

# HØRSELSREHABILITERING I NORGE

*Av Fagsjef Prosjekt Steinar Birkeland, Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)*

## INNLEDNING

Norsk audiologisk samarbeidsutvalg (NASU) – som består av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF), Norges Døveforbund (NDF), Norsk Audiografforbund (NAF), Norsk Audiopedagogisk Forening (NAF), ØNH-legenes rådgivende utvalg i audiologi og Norsk Teknisk Audiologisk Forening (NTAF) – oppnevnte på sitt vårmøte 2014 undertegnede, som er Fagsjef Prosjekt i HLF og sosiolog, til å representere Norge i NAS-utredningen.

## HISTORIKK

Norsk hørselsrehabilitering har røtter tilbake til 1800-tallet, hvor skoler og yrkestrening for døve/døvstumme sto i fokus. Pedagoger var toneangivende. I 1918 ble Norges Døveforbund (NDF) dannet for å fremme *døvesaken*. NDF gikk i tegnspråklig retning og bygget over tid – i nær samhandling med tegnorienterte audiopedagoger – opp en betydelig infrastruktur av skoler, arbeidsplasser og sosio-kulturelle arenaer. Opprettelsen av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) i 1947 representerte noe nytt med et dedikert fokus på *tunghørsaken*. HLF ble først ledet og drevet av ØNH-leger, deretter av taleorienterte audiopedagoger, før organisasjonen i løpet av 1980-årene fikk demokratiske brukerstyring. HLF passerte 59.000 medlemmer i 2014, mens NDF har en svakt nedadgående medlemsutvikling med i overkant av 2000 medlemmer samme år.

Det offentlige tilbudet til døve og tunghørte – med unntak av offentlige døveskoler – var nokså begrenset før den norske velferdsstaten så dagens lys etter den andre verdenskrig. I den påfølgende vekstperioden blomstret norsk audiologi opp, kanskje spesielt den teknisk-medisinske rehabiliteringen. Introduksjonen av praktisk anvendelige høreapparat på 1950-tallet betydde mye for denne utviklingen, ikke bare faglig men også velferdspolitisk. I 1948 begynte staten å dekke pasientenes utgifter til audiometrisk undersøkelse med sikte på tilpasning av høreapparat. Rikshospitalet opprettet i 1952 *Audiologisk Institutt*, som i 1956 lanserte *Norsk taleaudiometri* (ØNH-lege Sverre Quist-Hanssen). Først i 2009 fikk denne en avløser i *HiST taleaudiometri* (audiofysiker Jon Øygarden), utviklet ved Program for Audiografutdanningen (PAU) ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) ([www.hist.no/taleaudiometri](http://www.hist.no/taleaudiometri)). På 1960-tallet ble det opprettet hørselssentraler ved mange sykehus. Det lettet diagnostisering og utprøving, men finansieringen av høreapparat satt langt inne hos myndighetene. Etter en rekke ulike ordninger med behovsprøving og delvis refusjon, nådde HLF i 1986 omsider frem politisk gjennom Stortingsvedtak om rett til gratis høreapparat inntil en prisgrense med basis i rekvisisjon fra ØNH-lege. Denne ordningen gjelder fremdeles. HLFs prinsipielle mål er å fjerne prisgrensen.

Når det gjelder audiopedagogisk rehabilitering har den i stor grad foregått utenfor sykehusene, særlig i regi av Statped, supplert av enkeltstående private aktører så som HLF Briskeby skole og kompetansesenter AS og stiftelsen Signo som utfører fortjenestefri velferdsproduksjon (non profit). Statped har audiopedagogisk veiledningsansvar overfor landets kommuner, som har det formelle saksansvaret for (re)habilitering.

Rehabilitering for hørselshemmede i Norge i dag kan altså sees som et resultat av to parallelle historiske utviklingslinjer, en pedagogisk og en teknisk-medisinsk. Dagens profesjonsbaserte rehabiliteringslandskap ser slik ut:

- *Audiopedagogisk praksis* har historisk primært vært rettet mot undervisning/annen pedagogisk oppfølging ha hørselshemmede barn (0-18 år), men er tiltagende blitt mer livsløpsrettet i tråd med endrede behov og nye behandlingsmuligheter. Audiopedagoger har tatt større ansvar for voksne med hørselsvansker som tidligere hadde et manglende eller redusert tilbud, eksempelvis for vanskeområder som tinnitus, hyperakusis, auditive prosesseringsvansker med mer. Kurstilbud for voksne hørselshemmede er styrket og audiopedagoger har en sentral rolle i utvikling og drifting av slike tilbud. Audiopedagoger finnes i alle deler av hørselsomsorgen og kompetansen rettes fleksibelt i det aktuelle arbeidsmiljø, dvs. medisinsk-teknisk (Hørselssentral – Hjelpemiddelsentral), allmennpedagogikk (Lærer i lokal skole), spesialpedagogikk (Lærer eller rådgiver i Statped, Signo med mer), herunder økt spesialisering i audiopedagogisk veiledning med bakgrunn i barn og voksnes behov (inklusive nettverk) for trening/oppfølging etter cochleaimplantering. Audiopedagoger har fått økt ansvar som rådgivere/veiledere lokalt/regionalt, eksempelvis veiledning av lærere med ansvar for tunghørte/døve barn, og er i mindre grad direkte involvert i daglig arbeid med hørselshemmede barn. I de største byene finnes det privatpraktiserende audiopedagoger som driver behandling for ulike hørselsvansker, eksempelvis spesialisert lyttetrening for brukere med sentrale auditive prosesseringsforstyrrelser (CAPD). Ikke all behandling gir rett til refusjon (for eksempel tinnitus), men behandlingsbehovet er såpass stort at flere audiopedagoger har etablert seg de seneste årene. Det er grunn til å tro at dette markedet vil øke fremover, eksempelvis for hørselshemmede som trenger lyttetrening.
- *Audiografer, audioingeniører og leger* samhandler nært klinisk omkring diagnostisering, tekniske tiltak (høreapparat, CI, lydgenerator m.v.) og audiologisk rådgivning. Det skjer i 2014 ved 36 offentlige hørselssentraler på sykehus og et hundretalls private ØNH-klinikker som har driftsavtale med helseforetak (106 privatpraktiserende ØNH-leger utløste takst for høreapparattilpasning i 2009: <http://www.helfo.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg%20statistikk/Statistikk%20analyser%20og%20rapporter/Analyserapport-Statistikk%20over%20spesialistlegers%20takstbruk%202012.pdf> ). Begge typer klinikker betjener alle aldersgrupper, men eldregruppen dominerer. I volum står disse to klinikktypene for omtrent like mange høreapparattilpasninger hver: En kartlegging blant høreapparatformidlerne gjennomført av Leverandørforeningens hørselsgruppe i samarbeid med HLF i 2014, dokumenterte at hørselssentralene og private ØNH-

klirikker i 2013 sto for hhv. 48 og 52 prosent av høreapparattilpasningene (LFH Hørselsundersøkelse 2014). Staten ga refusjon for 65.758 høreapparater i 2013 (<http://www.n-t-a-f.org/HA-statistikk.htm>).

Når det spesifikt gjelder profesjonenes utvikling har *ØNH-legene* alltid hatt tung forankring i Den Norske Lægeforening, universitetsutdannelsen samt klinisk praksis i offentlige sykehus (med rom for doktorgrader) og private klinikker som har driftsavtaler med helseforetak. *Audiopedagogene* har fulgt en utvikling med tiltakende akademisering, fra frittstående kurs via høyskole til universitet. Uteksaminerte – herunder en del døve og tegnspråklige – audiopedagoger har tradisjonelt gjerne funnet arbeid i Statped. Etter hvert som CI er blitt mer utbredt, og integrert skolegang har avløst spesialskoler og –barnehager, har audiopedagogene fått skjerpet fokus på forskning og utviklingsarbeid. *Audiografene* har de senere årene kommet i en profesjonsmessig gunstig situasjon. Dette som følge av stadig flere eldre tunghørte pasienter og innføring av bachelornivå på audiografutdanningen, som dessuten tilbyr markedsrettede moduler for etter/videreutdanning.

Følgende grupper med hørselsfaglig bakgrunn – i tillegg til frivillige sertifisert som likepersoner – jobber i dag innen rehabiliteringstjenester til hørselshemmede:

- Audiografer: Bachelornivå – høreapparattilpasning og veiledning
- Audifysikere/ingeniører: Masternivå – teknisk audiologi
- ØNH-Leger: Masternivå – medisinsk diagnostisering og audiologisk rådgivning
- Audiopedagoger: Masternivå – audiologisk kartlegging, tilrettelegging og veiledning/rådgivning
- Likepersoner: Sertifisering gjennom HLF/NDF – spør, lytter og informerer

Som det fremgår av denne oversikten er det flest profesjoner som utøver rehabilitering, men som det vil bli dokumentert nedenfor er det et substansielt volum også på tilbud fra frivillig sektor – levert av så vel sertifiserte likepersoner (frivillige) som profesjonsutøvere ansatt i virksomheter basert på prinsippet om fortjenestefri velferdsproduksjon (non profit).

## **STATUSRAPPORT 2013-2014**

### **A) EPIDEMIOLOGI**

Hørsel er ikke en del av den norske helsestatistikken. Folkehelseinstituttet gjennomførte imidlertid i 1995-1997 omfattende og representative audiometrimålinger i Nord-Trøndelag fylke på totalt 51.200 voksne personer. Samme undersøkelse dokumenterte for øvrig også tinnitusforekomst på totalt 15,1 prosent i den voksne befolkningen (<http://www.fhi.no/tema/horsel-og-stoy/tinnitus-oresus>). I fremleggingen av forekomst av hørselstap i den voksne befolkningen – på [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6)

[102&MainContent\\_6263=6496:0:25,6109&Content\\_6496=6178:50246:25,6109:0:6562:14:::0:0](#) – skriver Folkehelseinstituttet følgende som grunnlag for nedenstående forekomsttabell:

«Betydelig hørselstap ble definert som tap på minst 30dB på minst tre tilleggende frekvenser. Dette fordi et tap på et smalt frekvensområde normalt ikke vil hemme oppfattelsen av tale, mens tap over et bredt område vil hemme taleoppfattelsen. Hørsel av lyse toner (3000Hz eller høyere) svekkes kraftig med alderen, men disse frekvensene er ikke så viktige for taleoppfattelse. For å unngå at alle eldre personer ble definert som hørselshemmede, ble resultatene for 3000-8000 Hz alderskorrigert, dvs. tapene ble regnet i forhold til det normale for egen alder.

Basert på disse definisjonene var andelen med hørselstap 36,0% i den voksne befolkningen, 39,4% blant menn og 32,8% blant kvinner. Utbredelsen varierer sterkt med alder, selv om resultatene i noen grad er alderskorrigerte. Resultatene er vist i tabellen under. På spørsmål om hørselstapet var subjektivt plagsomt svarte totalt 16,1% "Ja, litt" eller "Ja, mye". Bare litt under halvparten av dem som etter nevnte definisjon hadde et hørselstap hadde altså subjektive plager av det.»

---

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

---

Det finnes ikke epidemiologisk forskning i Norge på forekomst av hørselstap hos personer under 20 år. Folkehelseinstituttet anslår at forekomsten av medfødte permanente hørselstap er cirka 1-2 per tusen nyfødte barn. Forsvarets hørselsmåling av vernepliktige soldater ved oppstart av tjenesten viste i 2012 at 8 prosent hadde nedsatt hørsel, en betydelig oppgang fra 2008 da kun 1 prosent av nye soldater skåret så dårlig (<http://www.nrk.no/telemark/mange-unge-far-horselsskader-1.11425991>).

Ellers ga det statlige Arbeidsmiljøinstituttet i 2013 ut rapporten *Støy i arbeidslivet og helse*: <http://www.stami.no/stoy-i-arbeidslivet-og-helse>. Der fremgår det at støyskader topper

yrkesskadestatistikken med mellom 1500-2000 innrapporterte tilfeller årlig – hørselsskader utgjør hele 60 prosent av yrkesrelaterte sykemeldinger.

Når det gjelder øvrige diagnoser, eksempelvis Ménières, finnes det ikke epidemiologisk forskning eller annen tilgjengelig statistikk her til lands. Unntaket er at Statistisk sentralbyrås (SSB) tall på hørselshemming. Disse bygger imidlertid ikke på epidemiologisk forskning men utvalgsundersøkelser basert på selvrapportering av hørselshemming.

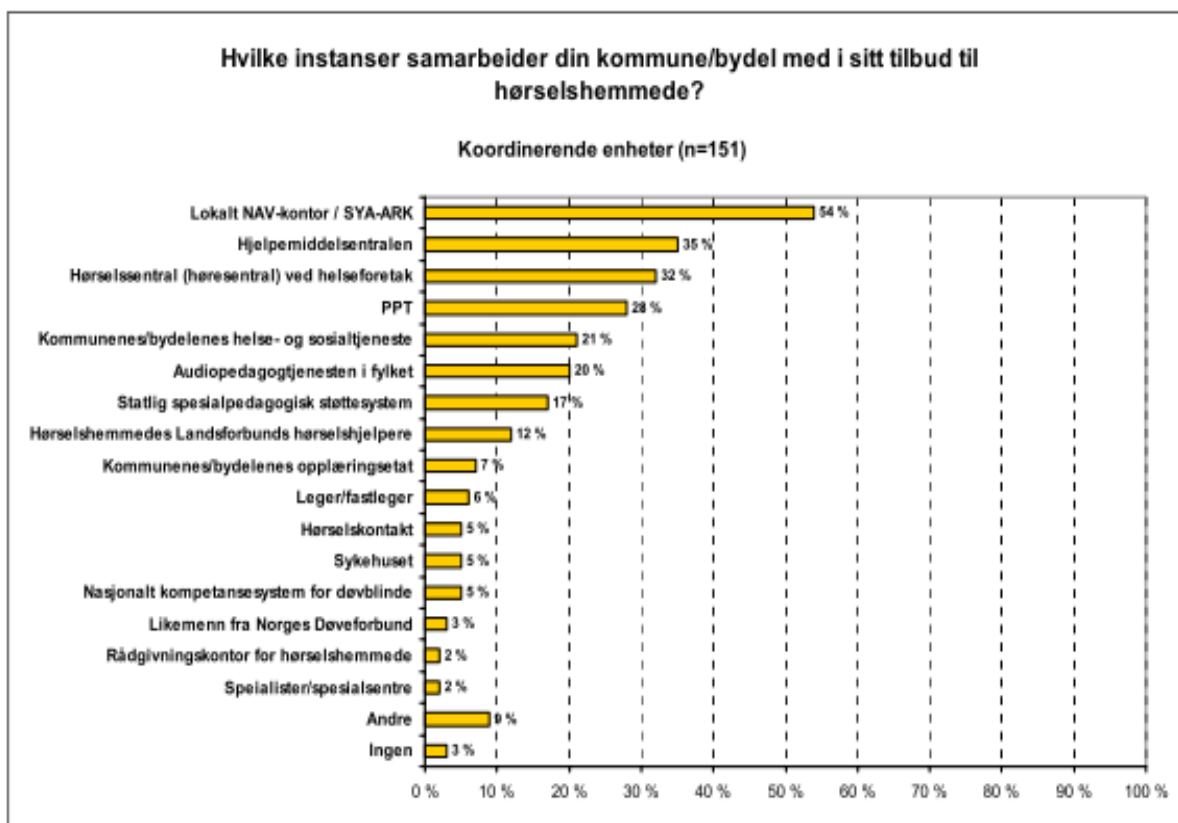
Å sikre oppdatert epidemiologisk forskning på hørsel er et høyt prioritert interessepolitisk område i HLF.

## B) ORGANISERING AV HØRSELSOMSORGEN

Den norske hørselsomsorgen kan sees som tre supplerende nivåer av tjenesteyting:  
Kommunene – Brukerorganisasjonene – Staten:

- *KOMMUNENE*

Kommunene har det formelle rehabiliteringsansvaret for hørselshemmede, og skal således ha operativ stilling som *hørselskontakt* med teknisk hjelpemiddelansvar for oppfølging av nye hørselshemmede, samt *habilitering- og rehabiliteringskoordinator*. Det er betydelige variasjoner i stillingsstørrelse og kvalitet på disse tjenestetilbudene, i følge rapporten *Kartlegging av hørselskontaktordningen* som Synovate Research utarbeidet for det statlige Helsedirektoratet i 2010. Samlet sett er tilbudet lite tilfredsstillende i følge rapporten. Samtidig dokumenteres det at de koordinerende enhetene – i den utstrekning kommunene har opprettet denne obligatoriske funksjonen – i noen utstrekning samarbeider med en rekke aktører omkring hørsel:



Den mest åpenbare forklaringen på den utilfredsstillende situasjonen på kommunalt plan, er at Norge med sine godt og vel fem millioner innbyggere har 428 kommuner som varierer svært mye i utstrekning og folketall og gjennomgående har en nokså presset økonomi. Enkelte kommuner har de senere årene etablert samarbeid med nabokommuner for å styrke rehabiliteringstilbudet for kommunenes hørselshemmede innbyggere. Et eksempel er Fjellregionkommunene Røros, Os og Holtålen, som nylig fremla gode resultat fra en slik nysatsing i evalueringsrapporten *Audiograf i interkommunal rehabilitering* (2014).

Et supplerende kommunalt tilbud, som finnes i de tre største byene, er rådgivningskontor for hørselshemmede. I Oslo er dette rettet inn mot både døve og tunghørte, mens kontorene i Trondheim og Bergen primært betjener tegnspråkbrukere.

Kommunene har for øvrig ansvar for å inngå driftsavtaler med fastleger, som er en obligatorisk ordning for befolkningen, men disse har ikke et dedikert ansvar for hørselshemmede. Deres primære ansvar overfor hørselshemmede, ved siden av å gi basal audiologisk rådgivning/informasjon, er å sikre rask og riktig henvisning til spesialisert kompetanse og/eller likepersontilbud i regi av brukerorganisasjonene.

Endelig har kommunene Pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste (PPT), som følger opp barnehager og skoler (ideelt også voksne, men det praktiseres i liten utstrekning). Det er imidlertid lite audiopedagogisk kompetanse innen PPT, som i så henseende må søke om tjenester fra Statped.

- *BRUKERORGANISASJONENE*

Som det fremgår av ovenstående tabell samarbeider kommunene med blant annet likepersoner fra HLF og NDF. Staten, som dekker deler av brukerorganisasjonenes utgifter til ordningen, definerer likepersoner som en del av rehabiliteringstilbudet for hørselshemmede. Det tilkommer et delt ønske med brukerorganisasjonene om å bruke likepersonordningen til å bringe kommunene mer aktivt inn på rehabiliteringsbanen. NDFs likepersoner betjener den lille men betydelig utfordrede tegnspråklige brukergruppen. HLFs likepersonstjeneste består av 650 frivillige som årlig gjennomfører +20.000 registrerte samtaletimer med hørselshemmede, primært eldre tunghørte men også personer med tinnitus og Ménières samt CI-brukere, studenter og yrkesaktive med ulike hørselsutfordringer.

HLF eier og driver HLF Briskeby skole og kompetansesenter AS: [www.hlfbriskeby.no](http://www.hlfbriskeby.no). Skolen tilbyr et landsdekkende internattilbud for talespråklige hørselshemmede, og har eksamensrett på videregående skolenivå med en elevmasse på ca. 60 hørselshemmede ungdommer. Kompetansesenteret tilbyr NAV-finansierte rehabiliteringskurs (Tinnitus – CI – Behold jobben – Ménières – Kommunikasjon), kurs for pedagoger og helsepersonell (Norsk med tegnstøtte – Eldre) samt kurs, veiledning og rådgivning mot videregående skoleelever som går integrert (Elevkurs – Lærerkurs – Veiledning og rådgivning). NAV har innvilget HLF Briskeby 2.500 kursdøgn for 2014, med en døgnpris på NOK 2.034 per deltaker – dvs. totalt NOK 5.085.000. Fra og med 2015 har HLF Briskeby i tillegg avtale med Helse Sør-Øst om å levere spesialiserte rehabiliteringstjenester i form av dagtilbud til 180-190 pasienter: 160 personer med tinnitus og/eller Ménière (2.400 behandlingsdager) og 20-30 personer med CI (240 behandlingsdager) – samlet 2.640 behandlingsdager til en verdi av NOK 8 millioner.

NDF driver, gjennom en stiftelse, Ål folkehøyskole og kurscenter for døve: [www.al.fhs.no](http://www.al.fhs.no). Her er det internattilbud for folkehøyskoleelever og NAV-finansierte landsdekkende kurstilbud for personer med ulike behov for tegnspråkopplæring. NAV har innvilget Ål 8.400 kursdøgn for 2014, fordelt med 5.700 på døvegruppen og 2.700 på tunghørt/døvblitte. Også her er døgnprisen på person NOK 2.034, hvilket gir en total på NOK 17.085.600.

For øvrig har begge organisasjonene et omfattende informasjonsmateriale, som benyttes mye ute i fagmiljøet og av brukere personlig (papir og nett): [www.hlf.no](http://www.hlf.no) og [www.deafnet.no](http://www.deafnet.no).

- *STATEN*

Statens spesialiserte hørselsrehabiliteringstilbud er betydelige, og forvaltes av separate myndighetsorgan innen helse, pedagogikk og arbeid/velferd:

Helse: Staten ved helsemyndighetene står som eier av landets sykehus gjennom fire regionale helseforetak (RHF). Gjeldende avtalegrunnlag for hørselssentralene ble inngått mellom staten og RHFene ved Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) i 2009. Her defineres formålet til å være «...å sikre samhandling som gir brukere med behov for høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler et helhetlig tilbud av god kvalitet og dermed mulighet for deltakelse og



likestilling.» Ansvarer defineres til å være blant annet å a) sikre god faglig praksis og akseptabel ventetid, b) drive en tilfredsstillende tjeneste, «herunder bidra til at det tilbys ambulante tjenester i nært samarbeid med kommunene», c) inngå avtaler om høreapparatilpasning og formidling med private ØNH-leger og d) bidra til etablering av samarbeidsrutiner med NAV Hjelpemiddelsentraler, kommuner og andre bidragsgivere i tiltakskjeden. Det finnes i dag 36 hørselssentraler og et hundretalls ØNH-avtalespesialister som utfører høreapparatilpasning og –formidling. Pasientgrunnet er til dels overlappende mellom disse to klinikktypene, selv om det også er forskjeller. Eksempelvis skal kun hørselssentralene utføre utprøving og tilpassing av høreapparater til barn, utviklingshemmede og voksne med særskilte problemer. Mens sykehusene og ØNH-avtalespesialistene tilpasser og formidler høreapparat, formidles øvrige hørselstekniske hjelpemidler gjennom hjelpemiddelsentraler som finnes i hver av landets 19 fylker (med unntak av de to fylkene Oslo og Akershus som har felles hjelpemiddelsentral) og som forvaltes av NAV. Hjelpemiddelsentralene fungerer ellers som formidlingsinstans for tolketjenester, så vel tegntolkning som skrivetolkning – sistnevnte tolketype er i fremmarsj. Innen psykisk helse tilbyr Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP) – som har driftsavtale med Helse Sør-Øst – en landsdekkende poliklinisk helsetjeneste for barn, unge og voksne: [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/\\_/avdelinger/\\_/horsel-og-psykisk-helse](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_/avdelinger/_/horsel-og-psykisk-helse).

Pedagogikk: Statped er organisert med et hovedkontor og fire regioner. Hørsel er et dedikert delområde i Statped, med et bredt spekter av audiopedagogiske rådgivningstjenester, kurs og informasjon: [www.statped.no/Tema/Horsel](http://www.statped.no/Tema/Horsel).

Arbeid/sosial: NAV har, i tillegg til de ovenfor omtalte hjelpemiddelsentralene, ansvar for å følge opp hørselshemmede med særlige utfordringer. Det skjer gjennom ordinær saksbehandling på lokalkontorer, gjennom et spesialisert brukertilbud innen NAV Kompetansesenter for tilrettelegging og deltakelse ([www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Tjenester+og+produkter/NAV+Kompetansesenter+for+tilrettelegging+og+deltakelse](http://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Tjenester+og+produkter/NAV+Kompetansesenter+for+tilrettelegging+og+deltakelse)) samt indirekte i form av det ovenfor nevnte kurstilbudet i regi av HLF og NDF.

### C) FINANSIERING

Hørselsrehabiliteringen foregår som ovenfor vist på ulike nivåer, innen ulike sektorer og utøves av en rekke typer tjenestetilbydere og profesjoner/frivillige. Lovgrunnet og finansieringen er tilsvarende kompleks. Lovmessig spenner virksomheten fra helse, utdanning og til arbeid/sosial. Finansielt er det slik at det meste – med unntak av egenandeler som betales av brukere og kommunale innsatser som betales av kommunekassene – i siste ende betales av statskassen forvaltet gjennom ulike ledd. Forenklet fremstilt ser dette bildet ut som følger:

- **Høreapparater**: NAV → Folketrygden → Statsbudsjettet
- **Hørselstekniske hjelpemidler**: NAV → Folketrygden → Statsbudsjettet



- **Hørselssentraler (pasienttakst):** Helseforetak→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **ØNH-avtalespesialister (pasienttakst):**  
Helseforetak→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **CI (tre sykehus tilbyr dette):** Helseforetak→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse:**  
Helseforetak→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **Statped:** Kunnskapsdirektoratet→Kunnskapsdepartementet→Statsbudsjettet
- **Tolketjenesten:** NAV→Folketrygden→Statsbudsjettet
- **HLF Briskeby rehabilitering og Ål kurssenter:** NAV→Folketrygden→Statsbudsjettet
- **Eikholt – nasjonalt ressurscenter for døvblinde:**  
Helseforetak/NAV→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **Stiftelsen Signo:** →Kommunekasser og Statskassen
- **Private opptreningsentre:** Helseforetak→Helsedepartementet→Statsbudsjettet
- **Likepersonarbeid:** Helsedirektoratet→Helse- og  
Omsorgsdepartementet→Statsbudsjettet

#### D) MEDISINSK PERSPEKTIV

*ØNH-legenes audiologiske utvalg:* Norsk Forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi er foreningen for norske Øre-nese-hals (ØNH)-leger, organisert under den Norske Legeforening. Foreningen er fortrinnsvis fagmedisinsk, men tar også opp og uttaler seg om fagpolitiske temaer. Den er ansvarlig for ukentlig, faglig nettforedrag (45 min) organisert som telefonmøte, åpent for alle norske ØNH-leger forutsatt at enheten man representerer er med i rotasjon som ansvarlig for foredraget. Foreningen arrangerer hver høst en todagers fagkonferanse (høstmøtet) med hovedvekt på frie foredrag, men med ett hovedforedrag av invitert utenlands kapasitet (inntil 2012 ble det dessuten arrangert tilsvarende vårmøte som siden da er besluttet nedlagt). Foreningen har i samarbeid med Legeforeningen ansvar for utdanning av nye ØNH-spesialister i form av 11 kurs + godkjent tjenestetid (fem år) på ØNH-avdeling i offentlig sykehus/annen tellende tjeneste, samt godkjenning av hver enkelt spesialistsøknad. Norsk Forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi er foruten styre, inndelt i underutvalg for hver subspecialitet (som ikke offisielt har status som subspecialiteter). Disse underutvalgene arrangerer i varierende grad fagkonferanser og uttaler seg om faglige spørsmål for sitt fagfelt, delegert fra styret i Norsk Forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi. Norsk Forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi omfatter ca. 140 privatpraktiserende ØNH-spesialister (noen av disse uten avtale med regionale helseforetak), ca. 200 overleger i ØNH-avdeling i offentlige sykehus og ca. 120 leger i ØNH-spesialisering i offentlige sykehus. ØNH-avdeling finnes ved 23 offentlige sykehus i Norge, 6 av disse sykehusene har status som Universitetssykehus: UNN i Tromsø, St.Olavs hospital i Trondheim, Haukeland sykehus i Bergen, Stavanger Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus/Rikshospitalet og Akershus Universitetssykehus (A-hus). Dessuten har ytterligere ca. åtte mindre, offentlige sykehus tilknyttet privatpraktiserende ØNH-lege(r) som driver virksomhet i sykehuslokalene sammen med audiografer som til dels er offentlig

ansatt på hørselssentral. Et mindre antall ØNH-spesialister jobber ved private sykehus.

#### E) TEKNISK PERSPEKTIV

*Norsk Audiografforbund (NAF)* [www.audiograf.no](http://www.audiograf.no): NAF er audiografenes fagforening og ligger innunder arbeidstakerorganisasjonen Delta/YS. I 2003 ble audiografutdanningen treårig med tittelen bachelor. Stadig flere tar steget til master, og vi har så langt fått frem én audiograf med doktorgrad. Audiografer er autorisert helsepersonell. NAF har om lag 350 medlemmer, hvorav omtrent 250 er yrkesaktive. Medlemmene jobber på offentlige sykehus, hos private ØNH-leger, NAV Hjelpemiddelsentraler og høreapparatleverandører. Antallet helprivate audiografer er i vekst. Audiografyrket er, og har alltid vært, i endring. I tillegg til tradisjonelle arbeidsoppgaver som audiometri, formidling, rådgivning og teknisk service, gjøres det stadig mer innen teknisk diagnostikk og pedagogisk oppfølging. Kompetansen utnyttes meget forskjellig fra sykehus til sykehus. NAF er en levende organisasjon med et styre på fem personer, har en like stor redaksjon for fagbladet Audiografen (fire utgaver årlig) samt et eget etisk utvalg. Styret jobber politisk med et mål om flere yrkesaktive audiografer. Fagbladet *Audiografen* er ryggraden og drives 100 % på frivillig basis. Etisk utvalg tar imot saker fra medlemmer og andre angående yrkesetiske aspekter. Vedtatte formål: 1. Bedre og sikre audiografers rettigheter og utdanningsvilkår. 2. Arbeide for gruppens anseelse og yrkesmessige standard. 3. Ivareta yrkesgruppens lønns- og arbeidsvilkår, i henhold til enhver tid gjeldende avtale mellom Delta og NAF. 4. Tilstrebe gode etiske normer og høy yrkesmoral. NAF ser med bekymring på landets mangel på audiologisk fagpersonell. Drivkraften til forbundet er et ønske om et bredere og langt mer utbredt tilbud, i første omgang audiografer med sin brede utdanning.

*Norges Teknisk Audiologiske Forening (NTAF)* [www.n-t-a-f.org](http://www.n-t-a-f.org): NTAF er en ideell og fagpolitisk uavhengig forening som organiserer personer som er virksomme innenfor fagfeltet teknisk audiologi. Foreningen har ca. 100 aktive medlemmer. Arbeidsplasser for medlemmene er hørselssentraler, hjelpemiddelsentraler, leverandører av høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler og i noen grad forskning og høyere utdanning. På hørselssentralene er medlemmene hovedsakelig engasjert i pasientrettet virksomhet som medisinsk utredning og rehabilitering med særlig behov for teknisk audiologisk kompetanse. Noen få medlemmer arbeider utelukkende med tekniske forhold. På hjelpemiddelsentralene favner arbeidsområdene både ren rådgivnings- og formidlingsvirksomhet, så vel som ren teknisk service og reparasjon. Hos leverandørene innehar medlemmene både tekniske og merkantile stillinger.

#### F) PEDAGOGISK/PSYKOLOGISK/SOSIALT PERSPEKTIV

*Norsk audiopedagogisk forening (NAF)* [www.audiopedagog.no](http://www.audiopedagog.no): Foreningen har ca. 140 aktive medlemmer. Audiopedagogene har stort mangfold i arbeidsoppgavene som en naturlig følge av at audiopedagogisk praksis er bredspektret. Yrkesgruppen har særlig godt fotfeste i

utdanningssystemet, innen barnehage, skole, kommunal pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste (PPT) og Statped. Flere hørselssentraler har audiopedagoger/rådgivere som følger opp personer i alle aldersgrupper etter tilpasning av CI og høreapparater med utredning, veiledning og testing. NAV Hjelpemiddelsentral har audiopedagogiske rådgivere i utredning og opplæring i bruk av hørselstekniske hjelpemidler. Enkelte kommuner har audiopedagogisk rådgivningstjeneste. Noen få audiopedagoger jobber med forskning og utdanning. Når det gjelder rehabilitering av voksegruppen, varierer det mye hva det offentlige kan tilby. I Helse Sørøst dekker privatpraktiserende audiopedagoger det meste av behovet for rehabilitering gjennom refusjonsavtale med Helseøkonomiforvaltningen, (<http://www.helfo.no/privatperson/Sider/default.aspx>). Det finnes i økende grad privatpraktiserende audiopedagoger som supplerer det eksisterende rehabiliteringsarbeidet, spesielt i den sørøstlige delen av landet, innen områder som lyttetrening, tinnitus, hyperakusis, auditiv nevropati m.m. Audiopedagoger bidrar på en rekke andre rehabiliteringsområder, hvorav hjelpemiddelsentraler og hørselssentraler alt er blitt nevnt. Det tilkommer blant annet kurs på sykehusenes helsepedagogiske arena Lærings- og mestringssettene, tilbud innen Signosystemet (eksempelvis innen arbeidsliv), Eikholt kompetansesenter og NAVs kompetansetilbud for hørselshemmede, og endelig audiopedagoger som er lærere ved døveskoler for barn og unge.

#### G) KOSTNADER FOR HØRSELSREHABILITERING

Det foreligger ikke en samlet beregning for kostandene ved hørselsrehabiliteringen i Norge. En del av tjenestetilbydere som er blitt kontakt i forbindelse med utarbeidningen av denne rapporten, har selv i liten grad oversikt over eller muligheten til å dele denne typen opplysninger med utenforstående. Unntaket er NAV, som har full åpenhet. For øvrige aktører har det vært et detektivarbeid å hente ut og tilgjengeliggjøre tall og/eller estimat på basis av til dels mangelfulle eller ufullstendige opplysninger. Følgende summer har vært mulig å frembringe innen tidsrammen for utarbeidelsen av denne delrapporten for Norge:

- **Høreapparater:** Høreapparater formidles gjennom landets 36 hørselssentraler og rundt hundre avtalespesialister (privatpraktiserende øre-nese-halsleger) som har avtale med regionalt helseforetak. I følge høreapparatstatistikken på Norsk Teknisk Audiologisk Forenings hjemmeside (<http://www.n-t-a-f.org/HA-statistikk.htm>), som innhenter tall fra NAV, ble det i 2013 foretatt 65.758 høreapparattilpasninger med statlig refusjon på NOK 254.414.359. I 2013 tilpasset avtalespesialister 52 prosent av høreapparatene, mens hørselssentralene sto for de resterende 48 prosentene. Høreapparatreparasjoner utløste refusjoner på NOK 46.037.285. Det ble tilpasset og formidlet 2370 lydgeneratorer med statlig refusjon på NOK 4.903.093. Totalt 12.133 proprietære ørepropper utløste NOK 3.327.135 i refusjon. Samlet sett refunderte staten i 2013 på dette området rundt regnet NOK 310 millioner. Alle tall er uten mva.
- **Hørselstekniske hjelpemidler:** NAV har i forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten kjørt en spørring i sin database og kommet frem til at staten i 2013 på dette området kjøpte hørselstekniske hjelpemidler for totalt NOK 244.000.000 (uten mva).

- **Hørselssentraler** (poliklinisk): Alle ØNH-avdelingene ved offentlige sykehus i Norge har separat hørselssentral. Ved de fleste ØNH-avdelingene er ØNH-legenes virksomhet på hørselssentralene organisert som en del av den generelle virksomheten på ØNH poliklinikk, mens audiografene (og audiopedagogene/ audiofysikerne der det finnes) er ansatt på hørselssentralene. På de sykehusene som driver ørekirurgi, er ofte ørekirurgene de som er mest delaktig i den medisinsk audiologiske virksomheten, dvs. håndtering av pasienter med hørselsrelaterte problemer. Noen få hørselssentraler har tilknyttet egne leger for audiologisk virksomhet som ikke er ørekirurger, men det finnes i Norge ingen subspecialitet i medisinsk audiologi. Utredning/kirurgi av cochleaimplantat (CI) utføres ved tre norske ØNH-avdelinger: Rikshospitalet som har alle barna, Haukeland sykehus (kun voksne) og St.Olavs hospital (kun voksne). Omfanget av utredning/behandling av øvrige undergrupper innen hørselsomsorgen varierer mellom ØNH-avdelingene ved de offentlige sykehusene i Norge, avhengig av ØNH-avdelingenes størrelse og hørselskompetanse/interesse. For ØNH-leger som driver med audiologisk virksomhet på offentlige sykehus er også otonevrologiske problemstillinger en del av pasientarbeidet, dvs. først og fremst pasienter med svimmelhet. På Haukeland sykehus er det en egen underavdeling under ØNH-avdelingen, Balanselaboratoriet, som driver fortrinnsvis med otonevrologiske pasienter som har tilknyttet egne ØNH-leger. Takstsystemet på offentlige sykehus har siden 2011 vært organisert slik at audiografer/audiopedagoger/audiofysikere kan ta separate prosedyretakster uavhengig av om ØNH-lege har tilsett pasienten under samme konsultasjon – dette er hovedsak forskjellig fra takstsystemet hos ØNH-avtalespesialister med ansatt audiograf. Takstgrunnlaget for hørselssentralene er beskrevet i Vedlegg 1.
- **ØNH-avtalespesialister** (poliklinisk): I følge tall fra Helseøkonomiforvaltningen ([www.helfo.no/privatperson/Sider/default.aspx](http://www.helfo.no/privatperson/Sider/default.aspx)), var det i 2014 ca. 100 avtalespesialister som benyttet takster knyttet til dette. De fleste har ansatt en eller flere audiografer i sin praksis. Enkelte audiografer jobber selvstendig, men det er legen som har de formelle rettighetene. Audiografen må ha en form for avtale med legen for å komme inn under takster, stønadsordninger osv. Nye pasienter henvises fra fastlege til høreapparatformidler. Her følger en rapport fra en slik klinikk: «Ved første besøk hos oss settes det opp et kvarter hos lege til medisinsk-audiologisk utredning. Dersom det kun skal tas hørselsprøver, rentone- og taleaudiometri, settes det opp en halv time hos audiografen. Impedanseundersøkelser foretas etter behov. Dersom man på forhånd sikkert vet at pasienten skal vurderes for høreapparatutprøving, er det satt opp en klokke time hos audiograf ved første besøk. Hvis det først blir klart i løpet av første besøk at pasienten skal vurderes for høreapparatutprøving, kommer pasienten tilbake til ny time for vurdering. Det blir da satt opp en klokke time hos audiograf for en slik vurdering. Det vil da bli tatt avtrykk hvis det skal lages propper. Vi tar en ekstra materialtakst for dette. Apparater bestilles fra leverandør. Vi prøver å ha et så lite lager som mulig. Det brukes mye tid på administrasjonen av lageret, dvs. apparater på bestilling, i lager, på utlån etc. Når selve høreapparatutprøvingen skal utføres, ved neste besøk, settes det av en klokke time hos audiograf. Etter behov vil pasienten samtidig bli undersøkt av legen ved overnevnte besøk. Bruker kommer så til videre

oppfølging, avhengig av behov, inntil man avslutter. Hos oss blir det i gjennomsnitt 4,2 besøk totalt. Bruker oppfordres til høreapparatkontroll vanligvis hvert eller annet hvert år. Det settes da opp et kvarter hos lege en halv time hos audiograf. Vi har også et lavterskeltilbud uten timeavtale hos legesekretær for oppståtte problemer, service etc. Lege eller audiograf kan da konsulteres. Vi tar da en liten egenandel avhengig av arbeid/materiell etc.» Takstgrunnlaget for avtalespesialistene er beskrevet i Vedlegg 2.

- **CI:** På dette området er det tre operasjonssteder i Norge, som samlet sett rapporterer om CI-utgifter på NOK 39,28 millioner for 2013:
  - Rikshospitalet i Oslo står for det meste, supplert av St. Olavs hospital i Trondheim og Haukeland universitetssykehus i Bergen. Mens de to sistnevnte foretar 30-35 CI-operasjoner årlig, utførte Rikshospitalet i 2013 totalt 106 CI-operasjoner fordelt slik: 82 CI-førstegangsoperasjoner, fordelt på 40 barn og 42 voksne. Det tilkommer seks reoperasjoner på voksne, fem CI-2 på voksne, fem reoperasjoner på barn samt åtte CI-2-operasjoner på barn. Vedlikeholdskostnadene ligger årlig på NOK 10 millioner. Oppgraderingskostanden i 2012 lå på NOK 1,5 millioner, men burde – ut fra NAVs norm på høreapparat-utskifting hvert sjette år – ligget på ti ganger så mye. Over tid er utgiftene til vedlikehold og oppgradering økende som følge av teknologiutviklingen og stadig flere med CI: Midtveis i 2014 hadde Rikshospitalet ansvar for totalt om lag 1.600 CI. Utskifting hvert sjette år betyr ca. 260 CI-utskiftninger årlig. Kostnad for oppgradering hvert sjette år vil ligge på omtrent NOK 15 millioner med dagens situasjon. Den kostnaden vil øke i takt med at antallet CI øker med rundt regnet 120 årlig. Over tid vil det muligens bli balanse mellom nyopererte og CI-brukere som dør. Et typisk CI-budsjett ser slik ut, med basis i 2012 for Rikshospitalet: 2/3 til nye implantat og taleprosessorer = NOK 20 millioner, og 1/3 til vedlikehold = NOK 10 millioner – sistnevnte fordelt slik: 62 % til reservedeler/reparasjoner, 16 % til utskifting av defekt implantat, 14 % til oppgradering av taleprosessor og 8 % til mistet taleprosessor.
  - Haukeland universitetssykehus i Bergen opererte 15 CI1 og 5 CI2 i 2013, altså totalt 20 CI. CI-2 ser ut til legges seg på ca. 30 prosent. 2013-tallene ser slik ut: NOK 3,56 millioner i nye CI og NOK 0,72 millioner til vedlikehold – dvs. 17 prosent av totalbudsjettet på NOK 4,28 millioner – fordelt slik: Reparasjoner og reservedeler (inkludert mistet prosessor) NOK 0,4 millioner og NOK 0,32 millioner til oppgraderinger. Sykehuset har ansvar for 250 pasienter med til sammen 290 CI. Ved samme regnemåte som Rikshospitalet, vil utskifting av taleprosessor hvert sjette år utgjøre i underkant av 50 CI pr år, dvs. NOK 2,8 millioner. Forventet årlig utgift på oppgraderinger i kommende fem år er NOK 1,5 millioner, forutsatt utskifting innen ti år – ved å legge seg på hvert sjette år økes beløpet opp mot NOK 2,8 millioner. Det vil gå over tyve år før det er balanse mellom nyopererte og CI-brukere som dør. Inntil da vil andelen eksisterende CI-brukere øke i forhold til årlig antall nye operasjoner. Utgiftene til oppgradering/utskifting dominerer alt vedlikeholdsregnskapet. Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord vil også få overført barn fra Helse sørøst ved Rikshospitalet når de fyller 18 år, noe som forskyver vedlikeholdsutgiftene

tilsvarende. En forskjell mellom Rikshospitalet og Haukeland i dag er at førstnevnte har forholdsvis høye utgifter til reservedeler og mistet-prosessorer pga. at de har ansvar for så mange barn. Et typisk budsjett for Haukeland de nærmeste årene vi trolig være på ca. NOK 3,5 millioner til nye implantater og NOK 1,5-2 millioner til vedlikehold. Hvis det blir et krav å øke utskiftings-takten ned mot 6 år, vil det ikke ta mange år før vedlikeholdsutgiftene blir den største posten.

- St.Olavs hospital i Trondheim tar i mot kun voksne for cochleaimplantering. I 2013 opererte de 17 CI-1 Og 2 CI-2. Sykehuset følger opp disse og en del personer som er blitt operert på Rikshospitalet. Totalt følger St. Olavs hospital opp 300-350 CI-pasienter. I 2013 brukte St.Olav rundt regnet totalt NOK 5 millioner på CI. De økonomiske utfordringene omkring vedlikehold og oppgradering er parallelle til de Rikshospitalet og Haukeland rapporterer.
- **Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP):** Virksomheten omfatter i 2014 totalt 31 årsverk og 29 ansatte. NSHP er inndelt i tre enheter: Barne- og ungdomsenheten – Voksenenheten – Kompetanseenheten. *Barne- og ungdomsenheten* har 11 stillinger, og i 2013 fikk 120 barn og ungdom behandling på enheten. Det er ekstra fokus på de aller minste og forebyggende arbeid. *Kompetanseenheten* har fire medarbeidere utover merkantil støttefunksjon. I 2014 befinner to phd-kandidater/psykologspesialister seg i avslutningsfasen av sine avhandlinger (Beathe Øre: Psykiske lidelser hos mennesker med hørselshemming og døvhet og Katharine Cecilia Williams: En randomisert, kontrollert kliniske studie av et gruppebasert program basert på kognitiv terapi for yrkesaktive hørselshemmede). I tillegg har enheten nylig blitt utvidet med en phd-kandidat med bakgrunn som barnepsykiater (Karine Wagner: Psykisk helse og livskvalitet hos barn og ungdom med hørselshemming). Senterets tegnspråkkonsulent er tilknyttet enheten, som også har ansatt en kommunikasjonsmedarbeider som starter i første kvartal av 2015. *Voksenavdelingen* driver utredning, diagnostisering og behandling av hørselshemmede, døve og døvblinde med psykisk lidelse. I tillegg tilbys mestringskurs og kurs for personer med tinnitus. Avdelingen gjennomfører ca. 2.400 konsultasjoner årlig, og har i tillegg en «nasjonal» seng som stort sett har vært i bruk siden den ble opprettet i februar 2013. Finansielt er denne dekket inn slik at den er kostnadsnøytral for helseforetakene, hvilket sikrer reell likhet til dette tilbudet. Totalbudsjettet for NSHP er på NOK 29,5 millioner. NSHP tjenester er landsdekkende, men i praksis har overvekten av pasienter adresse tilhørende Helse Sørøst. Utover klinisk virksomhet og forskning driver virksomheten utstrakt informasjonsarbeid overfor brukerorganisasjoner og andre offentlige og private støttefunksjoner som arbeider opp mot samme målgruppe.
- **Statped:** Statped sentralt har ett årsverk på hørsel (fagansvarlig hørsel) på sitt hovedkontor, og totalt 125 rådgiverårsverk i hørselsavdelingene hos de fire Statpedregionene sørøst, vest, midt og nord. I tillegg har Statped totalt 73 årsverk ved AC Møller skole og barnehage ([www.acmollerskole.no](http://www.acmollerskole.no)) og ved Skådalen skole for døvblindfødte ([www.skaadalen.dbskole.no](http://www.skaadalen.dbskole.no)) pluss ti ansatte døvetolker som del av



støtteordningen Tolk på arbeidsplassen. Statped summerer dermed til 209 årsverk på hørsel.

- **Tolketjenesten:** NAV forvalter tolketilbudet, så vel økonomisk-administrativt som operativt. Selve tjenesteutøvelsen skjer med en blanding NAV-ansatte tolker og frilanstolker. Tolking utføres i undervisningssituasjoner, på arbeidsplasser og på fritiden (familie, sosialt og kulturelt). I 2013 utgiftsførte NAV 150 millioner kroner til tolkehjelp for døve, døvblinde og tunghørte.
- **HLF Briskeby rehabilitering og Ål kurscenter:** Disse mottok i 2014 henholdsvis NOK 5.085.000 og NOK 17.085.600, totalt NOK 22.170.600 i kursmidler fra NAV.
- **Eikholt – nasjonalt ressurscenter for døvblinde:** [www.eikholt.no](http://www.eikholt.no). Eikholt er en nasjonal kompetansetjeneste med hovedvekt på å bygge opp og formidle kompetanse innen kombinert syns- og hørselshemming/døvblindhet. Eikholt inngår i Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde (NKDB) som er en spesialhelsetjeneste i Helse Nord RHF. Av en populasjon på ca. 360 personer som er registrert døvblinde i Norge er ca. 80% av disse brukere av Eikholt kompetansesenter. Virksomheten har 19 årsverk og NOK 20 millioner i driftsinntekter. Eikholt ser på taleforståelse som et audiovisuelt fenomen og tar sikte på optimalisere syns- og hørselsfunksjonen etter den enkelte brukers forutsetninger. Syns- og hørselskartlegging, behovsutredning og høreapparatutprøving foretas over flere dager, og i ulike lyttesituasjoner ute i det virkelige liv. REM-verifiseringsutstyr og IOWA-test er viktige verktøy i hørselsrehabiliteringen på Eikholt.
- **Stiftelsen Signo:** Signo-systemet har 1083 stillinger i åtte virksomheter som i 2014 er rettet inn mot 672 døve og 436 døvblinde brukere ([www.signo.no](http://www.signo.no)). Signo =Jeg tegner, og tegnspråk er en fellesnevner for tilbudene til stiftelsens i alt åtte ulike virksomheter innen utdanning og skole, kompetansesenter, arbeidsmarkedstiltak samt bo- og omsorgstilbud. Signo hadde en omsetning på NOK 452 millioner i 2013, og dekker inn det meste av dette gjennom støtte fra en rekke kommunale og statlige kilder – egne salgssinntekter utgjorde det året i alt 0,15 prosent av de totale driftsinntektene.
- **Private opptreningscenter:** Det finnes fire private opptreningscenter som tilbyr rehabiliteringskurs for ulike grupper hørselshemmede på rammeavtalegrunnlag med sine respektive regionale helseforetak. Disse har i gjennomsnitt totalt 211 hørselshemmede pasienter årlig, primært personer med tinnitus og/eller Ménière. Disse får totalt 5936 kursdøgn/dager årlig, hvilket med en standard døgn/kursdagprisrefusjon på NOK 2.034 per deltaker utgjør totalt NOK 12.073.824:
  - **Helse Sør-Øst: Landåsen:** [www.landaasen.no](http://www.landaasen.no): Har i 2014 i alt 125 hørselshemmede pasienter, primært personer med tinnitus men også en liten andel personer med Ménière. Pasientene får totalt 35 kursdøgn fordelt på et primæropphold på 21 dager og et sekundæropphold på 14 dager. Dette gir 4.375 kursdøgn.
  - **Helse Vest: Haugaland rehabiliteringssenter:** [www.rkhr.no](http://www.rkhr.no): Har i 2014 totalt 21 tinnituspasienter inkludert Ménièrerammede fordelt på tre grupper, hver med 21 dagers varighet. Dette gir 441 kursdøgn.



- *Helse Midt: CoperioSenteret rehabilitering:* [www.coperio.no/rehabilitering](http://www.coperio.no/rehabilitering): Har i gjennomsnitt 10 hørselshemmede personer årlig, som hver får dagrehabilitering i 25 dager. Dette gir 250 kursdager.
- *Helse Nord: Nordtun:* [www.nordtun.no](http://www.nordtun.no): Har i gjennomsnitt 50 pasienter med tinnitus og/eller Ménière inne på 14 dagerskurs årlig. Dette gir 700 kursdøgn.
- **Likepersonarbeid:** HLF mottok i 2013 NOK 3.640.000 i statlig støtte til likepersonarbeid fordelt på NOK 2,1 mill. til høreapparatbrukeroppfølging og NOK 1.540.000 til oppfølging av øvrige brukergrupper så som tinnitus, Ménières, CI barn/voksne osv. NDF mottok i 2013 NOK 650.000 i statlige likepersonmidler, fordelt nokså likelig mellom arbeidslivsrettet likepersonarbeid og likepersonarbeid overfor foreldre/barn, eldrebesøkstjeneste og annen seniorsatsing. HLF og NDF mottok totalt NOK 4.290.000 på dette området i 2013.

En viktig nyansering: Ovenstående tall er verken eksakte eller uttømmende. Mørketallene er betydelige – kanskje ikke først og fremst på de rehabiliteringstilbudene som finnes og hvorav de største er blitt synliggjort ovenfor, men på helsekostnader som er knyttet til hørsel men som sjelden eller aldri synliggjøres samfunnsøkonomisk. Et illustrerende eksempel på dette er som følger, med basis i tall fra 2012: NAV utbetalte da NOK 350 millioner kroner for personer sykemeldt med diagnosen svimmelhet, hvorav mange med sammensatte rehabiliteringsbehov. Denne summen gjelder statlig utbetaling av sykemeldingspenger etter 16 dagers sykemelding, ettersom arbeidsgiver er ansvarlig for å betale for sykemeldingen i tiden frem til dette punktet. Sistnevnte forhold – pluss samfunnsøkonomiske alternativkostnader – gjør at totalkostnaden for sykemelding pga. svimmelhet er vesentlig høyere: NAV og arbeidsgiveres utgifter til sykemelding fanger således ikke opp verken tapt produktivitet eller direkte kostnader til hørselsrehabilitering for personer sykemeldt med svimmelhetsdiagnose. Denne typen tilbud finnes det for øvrig få av, slik at disse personene i stor grad henvises til ordinær fysikalsk og annen helsefaglig behandling og slik går under radaren for dedikert hørselsrehabilitering. Dette eksemplet er kun ett av mange – så som hørselshemmede barn som går integrert i skole men ikke får tilstrekkelig hørselsfaglig oppfølging – og illustrerer at det er en god del så vel udekkede behov som ukjente behov og faktisk en god del allmenne helsetilbud med relevans for norsk hørselsrehabilitering.

Til tross for disse forbeholdene er det rimelig å konkludere med at fremstillingen ovenfor gir en rimelig god indikasjon på hovedtrekkene i kostnadsbildet for norsk hørselsrehabilitering. I destillert form ser dette økonomiske bildet ut som følger, med en totalsum for 2013 på godt og vel NOK 1,6 milliarder:

<b>VIRKSOMHET</b>	<b>NOK</b>	<b>TYPE MIDLER</b>
Høreapparater	310.000.000	NAV-refusjon, i hovedsak til leverandører, men også noe til tilpassere.
Hørselstekniske hjelpemidler	244.000.000	NAV hjelpemiddelsentral
Hørselssentraler (poliklinisk)	108.499.437*	Helsedepartementet
ØNH avtalespesialister (poliklinisk)	79.892.090*	Helsedepartementet
CI – Oslo, Trondheim og Bergen	39.000.000	Helsedepartementet
Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse	30.000.000	Helsedepartementet
Statped	157.000.000	Årsverksverdi estimert med basis i bruttolønn NOK 500.000 og sosiale omkostninger NOK 250.000.
Tolketjenesten	150.000.000	NAV
HLF Briskeby og Ål	22.000.000	Offentlige inntekter fra kurs
Eikholt	20.000.000	Helsedepartementet
Stiftelsen Signo****	452.000.000	Offentlige driftsinntekter
Private opptreningsentre	12.100.000	Helseforetaksavtaler
Likepersonarbeid	4.000.000	Statlige tilskudd: Helse/arbeid
<b>SUM</b>	<b>1.628.491.527</b>	

\* Beregning utført av Deloitte ved helseøkonom Sara Skilhagen Thormodson (Vedlegg 4). I og med at høreapparater er ført opp som egen sum i tabellen er dette holdt utenfor Deloitte kalkulasjon, i motsetning til slik det legges opp til i vedlegg 3: Sluttsummen i tabellen blir uansett den samme.

#### H) BRUKERORGANISASJONER FOR PERSONER MED HØRSELSTAP

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF): [www.hlf.no](http://www.hlf.no)

Norges Døveforbund (NDF): [www.deafnet.no](http://www.deafnet.no)

Foreningen Norges døvblinde: [www.fndb.no](http://www.fndb.no)

Landsforbundet for kombinert syns- og hørselshemmede/døvblinde: [www.lshdb.no](http://www.lshdb.no)

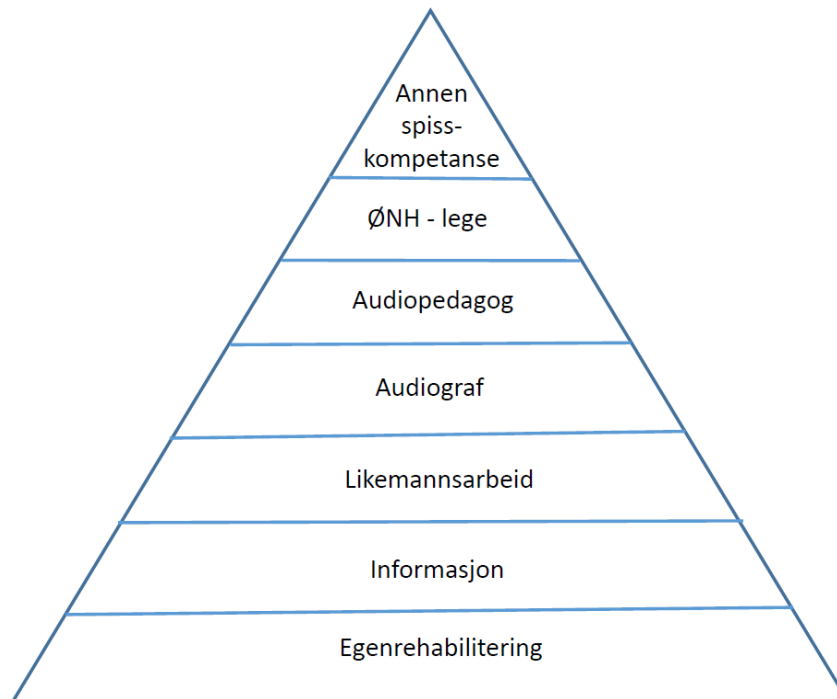
Cochleaklubben: [www.cochleaklubben.no](http://www.cochleaklubben.no)

#### AVSLUTNING

Det finnes ikke offentlig statistikk på hørselsrehabiliteringen i Norge. Denne delrapporten er slik sett et pionerarbeid, om enn med et svært avgrenset format. Tilgangen på data har vært begrenset og varierende. Ikke desto mindre er det blitt tilstrebet å gi leseren et overblikk som muliggjør sammenligning av norsk hørselsrehabilitering med de øvrige nordiske landene.

Ovenstående fremstilling er tilstrebet å være faktafremleggende og mest mulig balansert. Rehabiliteringsforståelsen i teksten er tuftet på et delt verdisyn hos helsemyndighetene,

brukerorganisasjonene og sektorprofesjonene, om at sluttbruker har eiendomsrett til egen rehabiliteringsprosess. I fag- og interessepolitisk kamp for opprettholdelse og helst styrking av sektorens rammebetingelser, kan dette prinsippet lett komme i skyggen av de ulike aktørenes særinteresser. Det er i den forbindelse nærliggende å avrunde fremstillingen med en pyramidal modell over operative rehabiliteringsressurser i Norge, hvor styrende prinsipp – så vel etisk som praktisk og samfunnsøkonomisk – er å tilstrebe Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON-prinsippet) for å oppnå brukers eget rehabiliteringsmål:



En slik rehabiliteringsforståelse har som utgangspunkt et helsesyn, hvor effektiv sikring av myndiggjøring (empowerment) og mestring (coping) forutsetter brukermedvirkning, enten i form av egenbehandling (egenrehabiliteringsinnsats), gjennom aktiv innhenting og bruk av kunnskap (informasjon) eller ved målrettet bruk av tjenestetilbud levert i regi av brukerorganisasjoner (likepersonarbeid) og/eller hørselsprofesjon(er) (audiograf, audiopedagog, ØNH-lege og/eller annen relevant spisskompetanse). Hva slags rehabiliteringsressurser som benyttes varierer naturlig ut fra individuelle behov, geografi og samfunnsøkonomi.

Samlet sett må rehabiliteringssituasjonen på hørsel i Norge anno 2014 kunne sies å være rimelig tilfredsstillende på mange punkter. Ikke desto mindre er det – ut fra pyramidemodellen, LEON-prinsippet og ICF Core Set for Hearing Loss (<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects-sp-1641024398/other-health-conditions/icf-core-set-for-hearing-loss>) – betydelige utfordringer på rehabiliteringssiden. Eldrebølgen som er under oppseiling tilsier at kapasitet- og kvalitetsutfordringene vil tilta i årene som kommer. Uavhengig av dette vurderes det som kritisk å supplere dagens rimelig velfungerende teknisk-medisinsk innrettede spesialisthelsetjeneste med psyko-sosiale tilbud tilpasset definerte brukergrupper under den omfattende hørselshemmedeparaplyen. Dette er eksempelvis svært tydelig overfor den voksende eldre høreapparatbrukergruppen. Riktignok er det en del

ventetid for å få tilpasset og tildelt høreapparat, men den audiologiske hovedutfordringen ligger først og fremst i å kunne følge opp eldre brukere skikkelig psyko-sosialt.

Tilsvarende utfordringer gjelder innen samtlige kategorier hørselshemming – det tenkes da ikke kun på diagnose men like mye livssituasjon; eksempelvis vil et barn og en yrkesaktiv person med tilsvarende diagnose ha nokså ulike rehabiliteringsbehov, og hvem tenker forresten på nærpersonene oppe i det hele? Her er det betydelige mangler på tilbud innen norsk hørselsrehabilitering. Tilsvarende brister finnes praktisk talt overfor samtlige grupper med audiologiske rehabiliteringsbehov her til lands: CI-opererte barn og voksne – hørselshemmede barn som går integrert i hjemmeskolen – yrkesaktive – døvblitte – barn med APD osv.

Det jobbes målrettet i hver enkelt profesjon- og brukerorganisasjon – som også samarbeider godt interesse- og fagpolitisk i NASU – for å sikre at tjenestetilbudet i Norge opprettholdes og helst styrkes i kvalitet og kvantitet. Det er ikke mulig å forutsi eksakt hvordan norsk hørselsrehabilitering vil se ut om for eksempel fem til ti år. Det som er sikkert er at kampen om offentlige midler til rehabilitering ikke vil bli lettere å kjempe på grunn av eldrebølgen som er under oppseiling i Norge. Ironisk nok vil mange av disse brukerne trenge nettopp hørselsrehabilitering. Det kan bli både vel og ille for hørselssektoren. Worst case vil være offentlig ansvarsfraskrivning ved å gjøre brukerne til kunder, enten med en tilgodelapp å handle varer og tjenester for, eller fullstendig frislipp med et fullkommersialisert marked. Best case er en hørselssektor som evner å trekke i samme retning fag- og interessepolitisk, for å sikre gode nok økonomisk-administrative rammer til å kunne tilby tilstrekkelig kapasitet og god hørselsfaglig kvalitet på tjenestetilbudet generelt og rehabiliteringstilbudet spesielt.

## **Vedlegg 1**

### **Takstgrunlaget for hørselssentralene i 2014 (NOK)**

Alle takstene gjelder inntekt til hørsentralen ved pasientbesøk:

**Egenandel** betalt av pasient ved konsultasjon hos en eller flere av yrkesaktørene lege, audiograf, audiopedagog , audiefysiker: **320**

Når pasienten har nådd frikortgrensen, betaler HELFO egenandelen for pasienten.

I tillegg til egenandel får hørsentralen ved alle pasientbesøk refusjonstakst fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

#### **Refusjonstakster fra HELFO:**

Legekonsultasjon alene (DRG 903 O): **428**.

Alle prosedyrer (inkludert hørseltesting, avtrykk til ørepropp for høreapparat, høreapparatilpasning og kontroll av høreapparat) utført av en av de ovennevnte yrkesaktørene, inkludert legekonsultasjon hvis det skjer på samme dag (DRG 803 U): **510**.

Ved utredning og/eller behandling av vertigo (svimmelhet) får man i stedet refundert (DRG 803 N): **530**.

Ved oppfølging av Cochleaimplantat (forutsatt hoveddiagnose: Z 45.3) refunderes (DRG 903 B): **917**.

#### **Reparasjonstakst fra NAV:**

Det finnes en NAV-takst for enkle reparasjoner av høreapparat etter definisjonen i takstgruppe 1 – NAV-takst 1: **250**

## Vedlegg 2

### **Takstgrunlaget for avtalespesialistene i 2014 (NOK)**

	<b>Takstkoder</b>	<b>Refusjon</b>	<b>Egenandel</b>
<u>Første besøk:</u>			
Legeundersøkelse	3ad,4b1	202	320
Audiometri	321,323	191	
Impedanseu.s.	325(325+)		82 (123)
<u>Andre besøk:</u>			
Lege	3ad		320
(evt.bare audiograf	1ad	14	50)
Avtrykk	303 (303+)	71 (106,50)	100 (150)
<u>Selve utprøvingen:</u>			
Lege	3ad		320
(evt.bare audiograf	1ad	14	50)
Utprøving av h.app.	324b	265	
Instruksjon	324c	150	
<u>Påfølgende besøk:</u>			
Lege	3ad		320
(evt.bare audiograf	1ad	14	50)
Ytterligere instruksjon	324e	104	
<u>Lavterskeltilbud :</u>	1ad	14	50 +++

#### **Reparasjonstakst fra NAV:**

Det finnes en NAV-takst for enkle reparasjoner av høreapparat etter definisjonen i takstgruppe 1 – NAV-takst 1: **250**

### Vedlegg 3

#### Mal for kalkulasjon av utgifter til høreapparattilpasning i 2014

”Kostnader kan ju bara värderas om det finns tillgänglig statistik. Man kan tänka sig att man frågar vad en genomsnittlig rehabilitering kostar på en ny pat som får 2 hörapparater.

Vi har själva räknat ut tex enl modell ( pat med lätt-måttlig hörselnedsättning)

1. Remiss till läkare + läkarbesök x ant
2. Hörselprov audiograf x
3. Anpassning-rehabilitering x 4 besök?
4. Hörapparater snittpris x
5. Totalkostnad år 1
6. – ev egenavgifter

Därefter multiplicerat med antal utprovade hörapparater, här behöver man sen veta ungefär hur många som får 2 resp 1 hörapparat , om det inte finns statistik så skulle jag gissa på c:a 70% 2 hörapparater

Vi brukar sen räkna med att av alla som får hörselrehab under ett år så behöver c:a 30% ytterligare insatser som kurator, psykolog , ingenjör m fl.”

Claes Möller



## **Vedlegg 4**

### **Kalkulasjon av utgifter til høreapparattilpasning på hørselssentraler og hos ØNH-avtalespesialister**