hørselssentraler legger opp til pasientstyrt rehabilitering der pasienten selv må ta kontakt ved behov. De mener at bedre oppfølging og systematiske etterkontroller trolig er et tiltak som kan bedre bruks- og nytteverdien av høreapparat for mange. En hørselssentral svarte at alle deres pasienter får et spørreskjema med standardiserte oppfølgings-spørsmål om nytte, effekt og fornøydhet (International Outcome Inventory for Hearing Aids, IOI-HA). Dette kan være et mulig tiltak flere steder. Hørselsspesifikke mål på livskvalitet eller H-QoL kan også vurderes for å underlette videre evaluering av tiltaket med tanke på effekt og ressursbruk.

En ulempe er at systematiske kontroller vil kunne føre til overforbruk av helsetjenester hos velfungerende høreapparatbrukere. Løsninger på dette kan være at kontroller gjennomføres med fjerntilgang og konsultasjon uten nødvendig oppmøte for pasient. Ved en systematisk etterkontroll vil det i utgangspunktet ikke være nødvendig for pasienten å ha kontakt med en lege under konsultasjonen. Denne etterkontrollen kan dermed gjennomføres av autorisert audiograf tilknyttet enheten med pasientansvaret som vil være en ØNH poliklinikk/hørselssentral eller avtalespesialist.

Kost-nytte-forholdet mellom systematiske etterkontroller og ad-hoc-kontroller, som for eksempel drop-in hvor høreapparatbrukere kan møte uten forhåndsavtale, bør vurderes.

4.5

Økt bruk av avtalespesialister

De regionale helseforetakene kan, for å dekke sitt "sørge for"-ansvar, gjøre avtaler med private tjenesteytere i henhold til lov om spesialisthelsetjeneste. Høreapparatilpasning har fått en økende prioritering i ØNH avtalepraksis (se [vedlegg 2a](#)). Som vist i Figur 6 er det avtalespesialistene som stått for merparten av økningen i tilpasning av høreapparater. Mens alle tilpasninger hos yngre personer fremdeles gjøres på hørselssentralen (95% av alle <18 år) tilpasses nå 50 % av de over 67 år hos en avtalespesialist. Økt bruk av avtalespesialister for å møte kapasitetsutfordring med befolkningsutviklingen med flere eldre kan være et effektivt tiltak såfremt behandlingsskapiteten hos disse kan ekspanderes.

4.6

Andre modeller for utredning og behandling av hørselstap

Helsedirektoratet har sett på ulike tiltak for hvordan en kan møte kapasitetsutfordringer når det gjelder utredning av hørselstap. En modell har vært å se på hvordan behandling for nedsatt syn er organisert. Her er det optiker som behandler kunder, og der optiker ser behov for videre utredning, henviser optikere enten til fastlege eller direkte til spesialisthelsetjenesten. Forenklet modell på hørselsområdet kan være å se på muligheter for at audiografer kan ha en tilnærmet lik funksjon for hørselshemmede der de henviser til spesialist ved behov. Det eksisterer allerede helprivate aktører som har etablert seg innenfor hørselsområdet med tilsvarende modell. I dette tilfellet vil bruker/pasient regnes som kunde og må selv finansiere utredning, behandling og høreapparat samt oppfølging. Det er audiografer som utreder og behandler, og om det er mistanke om patologiske forhold, henviser audiograf videre til ØNH-spesialist. I en slik modell vil audiografen gis en sterkere og mer sentral rolle i tjenesten ved å være den første som møter den hørselshemmede, og dette kan frigjøre tid og kapasitet hos ØNH-spesialist. Audiograf gjennomfører hørselstester og bedømmer hørselstap, utfordringer og hensiktsmessige tiltak. En slik modell kan bidra til at den samlede kapasiteten til undersøkelse, tilpasning og oppfølging øker på øre-nese-hals feltet.

Betenkeligheter med dette er finansieringsaspektet hvor pasienten selv kan bli ansvarlig for å betale behandling og hjelpemiddel er at det vil føre til forskjellsbehandling i forhold til den enkeltes betalingsevne som er i strid med likhetsprinsippet i norsk helsetjeneste. Det understrekes også at en slik modell vil måtte inneholde retningslinjer med absolutte krav til kvalitet, kompetanse, yrkeserfaring, etterfølgelse av NS-EN 15927 2010 (Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater) som et minimum. Krav til samhandling og videreutdanning vil også være gjeldende. Videre vil det være behov for en omfattende utredningsprosess, og sentrale spørsmål rundt en slik vurdering vil blant annet være hvilke oppgaver som skal skje hos audiograf, om dette er dette å anse som en helsetjeneste, jf. formålsbestemmelsen i §5-1, hvilken merverdi vil dette ha for pasienten, kan dette gi en tilfredsstillende behandlingseffekt og hvordan knyttes audiografene til det offentlige. Mulig mangel på audiologisk personell i den offentlige helsetjenesten kan også være en mulig risiko ved denne modellen. Antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten kan også øke.

I Danmark har man hatt en tilsvarende modell med kombinasjonsbruk mellom hørselssentraler og høreapparatbutikker. En evaluering av modellen viste en rekke dysfunksjonelle forhold; bl.a. økonomisk forskjellsbehandling av pasienter, kommersialisering og kjededannelse, pasienter gjøres til kunder og audiologisk helsepersonell til selgere av produkter og tjenester, fravær av kvalitetsnormering, svak kobling til oppfølging/rehabilitering kommunalt/regionalt.

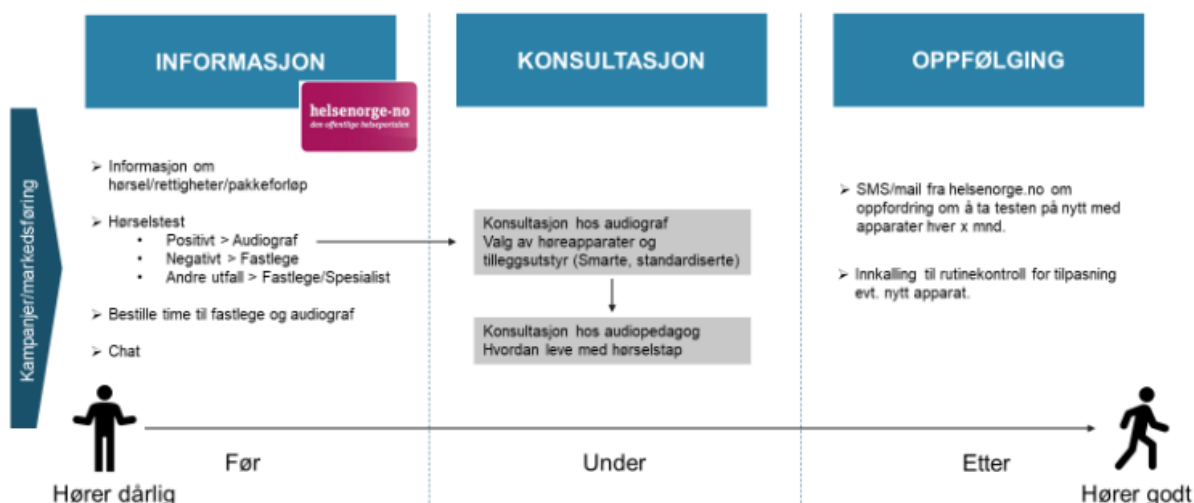
Gjennomføringen av en slik modell medfører også noen betenkeligheter spesielt med tanke på muligheten for avdekking av annen patologi. Det har vært økt fokus på audiologi både i forbindelse med konsekvens av hørselstap og behandlingsmetodikk de senere årene, noe som har resultert i kunnskapsutvikling innenfor hørselsfeltet hva angår følgetilstander, diagnostikk og behandling. En økende forståelse av hjernens betydning for hørsel og bearbeiding av lyd har resultert i nye diagnoser, utredningsmetoder og behandlingsmuligheter. Bedre radiologiske utredningsmuligheter har gitt en større forståelse og et bredere behandlingstilbud for lidelser i mellomøret og det indre øret. Hørselsomsorgen i dag omfatter langt mer enn tilpasning av høreapparater og tildeling av tekniske hjelpemidler. Ny teknologi gir et utvidet behandlingsspekter sammenlignet med tidligere, der kirurgi og implanterbare løsninger kan og bør være et alternativ til tradisjonelle høreapparater.

Sett fra et helsefaglig perspektiv krever fremtidens hørselshemmede en tverrfaglig tilnærming der en øre-nese-halsspesialist iverksetter en adekvat utredning for å avdekke årsak til hørselstap og eventuelle andre patologier. Etter diagnose er satt, kan ØNH-lege ved behov koble inn andre yrkesgrupper og koordinere iverksettelse av riktig behandling. Dette har vært praksis ved ambulerende virksomhet hvor tilpassing av høreapparat kun kan utføres etter legekonsultasjon, men hvor man etter avtale har kunnet behandle klare aldersrelaterte hørselstap hos pasienter eldre enn 65 (10). God kvalitet på hørselsomsorgen er avgjørende for å sikre en god sykdomsforståelse og god etterlevelse i behandlingen. En trygg verdikjede i behandlingen vil dermed bidra til å forebygge eventuelle personlige og samfunnsøkonomiske konsekvenser av utilstrekkelig behandling.

Brukerperspektivet

I en workshop Helsedirektoratet hadde med utvalgte brukere av både offentlig hørselsomsorg og helprivate aktører kom det et forslag om hvordan hørselsomsorgen kan organiseres i fremtiden. Dette forslaget er illustrert under:

Optimal brukerreise (fra brukerne)



Som skissert ovenfor kan forventningene til hvordan helsetjenester skal mottas endre seg i tiden fremover. Man må i det offentlige være oppmerksom på at denne verdikjeden kan fragmenteres ytterligere. Et økende privat marked og ressurssterke brukere kan føre til at flere søker helprivate løsninger. Dette kan skje av flere årsaker men den mest omtalte er potensielt kortere ventetid for behandling. En opplevelse av et tungvint og lite hensiktsmessig forløp kan også være bidragende faktorer. Økt fokus på teknologiske

nyvinninger, som for eksempel forsterkning av omgivelseslyd eller såkalt høreapparatfunksjon i bærbare ørepropper, kan medføre at pasienter omgår det tradisjonelle behandlingsforløpet og iverksetter egenbehandling. Dette kan føre til at potensielle underliggende sykdommer ikke fanges opp tidlig nok. Og at den hørselshemmede kan få negative oppfatninger av hørselstekniske hjelpemiddel på bakgrunn av suboptimale tekniske løsninger som ikke har høreapparatenes funksjoner for å behandle bakgrunnsstøy.

4.7

Digitale helsetjenester (e-helse/telemedisin)

Det tenkt at det i fremtiden skal være like enkelt og naturlig å ha kontakt med helsetjenesten på nett som det i dag er å bruke nettbanken. Digitale innbyggertjenester kan potensielt gi økt kvalitet på behandlingen, økt pasientsikkerhet, økt effektivitet for helsepersonell og likeverdige tjenester for innbyggerne. Helsenorge.no er den digitale portalen til en samlet helsesektor og har en relativt stor trafikk til nettstedet. Månedlige bruksstatistikk for portalen var i 2019 mellom 2.54 og 3.45 millioner besøk i henholdsvis juli og oktober, for de samme månedene var det 1.35 og 2 millioner innlogginger.[1] Disse tallene er omtrent det dobbelte av tilsvarende statistikk for 2018 og indikerer en økt interesse for digitale tjenester i befolkningen. Antallet besøkende synes også å vokse jevnt ettersom nye tjenester kobles til portalen. Dette kan signalisere et behov for bedre og enklere kommunikasjon og samhandling med innbyggere for å understøtte sikker og effektiv helsehjelp. Tilrettelegging for innovasjon og næringsutvikling kan gi digitale tjenester som kan benyttes til forebygging, oppfølging og behandling.

Folkeopplysning og forebygging i digitale kanaler kan være nødvendig for at man kan få økt innsikt i egen helsetilstand. Helsetilbudene og helsetjenestene oppleves ofte som uoversiktlige, lite sammenhengende og vanskelig å navigere i. En vei inn til kvalitetssikret informasjon vil være viktig for å gi innbyggere med hørselstap god og riktig informasjon om hørselstap og hva dette innebærer, konsekvenser av å ikke få behandling og informasjon om behandlingstilbud. Økt innsikt og forståelse vil kunne bidra til at man raskere oppsøker hjelp, og at man enklere vil kunne delta i valg, beslutninger og oppfølging av egen helse.

Det er i dag økt fokus på at brukerne skal ta en mer aktiv rolle i å mestre eget liv. Dette forutsetter fokus på brukernes behov og at disse settes i sentrum for utvikling av fremtidige digitale løsninger og tjenester. Det er et økende behov for tjenester og verktøy som tilrettelegger for brukeres mulighet for egenmestring. Brukerne ønsker i større grad å håndtere og følge opp egen sykdom. Ved å tilby digital informasjon, digitale læringsressurser og mulighet for digital dialog med behandler kan brukerne enklere følge opp egen helsetilstand.

Digital dialog og digitale konsultasjoner kan gi en lavere terskel for å oppsøke hjelp ved behov. Digital informasjon og digitale læringsressurser vil også kunne bidra til at brukere enklere kan etterleve behandling. Digitale verktøy kan bidra til å støtte og hjelpe brukere til å mestre egen helsetilstand på en bedre og enklere måte. Kommunikasjon og oppfølging for eksempel via digital dialog kan bidra til at brukere får raskere tilgang på rett hjelp. Relatert til dette er en mestringsportal for psykisk helse som er under utarbeidelse på helsenorge.no. Funksjonaliteten vil eksempelvis være at behandler kan forskrive digitale læringsressurser og kurs til sine pasienter, og pasienten kan logge seg inn på helsenorge.no å finne disse. Slik kan behandler kvalitetssikre at pasienten får riktig informasjon og pasienten får informasjon og læringsressurser tilpasset egne behov i en sikker kanal. Innbygger får enklere tilgang til lærings- og mestringsressurser for å utvikle kompetanse om sin situasjon. Når denne portalen er i drift nasjonalt, kan det være hensiktsmessig med utvidelse i formål som berører psykososial helse og mestring omkring nedsatt hørsel og den tilhørende problematikken.

For de legene som tilbyr dette, kan e-konsultasjoner anses som en sentral del av pasientens netthelsetjeneste. Pasientene kan oppleve betydelig nytte av e-konsultasjon i form av redusert bruk av tid ved færre fysiske oppmøter, færre telefonhenvendelser, mindre reising og potensielt bedre mestring av egen helse. e-konsultasjoner kan der den er tilgjengelig benyttes i kontakten med fastleger og andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt i spesialisthelsetjenesten. For å få en raskere realisering av e-konsultasjoner, vil det være behov for midler til teknisk tilrettelegging for alle aktørene i helsetjenesten, samt utredning av helsefaglige, funksjonelle og sikkerhetsmessige krav til løsningene. I prosjektet digitale Innbyggertjenester i Spesialisthelsetjenesten (DIS), pågår det et arbeid med å utvikle en nasjonal felles løsning for skriftlig digital dialog mellom innbyggere i utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten og behandlende enhet. Dette arbeidet inkluderer også tilgjengeliggjøring av videokonsultasjoner via helsenorge.no som på sikt kan bli en erstatning for eksisterende løsninger ved fjernkonsultasjon og etterkontroller som ikke krever oppmøte. Program omhandlende elektronisk pasientjournal (EPJ) er også under utarbeidelse i form av EPJ-løftet i regi av Direktoratet for e-helse. Spesielt relevant er deler av prosjektet som skal heve kvaliteten på fastlegers og privatpraktiserende spesialisters EPJ-system, og som blant annet vil føre til bedre struktur i henvisninger.[2] Videre kan man se behov for en forbedring av pasientadministrasjonssystem og EPJ i spesialisthelsetjenesten i fremtiden.

Det bør i tillegg til disse prosjektene videre utredes problematikk relatert til alder og kognisjon i møtet med digitale løsninger og andre tilfeller av digitalt utenforskap. Ferdighetene kan forventes å øke ettersom den aldrende befolkningen har økt omgang med og kompetanse innen informasjonsteknologi. Det vil derimot alltid være utfordringer i forbindelse med den enkeltes digitale ferdigheter basert på erfaring og kognitive samt fysiske ferdigheter basert på alder og sykdomsbilde. Omsorgspersonell og pårørende kan potensielt være bistandspersoner, men det bør på sikt utredes en mer varig løsning og et konkret stillingsansvar. Dette kan for eksempel avstedkommes via en kommunal ergoterapeut eller tilsvarende helsepersonell med ansvar for digital oppfølging. Den kompleksiteten som eksisterer i dagens organisering av helsetjenester søkes minimert via helsenorge.no ved å gi innbygger én vei inn til kvalitetssikret informasjon og selvbetjeningsløsninger. Innbygger skal få én vei inn til sikre digitale helsetjenester som oppleves oversiktlige og tilgjengelige. Det er i dag flere basistjenester tilgjengelig for alle innbyggere på helsenorge.no uavhengig av hvor du i landet du bor og hvilken behandler du går til, mens andre tjenester tilbys kun i noen helseregioner og kommuner. Det jobbes aktivt for å styrke tilbudene på helsenorge.no, spesielt på det som handler om digital samhandling med behandlere. Målsetningen er å tilby tjenester på helsenorge.no som skal gi innbyggere støtte i alle faser man er i, om man er frisk og kan ha nytte av gode helse råd, eller lurer på om man bør oppsøke hjelp, eller man er syk eller pårørende og trenger effektiv støtte og samhandling med helsetjenestene. Det jobbes kontinuerlig med videreutvikling og utbedring av eksisterende tjenester slik at tilbudet skal bli likt uavhengig av geografi. Det er viktig å kunne bruke eksisterende kanaler som for eksempel helsenorge.no for å tilgjengeliggjøre å distribuere nye digitale verktøy som er spesifikke for pasienter med hørselstap. Nye verktøy kan integreres mot helsenorge.no slik at innbygger enkelt kan finne frem. En annen og høyst relevant informasjonsportal er sansetap.no som administreres av Statped og formidler informasjon og lenker til videre ressurser vedrørende nedsatt hørsel og andre sansetap. I denne portalen kan man finne informasjon om sitt sansetap i tillegg til kurs og tilbud for økt mestring og håndtering av sin livssituasjon.

[1] <https://helsenorgelab.no/data/bruksstatistikk-helsenorgeno/>

[2] <https://ehelse.no/programmer/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister>

4.8

Teknisk utvikling av høreapparattilpassing

Infrastrukturen som bør være på plass for audiologisk orientert telemedisin og dertil justering av høreapparat stiller en del krav avhengig av hvilken type informasjon som overføres. Man kan anta at ved en fjerntilpasning eller justering, vil dette falle inn under kategorien helsehjelp, og det vil være nødvendig å overholde sikker dataoverføring og journalføring av behandlingen. Overholdelse av Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen) er essensielt i denne sammenhengen.[1] Det vil også være relevant å observere forskjeller mellom telemedisin og assistert telemedisin. Hvor man ved assistert telemedisin i tillegg til pasient har medisinsk personell til stede som kan assistere ved justering eller tilpasning men som ikke har detaljert fagspesifikk opplæring. En slik løsning kan være fordelaktig ved implementering av digitale verktøy ved ambulerende slik at personell med audiologisk kompetanse kan sitte sentralt og assistere medisinsk personell uten særlig hørselsfaglig kompetanse under behandling. Telemedisin forstås som direkte digital kontakt mellom behandler og pasient hvor denne enten utfører etterkontroll eller foretar justeringer på hørselsteknisk utstyr via fjerntilkobling. I tillegg til de tekniske aspektene av rehabiliteringen vil det også være en viss mulighet til å gjennomføre psykososial rehabilitering via direktekommunikasjon mellom behandler og pasient.

En variasjon i fokus hos produsenter på ulike aspekt av teknisk utvikling er en faktor som kan påvirke de fremtidige mulighetene ved telemedisin. Innen et teknisk fagfelt vil det være ulike prioriteringer hos forskjellige aktører på bakgrunn av ressurser og visjon. Problemstillingen er aktuell i fagmiljøet, og temaet e-helse diskuteres i økende grad på hørselsfaglige seminarer.

Ifølge en samlet uttalelse fra leverandørforeningen Melanor har noen leverandører mulighet for fjerntilgang allerede i dag. De aller fleste leverandører vil ifølge Melanor ha mulighet for fjerntilgang og modifisering av høreapparatene i løpet av noen få år. Det uttales også at fjerntilgang og modifisering vil være mulig via app på både mobile (Android, iOS) og stasjonære enheter. Bruker vil i dette tilfelle gi godkjennelse til bruk i app i henhold til GDPR og fjernkonsultasjon med involvering klinikk/bruker (og eventuelt leverandør) vil være mulig. Melanor gjør i så henseende oppmerksom på at de opplever en ikke konform forståelse og tolkning av krav til datasikkerhet og personvern i helsetjenesten (eksempelvis Normen og GDPR). Lokale krav kan dermed vanskeliggjøre bruk av leverandørenes løsninger. Den samme funksjonaliteten som beskrevet over, vil ifølge uttalelse fra leverandørforeningen være tilgjengelig også for implanterbare hørselsløsninger. Vedrørende batterikapasitet antas det at dette ikke påvirkes av fjerntilgang og modifisering ut over det som i dag oppleves ved f.eks. direktestrømming av lyd. For annet medisinsk-teknisk utstyr beregnet på hørsel og/eller hørselsrehabilitering forutsettes det at en ivaretar dagens og fremtidens behov for høreapparat og tilgang til hørselstekniske hjelpemidler.

Bruk av digital applikasjon kan være tidsbesparende for både bruker og helsetjeneste. Bruker kan dermed digitalt initiere kontakt og beskrive problem. Audiograf (eller produsent) kan i sanntid, eller på et passende tidspunkt, gjøre justeringer og sende dette tilbake til brukers utstyr. Det fremmes også fra leverandørforeningen et ønske om at elektroniske søknads- og tildelingsskjema (samt skjema for lagerkontroll og rapportering av tap) bør erstatte dagens manuelle praksis. Her henvises det til muligheter for forbedring og redusert bruk av ressurser. Økt grad av elektronisk kommunikasjon kan også lette prosessflyt og i større grad sikre at riktig informasjon kommer til riktig aktør uten opphold og med færre feil. Dette forutsetter opprettelse og vedlikehold av en infrastruktur som er egnet for de ulike formål og behov som er tilstede nå og som vil oppstå i fremtiden i relasjon til hørselsomsorgen. I tillegg må det tas hensyn til gjeldende regelverk og lovverk som omhandler digital kommunikasjon innen helsesektoren. Hørselstap er i stor grad aldersrelatert, og for en vesentlig del av eldre høreapparatbrukere vil det være andre utfordringer ved helsetilstanden som kan påvirke effektiviteten av behandling som involverer digitale tjenester. Det er også andre pasientgrupper som kan oppleves som utfordrende i forbindelse med elektroniske og digitale tjenester enten på grunn av kognitive utfordringer, annen helsetilstand eller personlige overbevisninger. For disse pasientgruppene med utfordringer av ulik art som berører e-helse, vil det være viktig å sørge for tilstrekkelig informasjon og tilgang på en tilfredsstillende rehabilitering som svarer til deres behov og deltagelsessevne. I tillegg til dette er det viktig å være oppmerksom på komplikasjoner som kan og vil

oppstå ved å anvende tredjeparts tjenester i behandlingsøyemed. For eksempel ved videokonferanse under behandling hvor tekniske problemer kan oppstå hos bruker, og som ikke kan korrigeres i tide til avtalt behandling.

[1] <https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonsikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>

4.9

Lærings- og mestringstilbud

Opplæringstiltak kan i mange tilfeller være hensiktsmessig for å bedre anvendelsesgrad/bruksgrad av hjelpemiddel og høreapparat. Lærings- og mestringssenter (LMS) tilknyttet spesialisthelsetjenesten er en arena hvor slik opplæring hensiktsmessig kan gjennomføres. Tilbudet eksisterer over hele landet og har ulike enheter som omfavner områder både innen somatikk og psykiatri.[1] Informasjon fra et igangværende samhandlingsprosjekt mellom Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), kommunen og spesialisthelsetjenesten viser til et behov for en økt satsning på dette området.[2] I løpet av 2017 mottok ergoterapitjenesten i Trondheim 248 individuelle henvendelser fra brukere som ønsket bistand i forbindelse med hørselsnedsettelse. Dette gjaldt både søknader om hørselstekniske hjelpemiddel men også informasjon om å leve med hørselstap samt erfaringsutveksling med andre hørselshemmede. Samhandlingsprosjektet har tatt sikte på å utvikle en modell som kan bidra til økt samhandling og større psykososialt fokus i gruppebehandling. Generelt sett kan læring og mestringstiltak utført i gruppesammenheng være positive for gjennomføring av et helt kursforløp og bruk av hjelpemiddel. Dette kan blant annet komme av en bevisstgjøring omkring egne behov og støtteeffekten man kan få av andre deltakere i gruppesammenheng.[3]

Ringeriksprosjektet kan sees som et nødvendig supplement i tillegg til lærings- og mestringstiltak hovedsakelig rettet mot brukere via LMS. Dette prosjektet er evaluert av SINTEF, og de viser til generelt positive resultat og en oppfatning av kompetanseheving i kommunen angående hørsel etter gjennomført kurs. Kursmateriellet gir samlet en forståelse for hørselshemmedes utfordringer med taleoppfattelse og en større innsikt i anvendelse og enkel service av høreapparat. Kursmaterieell vedrørende høreapparater er tenkt lagt i en app som kan ligge på hjemmesykepleiens nettbrett for veiledning av omsorgspersonell ute hos brukeren. Denne vil være til hjelp ved vedlikehold av hjelpemiddelet og kan fungere som veiledende assistanse ved problemer. En fremtidig plan med disse kursene er at innholdet skal variere slik at de som vil utvide sin kompetanse kan ha nytte av å gå på flere kurs. Det kan også av denne uttalelsen antas at kursene kan bli mer avanserte over tid og kan ha potensiale som et effektivt verktøy i kursutvikling og for å styrke hørselskompetansen hos omsorgspersonell. [Se vedlegg 5 for nærmere beskrivelse.](#)

[1] <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-helseforetakene/>

[2] <https://www.hlf.no/hva-vi-jobber-med/prosjekter/laerings--og-mestringstilbud-horsel/>

[3] <https://sykepleien.no/forskning/2017/03/utbytte-av-laerings-og-mestringstilbud>

4.10

Befolkningsrettet informasjon

Det er mangel på informasjon om tilbud til hørselshemmede og tilstanden generelt. En av utfordringene var mangelfull identifisering av hørselstap (se kap. 3.2). Det å øke folks bevissthet om symptomer og kunnskap om forekomst kan hjelpe folk å indentifisere hørselstap og redusere stigma. [Helsenorge.no](https://helsenorge.no) ble etablert i 2011 som et nettsted som i tillegg til å tilby digitale tjenester skal formidle informasjon til befolkningen. Her er det i dag ingen egen temaside for sansetap generelt eller hørsel spesielt. Et viktig tiltak for å øke oppmerksomheten rundt aldersrelatert hørselstap i befolkningen kan være å utvikle en egen temaside på helsenorge.no. Det eksisterer noe informasjon som berører hørsel og relaterte tema på nettstedet, men denne er fragmentert under ulike kategorier.[1] [2]

Innholdet på en slik nettside bør være formidling av kunnskap omkring tilstanden, deriblant betydningen av å komme tidlig til utredning og behandling, men også mulige konsekvenser av ubehandlet hørselstap. Her kan man for eksempel se til opplysningsside om ADHD på helsenorge.no som blant annet inneholder informasjon om mestringsstrategier.[3] Det bør også opplyses om eller lenkes til informasjon om hvilke tilbud og tjenester som finnes, deriblant eksterne ressurser. En sentral ressurs relatert til dette er nettstedet [Sansetap.no](https://sansetap.no), som er en offentlig nettportal med informasjon om syn, hørsel og kombinerte sansetap med fokus på mestring og muligheter for mennesker i alle aldre.

Som en del av denne nettportalen har Statped sørøst (tidligere Skådalen kompetansesenter) ledet arbeidet med å utvide og videreutvikle nettstedet «Syn og hørsel hos eldre» på oppdrag og med midler fra Helsedirektoratet. Portalen sansetap.no ble relansert i 2012 med informasjon om sansetap i alle aldre. Videre kan man se til den informasjonen som i dag finnes på nettsiden til Hørselshemmedes Landsforbund som tar for seg hjelpemiddel, typer hørselstap, ressurspersonell og råd til pårørende.[4] Ut over dette kan det vurderes mer interaktivt materiale som informasjonsvideoer, selvtester og annet relevant materiale. Samlet vil denne informasjonen muliggjøre refleksjoner hos pasientene om egen tilstand både før og etter konsultasjon. Dette kan bidra til at hørselshemmede som søker hjelp for sitt hørselstap er bedre rustet for behandling, og at de selv eller pårørende er i stand til enkelt å innhente videre informasjon som har relevans for tilstanden.

[1] <https://helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/horeapparat>

[2] <https://helsenorge.no/sykdom/ore-nese-hals-og-munn/tinnitus>

[3] <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/utviklingsforstyrrelser/adhd>

[4] <https://www.hlf.no/horsel/du-som-bruker-horeapparat/#ulike-typer-h-rselstap>

4.11

Utvikle veiledningsmaterieell for kommunene om arbeidet med aldersrelatert hørselstap (Kompetanseøkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)

Det kan være behov for å utvikle veiledningsmaterieell til de kommunale tjenestene som tar utgangspunkt i krav, føringer og forventninger til kommunene på dette området. Utvikling av veiledningsmaterieell kan ses i sammenheng med arbeidet med eldrereformen Leve hele livet. Det kan være tilstrekkelig å ta utgangspunkt i for eksempel tidligere publiserte IK-2715 «Veileder i habilitering og rehabilitering av

mennesker med synstap og hørselstap» (1998). I et slikt arbeid bør det fokuseres på utfordringer omkring hørselstap og oppdatert teknisk informasjon angående hjelpemiddel. I form av en nasjonal veileder kan det også være relevant å se til innholdet i Ringeriksprosjektet og særlig deres e-læringsopplegg for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet har til hensikt å øke kompetanse om hørsel hos ansatte i helse- og omsorgstjenestene, NAV og beslutningstakere i regionen. En sluttrapport for prosjektet vil foreligge i løpet av 2020; og SINTEF har foretatt en foreløpig evaluering av erfaringene med kursdelen (12).

Et forslag er å utarbeide en nasjonal veileder i arbeidet med aldersrelatert hørselstap i helse- og omsorgstjenesten etter modell fra for eksempel Kosthåndboka.

4.12

Revidere nasjonal veileder om forebyggende hjemmebesøk slik at hørsel blir eksplisitt anbefalt som tema i dialogen

[Forebyggende hjemmebesøk](#) er definert som en uoppfordret og oppsøkende individrettet råd- og veiledningstjeneste til hjemmeboende eldre med formål å bevare hans eller hennes funksjonsevne og helse. Det finnes ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk, og tilbudet har endret seg gjennom årene og er forskjellig etter hvor i verden det er etablert. Individuelle hjemmebesøk er den mest utbredte måten å gjennomføre denne forebyggingen på. Alternativt kan samtalen finne sted i kommunens lokaler. Felles for de fleste modellene er målsetningen om å bidra til at eldre opprettholder funksjon og bevarer helsen, og dermed utsetter behov for pleietjenester hjemme og i institusjon. Dersom funksjonssvikt oppstår, skal en kunne tilby hjelp tidlig. De nordiske modellene legger størst vekt på samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester. Et hjemmebesøk kan ha ulike perspektiver:

- Ressursfokusert samtale
- Forebygge sykdom og skade
- Helserrådgivning og informasjon om aktuelle tjenester
- Avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov

Det er nødvendig å se etablering og organisering av forebyggende hjemmebesøk i sammenheng med øvrige tjenester og tilbud i primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å:

- skape helhetlige og koordinerte tjenester
- fange opp de eldres behov
- bidra til økt deltakelse og frivillighet blant de eldre

En av suksessfaktorene som trekkes frem i forskning og evaluering, er at tilbudet er plassert nær kommunens øvrige forebyggende og hjemmebaserte tjenester, og i tett samarbeid med fastlegene.

Som et tiltak for å bedre arbeid med aldersrelatert hørselstap kan veilederen revideres slik at hørsel inngår som tema i samtalen, og at det blir gitt informasjon om kommunens tilbud på området. Videre kan det også tilbys enkle hørselstester hvis hørselstap avdekkes som en utfordring.

4.13

Stimulere kommuner til modellutvikling der hørselskontakten organisatorisk knyttes til tilbudet med helsestasjon til eldre

Helsestasjon for eldre er et lavterskeltilbud med hensikt å jobbe forebyggende og helsefremmende, og dermed bidra til at eldre kan bo hjemme lenger og mestre egen hverdag. De tilbudene som fins i dag er dels organisert slik at alle eldre over en viss alder aktivt får et tilbud om samtale og dels slik at de eldre selv bestiller time for samtale. Tilbudene kan være gratis eller basert på en liten egenandel. Tilbudene kan være drevet av kommunen, av frivillige organisasjoner eller som et samarbeid. Ansatte bør ha helsefaglig kompetanse med kunnskap om forebyggende helsearbeid og ressursfokus, samt god kjennskap til aktiviteter, tilbud og tjenester i bydelen/kommunen. Tilbudet er et supplement til øvrige helse- og omsorgstjenester, og helsestasjonen utfører ikke oppgaver som skal ivaretas av fastlege eller hjemmesykepleier.

Enkel hørselstest og sjekk av, informasjon og veiledning om høreapparat kan være en del av tilbudet som gis. Helsestasjonen skal ha ansatte med fagkompetanse, og samarbeide med den Eldres fastlege for å jobbe fram løsninger medisinsk og sosialt. I den sammenheng kan det være hensiktsmessig at hørselskontakten organiseres inn under helsestasjonen. Her følger et eksempel fra Harstad på hva som da kan tilbys:

Vurdering av behov

- Øke bevisstheten hos bruker om egne ressurser
- Råd og veiledning til samarbeidspartnere i kommunen
- Henvise til rett fagperson
- Tett samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral og lokale fagpersoner som hjemmetjenesten, ergoterapeut, hørselssentralen og andre.
- Utprøving av enkelte tekniske hørselshjelpemidler
- Hjelp med søknadsprosessen
- Opplæring i bruk av hjelpemiddel
- Følge opp ved hjemmebesøk
- Samarbeid med brukerorganisasjoner

Samfunnsøkonomisk vurdering

Kostnadene ved nedsatt hørsel er vesentlige både for samfunnet og for den enkelte som rammes. Dokumentasjonen omkring disse kostnadene har vært økende i senere tid. I en nylig rapport fra Oslo Economics (13) foretas det en kartlegging og analyse av samfunnskostnader samt gjennomgang av enkelte tiltaksgevinster. Oslo Economics kunne i sin rapport blant annet konkludere med et produksjonstap på omtrent 2 milliarder kroner, direkte kostnader på i overkant av 2 milliarder kroner og en sykdomsbyrde verdsatt til 36 milliarder. Det foreligger noe usikkerhet i den verdsettingen av sykdomsbyrden blant annet på grunn av nye tall på forekomst av hørselstap i befolkningen. Men som en generell observasjon indikerer denne rapporten at det er vesentlige ressurser som anvendes på hørselsfeltet, og det påpekes at selv mindre tiltak kan gi nyttevirksomheter av betydning.

Kostnads-nyttevurderingene for de foreslåtte tiltakene i tidligere kapittel har tatt utgangspunkt i et utvalg endepunkt som er tenkt å ha størst samfunnsøkonomisk relevans for tilstanden. Disse endepunktene var følgende: Økt bruk av nødvendige hjelpemiddel, bedre livskvalitet, større arbeidslivsdeltagelse, flere i behandling. En skjønnsmessig og forskningsbasert vurdering er i utgangspunktet tilrådelig med tanke på nåværende tilgjengelighet av data innen hørselsfeltet som berører rehabilitering. Det kan derimot over tid være ønskelig å kunne foreta konkrete undersøkelser og effektmålinger med utgangspunkt i disse endepunktene. En hensiktsmessig oppfølging og dokumentasjon ved gjennomføringen av de ulike tiltakene bør vurderes for mulighet til videre samfunnsøkonomiske evalueringer og analyser. Forskning har også gitt antydninger til koblinger mellom hørselsnedsettelse og andre tilstander som har større samfunnsøkonomisk konsekvens som demens, depresjon og angst samt muskellidelser. Usikkerheten rundt denne koblingen gjør at en direkte økonomisk vurdering på disse tilstandenes begrensning ikke er hensiktsmessig. Denne potensielle koblingen ansees likevel som relevant ved forebyggende opplysningsarbeid og ved insentivering av høreapparatbrukere.

Økt bruk av nødvendige hjelpemiddel er på kort sikt en utgift, men antas ved korrekt anvendelse av hjelpemiddel å ha en langsiktig samfunnsøkonomisk gevinst. Ifølge tall fra Norsk Teknisk Audiologisk Forening (NTAF) har volumet på utdeling av høreapparat økt jevnt etter administrative endringer i 2012 og ligger nå på like under hundre tusen enheter. Den samlede kostnaden ved utdelte hørselsrelaterte hjelpemiddel er pr. 2018 en halv milliard NOK. Spørreundersøkelsen Eurotrak 2019 antyder at mellom 32% og 69% bruker høreapparatene sine avhengig av alvorlighetsgrad av hørselstap, hvorav 22% av disse anvender apparatet 1 time eller mindre hver dag (5). Tall fra HUNT4 viser en noe høyere andel brukere (Figur 5). Her er bruken definert som andel som har høreapparat av de som oppga at de hadde et hørselstap. Disse resultatene og verdiene kan representere en betydelig sum bundet opp i utstyr som ikke brukes av ulike årsaker. Dette er en viktig vurdering i forhold til de tiltakene som kan ha størst påvirkning på anvendelsesgraden. I tillegg til de potensielle nytteeffektene for pasienter som kan skapes via innføring av effektive tiltak, kan man også anslå at å øke anvendelsesgrad vil ha samfunnsøkonomisk gevinst.

Større arbeidslivsdeltagelse og sosial aktivitet er faktorer som har stort potensiale for å øke samfunnsproduktiviteten hos hørselshemmede. Dette potensialet er avhengig av effektiviteten i behandlingen hvorav de viktigste komponentene er effektiv psykososial rehabilitering og bruk av hjelpemidler. Bedre livskvalitet er en målbar og anerkjent størrelse i vurderingssammenheng og beskrives i form av kvalitetsjusterte leveår (QALY). Dette gjøres oftest med verktøy som for eksempel SF-36 som er et forkortet formular og måler generell helserelatert livskvalitet. Forskning tyder på at generell livskvalitet (QoL) for hørselshemmede er lik den generelle populasjonen (14). Det kan av den grunn være fordelaktig å orientere eventuelle målinger omkring mer hørselsspesifikke metoder som anvender QoL (H-QoL) som for eksempel Hearing Handicap Inventory for Adults (HHIA). En annen metode er å måle subjektiv effekt av høreapparattilpasning via verktøy som for eksempel Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit (APHAB) gjerne i kombinasjon med en hørselsspesifikk QoL måling. Et poeng i en slik evaluering prosess vil være å anvende et sett forutbestemte og

egnede verktøy som kan anbefales til disse typer målinger for best mulig vurdering av tiltakseffekt på tvers av aktører.

Det er noen alternativkostnader man bør være oppmerksom på i forbindelse med gjennomføring av tiltak. Den viktigste av disse er klinisk behandling av hørselshemmede hvor man for eksempel ved bruk av avspasering for å kompensere for utvidede arbeidsoppgaver kan risikere et redusert tjenestetilbud hvis det ikke settes inn friske ressurser. Ved gjennomføring av tiltak bør det dermed fokuseres på en styrking eller som et minstekrav en opprettholdelse av eksisterende tjenestetilbud. Friske midler i form av overtidskompensasjon eller tilsetning av dedikert personell vil være aktuelt for alle foreslåtte tiltak som anvender fagpersonell under gjennomføring.

De viktigste punktene i kost-nytte vurderingen er oppsummert i tabellen nedenfor. Denne tabellen viser blant annet hvilke kostnader som assosieres med det enkelte tiltak og hvilke positive konsekvenser man kan påregne som en følge av innføring av tiltak. En kort beskrivelse av det enkelte tiltaks antatte gjennomførbarhet er også inkludert.

Tiltaksbeskrivelse	Primær målgruppe	Tiltakskostnad	Konsekvens/outcome	Gjennomførbarhet
Systematiske etterkontroller ved HA tildeling	Hørselshemmede i alle aldersgrupper	Personell og materiell. 30min hos audiograf (forutsatt kun service HA). Eventuelt reisekostnad.	Kvalitetssikring og verifisering av HA samt psykososial oppfølging kan ha positiv effekt på adopsjonsgrad.	Tiltaket vil kreve en moderat ressursøkning men kan utføres med eksisterende utstyr og lokale. Det vil kreve administrativ oppfølging ved innkalling og audiografkompetanse for utføring av kontroll.
Lærings- og mestringstilbud	Voksne og eldre hørselshemmede samt pårørende. Omsorgspersonell i kontakt med hørselshemmede.	Opplæring av kurs-personell. Personell, materiell og lokale. Eventuelt reisekostnad.	Tilstrekkelig opplæring av HA brukere og pårørende kan ha positiv effekt på adopsjonsgrad. Studier indikerer en mer hensiktsmessig håndtering av symptom etter deltagelse.	Omfanget av tiltaket vil ha en påvirkning på resultatet ved vurdering av ordinær kursvirksomhet og aspekt av individuell oppfølging. Innholdet i opplæringen samt kvalifikasjoner hos kursholder vil også ha relevans for utfall. Det bør legges opp til en form for standardisering.
Audiograf i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Voksne og eldre hørselshemmede	Personell, materiell og reisekostnad	Større tjenestetilgang hos pasienter som ikke har tilgang på spesialisthelsetj. Større grad av samhandling innen kommunal rehabilitering.	Tilsetning av kommunal audiograf vil mest hensiktsmessig kunne følge tidligere prosjekt hvor det opereres interkommunalt med faglig tilknytning til et

				RHF. Dette kan ha en økt gjennomføringsgrad og forsvarlighet vil ivaretas med faglig forankring i spesialisthelsetj.
Økt bruk av ambulerende audiograf i spes. htj.	Voksne og eldre hørselshemmede	Personell, materiell og reisekostnad. 30-60 minutt per konsultasjon avhengig av individuelt behov og pasientpågang.	Større tjenestetilgang hos pasienter og pasientgrupper som ikke har tilstrekkelige ressurser for å nyttiggjøres sentralisert behandling.	Implementasjon av tiltaket i kombinasjon med systematisk etterkontroll kan føre til et vesentlig behov for økning i innsatsfaktorer hos RHF/ hørselssentraler.

5.1

Systematiske etterkontroller

Dette tiltaket vil i utgangspunktet ha en liten til moderat økning i kostnad ved gjennomføring og kan føre til økt bruk av hjelpemiddel og en bedre livskvalitet for pasienten. Kvalitetssikring av tidligere tilpasning av høreapparat samt kartlegging av behov for ytterligere psykososial behandling for hørselsnedsettelse er også tilknyttet samfunnsøkonomisk gevinst. Utstyr og lokaler regnes som tilgjengelige da disse må antas anvendt i ordinær behandling av hørselshemmede. Utfordringen ved innføring av systematiske etterkontroller vil være ressursbruk i form av bemanning da det allerede er ventelister på ordinær tilpasning hos både avtalespesialist og hos regionale helseforetak. Noen klinikker praktiserer drop-in servicekontroll hvor klinikkens pasienter kan møte og få hjelp uten forhåndsavtale. Dette er noe som kan vurderes og som kan føre med seg blant annet mindre personell- og administrasjonskostnader. Et slikt tiltak kan imidlertid utilsiktet prioritere aktive høreapparatbrukere fremfor pasienter med risiko for frafall av tekniske så vel som personlige årsaker.

Statistikk viser at det gjennomføres i snitt to etterkontroller pr. høreapparatilpasning. Fordelingen av denne ressursbruken over pasientgrupper og virksomheter kan med fordel undersøkes nærmere i forbindelse med videre utredning av problemstillingen. Ved videre fremskritt innen e-helse og telemedisin kan systematisk etterkontroll gjennomføres med fjerntilgang og konsultasjon uten nødvendig oppmøte for pasient. En slik løsning som tilfredsstillende krav til journalføring og behandling av pasientopplysninger samt legger til rette for direkte dialog ved konsultasjon, kan for enkelte enheter ha en vesentlig kostnad ved oppstart sett i forhold til størrelsen på den aktuelle pasientgruppen. Det vil også være nødvendig å vurdere den enkelte pasients digitale ferdigheter i forkant av en slik løsning. Som diskutert i denne rapporten er det en del utfordringer ved e-helse tilknyttet eldre som er den største pasientgruppen i kategorien hørselshemmede. Ved en systematisk etterkontroll vil det i utgangspunktet ikke være nødvendig for pasienten å ha kontakt med en lege under konsultasjonen. Denne etterkontrollen kan dermed gjennomføres av autorisert audiograf tilknyttet enheten med pasientansvaret som vil være en ØNH poliklinikk/hørselssentral eller avtalespesialist. Avhengig av pasientens behov for oppfølging vil det være varierende ressursbruk med tanke på anvendt arbeidstid i hvert enkelt tilfelle. Et greit estimat for en etterkontroll vil være 30 minutter pr. pasient hvor det foretas en evaluering og ved behov avtales videre

oppfølging. Denne evalueringen kan også med fordel inkludere spørreskjema som måler effekt av høreapparat som for eksempel IOI-HA eller APHAB. Hørselsspesifikke mål på livskvalitet eller H-QoL kan også vurderes for å underlette videre evaluering av tiltaket med tanke på effekt og ressursbruk. Denne type evalueringer via spørreskjema vil være relevant for alle tiltak, men vil ikke nevnes videre i vurderingen.

5.2

Ulike lærings- og mestringstilbud

Opplæringstilbud og mestringkurs kan ha positiv effekt på adopsjonsgrad av hjelpemiddel og bidra til en mer hensiktsmessig håndtering av pasientens tilværelse som hørselshemmet. Pårørende eller andre ressurspersoner som står pasienten nær kan også ha nytte av deltagelse på dette tilbudet.

Kostnader i dette tiltaket vil være avhengige av innhold og varighet i det aktuelle lærings- og mestringstilbud. Lærings- og mestringssentre (LMS) tilknyttet helseforetak kan fungere både som en utøvende og koordinerende aktør i denne sammenhengen. Det eksisterer allerede prosjekt som arbeider ut fra et LMS-perspektiv. Dette prosjektet har foreløpige rammer på 20 deltagere og 3 samlinger pr. kurs primært rettet mot førstegangsbrukere (5 år) av høreapparat fra 67 år og eldre og deres pårørende. Innenfor LMS-rammene kan dette anses som et kostnadseffektivt tiltak tilrettelagt for grupper av hørselshemmede, men avhengig av geografisk tilgjengelighet kan det tenkes at individuell opplæring og oppfølging kan være nødvendig. Det vil være fordelaktig med et fokus på gruppetilbud både ressursmessig og på grunn av støtteeffekten man kan få av andre gruppedeltagere. Primært vil kostnadene dreie seg om personalkostnad ved opplæring og kursavholdelse, samt egnet lokale for kursavholdelse. Kursing forstås primært rettet mot hørselshemmede, men vil også være til nytte for pårørende som kan være en støttespiller for den hørselshemmede. Pårørende vil være særdeles viktig i de tilfeller hvor den hørselshemmede kan ha kognitiv svikt eller andre helserelevante problemer i tillegg til hørselsnedsettelse. Det er kjent i hørselsfaglig sammenheng at støtte og forståelse i hjemmet er viktig for for eksempel å kunne stå i jobb.

For opplæring av personell som har en hørselsfaglig funksjon er det bemerket i evaluering at kursdeltagelse i arbeidstiden var en viktig forutsetning for oppslutning. Alternativkostnaden i form av tapt arbeidsinntekt og rekreasjonstid kan dermed sies å ha en uttalt negativ effekt på kursdeltagelse. Det kan også være en potensielt negativ effekt på innstillingen til de som likevel vil velge å delta på et kursopplegg utenom arbeidstid. Skal det arrangeres informasjonskurs for den hørselshemmedes kollegaer på arbeidsplassen, er det naturlig å gjennomføre dett innenfor arbeidstiden.

5.3

Prøveprosjekt med audiografer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Et slikt tiltak har potensial til å skape økt livskvalitet og økt hjelpemiddelanvendelse hos brukere. Det er også mulighet for å stimulere til økt samhandling mellom ulike aktører i hørselsomsorgen avhengig av hvilken modell man tar utgangspunkt i. Tidligere er det gjennomført et prosjekt i perioden 2011 til 2014 som fins oppsummert i rapporten «Audiograf i interkommunal rehabilitering» (Kverneng, 2014). Denne rapporten viste til positive resultat, men førte ikke på lang sikt til en fullverdig tilsetting av interkommunal

audiograf for de aktuelle kommunene i prosjektet. Audiografen ble tilsatt og regnet som hørselskontakt med bruker- og pasientorientert virkeområde. Et senere prosjekt omkring samme tema ble gjennomført som et pilotprosjekt fra 2014 hvor stillingsbenevningen opprinnelig var Hørselskoordinator som senere ble endret til Interkommunal audiograf (9). Dette prosjektet har gått over i drift og finansieres 25% av kommune og 75% fra hørselssentral hvor flere kommuner betjenes fra kontoret hos Lokalmedisinske tjenester Setesdal og via ambulerende virksomhet. Denne interkommunale audiografen fungerte i samarbeid med eksisterende hørselskontakter i kommunene.

En interkommunal modell kan antas å være den mest kostnadseffektive implementeringen av denne typen tiltak. På grunn av befolkningsfordeling og -sammensetning vil det være forskjeller på behandlingsbehov mellom de enkelte kommunene. Ved en interkommunal løsning vil det være et potensial for overbemanning hvis hver enkelt kommune på sikt skal tilsette en audiograf i tillegg til hørselskontakt. Hørselskontakter og kommunale audiografer bør jobbe sammen hvor det er hensiktsmessig. En god del kommuner har etablert sammensatte stillinger som syns- og hørselskontakt, hvor denne gjerne er besatt av en ergoterapeut. Det kan dermed ikke anses som absolutt nødvendig å tilsette personell med hørselsfaglig spisskompetanse i en hørselskontaktstilling. På sikt vil det være en fordel at dette personellet har nødvendig faglig tyngde, men ved tilsetting av kommunal eller helst interkommunal audiograf kan dette være et faglig supplement til hørselskontakt som ikke har direkte hørselsfaglig bakgrunn. Audiografen kan ha en koordinerende funksjon i samråd med hørselskontakt i tilfeller av faglig usikkerhet hos sistnevnte og således bidra til et styrket tilbud. Interkommunal audiograf er omtalt som et viktig bindeledd mellom første- og andrelinjetjeneste og kan ha en positiv effekt på ressursbruk ved å øke hørselshemmedes tilgang til relevante tjenester uten å måtte ta kontakt med fastlege. Verdt å merke er en interkommunal audiografs overlapping med spesialisthelsetjeneste ved ambulerende virksomhet. Med tanke på den tilsynelatende nødvendige tilknytningen til spesialisthelsetjenesten må disse ambulerende tiltakene også vurderes i forhold til hverandre.

5.4

Økt bruk av ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten

Ambulerende virksomhet er et tiltak som kan ha flere positive effekter for pasienter som nyttiggjør seg av dette tiltaket da kliniske besøk kan være utfordrende på grunn av deres helsetilstand og påløpende reisekostnader. Den primære funksjonen vil være å fremme økt anvendelse av høreapparat igjennom service og reparasjoner samt bidra til økt livskvalitet. Reisekostnad vil ved ambulering tilfalle den behandelende enhet, noe som kommer pasientene til gode både rent monetært og ved et potensielt større overskudd hos pasienten ved gjennomføring av behandling. En varierende grad av nødvendig psykososial rehabilitering vil også være tilstede avhengig av hvilken type ambulerende som anvendes. Serviceorientert ambulerende til lokalmedisinsk senter med primært fokus på det tekniske aspektet vil ha en større pasientkapasitet enn individuelle hjemmebesøk og generelt større fokus på psykososiale forhold under rehabilitering. Det bør legges ressurser i kartlegging av pasientporteføljen slik at det er mulig å tilpasse behandlingen etter de ulike pasientenes behov så langt det er mulig. Dette kan føre til større tilfredshet hos pasientene og en større effektivitet i behandling som vil bidra til den samfunnsøkonomiske gevinsten.

Alternativkostnaden for tiltaket vil være behandling i klinikk. For å opprettholde behandlingstilbud vil dette sannsynligvis kunne kreve friske midler i den hensikt å minimere størrelsen på ventelister. Dette gjelder spesielt hvis ambulerende implementeres i sammenheng med andre foreslåtte tiltak som systematisk etterkontroll. Konkret tidsbruk pr pasient kan være fra 30 til 60 minutt pr pasient avhengig av behov. Ambulerende personell bør som ved systematisk etterkontroll inneha audiografkompetanse, men det vil i

utgangspunktet ikke være behov for legekonsultasjon ved ambulering orientert omkring høreapparat og psykososial behandling.

5.5

Øvrige tiltak

De resterende foreslåtte tiltakene omtales samlet da disse overordnet har en mer administrativ karakter og ikke i like stor grad er avhengige av fast tilsatt hørselsfaglig personell. Tilgjengeliggjøring av informasjon om tilstanden i en operativ kanal som nettportalen helsenorge.no vil sannsynligvis ikke kreve ekstraordinære midler. Infrastruktur er til stede, og det antas at en videreutvikling av innholdet ikke vil være spesielt krevende på den tekniske siden. Vedlikehold av innholdet bør være oppgave for en arbeidsgruppe eller lignende og må inkludere audiografer med behandlingserfaring og innsikt i det psykososiale aspektet.

Videre i forslagene er et relatert emne som omhandler utvikling av veiledningsmateriell for kommuner og påfølgende kompetanseøkning. Det eksisterer løpende prosjekt som blant annet har som mål å bidra til nasjonale standarder. Ringeriksprosjektet og dets innhold kan som tidligere nevnt være relevant for denne utviklingen. Her bør det også etterstrebes en utvikling av materiell som kan presenteres digitalt så vel som i trykt form for størst mulig brukervennlighet. Dette kan bidra til noe økte kostnader i utvikling, men vil potensielt ha en større nytteverdi i form av utvidet informasjonsrekkevidde, spesielt for personer med digitale utfordringer.

En revisjon av nasjonal veileder vil bidra til økt bevisstgjøring om tilstanden og økt fokus på relevante utfordringer ved forebyggende hjemmebesøk. Hørselstapet i seg selv kan påvirke blant annet kommunikasjon med helsepersonell og forringe prosessen. Her er det dermed en klar nytteverdi i økt oppmerksomhet omkring tilstanden i veiledende materiell. Det kan også være mulig å dra informasjon fra andre prosjekt nevnt i denne rapporten for å fylle ut bakgrunns materialet tilhørende disse hjemmebesøkene.

Stimulering til modellutvikling ved å knytte hørselskontakt til helsestasjon for eldre er et tiltak som har en del utfordringer i forbindelse med de enkelte kommuners ressurser og innbyggertall. Tilknytning av hørselskontakt i helsestasjon kan fungere, men vil være veldig avhengig av øvrig organisasjon i kommunen og hørselskontaktens virkeområde samt stillingsprosent. Den reelle nytteverdien av å tilknytte hørselskontakt fremfor opplæring av annet personell etter modeller nevnt i denne rapporten vil være usikker. Det kan synes som om kommuner med initiativ og ressurser allerede har implementert denne type tiltak, hvor andre kommuner tilsynelatende ikke har et utadrettet helsestasjonstilbud beregnet på eldre. Som vist i andre prosjekt med ressursfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er det usikkert om stimulering vil være tilstrekkelig for å skape et varig tilbud.

Tiltaksanbefalinger

Det er faglig og administrativt grunnlag for foreløpig i store trekk å beholde dagens system i Norge. De faglig sterke hørselssentralene har hovedansvaret for hørselsomsorgen. Det økte behovet for høreapparattilpasninger kan møtes med økt bruk av insentiver rettet mot ØNH avtalepraksis via tilsatte audiografer. Kost-nytte forholdet må vurderes over tid, men det vil på kort sikt være mer gunstig å fortsette denne løsningen fremfor en satsing på omorganisering som potensielt kan øke kommersialiseringen av hørselsomsorgen. Kommersialisering og økt aksept av egenbetaling vil stride mot det ikke-lovfestede likhetsprinsippet. Uønskede konsekvenser som overbehandling og manglende kvalitetskontroll vil også utgjøre en risiko. Tiltak som i stor grad medfører økt privatisering av hørselsomsorgen er derfor ikke blant anbefalingene i rapporten.

6.1

Anbefalte tiltak

6.1.1 Gjennomgang og tydeliggjøring av lov-/forskriftsreguleringen av hørselsomsorgen

Helsedirektoratet ser i sin gjennomgang av tilbudet til hørselshemmede at det er sammensatt og ikke like enkelt å få oversikt over. Dette gjelder ikke minst ansvarsforhold og roller samt innhold i tjenestetilbudet. Det anbefales derfor at departementet vurderer å foreta en gjennomgang som kan bidra til forenkling og tydeliggjøring av roller og ansvar for relevante aktører innen hørselsomsorgen. Tidligere uklareheter må vurderes og avklares med de relevante faggruppene. Det vises for øvrig til [kap. 4.1](#)

6.1.2 Informasjon og veiledningsmateriale til brukere / pasienter

Befolkningsrettet informasjon er nyttig for den enkelte hørselshemmede i utredning og behandling. Det er hensiktsmessig å utvikle en temaside på Helsenorge.no om hørsel. Helsenorge.no mangler en temaside for sansetap generelt og hørsel særskilt. Tiltaket vil kreve hørselsfaglig kompetanse i tillegg til IT-kompetanse. Helsedirektoratet/fagmiljøer kan utvikle og kvalitetssikre innholdet. Kurs og informasjon kan gjøres tilgjengelige for alle på åpne sider, men kan også tildeles spesifikke kurs på innbyggers egen side på helsenorge.no – som en del av behandlingsforløpet. Det vises til kap [3.3](#), [4.7](#), [4.10](#) og 6.1.5.

6.1.3 Ambulerende audiografer

Ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten gir enklere tilgang til tjenestene for pasienter som har problemer med å reise til behandling. Dette vil også kunne bidra til større adopsjonsgrad av hjelpemiddel blant annet ved løsning av problem med hjelpemiddel. Ved gjennomføring av tiltaket må både teknisk

service og pedagogisk rettet psykososial rehabilitering ivaretas. Det må gjøres en individuell tilpasning etter kartlegging og pasientmedvirkning. Fordeler og ulemper med individuelle oppsøkende konsultasjoner må vurderes opp mot behandling via lokalmedisinsk senter. Ambulerende virksomhet kan suppleres med telemedisinske tjenester - se kapittel [4.6](#) og [4.7](#). Tilbudet til den enkelte må ikke være avhengig av pasientens digitale ferdigheter eller personlige ressurser. Målet må være et tilfredsstillende tilbud basert på den enkeltes forutsetninger. Finansiering av tiltaket vil ligge under det enkelte helseforetak. Det vises til kap. [4.2](#).

6.1.4 Systematiske etterkontroller

Kvaliteten og omfanget av etterkontroller synes allerede å være tilfredsstillende når det gjelder det teknisk-medisinske, men det er et forbedringspotensial innen det pedagogiske/psykososiale. Systematiske etterkontroller etter tilpasning av høreapparat kan føre til økt adopsjonsgrad av hjelpemiddel og en bedre livskvalitet for pasienten. Etterkontrollen kan også være kvalitetssikring av tidligere tilpasning av høreapparat samt mulighet for kartlegging av behov for ytterligere psykososial behandling for hørselsnedsettelse. Det vises til kap. [4.4](#).

6.1.5 Lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud er et tiltak som har mange positive aspekt både for hørselshemmede og deres pårørende. Tilstrekkelig opplæring av høreapparatbrukere og pårørende kan føre til økt bruk av hjelpemiddel og en mer hensiktsmessig håndtering av tilværelsen som hørselshemmet. Støtteeffekten av gruppebehandling vil også være en positiv faktor – som i tillegg er kostnadseffektiv. Standardiseringsarbeid av kursmateriell bør legges til grunn for implementering av dette tiltaket for å være mindre avhengig av hørselsfaglig personell i gjennomføringen. Det vises til kap. [4.8](#).

Nylig oppståtte pandemiske samfunnsutfordringer og samfunnsutviklingen generelt har understreket viktigheten av mulighet for e-læring og digital kommunikasjon, samt at dette er etterspurt fra befolkningen. Det er en økning i utvikling av slike kursopplegg fra ulike aktører i samarbeid med fagpersonell. Noen av disse kan være direkte egnet eller kan anvendes som utgangspunkt for materiale med nasjonal utbredelse som mål. Det vises til kap. [3.3](#) og [4.7](#).

6.1.6 Økt bruk av avtalespesialister

Økt bruk av avtalespesialister kan være et effektivt tiltak for å møte kapasitetsutfordringer med befolkningsutviklingen. Det krever en økt behandlingsskapitet. Høreapparatbehandling i ØNH avtalepraksis har økt betraktelig, men kan tenkes økt ytterligere via tilsetting av fagpersonell og andre effektiviserende tiltak. Det vises til kap. [4.5](#).

6.1.7 Kompetanseøkning i kommunene

Det er et stort behov for veiledningsmateriell til relevante kommunale tjenester. Tiltak rettet direkte mot kommunen vil blant annet være utvikling/videreutvikling av veiledningsmateriell om arbeidet med aldersrelatert hørselstap (kompetanseøkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Det er gode resultater av forsøk med korte kurs for helsepersonell både i helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten (jf. Ringeriksprosjektet). Veiledningsmaterialet må ta utgangspunkt i krav, føringer og forventninger til kommunene. Nasjonal veileder om forebyggende hjemmebesøk bør revideres slik at hørsel blir eksplisitt anbefalt som tema i dialogen.

Hvis hørselstap avdekkes som en utfordring, kan det i dialogen med fordel tilbys enkle hørselstester. Det kan også stimuleres til modellutvikling der hørselskontakten organisatorisk knyttes til tilbudet med helsestasjon til eldre. Et slikt tilbud må sees som et supplement til øvrige helse- og omsorgstjenester hvor helsestasjonen ikke utfører oppgaver som skal ivaretas av fastlege eller hjemmesykepleier. Kommunal hørselskontakt bør være en del av en helsestasjon for eldre. Det vises til kap. [3.7](#) og [4.11](#).

6.2

Ikke anbefalte tiltak

6.2.1 Audiograf i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Audiograf i kommunal helse- og omsorgstjeneste er trolig ikke gjennomførbart i praksis basert på tidligere erfaringer med gjennomførte prosjekt. En slik audiografstilling bør være tilknyttet et RHF for å sikre faglig forankring i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører uklare avgrensninger i finansiering og er avhengig av de enkelte kommuners budsjett og opplevd behov. Det bør likevel etterstrebes hørselsfaglig kompetanse i kommunale stillinger. Det kan gjøres videre vurderinger omkring denne type løsninger. Det vises til kap. [4.3](#).

6.2.2 Andre modeller for utredning og behandling av hørselstap

Fremtidig forskning og evaluering av resultater kan legge grunnlag for andre modeller. Utviklingen på hørselsområdet må følges for å kunne vurdere nye muligheter. Se for øvrig [kap. 4.6](#) for nærmere beskrivelse.

Utfordringer og anbefalinger barn og unge, samt eldre døve

7.1

Barn og unge med nedsatt hørsel

Etter avtale med oppdragsgiver er hovedinnretningen på denne rapporten aldersrelatert hørselstap. Dette betyr imidlertid ikke at barn og unge med nedsatt hørsel ikke har utfordringer og trenger oppmerksomhet og bedre tiltak. [Vedlegg 8](#) beskriver dagens organisering av et tverrsektorielt tjenestetilbud.

Forskning viser at elever med hørselstap er underyttere i skolen (15). Det kan bety at barnas hørselstap er utilstrekkelig og ofte sent identifisert med derav følgende sen intervensjon. Helsetjenesten har screening av hørsel ved fødsel og ved 4-årskonsultasjon på helsestasjonen. Etter dette er det ikke automatisk tilbud om undersøkelse av hørsel.

Det ville være naturlig at skolehelsetjenesten hadde en rolle i videre undersøkelser for eksempel i forbindelse med helsesamtalen på 1. og 8. skoletrinn. Det er behov for samarbeid mellom helsetjeneste, opplæringssektor og NAV og fra barnehagealder og frem til voksen alder. Se [vedlegg 7: Tilbudet til barn og unge med nedsatt hørsel](#) for mer detaljer.

Anbefaling for videre arbeid

Det er behov for at barn og unge får oppfølging av hørsel ut over barnehagealder. Helsesamtalen på 1. skoletrinn kan suppleres med en enkel screening ved bruk av PC eller i-Pad og for eksempel hørselstesten Lyders lyder utarbeidet av HLF, SINTEF Digital akustikk og NTNU Audiografutdanningen. Videre bør hørsel være et tema i helsesamtalen på 8. trinn.

Det er et sterkt behov for sektorovergrepene samarbeid om barn og unge med nedsatt hørsel som må baseres på gode rutiner for forpliktende samarbeid.

7.2

Anbefaling om tilbud til døve som trenger sykehjems plass

Tegnspråkkompetanse er nødvendig når døve personer skal kommunisere med tjenestene. Det finnes sykehjemsavdelinger med tegnspråkkompetanse i Oslo, Bergen, Trondheim, og det planlegges ytterligere

tilbud i Stavanger og i Sandefjord. Norges Døveforbund anslår imidlertid at det er stor mangel på tilbud og ønsker seg "fritt sykehjemvalg" for eldre døve slik at døve fra hele landet kan søke om sykehjemstilbud i et tegnspråklig miljø.

Norsk tegnspråk er et offentlig norsk språk og er morsmålet til ca. 5000 døve i Norge. I dag må eldre, syke døve og hørselshemmede i hovedsak bo på sykehjem i sine bostedskommuner, oftest med manglende tegnspråkkompetanse. Forvaltningslovens §§11 og 17 omhandler kommunens informasjons- og veiledningsplikt, og kan ikke overholdes overfor døve med mindre kommunikasjonen skjer på tegnspråk.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene omtaler i § 3 oppgaver og innhold i tjenestene. Særlig når det gjelder etterlevelse av punktene *som samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*, vil det kreve mestring av den døves språk på høyt nivå. Vi viser også til prioriteringsmeldingen, kap. 4.3 Rett til helsehjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten der det fremkommer at det avgjørende må være den hjelpetrequendes behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering. "Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi."

Hvis eldre tegnspråksbrukere skal få et sykehjemstilbud i en annen kommune, forutsetter dette kjøp av tjenester. Sykehjemstilbud med tilstrekkelig tegnspråkkompetanse er å anse som spesialsykehjem, noe som medfører ekstra kostnader. Hjemkommunen kan imidlertid ikke søke om tilskudd til tilbud til ekstra ressurskrevende pasienter da ordningen gjelder for pasienter under 67 år.

For å komme videre i denne saken, anbefales mulighet for videre utredning.

Vedlegg

Vedlegg 1: [Ventetider for utredninger og behandling i spesialisthelsetjeneste](#)

Vedlegg 2a: [Antall høreapparattilpasninger og kontroller](#)

Vedlegg 2b: [Oversikt over hørselstilbudet i spesialisthelsetjenesten](#)

Vedlegg 3: [Utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten](#)

Vedlegg 4: [Oppfølging i kommunene](#)

Vedlegg 5: [Mestrings- og opplæringskurs](#)

Vedlegg 6: [Finansiering av tilbud og egenandeler](#)

Vedlegg 7: [Beskrivelse av rolle og ansvar kommune og spesialist generelt, og videre hva som ligger spesifikt på hørsel](#)

Vedlegg 8: [Tilbudet til barn og unge med nedsatt hørsel](#)

PDF-versjon av rapporten

[Utredning av tilbud til hørselshemmede](#)

Litteratur

1. Engdahl B, Strand B, Aarhus L. Better hearing in Norway. A comparison of two HUNT cohorts 20 years apart. *Ear and Hearing*. 2020:Publish Ahead of Print. Epub June 12, 2020.
2. GBD 2017. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1859-922. PubMed PMID: 30415748. PMCID: PMC6252083. Epub 2018/11/13. eng.
3. Oslo Economics. Kartlegging av tilbudet til hørselshemmede i kommunene med vekt på den eldre befolkningen. Oslo: Oslo Economics; 2019 19. Desember 2019.
4. Orji A, Kamenov K, Dirac M, Davis A, Chadha S, Vos T. Global and regional needs, unmet needs and access to hearing aids. *Int J Audiol*. 2020 Mar;59(3):166-72. PubMed PMID: 32011190. Epub 2020/02/06. eng.
5. Anovum. EuroTrak Norway 2019. 2019.
6. Hall DE, Prochazka AV, Fink AS. Informed consent for clinical treatment. *Cmaj*. 2012 Mar 20;184(5):533-40. PubMed PMID: 22392947. PMCID: PMC3307558. Epub 2012/03/07. eng.
7. Solheim J, Gay C, Hickson L. Older adults' experiences and issues with hearing aids in the first six months after hearing aid fitting. *Int J Audiol*. 2018 01;57(1):31-9. PubMed PMID: 28952841. Epub 2017/09/27. eng.
8. Solheim J, Shiryayeva O, Kvaerner KJ. Lack of ear care knowledge in nursing homes. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:481-8. PubMed PMID: 27757038. PMCID: PMC5053380. Epub 2016/09/30. eng.
9. Benum E, Knudsen JO, Skretteberg G. Styrket rehabiliteringstilbud til hørselshemmede i kommunene Sluttrapport fra pilotprosjekt. 2018.
10. Karlsen AL, Evensen K. Rapport for samhandlingsprosjektet "Ambulerende audiograf". Skien; 2014.
11. Kverneng MS. Audiograf i interkommunal rehabilitering. 2014.
12. Lippestad J. En moderne hørselsomsorg. Nærmest mulig brukeren. Evaluering av kurstilbudet. Oslo: Sintef; 2019.
13. Oslo Economics. Nedsatt hørsel i arbeidsfør alder. Oslo; 2020 27. s.2020. Report No.: 2020-8.
14. Nordvik O, Heggdal POL, Brannstrom JK, Hjermstad MJ, Aarstad AK, Aarstad HJ. Quality of life in persons with hearing loss: a study of patients referred to an audiological service. *Int J Audiol*. 2019 Nov;58(11):696-703. PubMed PMID: 31195860. Epub 2019/06/15. eng.
15. Hendar O. Elever med hørselshemming i skolen. En kartleggingsundersøkelse om læringsutbytte.: Statped; 2012.

