

Helhetlig rehabilitering for tunghørte

**Sluttrapport for et modellforsøk
i tre kommuner på Helgeland.**

Finansiert av Sosial- og helsedirektoratet



Rehab-Nor

Alf Reiar Berge
Øivind Lorentsen

April 2007

Innledning

Prosjektet "Helhetlig rehabilitering for tunghørte" har hatt som mål å utvikle et helhetlig rehabiliteringstilbud for tunghørte (i prosjektet definert som personer som får tildelt høreapparat) med utgangspunkt i de behovene gruppen faktisk har. Kommunalt ansatte "hørselskoordinatorer" har hatt som oppgave å avklare den enkelte tunghørtes situasjon og eventuelle behov for tiltak med utgangspunkt i en individuell tilnærming. Tilnærmingen har fokusert på helhetlig avklaring av hva den enkelte selv ser som viktig og av hans/hennes situasjon. De tiltakene som det gjennom dette eventuelt ble avdekket behov for, skulle gjennomføres i regi av det etablerte systemet, offentlig og privat (brukerorganisasjonen). Eventuelle tiltak en avdekket behov for som ikke lyktes iverksatt, skulle dokumenteres som mangler. Prosjektet har vært et modellforsøk, noe som innebærer at en har hatt som siktemål å finne fram til ordninger og rutiner som kan etableres også i andre kommuner/regioner.

Prosjektet har således vært et forsøk på å utvikle et helhetlig rehabiliteringstilbud for tunghørte, med utgangspunkt i personer som får tildelt høreapparat, og med utgangspunkt i de behovene brukergruppen reelt har, dvs et utviklingsprosjekt basert på en "bottom-up" tilnærming.

Prosjektet bygger på et initiativ fra leder i Brønnøy Hørselslag, Harry Nøstvik og overlege Einar Einarsen, Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen, i 2003. Initiativet resulterte i et samarbeid med Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen, Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) og Rehab-Nor om en søknad til Helse og Rehabilitering. Da det ikke ble bevilget midler her, ble Rehab-Nor spurt av HLF om å bearbeide prosjektidéen ytterligere med tanke på en eventuell søknad til Sosial- og helsedirektoratet. Tanken var at en kunne søke om midler til et prosjekt som ledd i oppfølgingen av Sosialdepartementets og Helsedepartementets handlingsplan "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede". Dette resulterte i et forslag om et prosjekt i perioden 2004 – 2006, og Sosial- og helsedirektoratet bevilget midler til det første året i mai 2004. Parallelt med søknadsbehandlingen hadde tre kommuner på Helgeland, Alstahaug, Brønnøy og Vefsn, sagt seg villige til å gå inn som prosjektkommuner.

Prosjektet skulle ifølge opprinnelig plan vært avsluttet midtveis i 2006. Grunnet forsinkelser i oppstarten har vi imidlertid fått aksept for en utvidelse av prosjektperioden til årsskiftet 2006/07.

INNHOOLD:

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn, mål, målgruppe, organisering	7
2.1. Begrepsbruk	7
2.2. Bakgrunn	7
2.3. Prosjekt mål	8
2.4. Målgruppe	9
2.5. Organisering	9
2.5.1. Prosjektledelse	9
2.5.2. Referansegruppe	9
2.5.3. Kontaktgruppe, ”hørselsnettverket”	10
2.5.4. Lokal prosjektledelse	10
3. Innfallsvinkler og metodikk i prosjektarbeidet	11
3.1. Rolleforståelse	11
3.1.1. Kommunenes rolle	11
3.1.2. Spesialisthelsetjenestens rolle	11
3.1.3. Hørselshemmedes Landsforbunds (HLFs) rolle	12
3.2. Innfallsvinkler	12
3.2.1. ”Bottom-up-utvikling”	12
3.2.2. Hørsels-rehabilitering en del av rehabilitering generelt	13
3.2.3. Personens egen kompetanse grunnleggende i rehabilitering	14
3.2.4. Likemannsarbeid som ressurs	14
3.3. Metodikk	15
3.3.1. Innledende informasjon og kontakt med kommunene	15
3.3.2. Opplæring og informasjon	15
3.3.3. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	17
Tilmeldingsrutine til kommunene	17
Kurs for personer med nedsatt hørsel og deres nærpersoner	17
4. Resultater, erfaringer	19
4.1. Tilvisning fra hørselssentralene til kommunene	19
4.1.1. Tilvisning fra de ulike hørselssentralene	19
4.1.2. Tildeling av høreapparater ved hørselssentralene	21
4.2. Prosjekt kommunenes oppfølging av tilvisningene	22
4.2.1. Forankring av prosjektet i kommunene	22
4.2.2. Kommunenes generelle utgangspunkt i forhold til ”helhetlig rehabilitering”	22
4.2.3. Etablering av et ”koordinator-korps” for oppfølging av tunghørte	23
4.2.4. Tilførsel av kunnskaper til hørselskoordinatorene	24
4.2.5. Behov for grunnleggende hørselskunnskaper i kommunene generelt	25
4.2.6. Erfaringer fra kommunenes kontakt med enkeltpersoner med hørselsnedsettelse	25
Innledende kontakt	26
Første samtale	26
Informasjon om hørselshjelperordningen	28
Hørselskoordinatorenes egen vurdering	28

4.3. Momenter fra de lokale prosjektledernes oppsummering av erfaringer.....	28
”Tidsklemma”	29
Utpeking av hørselskoordinatorer	29
Forankring i ledelsen	29
Kompetanse	29
Samarbeid med sentral prosjektleder.....	30
Nytte av ”Nettverket”	30
Endringer som følge av prosjektet.....	30
Utfordringer.....	30
4.4. Hørselssentralenes erfaringer og vurderinger.....	31
”Rehabilitering”	31
Hørselssentralenes ansvar for rehabilitering.....	31
Kommunenes ansvar for rehabilitering	32
Tanker om framtidig rutine for samspill mellom hørselssentral og kommune.....	32
4.5. Lærings- og mestringssentrene erfaringer og vurderinger	33
4.6. Erfaringer med samarbeid med interesseorganisasjonen (HLF).....	34
5. Drøfting	35
5.1. Kommunene	35
5.1.1. Førstekontakten mellom koordinator og høreapparatbrukeren.....	36
5.1.2. Avklaringsamtalene.....	36
5.1.3. Dokumentasjon	39
5.1.4. Oppfølging av enkeltsaker	40
5.1.5. Koordinatorenes kompetanse.....	40
5.1.6. Rammene for utøvelsen av koordinatorrollen.....	41
5.2. Hørselssentralene.....	42
5.2.1. Rutinen for tilmelding fra hørselssentral til kommune	42
5.2.2. Andre innspill om hørselssentralenes arbeid og rutiner.....	43
5.2.3. Hørselssentralen i Namsos.....	44
5.3. Kurs for høreapparatbrukere og deres nærpersoner	45
5.4. Brukerorganisasjonen.....	46
5.5. Drøfting av spørsmål fra Sosial- og helsedirektoratet.....	47
5.5.1. Har Forskrift om rehabilitering og habilitering og om individuell plan gitt noen konsekvenser for synet på behovet for helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede?	47
5.5.2. Likemannsarbeid som reelt supplement til offentlig hørselsrehabilitering?.....	49
5.5.3. Nødvendig basiskunnskap for å kunne ivareta koordinatorrollen for hørselshemmede i en rehabiliteringsprosess.....	49
5.5.4. Forutsetninger for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid så vel vertikalt som horisontalt.	50
6. Konklusjon, anbefalinger	51
6.1. Elementer i et anbefalt framtidig rehabiliteringstilbud for tunghørte.....	51

1. Sammendrag.

Rapporten oppsummerer prosjektet ”Modellforsøk med helhetlig rehabilitering for tunghørte” som er gjennomført i perioden høsten 2004 – årsskiftet 2006/-07.

I prosjektet har tre kommuner på Sør-Helgeland kontaktet personer som har fått tildelt høreapparat for å avklare deres erfaringer med apparatene og eventuelle behov for helhetlige rehabiliteringstiltak utover høreapparatene. Kontakten med høreapparatbrukerne er ivarettatt av kommunale medarbeidere som har fått rollen som ”hørselskoordinatorer”, og som har fått tilbud om noe opplæring i forhold til denne rollen, herunder generell koordinatoropplæring og litt grunnleggende omkring hørsel, hørselsnedsettelse, konsekvenser av hørselsnedsettelse og mulige tiltak.

Hver av kommunene ble med i prosjektet etter beslutning på faglig/administrativt nivå, dvs. helse- og sosialsjef eller tilsvarende. En fagperson ble utpekt i hver av kommunene som ”lokal prosjektleder”. Denne rollen innebar å være kontaktperson for Rehab-Nor i prosjektperioden og ha et lokalt pådriveransvar i forhold til utvikling og oppfølging av rutiner og aktiviteter som ledd i prosjektet.

Prosjektet bygger på et initiativ i 2003 fra leder i Brønnøy hørselslag. Lederen hadde gjennom egne og andres erfaringer sett at mange personer med nedsatt hørsel får tap av livskvalitet som følge både av sviktende oppfølging utover ren tildeling av høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemidler og av mangelfull samordning av tilbud og tiltak.

Prosjektets hovedidé har vært å avdekke behov for rutiner, tiltak og tilbud som ledd i helhetlig rehabilitering for tunghørte (definert som personer som har fått høreapparat) gjennom en individuell tilnærming. Ved å samhandle med den enkelte tunghørte om livssituasjonen og avklaring av individuelle mål, og dernest samarbeide tverrfaglig om forslag til egnede tiltak med utgangspunkt i disse målene, skulle behovet for tiltak avdekkes ”bottom-up”. Metodikken er den samme som er utviklet av Rehab-Nor for arbeid med individuelle planer generelt, og arbeidet har vært forankret i tre prosjektkommuner. Prosjektet har imidlertid vært helt avhengig også av et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten (hørselssentralene, lærings- og mestringssentrene) så vel faglig som i forhold til informasjonsutveksling.

Vi har tatt sikte på å gjennomføre prosjektet som et modellforsøk med vekt på å utvikle ordninger og kunnskap som kan anvendes også i andre kommuner/regioner.

Sosial- og helsedirektoratet bevilget midler til oppstart av prosjektet i mai 2004. Alstahaug, Brønnøy og Vefsn kommuner sa seg villige til å gå inn som prosjektkommuner. Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen påtok seg å være ”døren til spesialisthelsetjenesten”.

Et viktig delmål har vært å avklare hvordan ressursene som finnes etablert gjennom HLFs lokallag, ikke minst deres hørselshjelper-ordning, kan trekkes inn i et konstruktivt samspill med de offentlige ressursene i målrettet arbeid med helhetlig rehabilitering for tunghørte.

Vi har lagt vekt på at det på kommunenivå utvikles rehabiliteringstankegang og –tilbud for tunghørte som ledd i utviklingen av rehabiliteringstilbudet rent generelt. Prinsipielt er det ikke noe som skiller denne brukergruppen fra andre brukergrupper. Arbeidet med tunghørte stiller de samme krav til grunnleggende tenkning og forståelse, generelle rutiner og tilnærminger samt organisering som helhetlig rehabiliteringsarbeid for andre grupper. Derfor har vi i prosjektet innledningsvis lagt ned arbeid i å gi prosjektkommunene del i erfaringer og komme med innspill og forslag til arbeidet med rehabilitering generelt. I dette har Rehab-Nor dratt nytte av flere års erfaring fra praktisk samarbeid med ulike kommuner og institusjoner om utvikling av helhetlige individuelle planer som verktøy for bedre kvalitet og ressursutnyttelse.

I den innledende fasen av prosjektet la vi således stor vekt på opplæring og informasjon, om helhetlig individuell planlegging med fokus på individuell livskvalitet generelt og om hørsel og hørselshemming spesielt. Vi bidro aktivt i utviklingen av rutiner, dokumentasjonsverktøy og organisering

bl a av personlige koordinatorene for arbeid med individuelle planer. Etter hvert begrenset vi imidlertid fokuset til arbeidet med personer med hørselsnedsettelse. Som ledd i dette satset vi på å gi en mindre gruppe kommunale medarbeidere som spesielt skulle følge opp nye høreapparatbrukere i prosjektperioden ("hørselskoordinatorene") spesiell kunnskap omkring hørsel og hørselshemming.

Parallelt med de innledende prosessene i kommunene utarbeidet vi i samarbeid med spesialisthelsetjenesten forslag til en enkel rutine for melding om nye høreapparatbrukere fra hørselssentralene til kommunene, basert på samtykke fra den enkelte person. Tanken var at når kommunene får slike meldinger, skal en av hørselskoordinatorene i løpet av relativt kort tid ta kontakt med høreapparatbrukeren med tanke på å avklare om det kan være aktuelt å innlede et samarbeid for å støtte vedkommendes videre rehabiliteringsprosess.

Tilmeldingene fra spesialisthelsetjenesten til kommunene var således en basis for prosjektets "bottom-up"-baserte tilnærming. Det viste seg imidlertid uventet vanskelig å få tilmeldingsrutinen til å fungere. Først fra høsten 2005 begynte kommunene å få et visst tilsig av meldinger.

I løpet av prosjektperioden fram til utgangen av august 2006 fikk prosjektkommunene informasjon fra hørselssentralene om i alt 94 personer som hadde fått tildelt høreapparat. Så godt som alle disse er blitt kontaktet av en hørselskoordinator, med spørsmål om erfaringene med høreapparatene så langt og tilbud om et hjemmebesøk for nærmere samtale. Det var store ulikheter mellom kommunene i forhold til hvor mange som takket ja til dette tilbudet. I en av kommunene svarte en av vel 30 "nei" til nærmere samtale. I en annen av kommunene svarte et klart flertall "nei" til hjemmebesøk, men var villige til en samtale pr telefon.

I samtalene som har vært mellom hørselskoordinatorene og høreapparatbrukere har det kommet fram noen spørsmål og problemer knyttet til høreapparatene og andre tekniske hjelpemidler. Disse er i stor utstrekning henvist videre til kommunenes hørselskontakter. I enkelte tilfeller er de tatt opp med hørselssentralen som har levert ut høreapparatet. I langt mindre utstrekning har samtalene avdekket noe ønske eller behov for å gå videre i forhold til psykososiale konsekvenser av hørselstapet. I de tilfellene en ut fra hørselskoordinatorenes dokumentasjon ser at slike konsekvenser har vært antydning, har ikke dette blitt fulgt videre opp. Det kan således se ut til at hørselskoordinatorene ikke har sett klart nok som sin rolle å fange opp slike forhold, og kanskje ikke har sett hvordan kommunen kan bidra med videre oppfølging av.

Vi har lagt vekt på at hørselskoordinatorene også har informert om de lokale hørselslagenes likemannsordning, hørselshjelperne, i kontakten med høreapparatbrukerne. Dette har fungert best der hørselslagene har hatt oppdatert skriftlig informasjonsmateriell som koordinatorene har kunnet levere ut.

Et tilbud som brukerorganisasjonen allerede i utgangspunktet visste det var stort behov for, var opplæring av personene med nedsatt hørsel og deres nærmeste om konsekvenser av hørselshemming, herunder også mulige tiltak. Brønnøy hørselslag hadde i egen regi allerede tidligere arrangert slike kurs. Samtidig mente vi at ut fra gjeldende ansvars- og oppgavefordeling var det i hovedsak spesialisthelsetjenestens ansvar å tilby slik opplæring som ledd i dens generelle ansvar for brukeropplæring. I praksis ivaretas dette ansvaret i stadig økende grad av lærings- og mestringssentrene. Lærings- og mestringssenteret ved sykehuset i Sandnessjøen tok, etter initiativ fra prosjektet, tidlig i 2005 ansvar for å utvikle et tilbud til tunghørte. Erfaringene og ressurser fra Brønnøy hørselslag ga denne prosessen en "flying start", som en så har kunnet videreutvikle tilbudet ut ifra. Det ble innen årsskiftet 2006/07 gjennomført i alt sju kurs, hvert over to dager, ett i Brønnøysund, ett i Mosjøen og resten i Sandnessjøen. Tilbakemeldingene fra deltakerne er positiv, og vi mener Lærings- og mestringssenteret har kommet langt i å utvikle et konsept som fungerer godt og som kan realiseres også andre steder.

Rapporten oppsummerer i kap. 4 resultater og erfaringer. I kap 5 analyserer og drøfter vi resultatene og erfaringene nærmere, mens vi i kap. 6 presenterer våre anbefalinger i form av en beskrivelse

av sentrale elementer i et helhetlig rehabiliteringsopplegg for personer med nedsatt hørsel **slik vi med bakgrunn i dette og andre prosjekter mener det bør være**. Disse elementene er, stikkordmessig oppsummert:

- Skriftlig informasjon fra hørselssentral allerede ved første innkalling til time.
- Ambulerende tilbud fra hørselssentralene for å redusere reiseavstand for pasientene.
- På lenger sikt: Det legges vekt på samtaler for helhetlig avklaring av pasientenes situasjon og behov allerede som grunnlag for vurdering av høreapparat eller andre løsninger ved hørselssentralen. Dette forutsetter økonomiske rammer som gir rom for slik tilnærming. Like viktig forutsetning er imidlertid felles grunnleggende rehabiliteringsforståelse, nødvendig tverrfaglig kompetanse og metodekunnskaper i forhold til helhetlig arbeid med individuelt livskvalitetsfokus.
- På kortere sikt: Som minimumsstandard gjelder at alle nye som er aktuelle for høreapparat gis reelle muligheter til å prøve minst to-tre ulike typer, og at en gjennomfører de etterjusteringene som skal til for at bruker skal oppleve at funksjonen blir optimal. Dessuten: Som ledd i utprøvningsprosessen legges det betydelig vekt på å gi pasientene kunnskap, bl a om fordeler og ulemper, muligheter og begrensninger ved ulike løsninger. Informasjonen gis både muntlig og skriftlig.
- Hørselssentralene informerer også om og demonstrerer andre tekniske hjelpemidler, og er eventuelt behjelpelige med søknader om slike når behovet er åpenbart.
- Dersom høreapparatbruker ikke motsetter seg det, sender hørselssentralene informasjon til hjemkommunene om personer som har fått tildelt høreapparat.
- Kommunene har, som del av sitt ”korps” med personlige koordinatore, noen som har spesielt ansvar for oppfølging av personer med nedsatt hørsel. Spesialisthelsetjenesten tilbyr regelmessig disse ”hørselskoordinatorene” opplæring i tema omkring hørsel, hørselshemming, kommunikasjon, høreapparater og andre tekniske løsninger og forhold knyttet til det å leve med hørselsnedsettelse
- Personene som får høreapparat innkalles sammen med nærpersion til kurs i regi av lærings- og mestringssenter en tid (inntil tre måneder) etter at høreapparat er utkvittert.
- På disse kursene deltar også hørselskoordinatorene fra kommunene, som bruker denne anledningen til å etablere kontakt med høreapparatbrukerne og gjøre eventuelle avtaler om videre kontakt.
- I samsvar med klare styringssignaler fra sentrale myndigheter er det lagt systematisk til rette for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, mellom kommunene og andre deler av det statlige hjelpeapparatet (NAV, Statped mv), mellom kommunene og HLFs hørselshjelperordning lokalt, og internt i kommunene. Samarbeidet bygger bl a på prosesser som har omfattet:
 - Felles forståelse for grunnleggende verdier og mål. Kunnskap om ansvars- og oppgavefordeling.
 - Etablering av klare samarbeidsrutiner, herunder ansvars- og rollebeskrivelser.
 - Felles dokumentasjonsrutiner og –verktøy.
 - Klare rutiner for informasjonsflyt mellom samarbeidsparter.
 - Vekt på gode faglig kvalifikasjoner hos samarbeidspartene, som basis for trygghet og rausheit i samarbeidet.

2. Bakgrunn, mål, målgruppe, organisering

2.1. Begrepsbruk

Det er i seinere tid blitt diskutert hvilket begrep som skal brukes for ”tjenesteyter med hovedansvaret”¹ i kommunens arbeid med helhetlige individuelle planer. Begrepet ”personlig koordinator” er svært innarbeidet i praksis, og begynner etter hvert å få et noenlunde definert innhold. Fra ulike hold er det framholdt at dette begrepet ikke er fullgodt, bl a fordi rollen omfatter mer enn ”koordinering”, som lett tolkes som ”koordinering av tjenester”. Fra sentrale myndigheter er det foreslått ”planansvarlig” eller ”ansvarlig tjenesteyter”. Heller ikke disse begrepene er, etter vår vurdering, gode og dekkende. ”Planansvarlig” signaliserer for generelt ansvars plassering hos kommunens medarbeider, mens et viktig element i moderne rehabiliteringstenkning og et sentralt mål i arbeidet med individuelle planer er ansvarliggjøring av personen planen gjelder for. I forhold til ”ansvarlig tjenesteyter” gjelder samme innvending, og dessuten at dette begrepet i altfor stor grad fokuserer på ”tjenesteyting” mens helhetlig arbeid med individuelle planer skal ha et videre perspektiv. Dessuten må alle som ”yter tjenester” i en sammensatt enkeltsak selvsagt være ”ansvarlige”.

Vi skulle gjerne sett at en hadde kommet med en alternativ betegnelse på ”personlig koordinator”, men mener at et slikt alternativ enda ikke foreligger. Dessuten skal en ha gode grunner til ikke å bruke et allment innarbeidet begrep når en skal kommunisere til mange ulike grupper som f eks personale i kommunene. Vi velger derfor fortsatt å bruke begrepet ”personlig koordinator” i påvente av at det eventuelt kommer opp gode alternativer som viser seg å bli forstått og akseptert og derfor slår igjennom.

2.2. Bakgrunn

Tunghørte utgjør en relativt stor gruppe personer. Ifølge Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 er ca. 14 % av befolkningen så hørselshemmet at det får konsekvenser for deltagelse sosialt og i arbeidslivet. Det å være tunghørt må normalt anses som en kronisk lidelse, som gir behov for tiltak i perioder fra diagnose stilles og etter behov ut livet.

Lov om spesialisthelsetjenesten og lov om helsetjenesten i kommunene med tilhørende forskrifter² gir tunghørte samme rett til rehabilitering som personer med andre funksjonshemninger. Det vektlegges dessuten at tilbudet skal være helhetlig og koordinert, slik at det fanger opp og målretter all innsats for ”å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”³.

I desember 2002 la Helsedepartementet og Sosialdepartementet sammen fram et felles plan-dokument: ”Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet.” Denne planen formulerer følgende som overordnede mål for rehabilitering av hørselshemmede:

Hørselshemmede får dekket sine individuelle behov for habilitering/rehabilitering uavhengig av bosted og alder.

¹ Jf ”Individuell plan 2005 - Veileder til forskrift om individuell plan”, Sosial- og helsedirektoratet september 2005, kap. 5.

² Forskrift om habilitering og rehabilitering, Forskrift om individuelle planer.

³ Sitert fra definisjonen av habilitering og rehabilitering i Forskrift om habilitering og rehabilitering.

Rehabiliteringstjenestene skal være sammenhengende, tverrfaglige og tverretatlige og bygge på et helhetssyn. Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

Behovet for grunnleggende og spesialisert rehabilitering blir ivaretatt av fagpersonell med hørselsfaglig kompetanse når dette er nødvendig, og hvor brukermedvirkning er vektlagt.

Et slikt helhetlig rehabiliteringstilbud innebærer behov for samarbeid mellom flere instanser med hvert sitt delansvar, bl a helsetjenesten på 1., 2. og 3.-linjenivå, pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, skole-/opplæringsmyndighetene, NAV m fl. Frivillige organisasjoner som Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) har ingen lovbestemt rolle, men representerer en viktig ressurs, ikke minst gjennom hørselshjelperordningen.

Leder i Brønnøy Hørselslag Harry Nøstvik tok i utgangspunktet initiativet til prosjektet allerede i 2003. Nøstvik la sammen med bl a Helgelandssykehuset HF, HLFs sentrale sekretariat og Rehab-Nor ned et betydelig arbeid i planlegging og utforming av en prosjektsøknad til Helse og rehabilitering, som imidlertid ikke bevilget midler i sin tildeling i november 2003. Det ble da enighet mellom Nøstvik, HLFs sekretariat og Rehab-Nor om at Rehab-Nor skulle utforme en justert søknad. Denne ble sendt til Sosial- og helsedirektoratet, som innvilget støtte til planlagt arbeid i 2004⁴.

2.3. Prosjektmål

Prosjektet har hatt følgende mål:

Utvikle og prøve ut et helhetlig og samordnet rehabiliteringstilbud for tunghørte ut fra individuelle behov. Dokumentere løsninger og erfaringer, og gjøre disse tilgjengelige for øvrige kommuner, fagmiljø og myndigheter.

Rehabiliteringstilbudet skal fungere i forhold til brukers liv og hverdag, og skal derfor forankres i kommunene. Det skal imidlertid fungere i samspill også med spesialisthelsetjenesten, Aetat, trygdeetat og andre parter som naturlig inngår i et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Prosjektets mål har således vært å fremskaffe kunnskap om hva målrettet arbeid med helhetlig rehabilitering av den enkelte tunghørte utløser av behov for faglig bistand, opplæring og andre tilbud, og hvordan arbeidet bør organiseres.

Utprøvingen er foretatt i kommunene Vefsn, Brønnøy og Alstahaug på Helgeland, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen og Mo, inkludert Lærings- og mestringssenteret i Sandnessjøen, og brukerorganisasjonen HLF med lokallagene i hver av prosjektkommunene.

Prosjektet bygger på samme forståelse av begrepet helhetlig rehabilitering og samme vurderinger av status og utfordringer som beskrevet i departementenes plan, "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede"⁵. Prosjektet har som mål å utvikle og prøve ut praktiske løsninger for "vanlige" kommuner, og dokumentere kritiske faktorer for å få disse til å fungere. Prosjektet kan således oppfattes som et modellprosjekt.

⁴ Jf tildelingsbrev datert 27. mai 2004.

⁵ Helsedepartementet og Sosialdepartementet: "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet." Oslo desember 2002

2.4. Målgruppe

Gruppen hørselshemmede er stor og uensartet. I gjennomføringen av dette modellprosjekt har det vært nødvendig å foreta en avgrensning. Prosjektet har således tatt sikte på å utvikle og prøve ut **helhetlig rehabiliteringstilbud for nye høreapparatbrukere.**

Rehabilitering av barn og ungdom i skolealder er dekket av særskilte lovbestemmelser, og har ikke blitt definert inn under prosjektarbeidet. Andre typer hørselsproblemer, som tinnitus og Morbus Meinière, krever ofte spesielle tiltak, og har også bare i liten grad vært tema i dette prosjektet.

2.5. Organisering

2.5.1. Prosjektledelse

Rehab-Nor har hatt ansvaret som prosjektledelse. I dette har ligget ansvar for oppfølging og styring i forhold til mål og rammer og avtaler som er gjort for prosjektet.

Prosjektansvarlig har vært forskningssjef Øivind Lorentsen, Rehab-Nor.

Prosjektleder har hatt ansvar for praktisk gjennomføring, koordinering og framdrift, initiativ, registrering, dokumentering, rapportering og spredning av erfaringer og resultater.

Prosjektleder har vært seniorforsker Alf Reiar Berge, Rehab-Nor.

2.5.2. Referansegruppe

Tanken med referansegruppas var at den skulle fungere som et forum for drøfting av de ulike parter erfaringer og synspunkter, og for innspill til prosjektledelsen. Referansegruppa har bestått av

Harry Nøstvik, leder Brønnøy Hørselslag

Steinar Antonsen, organisasjonssjef / fung. generalsekretær Steinar Antonsen, HLF

Solveig Schanche Arntzen, leder Vefsn Hørselslag (1. vararepresentant for Nøstvik)

Britt Ina Hals, kommuneergoterapeut / hørselskontakt / kontaktperson Alstahaug kommune

Beate Henriksen, prosj.leder Lærings- og mestringscenteret, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Jan Erik Israelsen, teknisk audiolog / seksjonsleder, Hørselsentralen, Nordlandssykehuset, Bodø

Inger-Lise Haakstad, overlege ØNH Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Marit Hermstad Løvlien, sykepleiefaglig rådgiver, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Alf Reiar Berge, seniorforsker/prosjektleder, Rehab-Nor (møteleder og referent)

Rune Lie, kommuneergoterapeut / hørselskontakt / kontaktperson Brønnøy kommune

Hans Leo Dagsvik, kommunefysioterapeut / kontaktperson Vefsn kommune.

Referansegruppa møttes 4. mars 2005 i Sandnessjøen. Hovedsaker var problemene med å få etablert melderutinen fra hørselssentralene til kommunene, status for etableringen og organiseringen av prosjektet i kommunene, og prinsipper for samhandling mellom kommunene og HLF.

Det var tenkt at referansegruppen skulle møtes flere ganger for å ta opp erfaringer og utfordringer i løpet av prosjektperioden. Når dette ikke ble slik, skyldes det en kombinasjon av flere forhold:

- Problemene med å få prosjektet i gang, hovedsakelig grunnet manglende tilmeldinger fra hørselssentralene, forsinkelser og ekstra ressursbruk knyttet til dette.
- Etterspørsel etter og behov for å bruke noe mer ressurser enn forutsatt til opplæring, møter og oppfølging i kommunene for å få prosjektorganiseringen etablert lokalt.
- Utstrakt kommunikasjon pr e-post, etableringen av kontaktgruppe som e-postnettverk (se nedenfor) har vært en alternativ kanal for drøfting av erfaringer og spørsmål som har kommet opp underveis.

2.5.3. Kontaktgruppe, "hørselsnettverket"

I planene for organisering av prosjektet inngikk også en kontaktgruppe bestående av ressurspersoner innenfor hørselsområdet. Tanken var at medlemmene i denne, sammen eller enkeltvis, skulle bidra med innspill, synspunkter og erfaringer.

Vi fant det tidlig hensiktsmessig, både ut fra økonomiske og tidsmessige rammer, å etablere kontaktgruppen i form av et uformelt "nettverk" basert på e-post. Nettverket er blitt brukt for å ta opp til drøfting ulike faglige spørsmål som bl a program for brukerkurs og "kritiske faktorer" i forbindelse med utprøving og tildeling av høreapparater, og til å informere om status. Aktiviteten i "nettverket" har naturlig nok vært noe varierende, i forhold til når viktige saker er blitt reist. Men nettverket har vært nyttig både for sentral og lokal prosjektledelse, og har vært holdt oppe så lenge prosjektet varte.

Med i "nettverket" har vært:

- **Anne Merete Morskogen**, brukerrepresentant og innleder på første LMS-kurs, Tromsø
- **Beate Henriksen**, prosjektleder, Lærings- og mestringssenteret i Sandnessjøen
- **Björg Celius**, audiopedagog, Statped, Bodø
- **Britt Ina Hals**, kommuneergoterapeut og lokal prosjektleder, Alstahaug
- **Bård Ellingsen**, audiograf, Helgelandssykehuset avd. Mo i Rana
- **Grete Bang**, sykepleiefaglig rådgiver og lokal prosjektleder, Brønnøy
- **Hans Leo Dagsvik**, sjefsfysioterapeut og lokal prosjektleder, Vefsn
- **Harry Nøstvik**, leder Brønnøy hørselslag
- **Hilda Wågan**, driftsavdelingsleder Lærings- og mestringssenteret, Sømna
- **Inger-Lise Haakstad**, overlege ØNH Helgelandssykehuset HF avd Sandnessjøen
- **Jan Erik Israelsen**, avdelingsleder, Hørselssentralen, Nordlandssykehuset avd. Bodø
- **Ken Mathisen**, rehabansvarlig, audiograf, Helgelandssykehuset avd. Mo i Rana
- **Randi Åsheim**, seksjonsleder, audiopedagog, Hjelpemiddelsentralen i Nordland, Bodø
- **Rune Lie**, kommuneergoterapeut og lokal prosjektleder, Brønnøy.

2.5.4. Lokal prosjektledelse

Helgelandssykehuset og hver av prosjektkommunene har utpekt lokale prosjektledere. Disse har hatt ansvaret for å være den sentrale prosjektledelsens kontaktpunkt i sykehuset og kommunene, herunder å legge til rette for utvikling av strukturer og rutiner for arbeidet med enkeltsaker, inklusive samarbeidet på tvers av nivåer og etater. Dette gjelder spesielt de kommunale etatene for helse, sosial, skole og utdanning, kultur og fritid, men det må også etableres strukturer for samarbeid med aetat og trygdesystemet.

Også i hvert av lokallagene av HLF i prosjektkommunene har prosjektet hatt kontaktperson.

3. Innfallsvinkler og metodikk i prosjektarbeidet

3.1. Rolleforståelse

Rehab-Nor har lagt vekt på at prosjektet skal bygge på en felles forståelse av de ulike partenes ansvar og oppgaver i forhold til helhetlig rehabilitering for personer med hørselsnedsettelse. Vi redegjør for denne forståelsen i det følgende.

3.1.1. Kommunenes rolle

Kommunene har hovedansvaret for å planlegge og etablere et helhetlig tilbud til alle med behov for rehabilitering. Tilbudet skal vektlegge brukermedvirkning, og det skal bygge på det enkelte individets mål og prioriteringer samt ansvar og forpliktelser individet har som borger.

For den enkelte er det viktig at tiltak som spesialisthelsetjenesten tar initiativ til og eventuelt iverksetter følges opp og videreføres som ledd i en kontinuerlig og helhetlig prosess. Ansvar for dette ligger normalt på kommunen. Utvikling av hensiktsmessige kommunikasjons- og samarbeidsrutiner mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har derfor vært en sentral oppgave i prosjektet.

Kommunenes videre arbeid med enkeltsakene skal skje etter samme grunnleggende ideologi og på samme ledd (inklusive eventuell bruk av individuelle planer) som deres arbeid med helhetlig rehabilitering for andre brukergrupper. Vi har imidlertid sett at det i tillegg til generell grunnleggende rehabiliteringskompetanse har vært behov for å bygge opp noe spesifikk kompetanse hos kommunale medarbeidere som har gått inn i rollen som ”hørsels-koordinatorer”. Dette har gått på grunnleggende kunnskap om hørsel og hørselshemming, praktiske konsekvenser vedrørende hørselsnedsettelsen, eventuelle psykososiale konsekvenser, om kommunikasjon og praktisk tilrettelegging, og om bruk og enkelt vedlikehold av hørselsteknisk utstyr.

”Helhetlig rehabilitering” innebærer at tilbud og opplegg for den enkelte skal ta utgangspunkt i hele personens situasjon på alle aktuelle livsarenaer (hjem, skole/opplæring, arbeid, fritid). Med den ansvars- og oppgavefordelingen som er utviklet mellom ulike etater og nivåer i samfunnet betyr et slikt helhetsperspektiv en utfordring i forhold til å styrke samarbeidet mellom ulike instanser med hver sine ansvarsområder. Det er videre behov for å etablere rutiner og kultur for kommunens samarbeid med ressurser som lærings- og mestringssentrene, RKK⁶ og HLFs hørselshjelpere. Slikt samarbeid kan gå på gjennomføring av tiltak i henhold til den enkelte hørselshemmedes individuelle mål, men også på opplæring av kommunalt ansatte.

Tanken med prosjektet har vært at vi, med utgangspunkt i de erfaringene som høstes underveis gjennom arbeidet med enkeltsaker, skal analysere nærmere rolle- og oppgavefordelingen så vel som rutinene for samhandling mellom de ulike aktørene.

3.1.2. Spesialisthelsetjenestens rolle

For personer med hørselshemming er spesialisthelsetjenesten som regel det samme som hørselssentral eller privatpraktiserende ØNH-spesialist. I det geografiske området som prosjektet er gjennomført i, har det i prosjektperioden ikke vært noen privatpraktiserende ØNH-spesialister. Spesialisthelsetjenesten har omfattet i hovedsak Helgelandssykehuset HF (avdelingene i Mo i Rana, Sandnessjøen og, i deler av perioden, Mosjøen). Innledningsvis var det også flere, spesielt fra kommunene

⁶ RKK: Regionalt KompetanseKontor, et interkommunalt samarbeid for kompetanseheving av kommunalt ansatte i Grane, Hattfjeldal og Vefsn kommuner.

på Sør-Helgeland, som benyttet hørselssentralen i Namsos. Etter at Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen fikk tilsatt audiograf, synes det som om søkningen herfra til Namsos har falt kraftig⁷.

Noen få personer med hørselshemming fra det aktuelle distriktet betjenes også av Hørselssentralen ved Nordlandssykehuset HF Bodø.

Spesialisthelsetjenestens ansvar er diagnostikk og eventuell behandling av hørselstap. Til dette hører også⁸:

Sørge for at brukeren får tilstrekkelig opplæring til å ta høreapparatet i bruk

Følge opp brukeren med ny konsultasjon enten på hørselssentralen eller i brukerens nære miljø

Sørge for veiledning av kommunehelsetjenestens personell slik at de blir i stand til å veilede brukeren på egenhånd og forstå når hørselssentralen må kontaktes på nytt

Hørselssentralen har et ansvar for å informere brukerne om deres rettigheter til høreapparat og andre hjelpemidler

Hvis hørselssentralen/fylkeskommunen av ulike årsaker ikke er i stand til å gjennomføre opplæring og veiledning overfor enkelte brukere selv, skal man sørge for at dette blir gjort på andre måter, eventuelt i samarbeid med andre organer.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for opplæring og veiledning ivaretas i økende grad av lærings- og mestringssentrene. I prosjektets virkeområde er det slike sentre i Mosjøen og Sandnessjøen, det siste er etablert i løpet av prosjektperioden.

3.1.3. Hørselshemmedes Landsforbunds (HLFs) rolle

HLF har hatt en sentral og selvfølgelig rolle i hele prosjektarbeidet som representant for brukerne. Dessuten har vi sett på HLFs hørselshjelpere som en ressurs i arbeidet med instruksjon og opplæring av både kommunale medarbeidere og enkeltbrukere, samt realisering av tiltak i henhold til enkelt-hørselshemmedes mål og behov. Lokallagene i HLF er derfor søkt trukket med i prosjektet.

Samarbeid mellom det offentlige hjelpeapparatet og brukerorganisasjonene i forhold til den enkelte personen med hørselshemming må imidlertid bygge på en avklaring av rollene som til en hvis grad har manglet hittil, jf kap 3.2.4 nedenfor.

3.2. Innfallsvinkler

3.2.1. "Bottom-up-utvikling"

En sentral tanke med prosjektet har vært at de tre prosjektkommunene Vefsn, Brønnøy og Alstahaug, gjennom systematisk samarbeid med "nye" høreapparatbrukere, skal avklare hva som må falle på plass for at den enkelte kan mestre hverdagen og leve best mulig med sin hørselsnedsettelse, ut i fra en helhetlig tilnærming. I den grad det avdekkes behov for tiltak fra det offentlige har en, så langt mulig, benyttet etablerte ressurser eller andre tilbud som måtte finnes. Eventuelle "hull" i tilbud og ressurser som avdekkes skal påpekes, og "tettes". Dette skal skje i samarbeid med lokale og regionale ressurser på området. Det har også vært viktig å understreke at å avklare tiltak som den enkelte hørselshemmede selv må ta ansvar for er en naturlig del av et helhetlig rehabiliteringsarbeid.

⁷ Informasjon til prosjektleder i telefonsamtale med overlege Eskil Bjørgan, Namsos, 26.04.05.

⁸ Fra Statens Helsetilsyns veileder 3-2000 "Habilitering og rehabilitering ved synstap og hørselstap" kap. 6.2.2.3.

På denne måten har vi ønsket å gjennomføre en utviklingsprosess som styres av de utfordringene som helhetlig samhandling med den enkelte hørselshemmede avdekker, - en bottom-up utviklingsprosess med ”sentrum i bruker”.

Samarbeidsprosessen med hørselshemmede har vært forankret i deres hjemkommuner, som er tilagt basisansvaret for rehabilitering uansett brukergruppe.

3.2.2. Hørsels-rehabilitering en del av rehabilitering generelt

Prosjektet har vært rettet mot helhetlig rehabilitering for personer med nedsatt hørsel. Kommunene har ansvar for helhetlig planlegging basert på moderne rehabiliteringstenkning for alle som har behov for det, uansett diagnose. Mange av utfordringene kommunene står overfor i dette er generiske, dvs felles for all helhetlig tjenesteyting uansett brukergruppe. Vi tenker da bl a på:

- Grunnleggende ideologi og forståelse for sentrale begrep som ”brukermedvirkning”, ”verdighet”, ”ansvarliggjøring”, ”prosess” og ”helhet”
- Viktige organisatoriske forutsetninger som lederforankring, systemkoordinator (”koordinerende enhet”) og personlig koordinator
- Innfallsvinkler og arbeidsmetodikk som vektlegger samtale og prosess som verktøy for å få fram personens eget ståsted og prioriteringer som grunnlag for eventuelle tiltak
- Dokumentasjonsrutiner og –verktøy, herunder bruk av helhetlige individuelle planer, -enkle i noen saker, mer omfattende i andre

Vi har derfor oppfordret og utfordret prosjektkommunene til å la prosjektarbeidet med gruppen tunghørte inngå som en integrert del av en bredere videreutviklingsprosess for implementering av individuelle planer med utgangspunkt i den enkelte personens helhet og egne mål. Dette sa samtlige tre kommuner seg interesserte i fra starten.

Fra flere tilsvarende prosesser i andre kommuner vet vi en del om hva som er spesielt viktig for at moderne helhetlig rehabiliteringstenkning og bruk av helhetlige individuelle planer skal bli implementert i kommunene. Vi tenker da spesielt på:

- Helhetlig arbeid krever samhandling mellom ulike instanser og kulturer (helse, sosial, barnevern, opplæring/skole, pleie og omsorg, NAV/Aetat + trygd). Samhandlingen skal skje mot felles mål, nemlig personens. Når utgangspunktet er organisatorisk, faglig og kulturell oppsplitting og ulike rutiner i de ulike instansene, innebærer implementering av moderne helhetlig rehabiliteringstenkning betydelige utfordringer i forhold til systemutvikling. I kommunene må slik systemutvikling forankres på rådmannsnivå, som er det eneste nivået som er overgripende for alle de kommunale ressursene. En person bør gis mandat og oppgave som kommunens ”prosjektleder” for denne utviklingsprosessen.
- Helhetlig rehabilitering krever innfallsvinkler og arbeidsrutiner som flytter oppmerksomhet fra faglig definerte mål og ”behov” til hva den enkelte person selv ser som spesielt viktig for egen livskvalitet. Så vel vår egen som andres erfaring viser at dette er krevende. Bl a forutsetter det avlæring og ny innlæring hos fagpersoner på områder som rolleforståelse, metodikk, rutiner i tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon.
- All erfaring viser at personlig koordinator-funksjonen er av grunnleggende betydning for at intensjonene med helhetlig rehabilitering og individuelle planer skal realiseres. Koordinatorrollen må læres, og er grunnleggende den samme uansett personens ”diagnose”. Læringen kan ikke foregå ved at man reiser på et kurs eller to, den må i praksis skje gjennom en prosess der en veksler mellom opplæring, praktisk arbeid med enkeltsaker og veiledning enkeltvis og i grupper. Etablering av en veiledningsordning for koordinatorene er derfor en sentral faktor. Dessuten må koordinatorene gis mulighet, bl a tid, til å ivareta koordinatorfunksjonen. I innlednings-

fasen vil den kreve noe ekstra tid. Det er et lederansvar å legge til rette slik at vedkommende kan ivareta rollen uten å måtte ta av sin fritid eller uten å være den som pålegger kolleger mer arbeid.

- Dokumentasjon av samhandlingsprosessene er viktig, ikke som selvstendig målsetting, men for å støtte og kvalitetssikre prosessene, og for å sikre at alle aktører arbeider mot felles mål. Vi vet at både utformingen av dokumentasjonsverktøyene ("malene") og prosedyrene for utfyllingen av dem påvirker prosessen, spesielt når koordinator er ny og usikker. Det er derfor nødvendig å vurdere kommunenes utforming av maler og prosedyrer ut fra dagens ideologi og forståelse, og ut i fra den betydelige erfaring som etter hvert er akkumulert. Det bør være et krav at ulike deler av den kommunale organisasjonen bruker felles dokumentasjonsverktøy.

Vi mener altså at store deler av fundamentet for arbeid med helhetlig rehabilitering for tunghørte er felles med all individuell helhetlig planlegging. Vi har tatt høyde for dette spesielt i prosjektets innledningsfase. Vi har også forsøkt å ta noe høyde for det som er spesifikt for samarbeid med personer med nedsatt hørsel. Dette dreier seg om basiskunnskaper omkring funksjonshemningen og konsekvenser av den, om kommunikasjon med personer med nedsatt hørsel og om de vanligste tilbudene til gruppen.

3.2.3. Personens egen kompetanse grunnleggende i rehabilitering

Moderne rehabiliteringstenkning vektlegger den enkelte personens egen rolle og ansvar i rehabiliteringsprosessen. Som en konsekvens av dette har det vokst fram en økende forståelse for betydningen av å styrke personens egen innsikt og forståelse. Et utslag av dette er satsingen på Lærings- og mestringssentre innen spesialisthelsetjenesten. Disse skal i stor grad ivareta spesialisthelsetjenestens ansvar for opplæring av pasientene, særlig i forhold til personer med kroniske, varige lidelser. Lærings- og mestringssentrenes ideologi bygger på rehabiliteringsideologien, noe som bl a innebærer stor vekt på samarbeid med og innflytelse fra interesseorganisasjonene.

Personer med nedsatt hørsel har som gruppe et betydelig behov for veiledning og opplæring. Hørselsnedsettelse er en kommunikasjonshemning, og kan medføre psykososiale konsekvenser. Det er derfor viktig å gi personene selv innsikt, forståelse og praktisk kunnskap. Det er også viktig å gi deres viktigste kommunikasjonspartnere, dvs deres nærpå personer, slik kunnskap.

3.2.4. Likemannsarbeid som ressurs

For personer med kroniske lidelser kan det være verdifullt å få tidlig kontakt med andre med samme lidelse, men med mer erfaring og kunnskaper. Flere interesseorganisasjoner har derfor lagt mye arbeid i å etablere likemannsarbeid. Hørselshemmedes landsforbund (HLF) er en av disse, og har etablert en ordning med "hørselshjelpere" bl a i alle de tre kommunene som har vært med i prosjektet.

Det offentlige fagapparatet i Norge har begrenset tradisjon for å samarbeide med private "ufaglærte" omkring tilbudet til enkeltpersoner. Det kan sogar være riktig å si at deler av det offentlige hjelpeapparatet i praksis viser direkte skepsis til slikt samarbeid. Bakgrunnen for skepsisen kan være profesjonenes tradisjonelle nedvurdering av betydningen av uformell, erfaringsbasert kunnskap, men også hensyn i forhold til bl a taushetsplikt. På den andre siden er det etter hvert blitt aksept for at en velfungerende likemannsordning kan være langt bedre egnet til å møte deler av personenes helhetlige behov enn et formelt, fag- og regelstyrt, og oftest hardt presset offentlig hjelpeapparat.

Samtidig er det åpenbart at et samarbeid mellom det profesjonelle offentlige hjelpeapparatet og det private må bygge på en gjennomtenkt og gjensidig akseptert ansvars- og rollefordeling. Ansvaret for at den enkelte får et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud ligger etter vår oppfatning på det offentlige fagapparatet. Så er det en utfordring å avklare på hvilke områder, og på hvilke måter, det

offentlige og det private apparatet kan samarbeide for et best mulig samlet tilbud til den enkelte, uten at det blir uheldig rolleblanding og uklare ansvarsforhold. Utvikling av et helhetlig tilbud til tunghørte må gå inn i og utvikle gode svar i forhold til også disse spørsmålene.

3.3. Metodikk

I dette kapitlet vil vi kort referere hvordan vi har arbeidet i prosjektet. I utgangspunktet var prosjektet planlagt å skulle vare fra medio 2004 til medio 2006. Det viste seg imidlertid å ta betydelig lenger tid enn forutsatt å komme til den fasen der konkrete erfaringer fra samarbeid med tunghørte ga grunnlag for konkrete forslag og initiativ. Store deler av arbeidet fra prosjektstart høsten 2004 og fram til årsskiftet 2005/-06 måtte rettes mot å etablere en plattform for realisering av prosjektets mål. For å få noe mer tid til å høste praktisk erfaring med arbeid som bygget på denne plattformen søkte vi derfor om en utvidet prosjektperiode fram til årsskiftet 2006/-07. Dette ble innvilget.

3.3.1. Innledende informasjon og kontakt med kommunene

Helse- og sosialdirektoratet innvilget støtte til prosjektet i slutten av mai 2004. Bortsett fra å informere om støtten og om prosjektets planlagte innhold til de impliserte, kunne det ikke gjøres så mye før etter sommerferien -04.

I løpet av august samme år utarbeidet vi planer for og inviterte til en start-samling 15. september for involverte sykehus, kommuner og hørselslag (program for samlingen i vedlegg 1).

I månedsskiftet august-september -04 gjennomførte vi en reise til Mo i Rana v/medisinsk direktør Fred A. Mürer på Helgelandssykehuset HF og de tre prosjektkommunene, der vi møtte ansvarlig ledelse innen helse-/pleie-/omsorgs- og sosialsektoren. Dessuten besøkte vi Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen ved administrativ ledelse og faglig ØNH ledelse. Her ble prosjektplanene og de enkeltes deltakelse drøftet. Vi la vekt på at eventuell prosjektdeltakelse ville innebære forpliktelser i forhold til utpeking av en lokal kontaktperson eller ”prosjektleder” i hver kommune. Vi anbefalte at kommunene parallelt tok tak i implementering av arbeid med helhetlige individuelle planer generelt.

På startsamlingen ble utfordringene for kommunene ytterligere konkretisert. Utfordringene ble så oppsummert skriftlig i et notat som gikk bl a til prosjektkommunene i slutten av september, jf vedlegg 2. I notatet nevnte vi bl a etablering av systemkoordinatorfunksjon, utpeking av lokal prosjektleder, utpeking av ”hørselskoordinatorer”, gjennomføring av ledermøter i kommunene og innledende opplæring av medarbeidere som potensielle koordinatører.

Dette ble fulgt opp med flere omganger med besøk i kommunene, der vi forsøkte å få rom til både lederkontakt og ulike opplegg og møter med fagapparatet.

3.3.2. Opplæring og informasjon

Et hovedmål med prosjektet er å etablere ordninger og arbeidsmåter som er lokalt forankret og som derfor vil kunne fungere og utvikle seg videre etter at prosjektperioden er ferdig. Vi har lagt stor vekt på opplæring og informasjon til så vel ledernivå som medarbeidernivå i kommunene. Tema vi har vektlagt har vært

både:

- Grunnleggende ideologi, tenkning og forståelse

og:

- Hva praktisk realisering av ideologien krever så vel organisatorisk og på systemnivå som i praktisk samarbeid med den enkelte person.

Opplæringsaktivitetene kan i hovedsak deles inn som følger:

- *Ledersamlinger:*
Målgruppe: Ledere på ulike nivå, fra virksomhetsledere til rådmann. Fokus: Overordnet om helhetlig tjenesteyting, individuelle planer, med referanse til lover, forskrifter, veiledere, NOU'er, ICF⁹ mv. Viktige elementer som må på plass for å realisere helhetlig tjenesteyting og bruk av individuelle planer ("Motor" eller prosessleder, systemkoordinator, koordinator-"korps", metoder, arbeids- og dokumentasjonsrutiner, opplæring, oppfølging og veiledning). Nødvendigheten av lederforankring og aktiv lederstøtte. Lederansvar.
Til orientering viser vi til notat fra Rehab-Nor til rådmannen i Alstahaug (vedlegg 3), som basis for hennes invitasjon til ledersamling medio desember 2004.
- *Generell introduksjon til helhetlig tjenesteyting, herunder individuelle planer:*
Målgruppe: Flest mulig av de ansatte innen helse/sosial, pleie/omsorg, oppvekst/undervisning, kultur/fritid. Fokus: Grunnleggende om tenkning og verdier bak helhetlig rehabilitering og individuelle planer, om praktisk tilnærming og rutiner, om roller (personens egen, koordinators og andres roller).
- *Generell koordinatoropplæring:*
Målgruppe: Tverrfaglig og på tvers av virksomheter, ansatte som er eller kan tenke seg å gå inn i rollen som personlig koordinator. Fordypning i bakgrunn og verdisyn, roller, praktiske tilnærming, arbeidsrutiner og dokumentasjon.
Omfattet både innledende kurs, oppfølging og veiledning med utgangspunkt i enkeltsaker.
- *Om hørsel og hørselsnedsettelse:*
Grunnleggende hørsels-faglig kunnskap til koordinatorene som skal arbeide spesielt med hørselshemmede som ledd i prosjektet. Om øret, hørsel, hørselstap, konsekvenser av hørselstap, herunder også psykososiale konsekvenser. Om kommunikasjon, hjelpemidler og annen tilrettelegging. Samarbeid med lokale faglige ressurser på hørselsområdet (audiopedagoger) og lokal interesseorganisasjon.

Vedlegg 4 inneholder bl a oversikt over hvilke informasjons- og opplæringsaktiviteter som er gjennomført i de enkelte prosjektkommunene.

I tillegg har det vært til dels omfattende kontakt om så vel praktiske som mer prinsipielle spørsmål mellom Rehab-Nors prosjektleder og lokal prosjektleder i hver av de tre prosjektkommunene, pr e-post (ca 1.500 e-postmeldinger i alt) og telefon.

Som ledd i opplæringsprosessene har Rehab-Nor stilt "IPA tilrettelegger" til disposisjon for kommunene. "IPA tilrettelegger" er en metode- og verktøysamling som omfatter grunnleggende materiale omkring ideologi og verdisyn mv, forslag til praktiske tilnærminger og arbeidsmetoder, og forslag til dokumentasjonsverktøy og -rutiner. Vi har forutsatt at i arbeidet med tunghørte som ledd i dette prosjektet skal to av dokumentasjonsverktøyene benyttes: Logg og Individuell plan.

⁹ ICF - Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, full versjon (ISBN 82-7846-204-6) og Kort versjon (ISBN 82-7846-205-4), KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS)

3.3.3. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Tilmeldingsrutine til kommunene

Spesialisthelsetjenesten, ved administrativ og ØNH-faglig ledelse ved sykehuset i Sandnessjøen, var aktive i den forberedende og innledende fasen av prosjektet, og ivaretok en verdifull døråpner-funksjon bl a i forhold til kommunene.

I den innledende fasen ble det avtalt at Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen skulle fungere som ”prosjektets dør mot spesialisthelsetjenesten”. Prosjektet skulle således henvende seg til sykehuset i Sandnessjøen ved behov for samarbeid og/eller faglig bistand, uansett om de der hadde de nødvendige ressursene til å følge opp henvendelsen. Hvis ikke ville de spille på andre ressurser innenfor Helgelandssykehuset, evt. også utenfor.

I tråd med dette samarbeidet vi tett med ØNH-faglig ledelse ved sykehuset i Sandnessjøen om utarbeidelsen av første versjon av et ”tilmeldingsskjema” for informasjon til kommunene om personer som fikk tildelt høreapparat. Overlegen tok så, sist i november 2004, ansvaret for å distribuere skjemaet til Hørselssentralen på Mo og i Mosjøen og i Namsos, med anmodning om at det ble tatt i bruk ved tildeling av høreapparater til personer fra prosjektkommunene fra og med 15.12.2004. Vi ba også om at eventuelle reaksjoner på skjemaellerrutine ble meldt tilbake til Rehab-Nor.

Det viste seg imidlertid at melderutinen ikke fungerte. Vi tok dette opp med sykehuset i Sandnessjøen, også etter hvert direkte med Hørselssentralen i Namsos.

Kontakten med Namsos førte til at de to ganger sendte ca 10 kopier av audiogrammer for pasienter bosatt i Brønnøy til kommunen, uten å fylle ut tilmeldingsskjema, og uten at det framgikk om det var innhentet samtykke fra pasientene til at informasjonen ble sendt. Dette ble tatt opp med overlegen ved flere anledninger, bl a av Rehab-Nor. Praksisen ble da begrunnet med tidsnød. Etter siste kontakt, som var medio september 2005, da forenklet tilmeldingsskjema (jf nedenfor) ble sendt, har vi ikke fått noen tilbakemelding.

Helgelandsykehuset HF avd Sandnessjøen, v/ avd.dir. og sykepleiefaglig rådgiver, sendte 02.05.05, etter møte i referansegruppen brev til Helgelandsykehuset HF avd Mo med anmodning om at tilmeldingsrutinen ble tatt i bruk omgående, og dessuten om at det ble sendt informasjon om personer fra Alstahaug, Vefsn og eventuelt Brønnøy som hadde mottatt høreapparat på Mo og i Mosjøen i perioden 15.12.04 – 02.05.05.

Da heller ikke dette førte fram, tok Rehab-Nor i forståelse med overlege ØNH i Sandnessjøen direkte kontakt med Hørselssentralen på Mo, og hadde et konstruktivt møte med audiografene der medio september 2005. Her drøftet vi bakgrunnen for prosjektet og begrunnelsen for melderutinen. Det framkom under møtet ønsker fra sentralen om visse forenklinger i tilmeldingsskjemaet, noe som ble innarbeidet umiddelbart. Det justerte tilmeldingsskjemaet er vist i vedlegg 5.

Tilmeldingsrutinen kom etter dette delvis i gang på Mo/i Mosjøen for høreapparattildelinger fra og med mai 2005. Anmodningen om også å sende informasjon om personer som hadde fått høreapparat tildelt i perioden 15.12.04 – 02.05.05 ble imidlertid aldri imøtekommet.

Ved hørselssentralen i Sandnessjøen ble det ikke levert ut høreapparater 01.10.04 – 30.06.05 grunnet vakant stilling for audiograf.

Kurs for personer med nedsatt hørsel og deres nærpersoner

Fra HLFs side har det helt fra innledende arbeid med prosjektideen vært lagt vekt på at personer på Sør-Helgeland med nedsatt hørsel hadde et langt på vei udekket behov for opplæring, veiledning og støtte i forhold til å skulle fungere i hverdagen med sin funksjonshemming. Hørselslaget i Brønnøy hadde tidligere gjennomført kursopplegg i egen regi, med økonomisk støtte fra Fylkesmannen, som også hadde bevilget midler for dette i 2004.

Dermed var situasjonen den at:

- Brukerrepresentantene spilte inn et klart erfart behov for et bruker- og nærpersontilbud
- Brønnøy hørselslag satt med erfaring etter å ha gjennomført brukerkurs tidligere
- Brønnøy hørselslag disponerte noe opplæringsmidler (fra Fylkesmannen) som de kunne tenke seg, om nødvendig, å bidra med for å få dradd i gang et opplegg med brukerkurs.

I løpet av 2004 ble det besluttet etablert et Lærings- og mestringscenter ved sykehuset i Sandnessjøen, og prosjektleder for dette tiltrådte høsten 04.

Prosjektet tok initiativ til å kople sammen det nye Lærings- og mestringscenteret, representanter for Brønnøy hørselslag og fagmiljøene for å drøfte opplegg for brukeropplæring. I januar 2005 startet således planleggingen av et første kurs. Det skulle gjennomføres i regi av Lærings- og mestringscenteret, men i stor grad være bygget på Brønnøy hørselslags tidligere opplegg og erfaringer.

På sikt tenker vi oss at slike kurs skal tilbys rutinemessig til personer som får høreapparat, og at hørselsentralene skal samhandle med lærings- og mestringscenterene om dette. For de første kursene måtte Lærings- og mestringscenteret ta utgangspunkt i lister fra hørselsentralene over personer som hadde fått tildelt høreapparat i løpet av en gitt periode.

Pr. medio september 2006 var følgende kurs gjennomført i regi av Lærings- og mestringscenteret i Sandnessjøen:

Kurs nr	Sted	Dato	Antall deltakere (høreapparatbrukere / nærpersoner)
1	Brønnøy kommune	31.mars-1.april. 05	22 /3
2	Alstahaug kommune	14.-15.sept. 05	20/8
3	Vefsn kommune	22.-23.nov. 05	22/10
4	Alstahaug kommune	18.-19.april. 06	13/3
5	Alstahaug kommune	20.-21. april. 06	16/2
Til sammen			93/26

I tillegg hadde Lærings- og mestringscenteret under forberedelse to nye kurs for hørselshemmede og pårørende i Alstahaug den 17.-18.okt 2006 og 8.-9.nov 2006. Her ventet man ca 40 deltakere til sammen.

Programmet for kurs nr 3 finnes til orientering i vedlegg 7.

Fra prosjektets side har vi lagt vekt på å ta på alvor brukernes erfaringer om behov for slik opplæring, samtidig som det har vært viktig å forankre tilbudet i ressurser lokalt helt fra starten av. Således har Lærings- og mestringscenteret tatt det hele og fulle ansvar for alle kursene etter det første, der prosjektet var med og samarbeidet omkring opplegg og innhold. Lærings- og mestringscenteret tar nå sikte på å inkludere opplæring av personer med hørselsnedsettelse og deres nærpersoner i sitt ordinære kurstilbud, uavhengig av prosjektet.

4. Resultater, erfaringer

I dette kapitlet oppsummerer vi resultater og erfaringer fra prosjektet. Grunnlagsmaterialet er noe tallmateriale innhentet skriftlig fra kommunene og hørselssentralene, men mest informasjon og vurderinger som ansatte i kommunene og på hørselssentralene har kommet med i avsluttende samtaler med prosjektleder i løpet av seinhøsten 2006. Vår egen drøfting og våre konklusjoner presenteres i neste kapittel.

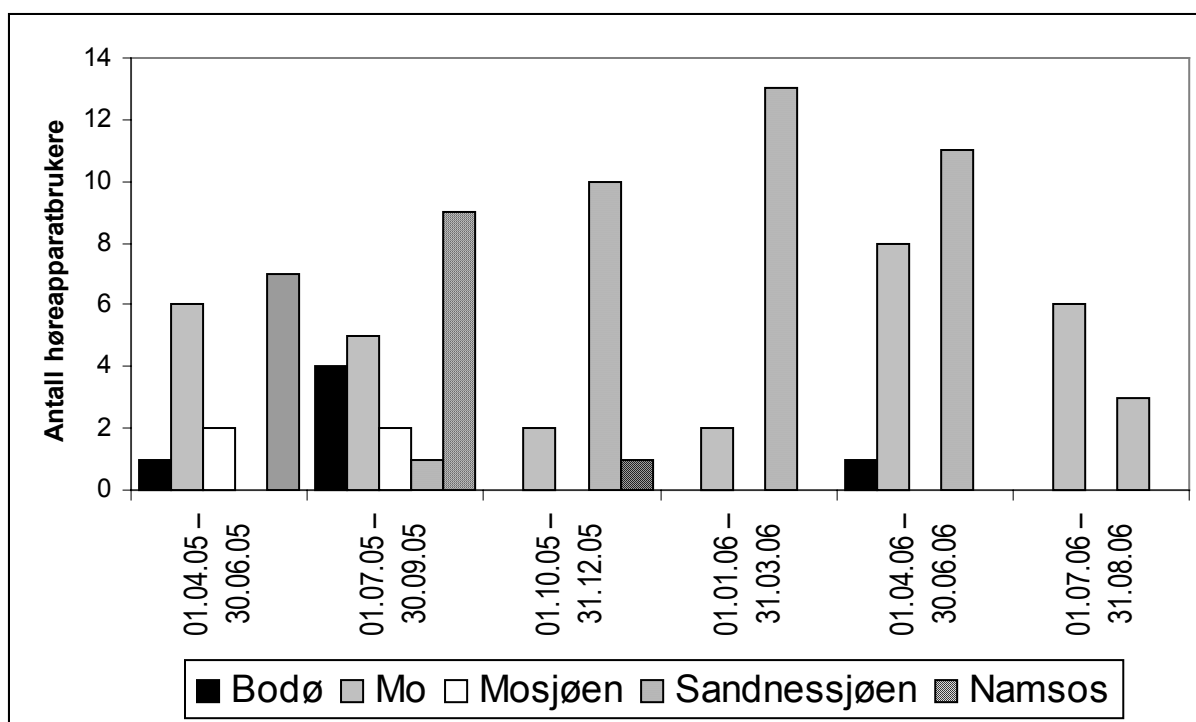
4.1. Tilvisning fra hørselssentralene til kommunene

4.1.1. Tilvisning fra de ulike hørselssentralene

Vedlegg 6 gir tall fra kommunene på tilmelding av høreapparatbrukere fra hørselssentralene. Oppsummert viser disse at:

- Alstahaug har fått tilmeldt i alt 28 personer, 9 kvinner og 19 menn. Av disse hadde 23 fått høreapparat ved Hørselssentralen i Sandnessjøen, 3 i Mo i Rana, 1 i Bodø og 1 i Mosjøen.
- Brønnøy har fått tilmeldt i alt 32 personer, 9 kvinner og 23 menn. Av disse hadde 16 fått høreapparat ved Hørselssentralen i Namsos, 9 i Sandnessjøen, 4 i Bodø, 2 i Mo i Rana og 1 i Mosjøen.
- Vefsn har fått tilmeldt i alt 34 personer, 9 kvinner og 25 menn. Av disse hadde 24 fått høreapparat i Mo i Rana, 6 i Sandnessjøen, 2 i Mosjøen, 1 i Bodø og 1 i Namsos.

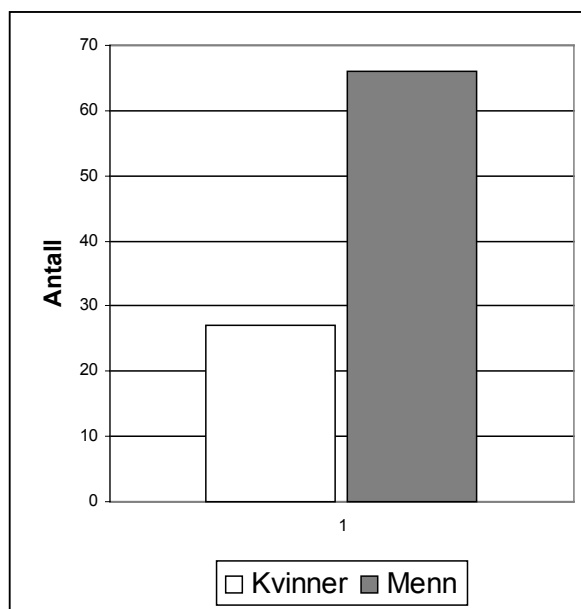
Antall tilvisninger fra de ulike hørselssentralene og i ulike tidsperioder framgå av figur 1.



Figur 1: Antall høreapparatbrukere som de ulike hørselssentralene har sendt tilvisningsskjema på til de tre prosjektkommunene, etter tidsperiode.

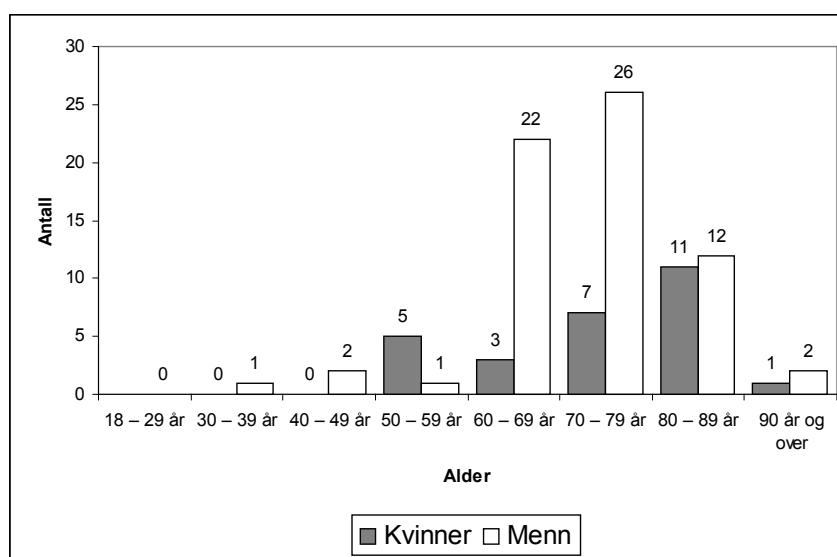
Følgende poenger kan påpekes:

- Kommunene fikk ingen høreapparatbrukere tilvist i perioden fra tilvisningsrutinen skulle tas i bruk 15.12.2004 og til 01.04.2005. Prosjektet tapte således et kvartal innledningsvis, hvor kommunene ikke fikk noen personer å ”jobbe med”, og vi kom derfor ikke i gang med å praktisere slik som planlagt og slik forutsatt da opplæring ble gitt.
- Antall tilvisninger fra Hørselssentralen på Mo var størst omkring medio 2005 og medio 2006, med tydelig lavere tall imellom.
- Fra Hørselssentralen på Namsos er det ikke kommet noen tilvisninger i 2006.



Figur 2: Tilvisning fra hørselssentralene til kommunene: Fordelingen mellom antall kvinner og menn.

Som det framgår av tallene som er oppgitt innledningsvis i dette kapitlet, og av Figur 2, er det en betydelig overvekt av menn som er tilvist til kommunene.



Figur 3: Tilvisning fra hørselssentralene til kommunene: Fordelingen av menn og kvinner etter alder.

Av Figur 3 framgår det videre at mennene i hovedsak er noe yngre enn kvinnene. Vi har ikke gode nok data til å beregne nøyaktig forskjell i gjennomsnittsalderen, men den er i nærheten av 75 år for kvinnene og 72 år for mennene.

4.1.2. Tildeling av høreapparater ved hørselssentralene

Det har ikke vært mulig å få tall fra hørselssentralene i Bodø og Mo i Rana over det samlede antall personer som de har formidlet høreapparat i de tre kommunene i prosjektperioden. Audiofysiker Jan Erik Israelsen ved Hørselssentralen i Bodø skriver dette som svar på vår forespørsel:

Vi har fått oppdatert programmet AuditBase, som vi bruker som høreapparatdatabase. Mens vi i den gamle versjonen kunne liste utleverte høreapparater etter pasientens bostedskommune (utviklet nettopp med tanke på samarbeid kommune - hørselssentral), gir den nye versjonen oss bare mulighet til å liste ut utleverte høreapparater og deres brukere. Skal vi kunne få ut ønsket statistikk, må noen gå gjennom alle pasientene som har fått høreapparat og sjekke hvilken kommune de bor i. Dette er et arbeid vi ikke har kapasitet til.

Hørselssentralen i Mo i Rana gir en parallell begrunnelse for hvorfor de ikke kan gi oss noen tall.

Vi har derfor ingen mulighet for å si noe om hvor stor andel av dem som fikk tildelt høreapparat ved disse to hørselssentralene som det er sendt tilmeldingsskjema på til kommunene. I Bodø har en imidlertid gjennom lenger tid hatt en etablert fast rutine som innebærer at alle som får høreapparat blir spurt om samtykke bl a til at det sendes informasjon om tildelingen til hjemkommunen. Informasjonen sendes til hørselskontakt der slik finnes, eller til ansvarlig kommunal leder der en ikke har hørselskontakt. Vi går derfor ut fra at alle personene fra de tre prosjektkommunene som har fått høreapparat i Bodø i prosjektperioden er spurt om samtykke til at det ble sendt tilvisningsskjema. I følge muntlig informasjon fra sentralen er erfaringen at det er ”svært få” som vegrer seg mot å gi slikt samtykke.

I samtale i forbindelse med prosjektavslutning på Hørselssentralen i Mo i Rana framkommer det et noe annet bilde. En har der ikke fra tidligere en etablert praksis med informasjon til hjemkommunene. Å gjennomføre en spesiell rutine for de av pasientene som kommer fra de tre prosjektkommunene har vist seg vanskelig. En har rett og slett glemt å spørre i en del tilfeller. Dessuten har, ifølge audiografene, en relativt stor andel av de som er blitt spurt, ikke gitt samtykke. Når de er kommet så langt i prosessen at utprøving av høreapparat er fullført og valg av apparater er foretatt, føler mange seg tilfredse og regner med at det meste nå ”skal ordne seg”. Ifølge audiografene kan det i denne situasjonen være nærliggende ikke å se behovet for, og derfor ikke ønske, å blande flere inn. Begrunnelsen audiografene ga for ønsket om å informere kommunene var at det var som ledd i et prosjekt som gikk på at kommunene skulle følge bedre opp personer som får høreapparat.

Audiograf ved hørselssentralen i Sandnessjøen har sendt oss følgende informasjon:

Det ble ikke tildelt høreapparater i Sandnessjøen i perioden fra 01.10.2004- 25.07.2005 på grunn av at audiografstillingen sto ubesatt. Men etter at audiograf begynte 25.07.2005 ble det fram til 31.08.06 tildelt:

Til personer bosatt i Alstahaug kommune: 69 høreapparater til 59 personer

Til personer bosatt i Brønnøy kommune: 33 høreapparater til 29 personer

Til personer bosatt i Vefsn kommune: 25 høreapparater til 22 personer

Sammenholder vi denne informasjonen med tilbakemeldingene fra prosjektkommunene om antall tilvisninger fra hørselssentralen i Sandnessjøen, får vi følgende bilde:

I alt ble det sendt tilvisning til hjemkommune for 38 av i alt 110 personer (35%) som fikk høreapparat i Sandnessjøen. For de enkelte prosjektkommunene er tallene slik:

- Det ble sendt tilvisning til Alstahaug for 23 av 59 (38%) personer som fikk høreapparat i perioden.
- Det ble sendt tilvisning til Brønnøy for 9 av 29 (31%) personer som fikk høreapparat i perioden.
- Det ble sendt tilvisning til Vefsn for 6 av 22 (27%) personer som fikk høreapparat i perioden.

4.2. Prosjektkommunenes oppfølging av tilvisningene

Rehab-Nor har gjennom flere år arbeidet med opplæringsprosesser vedrørende helhetlig rehabiliteringstenkning i kommuner. Vi har erfart at det er flere forhold som er viktige for å sikre gjennomslag i arbeidet. Vi har så langt det har vært mulig tatt utgangspunkt i disse ”kritiske faktorene” når vi har samhandlet med prosjektkommunene i forhold til hvilke initiativ som bør tas når, innhold, prosedyrer og forankring.

Rammene for dette prosjektet sammen med de geografiske avstandene har imidlertid gjort det vanskelig for oss å være tilstede i kommunene i den grad vi har sett det som ønskelig.

4.2.1. Forankring av prosjektet i kommunene

Helhetlig rehabiliteringsarbeid utfordrer både faglige, kulturelle, administrative og formelle strukturer i bl a det kommunale hjelpeapparatet. Ut fra erfaring prioriterte vi derfor å trekke ledelsen (virksomhetslederne og rådmann eller rådmannens stab) inn både fra starten og ved flere anledninger underveis i prosjektperioden. Målet med denne kontakten var:

- Etablere en felles grunnleggende forståelse i ledersjiktet for ideologi og kritiske faktorer knyttet til helhetlig rehabilitering som tenkemåte og arbeidsform i kommunal tjenesteyting.
- Avklare faglige og kulturelle utfordringer og lederansvaret i prosessen.
- Utfordre i forhold til rekruttering av koordinator og oppfølging av koordinatorfunksjonen (rammebetingelser, veiledning, rutiner).

Her, som i andre kommuner vi har samarbeidet med, er erfaringen at dette kan være en krevende prosess, som bl a omfatter:

- Forankre moderne helhetlig rehabiliteringstenkning på tvers i ledelsen
- Sikre at ledelsen tar tak i og følger opp denne tenkningen gjennom bevisst utvikling av bedriftskultur
- Sikre at ledere legger til rette for å bygge bro mellom ideologi og mål, og praktiske rutiner og arbeidsmetoder

Det er normalt ikke nok med en eller et par innledende inspirasjonsrunder. Vi ser forskjeller mellom kommunene, men gjennomgående har de lokale prosjektlederne uttrykt at de har opplevd ”ryggdekningen” i form av aktiv interesse, oppfølging, støtte og engasjement fra ledelsen underveis i prosjektet som fra ”noe svak” til ”fraværende”. Videre har de lokale prosjektlederne, riktignok i ulik grad, rapportert om en opplevelse av manglende legitimitet i forhold til å ta initiativ og gjennomføre tiltak på tvers i den kommunale organisasjonen, ut over egen sektor eller virksomhet. Da det bare er rådmannen som har sektorovergripende myndighet i kommunene krever slik legitimitet at prosessen er tydelig forankret på rådmannsnivå, noe som ikke synes å ha vært tilfelle i tilstrekkelig grad.

4.2.2. Kommunenes generelle utgangspunkt i forhold til ”helhetlig rehabilitering”

De tre prosjektkommunene gikk inn i prosjektet med nokså ulike utgangspunkt i forhold til systematisk satsing på utvikling av helhetlig rehabiliteringstenkning og bruk av individuelle planer gene-

relt. Vefsn hadde allerede før prosjektstart brukt betydelige ressurser (mye gjennom RKK⁶) både på å bygge opp felles ideologi og forståelse og på å etablere en organisatorisk struktur for slikt arbeid. Kommunen hadde bl.a. innført systemkoordinatorfunksjon og generelle administrative rutiner for arbeid med individuelle planer. Det gikk derfor lettere å berede grunnen for arbeidet med enkeltsakene i Vefsn enn i de to andre prosjektkommunene.

Alstahaug valgte tidlig administrativt å legge systemkoordinatorfunksjonen til kommunens rehabiliteringsteam. I praksis synes mye av de daglige funksjonene i forhold til dette å ha hvilt på ett av team-medlemmene, kommuneergoterapeuten, som også har vært lokal prosjektleder.

I Brønnøy ble i praksis etter hvert ansvaret for lokal prosjektledelse og for enkelte elementer av systemkoordinatorfunksjonen tillagt to medarbeidere i fellesskap, ergoterapeuten som er knyttet til kommunens rehabiliteringsvirksomhet og sykepleiefaglig rådgiver knyttet til rådmannens stab. Her fant en det etter hvert nødvendig å løfte spørsmålet om en mer dekkende systemkoordinatorfunksjon opp til politisk behandling. I saksframstilling fra november 2005 til Driftsstyre I (Helse- og omsorgssektor) het det bl a:

Kommunens arbeid med enkeltsaker i forhold til hørselshemmede skal skje etter samme grunnleggende ideologi og etter samme lest inklusiv bruk av individuelle planer, som arbeidet med helhetlig rehabilitering for andre brukergrupper.

Arbeidet med individuelle planer i Brønnøy Kommune er kommet i gang og praktiseres ulikt i de enkelte avdelinger.

I tillegg til individuell plan, utarbeides det behandlingsplaner for den enkelte bruker slik som blant annet omsorgsplan, rehabiliteringsplan/habiliteringsplan, opplæringsplan .m.m.

Pleie og omsorgsavdelingen har utarbeidet rutiner for utarbeiding av individuell omsorgsplan. Disse er under revidering.

Det brukes ulike skjema ved utarbeiding av planene. Pleie og omsorgsavdelingen bruker skjema for individuell omsorgsplan med tjenesteavtale, utarbeidet av avdelingen selv. I tillegg brukes egne skjema for habiliteringsplaner.

Psykiatritjenesten bruker Sintef sine skjema for individuelle planer, spesielt utarbeidet for psykiatri. Rehabiliteringsavdelingen har egne utarbeidet skjema som brukes i arbeidet med rehabiliteringsplaner.

Oppvekstsektoren utarbeider opplæringsplaner.

Sosialavdelingen har kun ordinære individuelle planer. Skjema er utarbeidet internt.

Dette sitatet beskriver en situasjon som har vært og fortsatt er typisk for mange kommuner: Det var fortsatt et stykke å gå før de administrative og organisatoriske forholdene var lagt godt til rette for helhetlig og dermed sektorovergripende rehabiliteringsarbeid, uansett brukergruppe. Med utgangspunkt i ovenstående fattet Driftsstyre 1 i Brønnøy vedtak som inneholdt følgende:

- At erfaringer fra prosjektet "Helhetlig rehabilitering for tunghørte" skal videreføres til andre brukergrupper.
- At systemkoordinatorrollen for individuelle planer i kommunen skal tillegges stillingen rehabiliteringskoordinator.
- At det skal utarbeides egne prosedyrer for de ansattes arbeid med individuell plan.

4.2.3. Etablering av et "koordinator-korps" for oppfølging av tunghørte

Prosjektet forutsatte at personer som fikk høreapparat og som hørselssentralen meldte til kommunen skulle kontaktes av en av en liten gruppe "hørselskoordinatorer" for avklaring av situasjon, ønsker, mål og eventuelle behov for tiltak. Vi anbefalte 2-3 hørselskoordinatorer i hver kommune. Dette var et kompromiss mellom:

- Hver for seg skulle hørselskoordinatorene få nok saker til å opparbeide en viss erfaring og rutine og
- Ordningen måtte ikke bli for sårbar ved eventuell sykdom eller skifte av medarbeidere.

Vi så også gjerne at hørselskoordinatorene hadde noe forkunnskap og erfaring med arbeid som personlig koordinator i forbindelse med individuelle planer generelt.

Vi vet fra tilsvarende prosesser i andre kommuner at koordinator-funksjonen er en kritisk faktor i helhetlig og brukerfokuseret rehabiliteringsarbeid. Medarbeidere som velges ut til å gå inn i denne funksjonen bør ha grunnleggende forståelse for helhetlig rehabiliteringstenkning, interesse og personlig egnethet for koordinatorfunksjonen, i tillegg til en viss systemkompetanse. Videre må koordinatorernes ledere sørge for at det gis nødvendig rom og tid for den enkelte til å gå inn i koordinatorrollen. Det må tilbys opplæring, oppfølging og veiledning.

Med bakgrunn i systematisk arbeid med koordinatoropplæring gjennom noe tid hadde Vefsn et rimelig godt utgangspunkt for utvelgelse av hørselskoordinatorer, og her ble dette relativt raskt avklart. Vanskeligst viste det å få etablert hørselskoordinatorene seg å være i Brønnøy. Først ett år etter prosjektstart fikk man her avklart hvem som skulle gå inn i koordinatorrollen. Der valgte man dessuten en litt annen modell for rekruttering enn de to andre, idet en utpekte en koordinator i hver av de forventet mest berørte enhetene eller virksomhetene, med det resultat at en i denne kommunen i utgangspunktet fikk et litt høyere antall hørselskoordinatorer.

En av flere uheldige konsekvenser av at det gikk så vidt lang tid før hørselskoordinatorene var utpekt i Brønnøy var at de ikke fikk med seg en del av den generelle koordinatoropplæringen som ble gjennomført i kommunen i første del av prosjektperioden.

4.2.4. Tilførsel av kunnskaper til hørselskoordinatorene

Ser vi på kommunene samlet hadde flertallet av dem som gikk inn i rollen som ”hørselskoordinator” lite eller ingen spesiell forkunnskap om eller erfaring fra arbeid med hørsel og hørselsnedsettelse. Unntak var at i Vefsn og i Alstahaug var en av hørselskoordinatorene også kommunens ”hørselskontakt”, en funksjon som i all hovedsak består i å være Hjelpemiddelsentralens ”forlengede arm” i forhold til hørselstekniske hjelpemidler. Gjennom denne funksjonen hadde de fått noe kunnskap med fokus på hjelpemidler. I Brønnøy var prosjektets lokale prosjektleder kommunens hørselskontakt, men han gikk ikke direkte inn som ”hørselskoordinator” i forbindelse med prosjektet. I en av kommunene hadde en av hørselskoordinatorene selv medfødt nedsatt hørsel.

Hørselskoordinatorene ble invitert med på generell koordinatoropplæring som ble gjennomført i alle tre kommunene (jf vedlegg 4). Dessuten ga vi dem, bl a i samarbeid med invitert audiopedagog, en enkel innføring i hørsel, hørselsnedsettelse og konsekvenser av hørselsnedsettelse, med vekt på psykososiale forhold. Videre oppfordret vi til at hørselskoordinatorene deltok på kursene som Lærings- og mestringssenteret arrangerte. I Brønnøy fikk en ikke fulgt opp dette fordi koordinatorerne ikke var utpekt da det første kurset ble arrangert der i mars/april 2005, og fordi kommunen ikke så seg anledning til at koordinatorerne reiste til seinere kurs i Sandnessjøen eller Mosjøen.

Underveis i prosjektet har hørselskoordinatorene i hver av kommunene blitt invitert to ganger til gjennomgang og drøfting av enkeltsaker de hadde fått tildelt, hva som var gjort, hvilke erfaringer de hadde høstet, og veien videre. I forbindelse med dette kom det opp et ønske om mer konkret veiledning i forhold til gjennomføringen av den innledende samtalen med de tilmeldte høreapparatbrukere. For å imøtekomme dette utarbeidet Rehab-Nor et notat med en del tips og momenter, jf vedlegg 8.

Prosjektets lokale prosjektleder i Brønnøy, som også er kommunens "hørselskontakt", tok initiativ til et tre-timers kurs for hørselskoordinatorene i desember 2005. Kurset hadde fokus på praktisk kunnskap om høreapparat og litt om hørselstekniske hjelpemidler for øvrig (se vedlegg 8). To hørselshjelpere (fra HLFs lokallag) tok hånd om den praktiske instruksjonen i forhold til høreapparatene, og ulike høreapparatyper og propper til demonstrasjon var utlånt fra Hørselssentralen i Bodø. Dette opplæringstiltaket ble godt mottatt av koordinatorene, men da det ble forsøkt fulgt opp noe seinere ble det svært liten deltakelse.

Ved avslutningen av prosjektet har hørselskoordinatorene gitt relativt entydig uttrykk for at de mener de fikk for lite informasjon og opplæring for å gå inn i rollen. De mener dette gjelder både generelt i forhold til samtalen som grunnleggende verktøy og spesielt i forhold til hørsel, hørselsnedsettelse og teknisk utstyr, spesielt høreapparatene, konsekvenser av hørselsnedsettelse, psykososiale forhold og hvordan slike kan møtes.

4.2.5. Behov for grunnleggende hørselskunnskaper i kommunene generelt

Vi har også registrert etterspørsel etter grunnleggende kunnskaper om hørsel og hørselsnedsettelse til "alle" i det kommunale tjenesteapparatet som er i kontakt med spesielt eldre med hørselsnedsettelse. Det dreier seg om basiskunnskap om hørselsnedsettelse, kommunikasjon, litt om høreapparater og øvrige hjelpemidler, og om enkelt stell og vedlikehold av høreapparater. Mange mener at et visst minimum av slike kunnskaper er viktig bl a for at den enkelte med hørselsproblemer skal bli tolket rett av personene rundt seg og få nødvendig håndrekning i forhold til batteriskift, rens av ørepropper, skifte av slanger mv.

Det har vært diskutert om slik grunnleggende bistand i forbindelse med bl a høreapparatene er en oppgave for kommunalt ansatte som f eks personalet på sykehjem, i hjemmesykepleien mv, eller om det er en oppgave som en heller skal basere seg på at brukerorganisasjonens hørselshjelpere ivaretar. Innen hørselslagene er det de som mener at det er helt urealistisk å nå alle ansatte i kommunen med slik opplæring, og å vedlikeholde kunnskapene etter som personale slutter og nye begynner. Spesielt gjelder dette innenfor åpen omsorg.

Fra prosjektets side har vi vært innstilt på at det kunne være interessant å samarbeide om å utvikle et kursopplegg som kunne gjennomføres i regi av RKK og med målgruppe alle ansatte i helse- og pleie- og omsorgstjenestene. Vi har således vært i kontakt med RKK Sør-Helgeland om dette, og ble møtt med positiv interesse. Den normale prosedyren er imidlertid at opplegg som RKK skal engasjere seg i må være etterspurt fra kommunens side. Dette har vært kommunisert tilbake til Brønnøy, der en tenkte at det første av slike kurs kunne arrangeres. Brønnøy har imidlertid, oss bekjent, ikke fulgt dette videre opp.

4.2.6. Erfaringer fra kommunenes kontakt med enkeltpersoner med hørselsnedsettelse

Det er lokal prosjektleder i kommunene som har mottatt tilmeldingene fra hørselssentralene, og som har fordelt disse til hørselskoordinatorene. Avtalt rutine har så vært at koordinator har tatt kontakt med de tilmeldte innen en måned etter at tilmeldingen er mottatt. Dette innebærer at høreapparatbrukerne normalt har blitt kontaktet vel en måned etter at de har akseptert og kvittert ut høreapparat fra hørselssentral.

I løpet av prosjektperioden (fram til medio september 2006) ble, så langt vi er orientert, alle eller så godt som alle¹⁰ tilmeldte høreapparatbrukere kontaktet. Det dreier seg dermed om til sammen ca 27 kvinner og 67 menn.

Innledende kontakt

Hensikten med den første kontakten med høreapparatbrukerne har vært å få avtale om en nærmere samtale, gjerne ved hjemmebesøk. Første kontakten har for de fleste skjedd pr telefon. Et unntak er at en av koordinatorene i Vefsn, i tråd med sin egen tidligere praksis, har sendt skriftlig ”innkalling” til samtale på sitt kontor. Koordinatorene som har vært knyttet til Brønnøy kommunes rehabiliteringssenter har tatt innledende telefonisk kontakt, og invitert til samtale på rehabiliteringssenteret.

Erfaringene med hvordan de tunghørte har reagert på denne første henvendelsen er varierende. I Vefsn sa ca 5 av 35 ”nei” til en nærmere samtale, i Brønnøy svarte en av 32 ”nei”, mens i Alstahaug svarte et klart flertall ”nei” til hjemmebesøk, men var villige til en samtale pr telefon.

Vi har observert en viss utvikling underveis i forhold til andelen som har vegret seg for en personlig samtale. Til å begynne med syntes andelen negative å bli forholdsvis høy, og vi tok derfor opp med koordinatorene om dette kunne ha noe med hva de sa til personene når de tok kontakt. Det var indikasjoner på at koordinatorene som informerte om at kommunen tok kontakt fordi de var med i et ”prosjekt”, og som kanskje også nevnte eventuell mulighet for ”individuell plan”, ofte opplevde at personene takket nei til videre kontakt. Vi avtalte da med alle at de skulle vektlegge at bakgrunnen for henvendelsen var at kommunen har fått tilmeldingsskjema fra hørselssentralen, der det framgår at de har fått nytt/nye høreapparat, og at en nå er interessert i å høre mer om erfaringene med dette og andre forhold omkring det å ha nedsatt hørsel. Etter dette gikk andelen som ikke ønsket nærmere samtale noe ned.

Første samtale

Hørselskoordinatorenes oppsummering av sine erfaringer fra samtalene kan oppsummeres som følger:

- Koordinatorene har hatt god nytte av den støtten som de fikk underveis gjennom notatet ”Samtaler med høreapparatbrukere”, som Rehab-Nor utarbeidet i mai 2006 (vedlegg 8).
- De aller fleste høreapparatbrukerne har uttrykt glede over samtalen med koordinator, at det var fint at ”det kom noen”.
- Koordinatorene er ganske entydige i forhold til at det som regel er en fordel, noen ganger en stor fordel, at nærmeste pårørende er med på samtalen. Det kan gi et mer nyansert bilde av situasjonen, og det representerer en anledning for høreapparatbrukeren og den nærmeste å snakke om og få respons i forhold til situasjoner og kommunikasjonsproblemer som det ofte ikke ellers er så lett å ta opp. Dette gjelder uansett om konklusjonen på samtalen blir at den skal følges opp med nærmere kontakt eller ikke.
- Så godt som ingen samtaler har konkludert med at det har vært aktuelt med noen videre kontakt. Etter avtale med Rehab-Nor har koordinatorene allikevel som oftest spurt om det har vært i orden at de tar kontakt igjen om noen få måneder, for å høre hvordan situasjonen er da. Så vidt vi er informert om har ingen nektet dette. Vi har imidlertid ikke fått informasjon om at det har kommet fram noe i noen av disse oppfølgende samtalene heller som har avstedkommet videre kontakt.

¹⁰ Unntak for enkelte av dem som Hørselssentralen i Namsos sendte audiogrammene for til Brønnøy kommune, uten å ha innhentet samtykke. Lokal prosjektleder i Brønnøy vurderte enkelte av disse som uaktuelle å følge nærmere opp, av ulike grunner.

- I de få tilfellene der det har blitt fanget opp behov for nærmere oppfølging har dette vært knyttet til konkrete hjelpemiddelrelaterte spørsmål, som er blitt henvist til og fulgt opp av hørselskontakten i kommunen.
- I to av kommunene har vi sett at koordinatorene, som forutsatt, har dokumentert samtalene i skjemaet "Logg" og/eller i relativt utførlige notater. I den tredje kommunen hadde ikke alle koordinatorene oppfattet at dokumentasjon skulle tas med til det avsluttende gruppeintervjuet med prosjektleder. Da dokumentasjonen her heller ikke ble oppbevart sentralt, fikk prosjektleder ikke anledning til å se den.
- Størstedelen av den dokumentasjonen som prosjektleder fikk tilgang til mot slutten av prosjektperioden var svært god. Det var lett å danne seg et bilde både av innholdet i samtalene og av det som hadde vært av prosess i forhold til avtaler, kontakter med andre osv.
- Av gruppeintervjuene med koordinatorene, og av dokumentasjon som prosjektleder har hatt tilgang til, kan det synes som koordinatorene i noen grad har hatt et tradisjonelt problem-og-tiltaks-fokus for samtalene. De aller fleste høreapparatbrukerne har signalisert at de ikke har spesielle problemer, og koordinatorene har gitt uttrykk for at de i slike situasjoner har følt på at det har virket unaturlig å gå nærmere inn på personens "helhet". "Det kan ikke være riktig å prøve å grave fram problemer som ikke er der" har det vært uttrykt.
- Men, det framgår også at noen av koordinatorene har hatt samtaler med høreapparatbrukere med tydelig helhetlig fokus. Dette er samtaler der det er dokumentert at en har vært innom de ulike sidene av livssituasjonen, interesser og utfordringer. I noen ganske få av disse samtalene (3-4) er det dokumentert at det kom fram sammensatte forhold og problemstillinger. Felles for disse enkeltsakene syntes å ha vært at det ikke var hørselsnedsettelsen som framsto som hovedproblemet. Heller ikke i disse sakene syntes det imidlertid å ha blitt vurdert som aktuelt å gå videre, f eks i retning av en individuell plan-prosess. Vi har på forespørsel ikke fått noen klar begrunnelse for dette.
- I en av kommunene fikk koordinator tilfeldig kontakt med en person som nylig hadde fått høreapparat, men der hørselssentralen tydeligvis hadde glemt å spørre om samtykke til at det ble sendt informasjon til kommunen. Denne personen hadde både stor interesse av og et klart behov for nærmere oppfølging lokalt, og var meget glad for å bli "fanget opp". Vedkommende ble imidlertid ikke registrert som del av prosjektet.
- En koordinator har fortalt om en høreapparatbruker med Downs syndrom. Vedkommende har noe deformerte ytre ører. Det var derfor vanskelig å få ørehengerene som hørselssentralen hadde levert til å sitte på plass og fungere. Personalet opplevde imidlertid at vedkommende fungerte bedre og var roligere med høreapparatene på plass, og presset derfor noe på for at de skulle brukes. Dette kunne bli noe konfliktfyllt. Koordinator engasjerte seg i forhold til at det skulle prøves alternative løsninger, f eks alt-i-øret-apparater. I samtale med oss ved avslutningen av prosjektet ga hun uttrykk for at hun underveis i prosessen fikk en følelse av at "systemets" (= hørselssentralens) prioritering av å følge opp denne saken var lav. Hennes vurdering var at nettopp for denne personen var det spesielt viktig å finne den mest optimale løsningen, og at i dette tilfellet var den hørselshemmede helt prisgitt at personene omkring engasjerte seg. Opplevelsen av manglende vilje i fagapparatet til å gi saken prioritet var derfor spesielt negativ, og spørsmålet om dette kunne ha noen sammenheng med at personen har en utviklingshemning meldte seg naturlig. Saken endte imidlertid med at det ble tilpasset alt-i-øret-apparater, og at disse så ut til å fungere langt bedre.

Informasjon om hørselshjelperordningen

Det har vært en del av prosjektets intensjon at det skulle bidra til økt informasjon om HLFs hørselshjelperordning, og at en gjennom dette skulle få et inntrykk av om det er et udekket behov blant personer som får høreapparat for den type støtte. Vi har derfor bedt koordinatorene om rutinemessig å gi informasjon om hørselshjelperne når de har kontakt med personer som har fått høreapparat.

I Vefsn og Brønnøy var det, ifølge de lokale prosjektlederne, også før prosjektet fast rutine at kommunens fagpersonale gir informasjon om det lokale hørselslaget til nye personer med nedsatt hørsel som de kommer i kontakt med. Brønnøy savner imidlertid oppdatert informasjonsmateriell fra det lokale hørselslaget. Folderen som de har er gammel og ikke ajourført. I Alstahaug har ikke koordinatorene gitt slik informasjon rutinemessig. Som begrunnelse uttrykker de usikkerhet i forhold til hvordan hørselslagets tilbud fungerer utover det som går mer direkte på hjelp til høreapparatene, og at de derfor ikke har funnet det så naturlig å gå inn på dette.

Hørselskoordinatorenes egen vurdering

Koordinatorene omtaler flertallet av de høreapparatbrukerne de har hatt kontakt med i prosjektperioden som relativt ”oppegående” og ressurssterke personer som både ønsker og vil være fullt ut i stand til selv å ta kontakt om det skulle oppstå problemer knyttet til hørsel og høreapparat. Samtidig tror koordinatorene at de fleste av de hørselshemmede tenker at det ved problemer vil være mer naturlig å kontakte audiograf på hørselssentralen der høreapparatene er blitt utprøvd og utlevert enn en medarbeider i kommunen.

De fleste koordinatorene tror ikke at den kontakten de har hatt med høreapparatbrukerne har hatt nevneverdig betydning for dem. Men koordinatorene i Vefsn reflekterer i gruppeintervju med prosjektleder omkring at kanskje samtalene, ikke minst der også pårørende har deltatt, kanskje kan ha medført at høreapparatene er blitt mer brukt enn de ellers ville blitt? I alle fall mener de at kommunen har fått et ansikt. Høreapparatbrukeren har fått en person å forholde seg til hvis det skulle bli behov for å ta opp ting seinere. En del har dessuten hatt spørsmål i forhold til tekniske hjelpemidler som de har fått svar på.

Flere koordinatorene, ikke minst i Brønnøy, nevner at de har opplevd det som vanskelig å sette av tid til koordinatorfunksjonen.

I gruppeintervjuene er det også flere som tar opp at det er viktig ikke bare å ”utpeke” medarbeidere som skal ivareta funksjonen som hørselskoordinator. Lederne bør samtale med aktuelle medarbeidere på forhånd, de bør klarlegge lederstøtte og drøfte tidsbruk og prioriteringer, og den ansatte må få vite at lederen står bak, er positivt interessert og vil følge opp og støtte underveis ved behov.

4.3. Momenter fra de lokale prosjektledernes oppsummering av erfaringer

Prosjektet har hatt en lokal prosjektleder i hver av de tre prosjektkommunene. De har vært prosjektets kontaktpersoner i forhold til kommunene, og de har vært forutsatt å skulle fungere som lokal ”motor” for å få etablert og gjennomført de løsninger og tiltak som prosjektet har krevd. Dette har bl a omfattet:

- Få utpekt hørselskoordinatorer
- Etablere rutiner for fordeling av oppgaver mellom koordinatorene
- Avklare dokumentasjonsrutiner som skulle følges i prosjektperioden og følge opp at disse fungerer og blir fulgt
- Fange opp og formidle videre til egen ledelse og til prosjektleder eventuelle utfordringer som oppstår, enten av metodisk/faglig eller av systemisk art.

- Veiledning til hørselskoordinatorene.

”Tidsklemma”

De lokale prosjektlederne har gitt uttrykk for at de har opplevd det vanskelig å ivareta oppgaven i tillegg til det løpende arbeidet. Spesielt de som står i en ordinær full jobb som terapeut, med stor pågang og til dels ventelister, har opplevd det som stressende å skulle ivareta rollen som lokal prosjektleder i tillegg. I Brønnøy ble dette opplevde dilemmaet lettet ved at det etter hvert ble to medarbeidere som gikk inn i rollen, en med administrativ/systemisk/praktisk vinkling og en med faglig vinkling.

Utpeking av hørselskoordinatorer

Å få utpekt personer til å gå inn i rollen som hørselskoordinatorer viste seg å bli en utfordring, spesielt i Brønnøy. Prosjektleder anbefalte kommunene å satse på to medarbeidere som kooordinatorer¹¹. Grunnen til at vi anbefalte så få var at en relativt enkelt skulle kunne få personer med relevant bakgrunn og motivasjon for oppgaven. Dessuten var det et poeng at koordinatorene skulle bygge opp erfaring gjennom arbeid med flere saker.

Brønnøy kommune bestemte seg imidlertid for at de ville ha en medarbeider fra hver av de mest aktuelle virksomhetene eller enhetene som koordinatorene, for å spre kunnskapen og belastningen. Dette innebar at lokal prosjektleder måtte be sideordnede virksomheter om å sette av ressurser til dette, noe som viste seg tungt å få gjennomslag for. Det tok derfor svært lang tid (ca 10,5 måneder) før navnene på koordinatorene, i alt 6, var klare. Også i Vefsn erfarte lokal prosjektleder problemer med å få identifisert koordinator innen annen virksomhet enn den han selv er tilknyttet.

Forankring i ledelsen

De lokale prosjektledernes problemer med å få rekruttert koordinatorene fra andre virksomheter enn sin egne illustrerer en generell erfaring: Prosjektets forankring i kommunenes ledelse, på nivå over enkeltvirksomhetene eller sektorene, har i praksis vært svak. Selv om vi la vekt på å starte prosjektet med å forankre det hos helse- og sosialsjef eller tilsvarende, og selv om det var på det nivået den formelle beslutningen om prosjektdeltakelse ble tatt, er lokale prosjektlederes erfaring at de i praksis ble stående relativt alene i gjennomføringen. Dette gjelder også i forhold til spørsmål og problemstillinger som de ut fra sin organisatoriske plassering ikke hadde tilstrekkelig myndighet og legitimitet til å få gjennomslag for overfor den kommunale organisasjonen for øvrig.

Kompetanse

Alle de lokale prosjektlederne har opplevd begrensninger i egen kompetanse i forhold til hørselsnedsettelse som en viktig utfordring. To av dem er kommunens ”hørselskontakt”. Dette innebærer ansvar for oppfølging av personer som har fått innvilget hørselstekniske hjelpemidler fra folketrygden. Som hørselskontakter har de fått noe opplæring av Hjelpemiddelsentralen, med fokus på hjelpemidler. Men verken dette eller det som har blitt formidlet som ledd i prosjektet er opplevd som tilstrekkelig.

Prosjektlederne er også enige om at medarbeidere som skal ivareta oppgaver i forhold til oppfølging av tunghørte må gis mer spesifikk opplæring i forhold til nedsatt hørsel, konsekvenser av nedsatt hørsel og mulige tiltak enn det som har vært inkludert i dette prosjektet. Kursene for høreapparatbrukere og deres nærpå personer i regi av Lærings- og mestringssenteret i Sandnessjøen har vært nyttig, men koordinatorene i Brønnøy fikk ikke dette med seg da de ble for seint utpekt.

¹¹ Notatet ”Konkrete mål høsten 2004”, sendt til bl a alle kommunene medio september 2004.

Alle de tre lokale prosjektlederne understreker at den opplæringen som har vært gitt av Rehab-Nor omkring individuelle planer generelt i kommunene i løpet av prosjektperioden har vært viktig og nyttig.

Samarbeid med sentral prosjektleder

Spesielt i en av kommunene uttrykkes det at det har vært opplevd som en ulempe at den geografiske avstanden til Rehab-Nors prosjektleder har vært stor, og at hans muligheter for å besøke kommunen derfor har vært nokså begrensede. De to andre prosjektlederne gir imidlertid uttrykk for at avstanden ikke har vært opplevd som noe problem, at mulighetene for rask og uformell kontakt pr telefon og e-post har kompensert mye for den fysiske avstanden.

Nytte av "Nettverket"

Det har i prosjektperioden vært etablert et uformelt e-postbasert nettverk der så godt som alle som har bidratt til gjennomføringen har vært registrert. Dette nettverket har fungert som en arena for å gi og motta informasjon og for å ta opp og diskutere enkelte tema i relasjon til prosjektet.

De lokale prosjektledernes vurdering av nytte av dette nettverket varierer fra "Stor nytte! Sett spørsmål vurdert fra ulike sider og med ulike vinklinger" via "Nettverket har vært nyttig uten å ha vært avgjørende" og til "Har ikke hatt mulighet til å følge opp aktivt, men har følt ansvar for dette. Litt stressende".

Endringer som følge av prosjektet

De lokale prosjektlederne er enige om at bevisstheten har økt i kommunen i forhold til at også tunghørte er en brukergruppe med mulig rehabiliteringsbehov. De mener at rehabilitering i prinsippet er det samme uansett brukergruppe, og at kommunen derfor også har ansvar for å kunne følge opp personer med nedsatt hørsel som har behov for rehabilitering.

At bruk av individuell plan kan være aktuelt også for tunghørte nevnes som en ny erkjennelse, men i hvilken grad og på hvilken måte dette eventuelt skal følges opp videre i kommunene er det ikke fattet noen beslutning om.

En viss utvidelse av samarbeidet mellom kommunen og lokalt hørselslag har funnet sted i en av kommunene.

Det har, ifølge de lokale prosjektlederne, skjedd få endringer utover det ovennevnte i kommunene som følge av prosjektet.

Utfordringer

De lokale prosjektlederne peker på flere viktige utfordringer for kommunene i forhold til ansvar for og tilbud til personer med nedsatt hørsel:

- Forankring i ledelsen. Både i forhold til ressursbruk, prioriteringer og samordning på tvers i den kommunale organisasjonen er det nødvendig med et sterkere og tydeligere engasjement i ledelsen på tilstrekkelig høyt nivå.
- Ressurser i form av tid, kapasitet og kompetanse. Ivaretagelse av rehabiliteringsansvar for denne gruppen på linje med f.eks. bevegelseshemmede krever tilførsel av spesifikk kunnskap om hørsel og hørselsnedsettelse. Om ikke små kommuner kan ansette folk med spesialkompetanse (f.eks. audiopedagoger), bør kommunalt ansatte ha lett tilgang til veiledning fra slike fagfolk, både generell veiledning og veiledning i arbeid med enkeltsaker. I praksis ønsker man seg et bedre ambulerende faglig støtte- og veiledningstilbud. En parallell til "autismeteamet" ble nevnt i en av kommunene.

- Også på hørselsområdet krever godt rehabiliteringstilbud bredt samarbeid. Utvikling av system og rutiner for samarbeid om informasjon om aktuelle personer, bl a tilvising fra hørselssentralene, planlegging og gjennomføring av tiltak i enkeltsaker, oppfølging, evaluering mv er viktige utfordringer.
- Lik forståelse av rehabilitering i ulike deler av det kommunale hjelpeapparatet er en utfordring. Prosjektet har vist hvor vanskelig det er å få nødvendig engasjement og vilje til prioritering på tvers mellom ulike resultatenheter. Et eksempel på utsagn: ”Hjemmetjenesten ser i hovedsak ut til å tenke på golvvask”. Når andre sektorer tenker så vidt ulikt, ser de lokale prosjektlederne det som vanskelig å få en felles forståelse for opplegg og gjennomføring av individuelle, helhetlige rehabiliteringsprosesser.

De lokale prosjektlederne er klare på at det er et lederansvar å møte disse utfordringene. Konkrete oppgaver og funksjoner kan delegeres, men ansvaret må tas på tilstrekkelig høyt nivå til at alle berørte sektorer kan forpliktes.

4.4. Hørselssentralenes erfaringer og vurderinger.

Som ledd i arbeidet med avslutningen av prosjektet har prosjektleder hatt samtaler med audiofysiker Jan Erik Israelsen, Hørselssentralen i Bodø, audiografene Ken Mathisen, Bård Ellingsen og Odd Gunnar Bjørstad, Hørselssentralen i Mo i Rana og overlege Inger-Lise Haakstad, Hørselssentralen i Sandnessjøen. Dessuten har vi fått fyldig skriftlig svar på våre spørsmål fra audiograf Monika Berget, som arbeidet ved Hørselssentralen i Sandnessjøen det meste av prosjektperioden.

”Rehabilitering”

Hørselssentralene uttrykker at forståelsen av begrepet ”rehabilitering” har utviklet seg i løpet av de seinere årene. Mens fokus tidligere var relativt ensidig på høreapparat, forsøker en i dag mer å komme inn på helheten. I samsvar med dette legges det også vekt på samarbeid med andre, så som Spesialpedagogisk senter, Hjelpemiddelsentralen og kommunene. Men også Hørselssentralene ser problemer i forbindelse med å fange opp pasientens situasjon mer helhetlig:

Vi ser at det er begrenset hva vi kan få avklart i våre forsøk på helhetlig behovsutredning. Kanskje kommer 3-månederskontrollen for tidlig i prosessen for en del av pasientene? I alle fall de som har fått høreapparat for første gang trenger ofte lenger tid, både i forhold til sorgprosess og tilvenning og i forhold til å bli kjent med både mulighetene og begrensningene som høreapparatet/ene representerer.

(Fra Rehab-Nors notater etter samtalen på Hørselssentralen i Bodø.)

Hørselssentralenes ansvar for rehabilitering

Alle nevner følgende elementer som deler av Hørselssentralenes ansvar:

- Utredning, diagnostikk, eventuell behandling av hørselstap
- Utprøving, tildeling av høreapparat
- Informere om tilbud og tiltak, inklusive hjelpemidler
- Kartlegge behov utover høreapparat, eventuelt igangsette tiltak
- Gi opplæring til hørselshemmede selv og til kommunalt ansatte

Det ser ut til at hørselssentralene har noe ulike oppfatninger om hvilket ansvar de har for den videre rehabiliteringsprosessen utover tilpassing av høreapparat. Ved en av sentralene oppfatter vi at en ser det som sentralenes ansvar å koordinere hele rehabiliteringsprosessen, mens de to andre uttrykker seg mer i retning av at sentralenes ansvar er å bidra til å legge grunnlag for kommunenes videre

rehabiliteringsarbeid i enkeltsakene. Den ene sentralen bruker også uttrykk som ”bestilling” i omtalen av hva som etter deres syn er sentralens oppgaver i forhold til kommunenes. Hørselssentralene har ansvar for, ut fra en faglig kartlegging og vurdering, å utarbeide en ”bestilling” til kommunene i forhold til tilbud og tiltak for den enkelte tunghørte.

Kommunenes ansvar for rehabilitering

Hørselssentralenes formuleringer om hvilket ansvar de mener kommunene har, kan oppsummeres slik:

Kommunene har ansvar for et helhetlig tilbud til ulike brukergrupper, herunder også hørselshemmede: Tilpasse tekniske hjelpemidler. Tilby samarbeid om individuell plan til dem som ønsker det. Følge opp hørselshemmede f eks i forhold til å fungere i eller bli stående i jobb.

Ellers uttrykker hørselssentralene noe skepsis i forhold til den betydningen som det i dag tilsynelatende legges på ordningen med kommunale hørselskontakter. I utgangspunktet var disse tenkt som en form for ”forlenget arm” for hjelpemiddelsentralene inn i lokalmiljøet, hovedsakelig hjemmesituasjonen, med oppfølging av tekniske hjelpemidler som hovedoppgave. De fleste (men ikke alle) kommunene har en slik ordning. Hørselskontaktene har normalt ingen spesiell hørselskompetanse, men tilbys noe opplæring fra Hjelpemiddelsentralen. Det er dessuten hørselssentralenes inntrykk at det ikke er mulig for hørselskontaktene å gjøre den jobben som egentlig kreves innenfor de ramme-/den stillingsbrøken de har avsatt for denne funksjonen.

Ovennevnte stemmer overens med utsagn hørselskontaktene i prosjektkommunene har kommet med til Rehab-Nor.)

Mens hørselskontakt-ordningen i utgangspunktet i all hovedsak hadde fokus på oppfølging av hjelpemidler som var utlånt etter behovsutredning og utlån fra hjelpemiddelsentralene, har arbeidsområdet etter hvert utviklet seg. Avhengig av hvor godt hjelpemiddelsentral og hørselssentral i de enkelte fylkene har samarbeidet, har hørselskontaktene noen steder også etter hvert blitt betraktet som en ressurs i forhold til oppfølging av høreapparater. Dette er bl a tilfelle ved Hørselssentralen i Bodø. Etter hvert har også hørselskontaktenes oppgaver i forhold til hjelpemidler utviklet seg, fra ren oppfølging til også behovsutredning, utprøving og formidling, uten at kravene til faglige forutsetninger hos dem som går inn i funksjonen er endret parallelt.

Hørselssentralene uttrykker at dersom en skal forankre mer eller mindre hele ansvaret for kommunenes rehabilitering av personer med nedsatt hørsel til hørselskontaktene, vil dette kreve klart sterkere vektlegging av deres hørselsfaglige kompetanse og økning av deres rammer og kapasitet i forhold til denne funksjonen. En tanke om at kommunene skulle kunne ansette ”kommunaudiografer”, eventuelt at flere småkommuner kunne samarbeide om slike, synes fra en faglig synsvinkel interessant. Alternativt at kommunene kunne inngå avtale med ”privatpraktiserende audiografer” (på samme måte som de gjør med fysioterapeuter) om kjøp av tjenester f eks i forbindelse med oppfølging og rehabilitering av personer med nedsatt hørsel.

Tanker om framtidig rutine for samspill mellom hørselssentral og kommune

Vi ba hørselssentralene, med bakgrunn i generell erfaring og samarbeidet i forbindelse med prosjektet, om å skissere hvordan de kunne tenke seg den framtidige rutinen for spillet mellom hørselssentralene og kommunene. Svarene var ulike i form, men inneholdt mange felles elementer. Vår oppsummering er som følger:

- Alle som får høreapparat får informasjon (også skriftlig) tidlig i prosessen om kommunens rolle og ansvar for å følge opp og bistå ved eventuelle behov.

- Når utprøvingen er ferdig og høreapparatene skal kvitteres ut, spør hørselssentralen rutinemessig om samtykke til at det sendes informasjon til hjemkommunen som grunnlag for lokal oppfølging.
- Informasjonen sendes til kommunenes hørselskontakter, som har ansvar for oppfølging av om utlevert høreapparater og øvrige hjelpemidler fungerer som tenkt etter ca tre måneder. Etter gjennomført oppfølging sendes rutinemessig en tilbakemelding til Hørselssentralen.
- Hørselssentralene og Hjelpemiddelsentralen har ansvar for å gi et felles og helhetlig opplæringstilbud til hørselskontaktene (grunnopplæring og årlig oppdatering).
- En bør vurdere muligheten for at hørselskontaktene skal kunne henvise ”etablerte hørselshemmede” direkte til hørselssentral, for å unngå krav om fornyet legehenviing når det er gått mer enn ½ år siden den forrige.

4.5. Lærings- og mestringssentrene erfaringer og vurderinger

Kurs for høreapparatbrukere og deres nærpersoner, i regi av Lærings- og mestringssenteret i Sandnessjøen (LMS Sandnessjøen), har som tidligere nevnt vært et viktig element i prosjektet. LMS Sandnessjøen har Alstahaug og Brønnøy som deler av sitt geografiske ansvarsområde, mens Helgelandssykehuset HF avd. Mosjøen har eget Lærings- og mestringssenter (LMS Mosjøen), som bl a dekker Vefsn kommune.

Ut fra prosjektets forhistorie var det naturlig at LMS Sandnessjøen ble koplet inn i forbindelse med utviklingen av bruker-kurset, og at det første kurset ble arrangert i Brønnøysund. Vi har hele tiden sett for oss at målet på noe sikt er å utvikle et opplegg som kan kjøres av alle lærings- og mestringssentrene, i samarbeid med lokale brukerorganisasjoner og fagfolk.

Ett av i alt fem kurs som ble gjennomført fram til 15.09.06 fant sted i Mosjøen. Også dette ble gjennomført i regi av LMS Sandnessjøen, men i nært samarbeid med LMS Mosjøen. Således er det bare LMS Sandnessjøen som i prosjektperioden har direkte egenerfaring med planlegging og gjennomføring av disse kursene, og dette kapitlet bygger derfor på skriftlig og muntlig tilbakemelding fra dette lærings- og mestringssenteret.

Den største utfordringen har vært å finne en form på kursene som er tilpasset målgruppen. Det at en kunne ta utgangspunkt i et opplegg som var utviklet tidligere¹², og i starten også kunne bruke ekstern foreleser med betydelig bruker- og kurs-erfaring (A M Morskogen, nå Tromsø) til flere av innleggene, bidro på mange måter til en ”flying start”. Også det at Brønnøy Hørselslag var villig til å bidra med midler de hadde fått fra Fylkesmannen for gjennomføring av et nytt kurs, gjorde det mulig å komme i gang med det første kurset relativt tidlig.

På hvert nytt kurs har deltakerne blitt bedt om å fylle ut evalueringsskjema. Disse sammen med muntlige tilbakemeldinger fra deltakere og forelesernes vurderinger har dannet utgangspunkt for justeringer og forbedringer for hvert nytt kurs. Leder for LMS Sandnessjøen skriver bl a:

Dette har vært en interessant vei å gå med jevnlig evalueringer etter hvert kurs som igjen har gitt oss nye innspill og måter å legge til rette kursene på. Vi har opplevd kursene bedre og bedre sett fra deltakernes evalueringer og tilbakemeldinger underveis i kursene.

I samtale med oss uttrykte leder for LMS Sandnessjøen i september -06 at hun fortsatt ser utfordringer i forhold til å finne den rette balansen mellom det en kan kalle ”hørsel-fagstoff” og stoff som

¹² Brønnøy Hørselslag hadde tidligere, med støtte bl a fra Fylkesmannen, gjennomført to kurs for personer med nedsatt hørsel og deres nærpersoner. Hørselslaget samarbeidet nært med Anne Merete Morskogen, selv hørselshemmet og da bosatt på Helgeland, om både utvikling og gjennomføring av disse kursene. De ble betegnet som meget vellykkede sett fra deltakernes side.

mer går på psykososiale forhold og brukererfaringer. Ut fra erfaringene fra fem gjennomførte kurs ser hun det som ønskelig å ytterligere styrke vektlegging og fokus på det psykososiale og på kommunikasjon, på bekostning av det teknisk/medisinsk-faglige.

En annen utfordring har vært å få det formelle samarbeidet også med audiopedagog som en har ønsket. Med utgangspunkt i det som framstår som målgruppens behov har en sett at audiopedagogenes kompetanse er en sentral del av den tverrfagligheten som kursene bør bygge på. Verken Hørselssentralen i Sandnessjøen eller Helgelandssykehuset for øvrig har hatt audiopedagog som kunne settes inn. Representanter for sykehuset uttrykte innledningsvis i prosjektet at sykehuset skulle bistå med den nødvendige ekspertisen for gjennomføringen, også om det ikke til enhver tid hadde den representert blant egne ansatte. Det har allikevel vært problematisk å få knyttet audiopedagog til kursopplegget. LMS Sandnessjøen har fra gang til gang samarbeidet med audiopedagog som er bosatt i nærheten men jobbmessig er tilknyttet Nordland spesialpedagogiske senter i Bodø. En slik uformell ordning kan være en måte for å komme i gang og gjøre erfaringer, men kan ikke danne grunnlaget for et mer permanent kursopplegg.

Lærings- og mestringscenteret har også møtt rent praktiske og tekniske utfordringer i forhold til å finne lokaler til kursene med gode nok forhold for kommunikasjon med deltakere med nedsatt hørsel. Selv om senteret har mye erfaring som kursarrangør, har det å forholde seg til romakustikk, bakgrunnsstøy, teleslynge osv vært en ny erfaring. Å mestre disse utfordringene er grunnleggende for at målgruppen skal få utbytte av kursene. Rent praktisk har en sett at det kan være problematisk å finne lokaler som egner seg enkelte steder. Dessuten skal teknisk utstyr finnes på stedet, utstyret skal fungere, og både hørende og tunghørte innledere skal være fortrolig med bruken av det.

En har sett at responsen på utsendte skriftlige invitasjoner til kurs har vært relativt lav. Det må være en målsetting å få den høyere, og at så godt som alle høreapparatbrukere og deres nærmeste skal gjennomgå denne typen opplæring. Ikke minst er det en utfordring å få med flere nærpå personer. LMS Sandnessjøen nevnte følgende som momenter i denne forbindelse:

- Rutinen med melding til kommunene fra hørselssentralene må bli mye mer ”vanntett” enn den har vært i prosjektperioden.
- En må tenke nøye gjennom hvilket tidspunkt som er det mest optimale for kurs:
 - Hvor lenge etter utkvitteringen av høreapparatene?
 - Før eller etter kommunal oppfølging?
- Kan en oppnå noe ved å endre på formen på invitasjonene, f eks kalle dem ”innkalling” i stedet?

4.6. Erfaringer med samarbeid med interesseorganisasjonen (HLF)

Som tidligere nevnt var det HLF v/leder i lokallaget i Brønnøysund Harry Nøstvik og overlege Einar Einarsen som tok initiativ til prosjektet. Samarbeidet med HLF underveis har på viktige områder hatt avgjørende konsekvenser for utviklingen. Spesielt vil vi peke på at det var på bakgrunn av HLFs innspill om nødvendigheten av å satse sterkt på brukeropplæring at prosjektet tidlig tok initiativ overfor spesialisthelsetjenesten v/Lærings- og mestringscenteret i Sandnessjøen for å få utviklet et kurstilbud for høreapparatbrukere og deres nærpå personer.

Prosjektet har ført til at flere personer med nedsatt hørsel gjennom ansatte i kommunen har fått informasjon også om HLFs lokale tilbud, selv om det ikke er etablert klare og faste rutiner for slik informasjon i alle kommunene. Flere kommunalt ansatte har forstått mer av mulighetene som ligger i hørselshjelperordningen. Det har imidlertid vært en ulempe at to av kommunene har manglet oppdatert informasjonsmaterieil til utdeling fra HLFs lokallag.

5. Drøfting

Prosjektet har hatt som hovedfokus å avklare behovet for tilbud og tiltak innen helhetlig rehabilitering for personer med nedsatt hørsel, i prosjektet avgrenset til personer som har fått tildelt høreapparat. Metoden skulle være samtaler med personer som nylig har fått høreapparat, der en skulle ha helhetlig fokus på livssituasjonen, ressurser, interesser, ønsker, planer og utfordringer som følge av funksjonsnedsettelsen. Der det syntes aktuelt å gå videre og forsøke å få iverksatt ulike tiltak for å realisere personens mål, var forutsetningen at prosessen skulle dokumenteres i en enkelt individuell plan. Vi skulle også få dokumentert eventuelle behov for tiltak som det ikke lyktes å få iverksatt og gjennomført og ta initiativ til å få etablert manglende løsninger. Vi så for oss at det kunne bli aktuelt å arbeide på mange fronter: System, ansvars- og rolleavklaring, samhandlingsrutiner, informasjonsrutiner, organisering, kompetanse, metodikk mv.

Tanken har således vært å bygge opp kunnskap om og løsninger for å imøtekomme behovet for helhetlig rehabilitering for tunghørte med utgangspunkt i personene selv, deres reelle situasjon og tilbudet fra det offentlige og det private hjelpeapparatet.

Prosjektet har utviklet seg noe annerledes enn forutsatt. Det planlagte utviklingsarbeidet med utgangspunkt i reelle behov dokumentert i enkle individuelle planer har ikke funnet sted. Det er viktig å analysere årsakene til dette. Både undersøkelser og brukererfaringer formidlet gjennom bl a Hørselshemmedes Landsforbund sentralt og lokalt og resultater fra brukerundersøkelser i Rehab-Nors regi har vist at mange personer med nedsatt hørsel møter betydelige utfordringer i dagliglivet. Konsekvensene kan være alvorlige for den enkeltes livskvalitet, med tilbaketrekking og isolasjon, passivitet og redusert selvbilde som viktige elementer. Flere ”erfarne hørselshemmede” Rehab-Nor har intervjuet tidligere¹³ uttrykte noe i retning av ”tenk om noen hadde villet snakke med meg om dette fra starten!”

Vi vil i dette kapitlet først analysere erfaringene som er gjort i de tre prosjektkommunene. Målet er å komme fram til anbefalinger i forhold til framtidig organisering og arbeidsmåte i forhold til gruppen tunghørte. Videre vil vi drøfte erfaringer og innspill som er kommet underveis i prosjektet om tilbudet og arbeidsmåten ved hørselssentralene så vel som samarbeidet med førstelinjen. Til sist analyserer vi erfaringer og innspill i forhold til opplæringstilbudet som er utviklet ved Lærings- og mestringssenteret i Sandnessjøen.

5.1. Kommunene

Medarbeidere (”hørselskoordinatorer”) i de tre prosjektkommunene har i prosjektperioden til sammen hatt kontakt med ca 95 personer som har fått høreapparat (for første gang eller gjenanskaffelse). Bare for noen ytterst få har det vært kontakt mellom koordinator og tunghørt ut over den første avklaringsamtalen. Når det er fanget opp behov for videre tiltak har dette i de aller fleste tilfeller kun vært enkle henvendelser til kommunenes hørselskontakt vedr. tekniske hjelpemidler.

Er det slik at vi i prosjektet har satt inn ressurser for å avdekke behov som ikke er der? Eller er det noe med måten eller tidspunktet kontakten har foregått på som har fungert slik at faktiske behov ikke er blitt avdekket?

Vi vil drøfte erfaringene og tilbakemeldingene vi har fått i tilknytning til følgende elementer:

- Førstekontakten mellom koordinator og høreapparatbrukeren
- Avklaringsamtalene

¹³ Øivind Lorentsen og Alf Reiar Berge: ”Hørselshemmede og arbeid. En brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena”. Rehab-Nor, mars 2003.

- Dokumentasjon
- Oppfølging
- Koordinatorenes kompetanse
- Rammene for utøvelsen av koordinatorrollen

I den videre analysen ville det vært av interesse å vite hvor stor andel av høreapparatbrukerne som ble tilvist til kommunene som hadde fått høreapparat for første gang og hvor stor andel som hadde fått skiftet høreapparat grunnet slitasje eller endringer i hørselen. Beklageligvis framgår dette ikke tydelig av dokumentasjonen vi sitter med. Vi ser i ettertid at denne informasjonen skulle vært sikret bedre, bla ved at spørsmål om dette skulle vært tatt med eksplisitt i tilvisningskjemaet. Vi vet imidlertid fra tilbakemeldingene fra hørselssentralene at en relativt stor andel av dem som ikke ønsket at det skulle sendes informasjon til hjemkommunen var ”erfarne” høreapparatbrukere.

5.1.1. Førstekontakten mellom koordinator og høreapparatbrukeren

Kommunene har hatt som målsetting at tilmeldte høreapparatbrukere skal kontaktes i løpet av noen få uker etter mottatt tilmelding med tilbud om en nærmere samtale. Hørselssentralene har på sin side praktisert at tilmelding er blitt sendt etter at høreapparatene er blitt ”kvittert ut”, dvs etter at personen har hatt dem på prøve en periode og så har akseptert dem ved å kvittere for utlånet.

I praksis har dette betydd at de fleste høreapparatbrukerne er blitt kontaktet fra kommunen vel en måneds tid etter at de har avsluttet utprøvsingsperioden.

Alle koordinatorene med unntak av en har rutinemessig benyttet telefon til den innledende kontakten. Den ene har brukt skriftlige invitasjoner til samtale. Det er ikke mulig ut fra det lille materialet denne ene representerer å si noe om henvendelsesmåten betyr mye for hvilken respons en får. Det ser imidlertid ikke ut til at skriftlig henvendelse har ført til mindre positiv respons.

Det har vært noe ulikheter fra kommune til kommune i hvor stor andel som har takket ja til en førstesamtale når koordinator har kontaktet dem, fra så godt som alle i to av kommunene til relativt få i den tredje. Vi mener at dette har hatt sammenheng med hvordan koordinator har forklart bakgrunnen for henvendelsen. Vi mener dette fordi enkelte koordinatorene endret praksis på dette punktet underveis i prosjektet, i samråd med prosjektleder, noe som førte til redusert vegring.

Vi har således sett at dersom koordinator begrunner tilbudet om nærmere kontakt og samtale med noe upersonlig som f eks at kommunen er med i et ”prosjekt”, er det relativt stor sannsynlighet for at personen takker nei til å gå videre. Dersom begrunnelsen er mer personlig, som interesse og ansvar for at personen får best mulig nytte av høreapparatene, eventuelt kombinert med interesse for å lære mer om hvordan det er å leve med nedsatt hørsel, har langt de fleste svart ja til å avtale en mer grundig samtale.

Denne erfaringen stemmer godt overens med tilbakemeldinger fra hørselssentralene: Når de har begrunnet spørsmål om samtykke til å sende informasjon til kommunen med at kommunen er ”med i et prosjekt” eller har nevnt ”individuell plan” som et mulig resultat, har relativt mange vegret seg.

Vi ser i dette en bekreftelse på hvor viktig det er alltid å ta utgangspunkt i den enkelte personen når koordinator skal etablere kontakt, ikke i ”system”, ”prosjekt” og annet som er framstår som fremmed og uinteressant for personen.

5.1.2. Avklaringssamtalene

De fleste mer grundige samtalene, som vi her kaller avklaringssamtalene, har funnet sted i personenes hjem. Noen har imidlertid blitt gjennomført på koordinators arbeidsplass. Enkelte ganger har koordinators kontor blitt valgt fordi det er dette koordinator har lagt opp til, andre ganger fordi personen selv har signalisert skepsis til at koordinator kommer på hjemmebesøk. Fra prosjektets side

har vi støttet at personen selv må velge, men at koordinatorene i utgangspunktet spør om å få komme hjem til personen. Bakgrunnen for dette er at for de fleste er det en trygghet i de kjente omgivelsene, der det er de selv som definerer rammene i større grad enn på et offentlig kontor. Dessuten ligger det mye nyttig informasjon om personen og hennes liv i hjemmet.

Rehab-Nor har lagt stor vekt på at avklaringssamtalene skal være **samtaler** og ikke intervju. Videre har vi i opplæringen av koordinatorene understreket betydningen av at en i samtalene forsøker å få fram et helhetlig bilde av personen og personens liv, og ikke har snevert fokus på hørselsnedsettelsen og eventuelle problemer alene. Men det er også viktig å snakke om det å leve proaktivt med sin hørselsnedsettelse. Slikt innhold i samtalen er en viktig del av det å gi kunnskap til personen og forebygge at vedkommende gir opp i forhold til livsinnhold og deltakelse.

Vi har inntrykk av, etter samtaler med koordinatorene både underveis og ved prosjektslutt, at flere av dem har følt det litt vanskelig, litt ”kunstig”, ikke å fokusere på om personen har problemer og hva man eventuelt kan gjøre for å løse disse. Det ligger dypt i kulturen og oppfattelsen av egen rolle og eget mandat som kommunal fagperson innen helse/pleie å skulle ”kartlegge problemene” og foreslå eller tilby løsninger. Enkelte kan ha følt seg nærmest forlegne ved å skulle gå ut over dette og begynne å spørre om forhold som de kanskje ikke opplever å ”ha noe med”.

Det er grunn til å tolke dette slik at vi ikke har lyktes med å gi hørselskoordinatorene en god nok forståelse av samtalen som verktøy for tilnærming til helhetlige rehabiliteringsprosesser. Utgangspunktet har naturlig nok vært hørselsnedsettelsen. Ut fra denne har tanken vært å komme inn på livssituasjonen og personens opplevelse av den som konsekvens av hørselsnedsettelsen, for så å lete fram ressurser og muligheter. Det ser ut til de fleste samtalene har beveget seg inn på det å leve med nedsatt hørsel på et så overfladisk plan at eventuelle utfordringer ikke har kommet fram.

Det er klart at koordinatorene i møte med ulike enkeltpersoner må balansere mellom å bli opplevd som brysomt nærgående og nysgjerrige på den ene siden og forretningsmessig utelukkende opptatt av problemer som kan relateres hørselsnedsettelsen på den andre. Vår generelle erfaring er imidlertid at om koordinator er lydhør og lykkes med å få etablert en likeverdig, trygg og medmenneskelig relasjon, vil mye av den videre prosessen gi seg mer eller mindre av seg selv. Videre vet vi at en slik samtalerelasjon representerer en langt bedre plattform for å kunne bidra til at personen får løst eventuelle problemer på en effektiv og god måte enn en ekspert-klient-relasjon med ensidig problemfokus.

Med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra koordinatorene utarbeidet Rehab-Nor en mer konkret veiledning for gjennomføringen av avklaringssamtalene (vedlegg 8). Vi var i utgangspunktet litt tilbakeholdne med å lage ”oppskrift” for samtaler, fordi litt usikre koordinatorene lett vil kunne komme til å la samtalene bli for styrt av oppskriften, noe som lett kan ødelegge for det individuelle, spontane og naturlige. Ved prosjektslutt har imidlertid tilbakemeldingen vært at den skriftlige veiledningen er blitt brukt og er blitt oppfattet som nyttig.

Vi ser at det nok var behov for å bruke enda mer ressurser innledningsvis på å gi koordinatorene en forståelse av egen rolle og av begrunnelsen for den helhetlige tilnærmingen. Dessuten antar vi nå at det ville vært en fordel om koordinatorene hadde fått mer praktisk trening i gjennomføringen av slike avklaringssamtaler før de startet opp. De mener også at de har hatt behov for tettere oppfølging og veiledning enn de har fått lokalt og enn det rammene for prosjektet har gitt mulighet for. Vi er sikre på at en slik grundigere skoleing kunne gjort koordinatorene mindre usikre. Dette ser vi tydelig av resultater og deres egne tanker om hva de har oppnådd.

Når dette er sagt må vi samtidig presisere at vårt inntrykk er at det også er blitt gjennomført gode avklaringssamtaler som har gitt et bra bilde av situasjonen. I noen få tilfeller har koordinator fått fram og dokumentert momenter som vi tenker kan være viktige for en videre helhetlig rehabiliteringsprosess, der fokuset i utgangspunktet kanskje ikke ville ligge på hørselsrelaterte utfordringer alene. For oss har en sentral idé vært at utfordringer på andre områder kan påvirke personens forut-

setninger for å takle konsekvensene av nedsatt hørsel på en god og konstruktiv måte, og vice versa. Det viser seg imidlertid at det i disse enkeltsakene ikke er blitt gjennomført videre oppfølging. Vi har etterspurt, men ikke fått en forklaring på dette under de avsluttende samtalene. Det ser ut til at tross alt snakket om "helhet" har ikke lokalapparatet vært forberedt på at helhetsperspektivet også kan medføre å gå inn i problemstillinger som ikke først og fremst dreier seg om hørsel alene.

Vi er allikevel rimelig trygge på at for en del av de personene som har hatt samtaler med en hørselskoordinator var situasjonen at de opplevde at høreapparatene fungerte rimelig greit, og at den nedsatte hørselen ikke representerte noen hindring av betydning i forhold til å leve det livet de ønsker. Hørselskoordinatorerne oppfattet dessuten de fleste av disse som "oppegående" personer som både ville og kunne ta kontakt med hjelpeapparatet om problemer skulle oppstå. Når dette er situasjonen skal selvsagt hørselskoordinator ikke insistere på å gå videre.

En intensjon med prosjektet har vært å finne fram til treffsikre rutiner for tidlig oppfangning av problemer som på lenger sikt kan utvikle seg og bli alvorlige for enkeltpersonene. Et naturlig spørsmål er da om høreapparatbrukerne i prosjektet er blitt kontaktet på feil tidspunkt i forhold til egen prosess? Var de fortsatt der at de satset på at høreapparatene skulle løse det meste, og at det som eventuelt opplevdes vanskelig kom til å ordne seg med tiden? Ville en fanget opp mer ved å ta kontakt seinere? Vi er usikre på dette, det kan argumenteres for ulike svar. Vi tror imidlertid det er riktig å se spørsmålet i sammenheng med drøftingen av rutiner for gjennomføring av kurs for brukere og nærpersoner i regi av lærings- og mestringssentrene.

Det er blitt påpekt fra flere, både av høreapparatbrukerne som er blitt kontaktet og av representanter for brukerorganisasjonen, at hørselssentralene gir for lite informasjon, herunder for liten anledning til å prøve og gjøre egne erfaringer med alternative høreapparatyper. Det etterlyses ikke minst god skriftlig informasjon, da informasjon som gis muntlig lett ikke oppfattes og/eller glemmes.

Vi konstaterer at avklaringssamtalene mellom hørselskoordinatorerne og høreapparatbrukere i mindre grad enn ventet har ført til en helhetlig avklaring av konsekvensene av og utfordringene knyttet til å leve med hørselsnedsettelse. Det er nok sammensatte årsaker til dette, men vi tror følgende to forhold hver for seg, og spesielt i kombinasjon, er sentrale:

Ensidig fokus på høreapparat fra starten av rehabiliteringsprosessen

Det ser for oss ut til at mange av høreapparatbrukerne fortsatt har hatt et nokså ensidig fokus på høreapparatet når de er blitt kontaktet av kommunal hørselskoordinator. Noen koordinatorene rapporterer at de har fått ganske klar følelse av at det er høreapparatet de er velkomne til å snakke om, og ikke så mye ut over det. Vi mener dette er en indikasjon på at det er på høreapparatet personene har opplevd at fokuset har ligget helt fra starten på prosessen, dvs på hørselssentralen. Om en opplever et slikt litt ensidig fokus fra "ekspertenes" side, gir det signaler om at det er høreapparatet dette i hovedsak dreier seg om, og den tunghørtes fokus blir også der. Vi mener derfor det er viktig at tunghørte personer allerede fra starten møter et fagapparat som har et helhetlig perspektiv på det å leve med nedsatt hørsel, selv om det første konkrete tiltaket ofte er utprøving av høreapparat. En slik kompetanseoppbygging fra starten i rehabiliteringsprosessen ville sannsynligvis gjort det mer naturlig for tunghørte også å komme inn på andre sider av situasjonen og konsekvensene av hørselsnedsettelsen i samtalene med koordinator.

Lite helhetlig tilnærming fra hørselskoordinatorenes side

Selv om den tunghørte selv i utgangspunktet har hovedfokus på høreapparatet, er det viktig for koordinator etter hvert å forsøke å utvide perspektivet og nærme seg det å leve med nedsatt hørsel mer generelt. Vårt inntrykk er at dette har vært gjort i enkelte tilfeller, og at konklusjonen om at det ikke er aktuelt å gå noe videre kan være rimelig godt forankret i den tunghørtes reelle situasjon. Men vi har samtidig inntrykk av at flertallet av koordinatorerne har vært for lite trygge og bevisste i forhold til å stille spørsmål som utdyper og går litt bak de mer overfladiske utsagnene om at "det går greit". Om den tunghørte ved slike utdypende spørsmål gir signaler om at hun ikke ønsker å gå inn på dette, må det selvsagt respekteres. Vår egen erfaring tilsier imidlertid at de fleste opplever

det godt og positivt å få snakke med en person som viser ekte interesse for personen og livet med funksjonsnedsettelse, og ikke ensidig er opptatt av funksjonsnedsettelsen.

5.1.3. Dokumentasjon

Kommunene fikk Rehab-Nors metode- og verktøy-perm ”IPA tilrettelegger” til disposisjon i utgangspunktet. Vi pekte på enkelte dokumentasjonsverktøy som vi anså som spesielt aktuelle å benytte:

- ”Logg individuell plan”. Obligatorisk, føres fortløpende av hørselskoordinator for å dokumentere aktiviteten i hver enkelt sak og koordinators tidsforbruk
- ”Samtaler om livskvalitetsmål”. Frivillig, for notering av momenter som ble berørt i avklaringsamtalene
- ”Individuell plan”. Obligatorisk dersom det skulle skrives individuell plan for enkeltpersoner i prosjektet

Tilbakemeldinger vi har fått viser at verktøyet ”logg” er blitt brukt relativt mye, og er blitt opplevd å være nyttig. Da ingen enkeltsaker har kommet dit hen at det er blitt utviklet individuell plan har ikke verktøyet for dette blitt brukt.

Verktøyet ”Samtaler om livskvalitetsmål” er i realiteten et blankt ark med noen støttepunkter og stikkord. Vi ser at slik prosjektet utviklet seg, har vårt notat om samtalen med høreapparatbrukerne (vedlegg 8) ivaretatt behovet for stikkord (og vel så det). Koordinatorenes dokumentasjon av samtalene har vært gjort på litt ulike måter, men er gjennomgående god, ryddig, konsis og lett å tolke for prosjektleder. Dokumentasjonen støtter inntrykket fra samtalene prosjektleder har hatt med koordinatorene ved avslutningen av prosjektet, at det har vært et for ensidig fokus på høreapparatet og for lite vekt på personens erfaringer som tunghørt på alle relevante livsarenaer (hjem, arbeid, skole/opplæring, fritid) og i forhold til de ulike livskvalitetsdomenene (herunder aktiviteter og gjøremål, ytre relasjoner og indre relasjoner som trygghet og selvfølelse).

To koordinatorene har ikke levert dokumentasjon. Deres praksis inngår derfor ikke i denne vurderingen.

Vi har hatt drøftinger med de lokale prosjektlederne om behovet for en felles dokumentasjonspraksis og –mal for ulike deler av den kommunale virksomheten. De tre prosjektkommunene hadde i utgangspunktet noe ulikt ståsted. Vefsn hadde allerede etablert en overordnet kommunal praksis og mal, i de to andre kommunene var ulike måter å dokumentere på i bruk parallelt.

Rehab-Nors posisjon er at selv om ikke ”utseendet” på den individuelle planen er noen hovedsak i seg selv, vet vi at ulik utforming av mal:

- oftest signaliserer ulik forståelse av hva ”individuell plan” skal være
- fungerer ulikt i forhold til hvorvidt personen selv oppfatter planen som sin eller som ”kommunens”
- skaper betydelige kommunikasjons- og informasjonsproblemer ved samarbeid på tvers

Vi har derfor argumentert for bruk av en felles, gjennomgående dokumentasjonsmal for individuell plan, og at denne må gjøres så enkel og oversiktlig som mulig. Vår erfaring er at en slik enkel og oversiktlig mal kan fungere for alle brukergrupper, inklusive hørselshemmede.

Vi vet at det også i de to andre prosjektkommunene har foregått prosesser for utvikling av felles rutiner og mal for individuell plan.

5.1.4. Oppfølging av enkeltsaker

Som nevnt er det bare i noen få enkeltsaker det har blitt avtalt kontakt etter den første avklarings-samtalen. På oppfordring fra prosjektleder har imidlertid flertallet av koordinatorene praktisert å spørre høreapparatbrukerne om det er greit at de tar kontakt igjen om f.eks. tre måneder for å høre hvordan det går, noe de færreste har hatt noe imot. Så langt vi er informert har det ikke kommet fram vesentlig nye momenter i disse seinere oppfølgingssamtalene.

Men, i spesielt én enkeltsak har koordinatoren fulgt opp over noe tid, og tatt flere initiativ. Dette dreide seg om en person med psykisk utviklingshemning, og hva koordinatoren oppfattet som fagapparatets tendens til å nedprioritere saken grunnet utviklingshemningen. Saken løste seg imidlertid på en god måte etter hvert, og vi mener det er grunn til å tilskrive dette koordinatorens oppfølging og påtrykk.

5.1.5. Koordinatorenes kompetanse

Koordinatorrollen stiller en del generelle krav til ulike typer kompetanse, heretter kalt generell koordinatorkompetanse. Denne omfatter:

- Refleksjon og forståelse for verdigrunnlag, bl.a. hva som i dag legges i sentrale verdibegrep som brukermedvirkning, verdighet, respekt og helhetlig.
- Bevissthet om at ulike måter å arbeide på realiserer ulike verdier
- Kommunikative ferdigheter, samtale- og veiledningskompetanse
- Evne og vilje til å stå i uavklarte prosesser
- Kunnskap om hjelpeapparatet, ansvarsfordeling, hvor man henvender seg om hva, ressurser mv
- Forståelse for koordinatorrollen, hva den er ment å omfatte, relasjonen til øvrig hjelpeapparat mv

Koordinatorrollen innebærer å være personens sentrale samarbeidspartner i forhold til avklaring av hva det er viktig for personen å realisere. Videre omfatter rollen å fungere som en ”prosjektleder” i samhandlingsprosesser med personen selv og ulike faglige og administrative organer for å sette sammen et helhetlig sett av tiltak som kan bidra til å realisere personens mål. Koordinatorrollen er således en annen enn rollen som fagperson med ansvar for å gjennomføre bestemte tiltak for personen (tiltakshaverrollen).

En kan derfor stille spørsmål om det er ønskelig eller nødvendig at koordinatoren har spesialkunnskap om den funksjonsnedsettelsen som er utgangspunktet for koordinatoroppgaven i hver enkelt sak. Er det viktig, eventuelt ønskelig, at hørselskoordinatorer har spesifikk kunnskap om hørsel, hørselsnedsettelse, konsekvenser av hørselsnedsettelse, høreapparat og andre tilgjengelige tekniske løsninger osv? Og, i så fall: Hvor mye slik kunnskap kan sies å være et minimum?

I prosjektet, som skulle være et modellprosjekt, tok vi utgangspunkt i det vi mente var rimelig realistisk med tanke på gjennomsnittlige norske kommuner. Vi signaliserte til kommunene (v/lokale prosjektledere) et ønske om å rekruttere interesserte ”generalister” med personlig egnethet og helst også utdannings- og/eller erfaringsbasert generell koordinatorkompetanse. Vi ga dem som ble utpekt i startfasen en del påfyll i forhold til den generelle koordinatorkompetansen, og vi ga dem litt mer spesifikt omkring hørsel.

Rehab-Nor mener det framgår tydelig av materialet vi har samlet fra prosjektarbeidet at graden av generell koordinatorkompetanse og -erfaring hos hørselskoordinatorer har påvirket i hvilken grad de har fått realisert ”den gode avklarings-samtalen”. Vi mener derfor fortsatt at den generelle koordinatorkompetansen er en viktig basis for denne typen arbeid.

Vi mener imidlertid også at erfaringen har vist at rollen som hørselskoordinator i tillegg krever mer spesifikk hørselskompetanse enn den korte innføringen som ble gitt i prosjektets regi. Avklaringsprosessen i forhold til å leve med hørselsnedsettelse kan berøre følsomme og kanskje psykisk smertefulle områder for personen. For å få den oversikten som er ønskelig som grunnlag for eventuelle individuelle prosesser og eventuelle tiltak er det viktig både med trygghet i relasjonen, tid og at koordinator har kunnskap om ”å leve med nedsatt hørsel”. En kan si at koordinator bør vite en del om hva man eventuelt skal lete etter. Uten dette har ikke koordinator god nok bakgrunn til å møte og forstå brukeren, til å informere brukeren, til å ta opp kritiske forhold vedrørende det å leve med hørselsnedsettelser, og viktige elementer kan overses. Det er all grunn til å tro at dette har vært tilfelle i prosjektet.

En løsning som baserer seg på ansettelse av spesielle fagfolk, som audiografer eller audiopedagoger i kommunene anser vi imidlertid som noe urealistisk, kanskje også lite treffsikker i seg selv. Urealistisk fordi det eventuelt ville ta mange år å utdanne tilstrekkelig mange aktuelle fagfolk til å bemanne slike stillinger, og fordi mange mindre kommuner sannsynligvis ville mene at det ikke er ressursmessig rett å satse så mye spesielt på denne ene brukergruppen når det er så mange andre grupper som også i stor grad har behov for mer enn det kommunene makter å tilby i dag. Lite treffsikker ville en slik ordning i seg selv være fordi det ikke finnes noen garanti for at personer med spesialkompetanse innen hørselsområdet har den like avgjørende generelle koordinatorkompetansen. Denne kompetansen kan imidlertid eventuelt gis disse aktørene så vel som andre.

Slik vi ser det må løsningen, i alle fall i overskuelig framtid for de fleste norske kommunene, være å utvikle et betydelig bedre tilbud om hørselsfaglig veiledning av aktuelle ansatte i kommunene enn det vi har sett står til disposisjon i dag. I den grad Helgelandssykehuset HF hadde fulgt opp sitt opprinnelige tilsagn om å bistå med hørselsfaglig kompetanse, ville situasjonen i prosjektet således vært noe annerledes enn den ble.

5.1.6. Rammene for utøvelsen av koordinatorrollen

De fleste koordinatorene har kjent på problemer med å sette av nødvendig tid til ivaretagelse av oppgavene som følger med rollen, særlig hvis dette skulle komme til å omfatte flere samtaler med enkeltpersoner og oppfølging i forhold til kontakt med andre instanser og utvikling av individuell plan. Videre har koordinatorene i en av kommunene vært hindret fra å delta på brukerkurs som har vært arrangert av Lærings- og mestringssenteret fordi de ikke har hatt ressurser til vikarer og reise.

Det er et gjennomgående problem at kommuner utpeker koordinatører uten av det tas høyde for at de må ha tid både til å ivareta de konkrete oppgavene rollen innebærer og til nødvendig opplæring og veiledning. Ofte får medarbeidere oppgaven som koordinator i tillegg til allerede full jobb, uten at leder går inn i en dialog omkring tidsbruk, prioritering og eventuell omfordeling av oppgaver. Dette representerer en viktig grunn til at det har vist seg vanskelig å få rekruttert tilstrekkelig med koordinatører og å få ordningen individuell plan til å fungere etter intensjonene. Rehab-Nor har gjennom samarbeid med flere kommuner og gjennom en større brukerundersøkelse¹⁴ sett at koordinators manglende oppfølging og kontinuitet i samhandlingsprosessene er en viktig del-årsak til at noen brukeres erfaringer med individuelle planer er lite positive. En hovedgrunn til slik manglende oppfølging er mangel på tid.

Å definere og etablere nødvendige rammer for utøvelse av koordinatorrollen er i hovedsak et ansvar for ledelsen og ikke for den enkelte koordinator. Rehab-Nor la derfor vekt på å få samlinger med ledere i kommunene både innledningsvis og underveis i prosjektet, og påpekte da nødvendigheten av at lederne engasjerte seg og støttet opp under koordinatorfunksjonen. Ved avslutningen av pro-

¹⁴ Øivind Lorentsen, Alf Reiar Berge: ”Individuelle planer – Brukeres erfaringer og opplevelser. En undersøkelse av brukeres egne erfaringer og synspunkter”, Rehab-Nor, februar 2006.

sjektet er allikevel behovet for et tydeligere og mer proaktivt lederengasjement blitt påpekt, fra koordinatorerne og spesielt fra lokale prosjektledere. Vi viser til delrapport 1 fra kommunenettverket ”Individuell plan og personlig koordinator” som påpeker bl a lederforankringen som et sentralt kvalitetskriterium¹⁵ og vår egen brukerundersøkelse¹⁴.

5.2. Hørselssentralene

Tunghørte i de tre prosjektkommunene får høreapparat tilpasset ved hørselssentralene i Sandnessjøen, Mo i Rana (inkl. ambulerende tilbud i Mosjøen) og Bodø, samt Namsos. Hørselssentralen i Sandnessjøen var i deler av prosjektperioden uten audiograf, og kunne da ikke tilpasse høreapparat. Når den er bemannet, er det dit de aller fleste i Alstahaug drar. Tunghørte fra Brønnøy har tidligere i stor grad reist sørover til Namsos, men dette har i løpet av den siste tiden blitt mindre vanlig. I stedet ser det ut til at de søker til Sandnessjøen når sentralen der er bemannet, eller til Mo og eventuelt Mosjøen. Tunghørte i Vefsn har i hovedsak brukt tilbudet på Mo eller i Mosjøen. Noen ganske få fra prosjektkommunene velger av ulike grunner å reise til Bodø.

5.2.1. Rutinen for tilmelding fra hørselssentral til kommune

Det synes bredt akseptert at ansvaret for oppfølging og helhetlig rehabilitering ligger på kommunene, også når det gjelder personer med nedsatt hørsel. En forutsetning for at kommunene skal kunne ivareta dette ansvaret er at de får informasjon om hvem det gjelder. En rutine for informasjon fra hørselssentralene om hvem som får høreapparat har derfor vært en forutsetning for prosjektet.

I tråd med den innledende forståelsen med ledelsen ved Helgelandssykehuset avdeling Sandnessjøen la vi opp til at vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten skulle skje gjennom denne avdelingen. Prosjektleder i samarbeid med overlege ved ØNH-avdelingen i Sandnessjøen laget derfor tidlig et forslag til meldeskjema og –rutine, som ble oversendt alle de aktuelle hørselssentralene. I tillegg til Sandnessjøen ga Bodø positiv tilbakemelding, og tok skjemaet i bruk. Fra Mo, Mosjøen og Namsos fikk vi imidlertid ikke respons, og heller ikke tilmeldinger.

Dette ble et alvorlig problem for prosjektet. I samme periode var hørselssentralen i Sandnessjøen uten audiograf. Prosjektet sto derfor på mange måter ”i stampe” i et halvt til trekvart år før kommunene fikk personer å følge opp.

Det var først når prosjektleder tok direkte kontakt med hørselssentralen på Mo at prosessen kom i gang. Da fant vi raskt fram til forenklinger i tilmeldingskjemaet (vedlegg 5), og noen tilmeldinger begynte å komme.

Men også etter dette har antallet tilmeldinger vært relativt lavt. Det har dessverre ikke vært mulig å få informasjon fra Mo, Mosjøen og Bodø som viser hvor mange personer fra de tre prosjektkommunene som kvitterte ut høreapparat i aktuell periode. Dette skyldes begrensinger i hørselssentralenes dataprogram, som gjør det umulig å hente ut denne informasjonen på enkeltkommuner. Å framskaffe informasjonen rent manuelt ville være for arbeidskrevende.

Hørselssentralen i Sandnessjøen har imidlertid framskaffet tall som viser at når den hadde audiograf ble det sendt informasjon til kommunene om ca 35% av dem som fikk høreapparat.

Vi har drøftet med hørselssentralene hva som er grunnene til det lave antallet tilvisninger. Hovedårsakene er:

- Personene har ikke gitt samtykke til at informasjonen sendes.

¹⁵ Stig Fredriksson: Utviklingsnettverk Individuell Plan – Personlig Koordinator. Delrapport 1: ”Kjennetegn og kriterier for god praksis”, Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR), mai 2006.

- Personene er ikke blitt spurt grunnet forglemmelse.

Vi har ikke informasjon om fordelingen mellom disse, men begge bør analyseres noe nærmere med tanke på å få rutinen til å fungere sikrere i framtida.

Vi tror at det er av stor betydning hvilken informasjon som gis og hvordan spørsmålet stilles når en høreapparaturbruker spørres om samtykke til at det sendes informasjon til kommunen om høreapparattildelingen. Vi har sett hvor viktig ordvalget har vært når kommunal hørselskoordinator har kontaktet høreapparaturbrukere med spørsmål om å få en nærmere samtale. Vi har også fått informasjon som støtter dette fra hørselssentralen i Bodø. Den har i flere år hatt som fast rutine å spørre om samtykke til å sende informasjon til kommunens hørselskontakt. Erfaringen der er at det der er svært få som ikke gir slikt samtykke.

Dette viser at prosjektet nok skulle lagt mer arbeid i å detaljvtale med hørselssentralene hvilken begrunnelse som skulle gis og hvordan spørsmålet om samtykke skulle formuleres. Mot slutten av prosjektperioden kom det opp et forslag om at det burde utarbeides en kortfattet skriftlig orientering til høreapparaturbrukerne om hvorfor det kan være ønskelig at informasjon sendes kommunen. Denne informasjonen kunne deles ut ved nest siste besøket på sentralen, slik at personen er informert og forberedt på spørsmålet om samtykke når hun kommer for å kvittere ut apparatene.

At hørselssentralene i både Sandnessjøen og Mo/Mosjøen sier at de i relativt mange tilfeller har glemt å ta spørsmålet om samtykke og informasjon til kommunene opp med høreapparaturbruker, er i og for seg ikke vanskelig å forstå når en vet hvor mange ting som skal gjøres. Etter vår mening representerer dette en typisk situasjon der rutiner for kvalitetssikring er påkrevet. F eks mener vi det ville være naturlig at hørselssentralene hadde skriftlige rutinebeskrivelser med sjekklister der det dokumenteres for hver pasient hva som er gjort, når og av hvem. Vi har spurt om hørselssentralene bruker slike systemer, og har fått uklare svar. Vi mener gode grunner tilsier at sentralene gjør endringer i forhold til dette. Enkle glipp kan få store konsekvenser for den enkelte pasient.

Et kompliserende element i prosjektperioden er at tilmeldingsrutinen har vært en "ekstra-rutine" for bare noen av pasientene, nemlig de som bor i en av de tre prosjektkommunene. Slike spesialrutiner er vanskeligere å huske på i en travel hverdag enn rutiner som gjelder alle. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til helseforetakene 07.07.2006 skrevet bl a:

Arbeids- og velferdsdirektoratet og de regionale helseforetakene forventes å samarbeide om å få til en rutine der høreapparaturbrukere blir fulgt opp etter tre måneder for å sjekke at høreapparatet fungerer slik det skal. Dette kan for eksempel gjennomføres ved at første-linjen blir varslet om nye høreapparaturbrukere, og læres opp i hva som skal kontrolleres.

Etter dette ser det ut til at det nå må etableres faste rutiner for tilmelding for alle høreapparaturbrukere. Det gjenstår imidlertid å utvikle gode rutiner omkring innhenting av samtykke.

5.2.2. Andre innspill om hørselssentralenes arbeid og rutiner

Prosjektet har ikke engasjert seg i hvordan hørselssentralene arbeider med den enkelte pasient, ut over det som knytter seg til samtykke og tilmelding til kommunene. Vårt hovedfokus har vært kommunene. I et helhetlig rehabiliteringsperspektiv er det imidlertid nødvendig å se alle aktørene under ett, og hørselssentralene har en nøkkelposisjon i og med at det som regel er der prosessen innledes.

Underveis i prosjektet er det imidlertid kommet innspill fra brukerrepresentanter som har tatt opp enkelte sider ved hørselssentralenes praksis. Innspillene har kommet i samtaler og som innlegg i diskusjoner i det uformelle fagnettverket. Vi refererer i det følgende noen momenter som er kommet opp.

Leder av Brønnøy Hørselslag tok i en e-post i mars 2006 opp flere punkter i forhold til hørselssentralenes arbeid og rutiner, bl a følgende:

- Erfaringen viser at flere eldre tunghørte får høreapparat som de ikke klarer å venne seg til og/eller som de har problemer med å betjene. Hørselssentralene bør i større grad gå inn i en mer individuell situasjons- og behovsvurdering, og i slike tilfeller oftere tilby alternative og enklere løsninger, som samtaleforsterker, telefonhjelpemidler mv.

I den påfølgende diskusjonen hevdet hørselssentralene at det ofte er umulig å forutsi hvilke pasienter som vil lykkes med høreapparat og hvilke som ikke vil lykkes. Enkelte ganger kan en få seg store overraskelser i så måte. Hørselssentralenes utgangspunkt er derfor at personer med erkjent hørselsproblem skal gis anledning til å forsøke høreapparat, uavhengig av alder. Utfordringen er å få etablert så gode rutiner for oppfølging at de som høreapparat ikke fungerer godt for blir fanget opp og får alternative tilbud. En velfungerende oppfølgingsrutine som ivaretas av kommunene kan være et viktig skritt på veien.

Det ble også sagt fra hørselssentralenes side at kvaliteten på behovsutredningen er viktig for graden av treffsikkerhet i løsningene som velges. Rehab-Nors erfaring, bl a basert på dybdeintervjuer med hørselshemmede i forbindelse med brukerundersøkelse¹³, tyder på at hørselssentralenes behovsutredning ofte har et relativt ensidig øre-, hørsels- og problemfokus. I den grad dette er korrekt, ser vi et behov for at også hørselssentralene tar i bruk nye og mer helhetlige tilnæringer for målavklaring og behovsutredning.

- Alle som blir diagnostisert som tunghørte bør få skriftlig informasjon på hørselssentralen om prosessen fram til eventuell tildeling av høreapparat, og om det som eventuelt følger seinere, herunder kurs i regi av Lærings- og mestringssentre, oppfølging i kommunal regi mv. Det bør også gis bedre informasjon enn hittil om de ulike høreapparatenes sterke og svake sider. Slik kompetanseoppbygging er en forutsetning for at de tunghørte selv kan være aktivt med i valg av høreapparat. Brukerorganisasjonene ser mange eksempler på at tunghørte går gjennom hele tildelingsprosessen uten å ha fått med seg helt grunnleggende kunnskaper om f eks telespole/T-innstilling mv.
- Det er store forskjeller i hvordan de ulike hørselssentralene arbeider. Dette er lite tilfredsstillende sett fra brukernes side. Det bør derfor utvikles minimumskrav eller minimumsrutiner som alle er forpliktet til å følge.

Rehab-Nor tror både informasjon og opplæring av tunghørte og bedre metoder og rutiner for behovsutredning er viktige punkter sett i et rehabiliteringsperspektiv. Vi registrerer imidlertid at ansatte på hørselssentralene anser mulighetene for forbedringer som klart begrensede fordi arbeidet er presset på tid. Bakgrunnen for tidspresset er både påtrykk ”utenfra” for ikke å få for lange ventelister og krav ”innenfra” om inntjening. Det er, så vidt vi forstår, et faktum at mye av det hørselssentralene kunne gjort for å bedre kvaliteten både på behovsutredning og informasjon/opplæring ville bidratt til redusert inntjening da det ikke er aktiviteter som det er DRG-satser for. Dette betyr i så fall at finansieringssystemet direkte motvirker rehabiliteringsintensjonene. En hørselssentralansatt uttrykte dette omtrent slik: ”Myndighetene taler med to tunger, kritiserer for dårlig rehabiliteringstilbud og straffer når en forsøker å forbedre.”

5.2.3. Hørselssentralen i Namsos

Med hørselssentralen i Namsos var det kontakt tidlig i forbindelse med å få etablert rutinen med å innhente pasientenes samtykke og sende informasjon om høreapparatutdelinger til hjemkommunene. Som beskrevet annet sted i denne rapporten fikk vi aldri dette samarbeidet til å fungere. I siste del av prosjektperioden har dessuten antall tunghørte fra Sør-Helgeland som drar til Namsos for å få høreapparat falt kraftig ifølge informasjon fra hørselssentralen der. Vi har derfor ikke gjort nye framstøt overfor denne hørselssentralen, og vi har ikke inkludert den i den avsluttende erfaringsinnstillingen.

Begrunnelsen hørselssentralen i Namsos ga for ikke å etablere en rutine med at pasientene spørres om samtykke til at informasjon sendes til hjemkommunene, og for ikke å ta i bruk tilmeldingsskjemaet, var tidspress. De valgte, som tidligere nevnt, å sende kopier av audiogrammer til kontaktperson i kommunen, uten at pasientene hadde gitt samtykke. I alle fall i ett tilfelle reagerte en tunghørt klart negativt på å bli kontaktet av kommunen i etterhånd, uten at vedkommende hadde gitt tillatelse til det.

Vi tolker ”Lov om spesialisthelsetjenesten m m” og merknadene til loven¹⁶ slik at spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi kommunehelsetjenesten opplysninger som kommunen er avhengig av for å kunne ivareta sitt ansvar bl a for rehabilitering. Tidspress ikke er holdbart som begrunnelse for ikke å følge opp kommunehelsetjenestens anmodning. En forutsetning er imidlertid at reglene om taushetsplikt overholdes (spesialisthelsetjenestelovens § 6-1 og 6-2, forvaltningslovens § 13). På denne bakgrunn er vi forundret over måten Hørselssentralen i Namsos håndterte saken på, og ser den som et eksempel som illustrerer bakgrunnen for brukerrepresentantenes etterlysning av klare minimumsstandarder for hørselssentralenes arbeidsmåte.

5.3. Kurs for høreapparatbrukere og deres nærpersoner

I prosjektkommunene er det i utgangspunktet to lærings- og mestringssentre: I Alstahaug ved sykehuset i Sandnessjøen og i Vefsn ved sykehuset i Mosjøen. Prosjektets tilknytning til sykehuset i Sandnessjøen gjorde det naturlig at det var lærings- og mestringssenteret der som først fikk utfordringen å tilby etablere et kurstilbud for personer med hørselsnedsettelse og deres nærpersoner.

Vi er ikke i tvil at det kurstilbudet som lærings- og mestringssenteret systematisk har utviklet parallelt med prosjektet er et viktig bidrag i rehabiliteringstilbudet til tunghørte i de aktuelle kommunene.

Vi har sett at lærings- og mestringssenteret har brukt erfaringer fra de tidligere kursene til å videreutvikle tilbudet. I denne forbindelse er det vist et behov for mer følsomme verktøy for evaluering enn de relativt enkle skjemaene deltakerne er bedt om å fylle ut. Når deltakerne i utgangspunktet er svært glade over i det hele tatt å ha fått et tilbud, er det vanskelig å fange opp de nyansene i tilfredshet som kan inneholde viktige signaler om forbedringspotensialer. Dette mener vi det bør arbeides videre med.

Vi har videre sett at ved utviklingen av kurstilbudet har det ikke vært bare enkelt å forene brukerønsker og enkelte faglige vurderinger. Enkelt sagt har brukerne understreket nødvendigheten av å velge innholdet og gjøre framstillingen relevant og forståelig for den jevne høreapparatbruker og hennes nærpersoner, dvs for tilhørere uten noen ”faglig” bakgrunn på hørselsområdet. Brukerne har hevdet at det er viktigere at tilhørerne kjenner seg igjen i og forstår det som legges fram enn at fag-

¹⁶ Lov om spesialisthelsetjeneste § 6-3. Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten: Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Fra Merknad til § 6-3:

Plikten er absolutt i den forstand at veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten i de tilfeller kommunehelsetjenesten har behov for slik veiledning for å kunne løse sine oppgaver etter loven. Spesialisthelsetjenesten kan altså ikke unnlate å oppfylle plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning.

Plikten er begrenset til å gjelde "helsemessige forhold". Dette omfatter ethvert tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse. Alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter omfattes av begrepet.

folkene føler at de får fram det de vurderer som viktigst. I dette ligger det et interessant spenningsfelt, som det er en utfordring å finne gode løsninger i forhold til. Vi ser at også på dette området vil mer sensitive evalueringsverktøy kunne gi viktige signaler, og vi vil berømme lærings- og mestringssenteret for den viljen det har vist til å gå inn i nevnte spenningsfelt og utvikle løsninger i tråd med lærings- og mestringssentrene grunnidé som bl a sterkt vektlegger brukermedvirkning.

Et viktig spørsmål som er kommet opp er hvordan man kan sikre at en større andel av dem som får høreapparater gjennomfører disse kursene. Vi mener at for mange vil et slikt kurs kunne bety mye for den videre rehabiliteringsprosessen. Vår holdning er derfor at kursene bør gis mer preg av å være ”obligatoriske”. De bør framstå som et integrert ledd i et samlet tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Selv om ingen kan tvinges til å delta, tror vi en kan oppnå en del ved:

- at informasjon om at kursene er en integrert del av høreapparattdelingsprosessen, og at denne informasjonen gis tidlig i kontakten med hørselssentralen (bl a i skriftlig informasjon som er nevnt ovenfor)
- å ”innkalle” heller enn å ”invitere” til kurs

Vi tror en god modell kan være at hørselssentralene, lærings- og mestringssentrene og kommunene samarbeidet slik at:

- kommunale hørselskoordinatorer har en første-kontakt med nye høreapparatbrukere i forkant av neste kurs, og oppfordrer til deltakelse
- hørselskoordinatorene også deltar på kursene, og kan der møte de nye høreapparatbrukerne og eventuelt gjøre avtale om nærmere kontakt

På denne måten kan en unngå at kommunene bruker tid og ressurser på møter med personer som ikke har behov for bistand. Samtidig vil de tunghørte gjennom kursene få mer kunnskap og dermed bedre grunnlag for å vurdere eget behov for veiledning eller bistand, og møtet med hørselskoordinator på kursene kan bygge ned terskelen for at de som har eller får behov for det seinere tar kontakt med hørselskoordinator.

5.4. Brukerorganisasjonen

Vi har tidligere i rapporten referert hvordan lokale brukerrepresentanter har levert viktige innspill i prosjektet, og gjennom disse påvirket innholdet og gjennomføringen. Vi har imidlertid også hatt et mål om at prosjektet skulle bidra til en tydeligere avklaring av grensene mellom kommunens oppgaver og oppgaver som like gjerne kan ivaretas av representanter for de lokale lagene av HLF (hørselshjelperne). På dette punktet har vi ikke kommet så langt som håpet. Vi kom seint i gang med praktisk arbeid i kommunene grunnet liten tilmelding fra hørselssentralene, og få av de personene som etter hvert ble tilmeldt, har overfor hørselskoordinatorene signalisert interesse for praktisk bistand og/eller veiledning og samtale med mer erfarne hørselshemmede.

Vi har lagt vekt på at hørselskoordinatorene som fast rutine skal informere høreapparatbrukerne om HLFs hørselshjelper-ordning og øvrige tilbud. Vi ser samtidig at det er ulikheter mellom hørselslagene i forhold til hvilket tilbud de har utviklet. En ”standard samarbeidsmal” mellom kommune og hørselslag kan derfor være vanskelig å utvikle. Men vi tror at ikke minst hørselshjelperordningen er en ressurs som med fordel kunne utnyttes mer, og at noe av nøkkelen til det ligger i kunnskap om og holdning til denne typen privat innsats i det kommunale fagapparatet. I vår kontakt med ansatte i kommunene mener vi å ha registrert en viss, nærmest prinsipiell, skepsis til slik ”ufaglig” virksomhet. Nå er det imidlertid samtidig et faktum at også kommunenes ansatte til dels har hatt begrenset ”faglig” bakgrunn for arbeid i forhold til nedsatt hørsel. Vi mener uansett at brukererfaringen som hørselshjelperne sitter inne med kan være et verdifullt supplement til det kommunale tilbudet. Kommunalt ansatte bør derfor aktivt søke samarbeidsformer med hørselshjelperne/HLF lokalt som

utnytter begge parters sterke sider. Det som imidlertid må ligge til grunn er at kommunen aldri kan fraskrive seg ansvaret for rehabiliteringstilbudet.

Ellers har representantene for HLF lokalt også argumentert for mer generell satsing på informasjon om hørsel og hørselsnedsettelse. Gjennom dette mener de at en kan oppnå både at personer oppsøker faglig hjelp tidligere, og at de tunghørte selv og deres omgivelser forholder seg riktigere til de utfordringene nedsatt hørsel fører til.

5.5. Drøfting av spørsmål fra Sosial- og helsedirektoratet

Som oppdragsgiver har Sosial- og helsedirektoratet bedt oss om å svare på følgende:

- Har Forskrift om rehabilitering og habilitering og om individuell plan gitt noen konsekvenser for synet på behovet for helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede?
- Likemannsarbeid som reellt supplement til offentlig hørselsrehabilitering?
- Nødvendig basiskunnskap for å kunne ivareta koordinatorrollen for hørselshemmede i en rehabiliteringsprosess.
- Forutsetninger for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid så vel vertikalt som horisontalt.

5.5.1. Har Forskrift om rehabilitering og habilitering og om individuell plan gitt noen konsekvenser for synet på behovet for helhetlig rehabiliteringstilbud for hørselshemmede?

Vi mener at disse to forskriftene har hatt betydning som bidragsyttere til en generell utvikling av forståelse og holdninger i kommunene, spesielt i fagmiljøene som har særlig fokus på rehabilitering. Retten til individuell plan bidrar til å legge press på kommunene for å få på plass rutiner og metodikk for utviklingen av slike.

Men, i vårt arbeid både med dette og andre prosjekter, bl a ¹⁷ og ¹⁸, har vi sett at forskriftene så langt har hatt få praktiske konsekvenser for personer med nedsatt syn eller hørsel. Bl a er det svært få personer med slike funksjonsnedsettelse som har fått individuelle planer hittil. Hovedfokus har vært på andre målgrupper, hovedsakelig personer med psykiske problemer, personer med utviklingshemming, barn og personer med store bevegelsehemninger. Dette til tross for at det ikke er tvil om at det også blant personer med sansetap er mange som har ”langvarige og sammensatte” behov.

Vi mener at skal det bli forgang i arbeidet for personer med nedsatt hørsel må sentrale myndigheter sette fokus spesielt på denne målgruppen i forhold til helhetlig rehabilitering, herunder bruk av individuell plan. En spesielt kritisk faktor mener vi er kunnskapsnivået lokalt om hørsel og mulige konsekvenser av hørselsnedsettelse. Dette går vi nærmere inn på i kap. 5.5.3 nedenfor.

Forskriften om individuell plan gir ikke, slik vi ser det, tilstrekkelig entydige signaler om hva en individuell plan skal være. Flere fortolkninger finnes side om side i kommunene. Spennvidden i forståelsen av ”individuell plan” kan illustreres med følgende to oppfatninger:

- Individuell plan er en samlet oppstilling av offentlige tiltak som er iverksatt og/eller skal iverksettes for personen innenfor et tidsperspektiv på f eks 1-2 år. Individuell plan er dermed en direkte videreføring av tidligere tiltaks- eller behandlingsplaner. Det er ikke gitt at personen pla-

¹⁷ Øivind Lorentsen, Alf Reiar Berge: ”Individuelle planer – Brukeres erfaringer og opplevelser. En undersøkelse av brukeres egne erfaringer og synspunkter”, Rehab-Nor, februar 2006.

¹⁸ Alf Reiar Berge, Øivind Lorentsen: ”Nedsatt syn, utdanning og jobb. Hva personer med nedsatt syn erfarer i utdanning og i overgangen utdanning/yrke”, Rehab-Nor, februar 2006.

nen gjelder for finner igjen sine egne helhetlige mål og prioriteringer på kort og lenger sikt her. Om det er formulert mål i slike planer vil det ofte være fagapparatet som har definert dem med utgangspunkt i et kartlagt ”problem”. Personen selv oppfatter planen som fagapparatets.

- Individuell plan er resultatet av en prosess som vektlegger systematisk og metodisk at det primære fokus skal være på det personen selv ser som viktig å nå og realisere. På bakgrunn av dette skal planen dokumentere helhetlig delmål og de tiltakene som skal gjennomføres for å bidra til at personens mål blir realisert, også de tiltakene personen selv og nettverket hennes skal stå ansvarlig for. Personen planen gjelder for ser hvordan egne og andres tiltak skal bidra til å realisere ting hun selv ser som viktig, og oppfatter den individuelle planen som ”sin” plan.

Disse to oppfatningene, som kan sies å representere hvert sitt ytterpunkt, bygger på grunnleggende ulike oppfatninger av og holdninger til arbeid med individuell plan og brukermedvirkning. Veilederen for forskriften om individuell plan¹⁹ legger i hovedsak opp til at det er den siste fortolkningen som skal legges til grunn. Men forskriften i seg selv har gitt uklare føringer, bl a ved at den inntil nylig (årsskiftet 2006/07) sa at personer som var på tvungent psykisk helsevern skulle ha ”individuell plan”, enten de ønsket det eller ikke. Når en person ikke ønsker individuell plan, og på grunn av sykdom ikke er i stand til å forholde seg til framtid og mål, kan man bare lage en behandlingsplan. Den kan være viktig og verdifull (og bør være obligatorisk), men den er noe annet enn ”individuell plan” etter andre prikkpunkt ovenfor. Når forskriften slik indirekte har kalt også en behandlingsplan for ”individuell plan” har det bidratt til forvirring og vanskelige diskusjonsprosesser mellom samarbeidsparter, ikke minst mellom 1.- og 2.-linjenivå.

Fra årsskiftet 2006/07 er særbestemmelsen knyttet til individuell plan for personer på tvungent psykisk helsevern fjernet, og alle som har behov for ”langvarige og sammensatte” tilbud har nå samme rett til individuell plan. Dette er et bidrag til en bedre og mer enhetlig forståelse.

Utviklingen av en felles forståelse for rehabilitering og individuelle planer hemmes fortsatt av at forskriften om individuelle planer er forankret kun i helse- og sosiallovgivningen. Det er spesielt et problem at forskriften ikke også er forankret i skole-/opplæringslovgivningen og barnevernlovgivningen.

Vi tror imidlertid at forskriftene, sammen med mange andre signaler gjennom utredninger, meldinger, veiledere, lovendringer og prosjekter, over tid bereder grunnen for mer tydelige endringer. Av prosjekter vi vil her nevne spesielt SKURs²⁰ kommuneprogram ”Samsynt og framsynt”. I det arbeider fire nettverk med kommuner, kompetansesentra og helseforetak med utvikling og erfaringsdokumentasjon på områdene individuell plan og personlig koordinator, koordinerende enhet, kommunal plan for personer med sammensatte behov og overgangen barn-voksen for personer med nedsatt funksjon. De første delrapportene fra disse nettverkene har dokumentert en rekke kritiske faktorer (i delrapportene kalt ”kvalitetsindikatorer”) for helhetlig rehabiliteringsarbeid. I likhet med vår tidligere rapport¹⁷ konkluderer imidlertid delrapportene fra SKUR med at det ikke er enkeltfaktorer, men et sett av gjensidig avhengige forutsetninger og faktorer som må være på plass for at intensjonene i bl a forskriftene om habilitering og rehabilitering og om individuelle planer skal bli realisert.

¹⁹ ”Individuell plan 2005 - Veileder til forskrift om individuell plan”, Sosial- og helsedirektoratet, september 2005.

²⁰ SKUR: Statens Kunnskaps- og Utviklingscenter for helhetlig Rehabilitering. Opprettet i tilknytning til Høgskolen i Bodø i år 2000, nedlagt fra årsskiftet 2006/07. ”Samsynt og Framsynt” fullføres i løpet av 2007 i regi av Høgskolen i Bodø.

5.5.2. Likemannsarbeid som reelt supplement til offentlig hørselsrehabilitering?

Vi er mener at et ryddig, avtalt og rutinemessig samarbeid mellom kommunen og et godt opplært ”korps” med hørselshjelpere, representerer en viktig ressurs i et helhetlig rehabiliteringstilbud for tunghørte. Prosjektet kom ikke så langt som vi ønsket i å formalisere og dokumentere slikt samarbeid. Men spesielt i en av kommunene (Vefsn) har samarbeidet allerede gjennom tid fungert bra og vist noen av mulighetene.

Vi ser følgende som viktige forutsetninger for et konstruktivt samarbeid mellom kommunens og brukerorganisasjonens ressurser:

- Gjensidig kunnskap, forståelse og respekt for hverandres ansvar og roller.
- Konkret og tydelig beskrivelse av innholdet i oppgavene det kan være aktuelt at likemannsordningen går inn i.
- Klare og gjensidige rutiner og rammer for informasjon til personene med nedsatt hørsel om både det offentlige og det private tilbudet.
- Avtalte rutiner for gjensidig informasjon mellom de offentlig og de private ressursene. Rutinene må ivareta alle krav til taushetsplikt.

5.5.3. Nødvendig basiskunnskap for å kunne ivareta koordinatorrollen for hørselshemmede i en rehabiliteringsprosess.

Svaret på hvor mye ”spesialkunnskap” medarbeidere må ha for å kunne ivareta koordinatorrollen overfor personer med hørselsnedsettelse er avhengig av hva man legger i det å være koordinator. Den tradisjonelle rolleoppfatningen innebærer at man møter bruker som fagperson, og kan svare på og vurdere mye av brukers problemer og behov på hørselsfaglig grunnlag. En nyere oppfatning legger mer vekt på at koordinators hovedansvar er kommunikasjon om livssituasjonen, om ”trusler og muligheter”, om brukers ansvar og om avklaring av hva brukeren ser som viktig for seg. Så, med dette som basis, skal koordinator initiere det nødvendige tverrfaglige nettverksamarbeidet med relevant fagekspertise for utvikling av forslag til tiltak og gjennomføring av tiltak. Denne rolleoppfatningen legger mer vekt på koordinators helhetlige rehabiliteringsperspektiv, kommunikasjonskompetanse og systemkunnskap enn på spesialkunnskap om hørsel og hørselsnedsettelse.

I prosjektet la vi i hovedsak den siste forståelsen av koordinatorrollen til grunn. Vi ser imidlertid at hørselskontaktene i kommunene etterspør mer hørselsrelatert kunnskap, og at det er et reelt behov for slik kunnskap i tillegg til det vi kan kalle generell koordinatorkompetanse. Prosjektet har bidratt til å dokumentere at hørselsrelatert kunnskap hos koordinatorerne er nødvendig av flere grunner:

- For å forstå personen med nedsatt hørsel og hennes situasjon.
- For å kunne avklare og gi kunnskap til brukeren om forhold og konsekvenser knyttet til det å leve med nedsatt hørsel.
- For å kunne informere om virkemiddelapparatet på ulike nivå.
- For å gi koordinatorerne nødvendig trygghet i forhold til koordinatorrollen.

Det er, i beste fall, langt fram til kommunene kan tenkes å opprette egne stillinger for personer med spesialkunnskaper på dette området. På kort sikt mener vi det må satses på:

- En gruppe medarbeidere i kommunen får spesielt ansvar for å fungere som koordinatører i arbeid med rehabilitering for personer med nedsatt hørsel.
- Disse ”hørselskoordinatørene” inngår i kommunens korps med personlige koordinatører for arbeid med individuelle planer. De tar dermed del i det tilbudet om opplæring og veiledning (utvikling av generell koordinatorkompetanse) som gis koordinatorcorpset.

- I tillegg tilbys hørselskoordinatorene grunnleggende opplæring om hørsel, hørselstap og praktiske konsekvenser av slik (med vekt på kommunikasjon, psykososiale konsekvenser og tilbakeføring fra deltakelse sosialt og i samfunnet), høreapparater og andre tekniske løsninger, muligheter for tilrettelegging, faglige tilbud og rettigheter på hørselsområdet.

Det kan være naturlig å tillegge spesialisthelsetjenesten v/hørselssentralene hovedansvaret for slik opplæring. Etter vår mening er det imidlertid et problem at mange av hørselssentralene ikke har den nødvendige faglige bredden for dette, ikke minst fordi de mangler audiopedagog. Det bør da være en forutsetning at det etableres et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Statped/de regionale kompetansesentrene, slik at audiopedagogenes kompetanse blir en del av grunnlaget for opplæringen. Dessuten må NAV (Hjelpemiddelsentralen) og brukerorganisasjonen inngå i et samarbeid om denne opplæringen.

5.5.4. Forutsetninger for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid så vel vertikalt som horisontalt.

All erfaring viser at tverrfaglig og tverretatlig samarbeid ikke kommer av seg selv, selv om alle synes å ønske det, og selv om en søker å legge forholdene til rette på mange måter. Prosesser for å implementere systematisk bruk av helhetlige individuelle planer i kommuner har på en særlig måte demonstrert dette. Det er naturlig, fordi det ligger implisitt i arbeidet med slike planer at det må involvere instanser og etater på tvers i et samarbeid som omfatter noe mer enn å "henvise" personer til hverandre.

I tillegg til inntrykkene fra prosjektet bygger våre synspunkter på arbeid over en årrekke i flere kommuner, i tillegg til inntrykk fra flere brukerundersøkelser. Vi velger å oppsummere relativt kort i følgende punkter:

- Parter som skal samhandle konstruktivt må ha en felles basisforståelse av verdigrunnlag og overordnede mål for samarbeidet/prosessen. Den grunnleggende årsaken til at samarbeid på tvers kan være vanskelig er ofte å finne nettopp i (ofte ureflekterte) ulike oppfatninger av hva som ligger i verdibegrep som "brukermedvirkning", "verdighet", "ansvarliggjøring", "respekt" og "helhet", og i ulik forståelse av hverandres rolle og ansvar.
- Fellesskap i verdigrunnlag og forståelse må utvikles og vedlikeholdes gjennom målrettede prosesser der ansvarlig ledelse, på alle nivå, gir tydelige og samordnede signaler om hvor en vil og hva en vil oppnå, og følger opp i forhold til dette. I kommunene må slike prosesser være tydelig forankret hos rådmannen, som er den eneste felles overordnede for alle ulike deler av den kommunale organisasjonen. Videre må framdriftsansvaret for slike prosesser være tydelig plassert hos en medarbeider med nødvendig kompetanse og legitimitet (en "motor").
- Klare rutiner for samarbeid, herunder tydelige ansvars- og rollebeskrivelser, avklart oppgavefordeling og felles dokumentasjons- og informasjonsrutiner og -verktøy, er en forutsetning.
- Kunnskap, forståelse og, ikke minst, respekt i forhold til hverandres ansvarsområder, roller og oppgavefordeling er vesentlig.
- Tverrfaglig samarbeid krever kvalifiserte medarbeidere, med trygg basis i egen faglighet og med respekt for andres fagområder.

Utviklingsprosesser som realiserer disse forutsetningene for tverrfaglig og tverrfaglig samarbeid vil komme alle deler av den kommunale tjenesteytingen til gode. De vil også inneholde viktige elementer for styrket samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

6. Konklusjon, anbefalinger

Prosjektet har tatt sikte på å vinne erfaring med tunghørtes behov for rehabilitering. Tilnærming og fokus har lagt vekt på å være helhetlig, dvs ta utgangspunkt i avklaring av enkeltpersonenes egne mål og opplevelse av egen situasjon i forhold til alle relevante arenaer og livskvalitetsdomener, -helse, aktiviteter samt indre og ytre relasjoner. Prosjektet har avgrenset seg til gruppen personer som får tildelt høreapparat i den aktuelle perioden, og har således forutsatt en fungerende rutine for informasjon fra hørselssentralene til de tre kommunene som har deltatt. Det har vært problemer forbundet med å få en slik informasjonsrutine til å fungere. Kommunene fikk imidlertid etter hvert en del tilmeldinger, og har fulgt opp med kontakt mellom medarbeidere utpekt som ”hørselskoordinatorer” og i alt ca 95 personer som nylig har fått høreapparat. Hørselskoordinatorene har fått noe generell opplæring og veiledning i forhold til rollen, som er parallell til ”personlig koordinator”-rollen i arbeid med individuelle planer. I tillegg har de fått noe informasjon omkring hørsel, hørselsnedsettelse, konsekvenser av hørselsnedsettelse samt høreapparater og andre tekniske løsninger.

Parallelt med dette, og med prosjektet som innledende initiativtaker, har Lærings- og mestringssenteret ved sykehuset i Sandnessjøen utviklet og gjennomført flere kurs med høreapparatbrukere og deres nærpersoner som målgruppe.

Prosjektet har i begrenset grad ledet til samarbeid hørselskoordinator-tunghørt ut over en innledende samtale og en telefonisk oppfølging. Det har i bare få tilfeller ført til iverksettelse av ulike rehabiliteringstiltak i enkeltsaker, bortsett fra at hørselskoordinatorene har fanget opp en del spørsmål om tekniske hjelpemidler som det har vært naturlig å kanalisere videre til hørselskontakten i kommunen.

Vi har imidlertid gjennom samarbeid og samtaler med de mange involverte aktørene samlet erfaring og kunnskap om kritiske faktorer i utviklingen av et helhetlig rehabiliteringstilbud for tunghørte. Med dette som utgangspunkt mener vi prosjektet gir grunnlag for å skissere viktige forutsetninger for et framtidig forbedret rehabiliteringstilbud for tunghørte. Vi velger å konkludere rapporten ved å skissere et slikt rehabiliteringstilbud slik vi ser for oss at det bør fungere, og slik vi mener at det er realistisk at det vil kunne fungere innen overskuelig framtid dersom bl a sentrale myndigheter stiller klarere krav og gir positiv stimulans til utviklingen.

6.1. *Elementer i et anbefalt framtidig rehabiliteringstilbud for tunghørte*

Når personer for første gang får time ved hørselssentral, får de sammen med innkallingen skriftlig informasjon om hva de kan regne med kommer til å skje der og prosessen videre dersom en konkluderer med varig nedsatt hørsel.

Spesialisthelsetjenesten legger vekt på å tilby hørselssentral-tjenestene nær pasientene, slik at disse spares for lange reiser. I det distriktet prosjektet er gjennomført i innebærer dette at et ambulerende tilbud fra Sandnessjøen til Brønnøysund er en fast ordning, det samme gjelder tjenester fra Mo i Mosjøen.

På lenger sikt er det et mål at hørselssentralene setter av tid og legger vekt på helhetlig avklaring av personens situasjon allerede som ledd i innledende diagnostisering og høreapparatutprøving. Dette må gjøres gjennom samtaler der en anvender metodikk og støtteverktøy som er utviklet for nettopp helhetlig tilnærming og livskvalitetsfokus. Slike samtaler kan bidra til å avklare praktiske konse-

kvenser i hverdagen som hørselshemmet, og sette disse i relasjon til hva som er spesielt viktige og meningsfulle aktiviteter og relasjoner på de ulike aktuelle livsarenaer for den enkelte. Dette, sammenholdt med bildet en får av selve hørselsnedsettelsen, kan så danne grunnlag for en drøfting med personen av mulige alternative løsninger, og av prosessen videre. Oftest vil det være aktuelt at neste trinn er at personen får prøve ut ulike høreapparat og innstillinger av disse. Dette bør imidlertid ikke skje "automatisk", men vurderes individuelt ut fra det bildet av personens hørselsnedsettelse, livssituasjon, prioriteringer, ressurser og behov som har avtegnet seg. For enkelte kan det være bedre å få tilbud f eks om samtaleforsterker eller andre alternative løsninger allerede i utgangspunktet enn først å "mislykkes" med høreapparat.

En forutsetning for at denne visjonen skal kunne realiseres er at hørselssentralene gis rammebetingelser som gjør det mulig for dem å arbeide slik, herunder også finansiering av aktiviteter som i dag ikke er omfattet av DRG-satsene. En like viktig forutsetning er at de ansatte på sentralene har felles grunnleggende rehabiliteringsforståelse, nødvendig tverrfaglig kompetanse og metodekunnskaper i forhold til helhetlig arbeid med personenes individuelle livskvalitet som primært fokus.

På noe kortere sikt innarbeides følgende som en minimumsstandard: Alle som prøver høreapparat gis reelle muligheter til å prøve minimum to-tre ulike apparater, og det legges vekt på å følge opp med det antallet justeringer og tilpasninger som skal til i hvert enkelt tilfelle for å oppnå best mulig resultat slik brukeren ser det. Som ledd i utprøvningsprosessen legges det samtidig vekt på å gi personen kunnskap om fordeler og ulemper, muligheter og begrensninger med ulike apparattyper og løsninger. Det gis også skriftlig og muntlig informasjon om:

- Ressurser og muligheter, herunder hørselshjelperordningen.
- At personen vil få innkalling til kurs i regi av et lærings- og mestringssenter, og at dette kurset er et integrert ledd i den prosessen som er innledet på hørselssentralen. Innkallingen vil komme en tid (1-3 mnd) etter at de er ferdige på hørselssentralen. Kursene tar for seg tema som erfaringsvis er aktuelle og viktige for tunghørte og deres nærpå personer, så som hørsel, hørselsnedsettelse, å leve med nedsatt hørsel, høreapparat, andre tekniske hjelpemidler, ulike andre tiltak og løsninger, mv.
- At det er viktig at videre oppfølging kan skje lokalt, og at kommunen har adekvate ressurser for dette. Hørselssentralen ber derfor om personens samtykke til å sende melding til kommunen v/ "koordinerende enhet" for videre oppfølging. Meldingen inneholder informasjon om person, hørselsnedsettelse og valgte løsninger (eventuelt tildelte høreapparat, andre hjelpemidler, eventuelle andre tiltak) og annet av betydning for den videre rehabiliteringsprosessen.

Når en har funnet fram til det høreapparatet og de innstillingene som personen opplever fungerer best, kvitterer hun ut dette. Det gis informasjon om alternative supplerende muligheter, herunder tekniske hjelpemidler. Hørselssentralen har et utvalg slike til demonstrasjon, og kan eventuelt bistå personen med søknad om hjelpemidler som det er viktig å få raskt og som det ikke kreves hjemmebesøk for å vurdere behovet for og hensiktsmessigheten av.

Informasjon om hjelpemidler det er søkt om og/eller som bør vurderes, tas med i meldingen som, med personens samtykke, sendes til kommunen.

Hørselssentralen informerer rutinemessig lærings- og mestringssenteret om alle som får tildelt høreapparat. Lærings- og mestringssenteret innkaller til kurs innen tre måneder. Den enkelte tunghørte oppfordres til også å ha med seg en nærpå person. Kursene arrangeres så nært personens hjemsted som praktisk mulig, og vektlegger å kombinere faglig kunnskap fra ulike relevante faggrupper (au-

diopedagog, lege, audiograf) med erfaringskunnskap fra personer med egenerfaring med nedsatt hørsel. Således inviteres også HLFs lokale hørselshjelpere til kursene, for å informere om lokale hørselslag og om hørselshjelperordningen, og for å gi mulighet for å etablere kontakt for dem som ønsker det.

Konkret fakta-informasjon som viktige navn, adresser, telefonnummer mv både for det offentlige og private tilbudet deles ut skriftlig til alle kursdeltakerne.

Eksempel på program for kursene: Se vedlegg 7.

På kursene deltar også kommunenes ”hørselskoordinatorer”. Dette er ansatte som har oppfølging av personer med nedsatt hørsel som en spesiell oppgave. De inngår i kommunens ”korps” av medarbeidere som fungerer som ”personlig koordinator” i arbeid med individuelle planer, og tar således del i det opplegget som er etablert for generell opplæring og veiledning av koordinatorer. I tillegg har de, som ledd i sin fagutdanning og/eller i form av kurs eller videreutdanning, spesiell kompetanse på hørsel og hørselsnedsettelse. Spesialisthelsetjenesten, Statped/spesialpedagogiske sentre, i samarbeid med NAV (Hjelpemiddelsentralen) og brukerorganisasjonene, tilbyr årlige kurs for hørselskoordinatorene. Disse kursene legger vekt på kunnskap og helhetlig forståelse for det å leve med nedsatt hørsel. I tillegg fokuserer kursene på systemkunnskap, slik at hørselskoordinatorene får god kjennskap til hvilke ressurser som finnes å spille på, herunder både offentlige og private (brukerorganisasjonene).

Hørselskoordinatorene er av arbeidsgiver gitt anledning til å bruke inntil en avtalt andel av stillingen til å følge opp personer med nedsatt hørsel. Hvor stor andel dette dreier seg om avhenger bl a av hvor mange hørselskoordinatorer kommunen velger å satse på. Bare enkelte av de aller minste kommunene har så få som to hørselskoordinatorer; det normale minimumstallet er tre, dette for å sikre kontinuitet og team-funksjon.

Hørselskoordinatorene har før kursene i regi av lærings- og mestringssenteret fått informasjon om de nye høreapparatbrukerne (fra kommunens koordinerende enhet), og benytter kursene som en anledning til å etablere kontakt og tilby avtale om nærmere samtale en tid etter. De som ikke ønsker slik avtale oppfordres til å ta kontakt med hørselskoordinator dersom de seinere skulle se behov for informasjon, veiledning eller konkrete tiltak.

I sin kontakt med personer med nedsatt hørsel har hørselskoordinatorene et helhetlig perspektiv, og legger vekt på å få fram det den enkelte ser som spesielt viktig og meningsfullt for seg, og ser dette i sammenheng med funksjonsnedsettelsen. Det betyr at de i samhandlingen bygger på samme forståelse og benytter samme generelle tilnærming, metodikk og rutiner for dokumentasjon som ellers brukes i kommunens arbeid med individuelle planer, selv om en ikke i alle enkeltsaker finner det hensiktsmessig å utarbeide selve dokumentet ”individuell plan”. Det betyr videre at hørselskoordinator-rollen er den samme som personlig koordinator-rollen ellers når det avdekkes behov for å ta initiativ til og koordinere og følge opp samarbeid mellom ulike fagmiljø og instanser i forbindelse med enkeltpersoners rehabiliteringsprosess.

Det er lagt systematisk til rette for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, mellom kommunene og andre deler av det statlige hjelpeapparatet (NAV, Statped mv) og internt i kommunene. Tilretteleggingen har funnet sted i samsvar med klare styringssignaler fra sentrale myndigheter, og gjennom systematiske prosesser som omfatter:

- Felles forståelse for grunnleggende verdier og mål. Kunnskap om ansvars- og oppgavefordeling.
- Etablering av klare samarbeidsrutiner, herunder ansvars- og rollebeskrivelser.
- Felles dokumentasjonsrutiner og –verktøy.

- Klare rutiner for informasjonsflyt mellom samarbeidsparter.
- Vekt på gode faglig kvalifikasjoner hos samarbeidspartene, som basis for trygghet og raushet i samarbeidet.

Vedlegg:

1. Program for "Start-samling" for prosjektet, 15.09.04.
2. "Konkrete mål høsten 2004" - Notat til prosjektkommunene og spesialisthelsetjenesten.
3. "Individuelle planer som verktøy for bedre tjenesteyting og ressursutnyttelse" – Notat til rådmannen i Alstahaug november 2004 (grunnlag for invitasjon til ledersamling i kommunen).
4. Reiser/møter og opplæringsaktiviteter i forbindelse med prosjektet.
5. "Melding til kommunen om person som har fått høreapparat" – skjema for tilmelding fra hørselssentralene til kommunene.
6. "Tilmeldinger til kommunene om personer som har fått høreapparat i prosjektperioden" – statistikk.
7. Invitasjon og program for Lærings- og mestringscenterets kurs for høreapparatbrukere og deres pårørende i Mosjøen november 2005.
8. "Samtaler med høreapparatbrukere" – notat til hørselskoordinatorerne som støtte for innledende samtaler.
9. "Invitasjon til kurs i høreapparater" – lokalt kurs for hørselskoordinatorerne i Brønnøy desember 2005.



Helhetlig rehabilitering for tunghørte

Modellprosjekt

Start-samling onsdag 15. september 2004 kl 0930 - 1600.

Program

- 09:30 Registrering, noe å bite i
- 10:00 Åpning, presentasjon, mål med dagen
v/ Rehab-Nor
- 10:15 Bakgrunn for prosjektet, forventninger og realistiske ambisjoner.
HLF (sentralt, lokalt), Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen, Sosial- og helsedirektoratet
- 11:00 Pause
- 11:10 "Helhetlig rehabilitering" - hva ligger det i dette? Kort om moderne rehabiliteringstenkning.
Innlegg v/ Rehab-Nor
- 11:40 Forutsetninger og kritiske faktorer for helhetlig rehabiliteringsarbeid
Gruppearbeid, oppsummering
- 12:40 Lunch
- 13:40 Om koordinatoropplæring, rutiner og tilnærminger for utvikling og dokumentasjon av individuelle planer. "IPA tilrettelegger".
Innlegg v/ Rehab-Nor
- 14:10 Roller i prosjektet. Forutsetninger for / utfordringer i samhandling.
(Bruker, 2.-linjen, pers. koordinator, andre på kommunalt nivå, A-etat, trygdeetat, lærings- og mestringssenter, likemannsordningen)
Gruppearbeid, oppsummering i plenum.
- 15:40 Videre arbeid.
Skisse v/ Rehab-Nor. Plenumsdrøfting.
- 16:00 Avslutning



Rehab-Nor

Helhetlig rehabilitering for tunghørte

Modellprosjekt

Konkrete mål høsten 2004.

Under "Startkonferansen" for prosjektet i Brønnøysund 15.09.2004 skisserte prosjektleder en del konkrete mål for høsten. Det dreier seg om ulike punkter som hver for seg er nødvendige for at prosjektet skal komme i gang rimelig raskt. Alle disse punktene er i prinsippet "generiske", dvs de gjelder for etablering av et helhetlig rehabiliteringstilbud basert på systematisk bruk av individuelle planer (som tanke- og arbeidsmåte, evt også som dokument når det er formålstjenlig), uansett brukergruppe. De fleste av punktene forutsetter beslutninger og grep i hver av de deltakende kommunene. Det er derfor viktig at ansvarlige ledere tar ansvar for å etablere lokale løsninger i forhold til disse punktene:

- ⇒ **Etablering av systemkoordinatorfunksjon i kommunene**
Parallelt: Utpeking av "lokal prosjektleder"/kontaktperson for Rehab-Nor i hver av kommunene.
Bør være på plass innen utgangen av september.
- ⇒ **Etablering av rutiner for informasjon om nye høreapparat-brukere mellom 2.- og 1.-linjen**
Etableres så raskt som overhode mulig. Rehab-Nor i samarbeid med Helgelandssykehuset avd. Sandnessjøen utvikler forslag.
- ⇒ **Utselgelse av personlige koordinatorene i kommunene**
Forslag: 2 spesielt med tanke på tunghørte + evt flere som ledd i generell satsing på individuelle planer.
Bør være klart innen medio oktober.
- ⇒ **Ledersamlinger**
Forslag: En 3 timers samling innledningsvis med kommunale ledere fra alle berørte sektorer, en tilsvarende samling avslutningsvis.
Første samling medio oktober, andre samling desember 2005.
- ⇒ **Innledende opplæring av personlige koordinatorene**
Forslag: 2 x ½ dag med 3-4 ukers mellomrom, der det arbeides med konkrete enkeltsaker
Første samling ca medio oktober, andre samling ca medio november
- ⇒ **Veiledning av personlige koordinatorene**
Forslag: Rehab-Nor innledningsvis, kommunale faddere etter hvert.
Oppstart etter 2. opplæringssamling
- ⇒ **Utvikling av kurstilbud ved lærings- og mestringssenteret for nye høreapparatbrukere**
Forslag: Desember - februar



Rehab-Nor

Helhetlig rehabilitering for tunghørte

Modellprosjekt

Individuelle planer som verktøy for bedre tjenesteyting og ressursutnyttelse.

Alle innbyggere som har ”langvarige og sammensatte behov” har etter 8. juni 2001 rett til å få utarbeidet en helhetlig ”individuell plan”. I flere kommuner har det vist seg at slike planer, om de gis riktig fokus og arbeidet med dem organiseres godt, representerer store muligheter både for kvalitativt bedre og mer målrettet tjenesteyting og for bedre utnyttelse av kommunale og andre ressurser.

Alstahaug kommune har takket ja til å bli med på et prosjekt knyttet til å se hvilke muligheter bl a bruk av slike individuelle planer representerer for tunghørte. Prosjektet finansieres av sosial- og helsedirektoratet, det ledes av Rehab-Nor, og øvrige deltakende kommuner er Vefsn og Brønnøy. I tillegg er Helgelandssykehuset HF avd. Sandnessjøen en sentral aktør i prosjektet.

I prosjektbeskrivelsen er det presisert at på kommunenivå må organisering og arbeidsmåte være uavhengig av brukergruppe, felles for alle med ”langvarige og sammensatte behov”. Selv om prosjektet har spesielt fokus på gruppen tunghørte går derfor kommunen i forbindelse med deltakelsen i prosjektet inn i en utviklings- og implementeringsprosess knyttet til bruk av helhetlige individuelle planer generelt.

Erfaringen fra andre kommuner har vist at innføring av helhetlige individuelle planer innebærer betydelige utfordringer til ”horisontal integrering”, dvs til å organisere og samordne tjenesteytingen til den enkelte på tvers av etablerte fag- og etatsstrukturer i kommunene. I en situasjon der kommunene og hjelpeapparatet for øvrig er ”vertikalt integrert”, med sine etater og tjenesteveier, krever det å ta systematisk i bruk helhetlige individuelle planer minst like mye organisasjonsutvikling som utvikling av kompetanse og rutiner hos enkeltmedarbeidere. Derfor ser vi det som helt nødvendig, så tidlig som mulig i prosessen, å få samlet kommunale ledere fra alle etater/virksomheter til en felles gjennomgang av:

- Hva tanken bak helhetlige individuelle planer er
- Hva erfaring andre steder viser at en kan oppnå med slike planer
- Hva som må på plass i organisasjonen dersom en skal lykkes med å ta individuelle planer systematisk i bruk
- Hvilke utfordringer, ansvar og oppgaver lederne i ulike etater og på ulike nivå må være forberedt på å ivareta i prosessen.

Reab-Nor ønsker således at det arrangeres en samling for kommunale ledere innen helse (somatikk, psykiatri), sosial, pleie (åpen omsorg, institusjoner), undervisning, kultur/fritid og teknisk. Vi har hatt kontakt med ergoterapeut Britt Ina Hals, som har drøftet med stabsleder helse og velferd Harry Mikalsen. Tilbakemeldingen til oss er at til et slikt møte er det rådmannen som bør innkalle. Hvis ikke forventes det å være vanskelig å få med ledere innen etater/virksomhetsområder som tradisjonelt ikke er vant til å betrakte seg som bidragsyttere i helhetlige tilbudsopplegg til enkeltpersoner.

På denne bakgrunn har jeg bedt rådmannen om en telefonsamtale tirsdag 23.11.

Rehab-Nor 22.11.2004

Alf Reiar Berge
seniorforsker

Modellprosjektet "Helhetlig rehabilitering for tunghørte"

Reiser/møter

1. Planleggings- og drøftingsmøter

30.08.04	Mo i Rana	Møte med med.dir. Mürer, Helgelandsykehuset HF avd. Mo i Rana
31.08.04	Mosjøen	* Møte med kommunalsjef * Møte med Hørselslaget
01.09.04	Sandnessjøen	* Møte med adm.dir. Helgelandsykehuset HF avd. Sandnessjøen * Møte med rådmann * Møte med Hørselslaget
02.09.04	Brønnøysund	* Møte med Helse- og sosialsjef * Møte med Helgeland Rehabiliteringssenter/Lærings- og mestringssenteret * Møte med repr. for Hørselslaget
15.09.04	Brønnøysund	Startsamling
20.12.04	Holmestrand	Møte med seniorrådgiver Anna Valborg Mikkelsen, Sosial- og helsedirektoratet
21.01.05	Brønnøysund	Planleggingsmøte om brukerkurs
04.03.05	Sandnessjøen	Referansegruppemøte
12.09.05	Mo i Rana	Møte med hørselssentralen
25.-27.09.06	Avslutning Alstahaug	* Intervju lokal prosjektleder * Dokumentgjennomgang * Gruppeintervju hørselskoordinatorer * Intervju leder Lærings- og mestringssenteret * Møte med overlege Hørselssentralen * Planlagt møte med rådmann + sektorleder, sykeforfall, spørsmål skal besvares skriftlig.
28.-29.09.06	Avslutning Brønnøysund	* Intervju lokal prosjektleder * Dokumentgjennomgang * Gruppeintervju hørselskoordinatorer * Møte med fagstabssjef + lokal prosjektleder * Møte med repr. Hørselslaget
10.10.06	Bodø Hørselssentra- len	Intervju med audiofysiker Jan Erik Israelsen
11.10.06	Mo i Rana: * Hørselssentralen * Lærings- og mestringssenteret	Intervju med audiografene Intervju med leder
12.-13-10-06	Avslutning Mosjøen	* Intervju lokal prosjektleder * Dokumentgjennomgang * Gruppeintervju hørselskoordinatorer * Intervju leder Lærings- og mestringssenteret * Møte med kommunalsjef * Møte med representanter for Hørselslaget

2: Opplærings- og informasjonsaktiviteter

Brønnøy:

- Ledersamlinger:
 - 4 timer 09.11.04
 - 2 timer 29.03.05
 - 2 timer 28.04.06.
- Introduksjonskurs nye koordinatorene:
 - 4 timer 09.11.04
 - 2 timer 14.09.05
- Koordinatoropplæring og -veiledning:
 - 4 timer 09.11.04
 - 4 timer 14.09.05
 - 2 timer 20.10.05
 - 2 timer 28.04.06
- Spesifikt om hørsel/hørselhemning:
 - 4 timer 30.03.05.

Vefsn:

- Ledersamlinger:
 - 3,5 timer 25.10.04
 - 2,5 timer 11.05.06.
- Introduksjonskurs nye koordinatorene:
 - 6 timer 26.10.04
 - 5 timer 10.05.06.
- Koordinatoropplæring inkl. fordypning og veiledning:
 - 8 timer 28.10.04
 - 7,5 timer 29.10.04
 - 2 timer 13.09.05
 - 3,5 timer 19.10.05
 - 4 + 2 timer 11.05.06.
- Spesifikt om hørsel og hørselhemning:
 - 3,5 timer 27.10.04
 - 3 timer 07.06.05.
- Møte med kommunelegen:
 - 1 time 13.09.05.
- Møte med systemkoordinator:
 - 2 timer 19.10.05.

En stor del av opplæringsarrangementene i Vefsn i oktober 2004 og i mai 2006 ble praktisk arrangert av RKK Vefsn, og var et tilbud til flere kommuner i området. Vefsn kommune hadde imidlertid spesielt bred deltakelse, bl a med tanke på modellprosjektet.

Alstahaug:

- Ledersamlinger:
 - 3 timer 14.12.04
 - 3 timer 09.06.05
 - 2 timer 27.04.06.
- Introduksjonskurs nye koordinatører:
 - 3 timer 14.12.04.
- Koordinatoropplæring og –veiledning:
 - 4 timer 15.12.04
 - 5 timer 08.06.05
 - 3 timer 18.10.05
 - 3 + 2 timer 27.04.06.
- Spesifikt om hørsel og hørselsnedsettelse:
 - 3 timer 15.12.04
 - 1 time 08.06.05.

Melding til kommunen om person som har fått høreapparat

Hensikten med å sende denne meldingen er å gi kommunen informasjon som den må ha for å kunne følge opp personer med hørselshemming. Konkret betyr dette at om noen få uker vil en medarbeider i kommunen ta kontakt med brukeren for å høre om høreapparatet/-ene fungerer greit og for å avklare om det er andre ting som det kan være aktuelt å følge opp.

Forutsatt brukerens samtykke fyller hørselssentralen ut denne meldingen for alle fra kommunene Alstahaug, Brønnøy og Vefsn som får utlevert/utlånt høreapparater fra og med 15.12.2004. Utfylt skjema sendes snarest mulig til systemkoordinator i kommunen (adresser side 2).

1. Meldingen gjelder:

NAVN	ADRESSE, TELEFON	FØDSELSNR.

2. Samtykkeerklæring.

Jeg samtykker til at hørselssentralen sender dette skjemaet i utfylt stand til systemkoordinator i kommunen (se side 2), og til at en medarbeider i kommunen tar kontakt med meg om en tid.

Sted, dato: _____ Underskrift: _____

3. Hørselstap

Ensidig Dobbeltsidig Tinnitus Diskanttap

Har hatt høreapparat tidligere:

Har fått nytt høreapparat dato: _____

4. Underskriften til den som fyller ut skjemaet

Sted: _____ Dato: _____

Navn: _____ Tittel: _____

Utfylt skjema med eventuelle vedlegg sendes til systemkoordinator i pasientens hjemkommune. Navn og adresser: Se baksiden.

Meldingen sendes til:

Alstahaug:

Hørselskontakt, Britt Ina Hals
Helsesenteret
Torolv kveldulfsongt.76
8800 Sandnessjøen

Brønnøy:

Brønnøy Kommune
Medisinsk rehabilitering
v/ rehabiliteringskoordinatoren
Skulesvei. 8 A
8900 Brønnøysund.

Vefsn:

Vefsn kommune, fysio- og ergoterapitjenesten
v/ rehabiliteringskoordinatoren
Vefsnveien 27
8656 MOSJØEN

Tilmeldinger til kommunene om personer som har fått høreapparat i prosjektperioden.

1: Antall tilmeldinger etter tidsperiode og hørselssentral (K=kvinner, M=menn)

Antall Alstahaug

	01.01.05 – 31.03.05	01.04.05 – 30.06.05	01.07.05 – 30.09.05	01.10.05 – 31.12.05	01.01.06 – 31.03.06	01.04.06 – 30.06.06	01.07.06 – 31.08.06	Linje- sum
Fra hs Bodø			K: 1					K: 1
Fra hs Mo i Rana		K: 1 M: 1	M: 1					K: 1 M: 2
Fra hs/audiogr. Mosjøen			K: 1					K: 1
Fra hs Sandnessjøen			M: 1	K: 1 M: 6	K: 2 M: 7	K: 3 M: 2	M: 1	K: 6 M: 17
Fra hs Namsos								
Kolonesum		K: 1 M: 1	K: 2 M: 2	K: 1 M: 6	K: 2 M: 7	K: 3 M: 2	K: 0 M: 1	K: 9 M: 19

Antall Brønnøy:

	01.01.05 – 31.03.05	01.04.05 – 30.06.05	01.07.05 – 30.09.05	01.10.05 – 31.12.05	01.01.06 – 31.03.06	01.04.06 – 30.06.06	01.07.06 – 31.08.06	Linje- sum
Fra hs Bodø		M: 1	K: 1 M: 2					K: 1 M: 3
Fra hs Mo i Rana		M: 1						M: 2
Fra hs/audiogr. Mosjøen			M: 1					M: 1
Fra hs Sandnessjøen				K: 1 M: 2	K: 1 M: 1	K: 1 M: 2	M: 1	K: 3 M: 6
Fra hs Namsos		K: 1 M: 5	K: 4 M: 5	M: 1				K: 5 M: 11
Kolonesum		K: 1 M: 7	K: 5 M: 8	K: 1 M: 3	K: 1 M: 1	K: 1 M: 3	M: 1	K: 9 M: 23

Antall Vefsn:

	01.01.05 – 31.03.05	01.04.05 – 30.06.05	01.07.05 – 30.09.05	01.10.05 – 31.12.05	01.01.06 – 31.03.06	01.04.06 – 30.06.06	01.07.06 – 31.08.06	Linje- sum
Fra hs Bodø						M: 1		M: 1
Fra hs Mo i Rana		K: 1 M: 2	K: 1 M: 3	M: 2	M: 2	K: 2 M: 5	K: 3 M: 3	K: 7 M: 17
Fra hs/audiogr. Mosjøen		M: 2						M: 2
Fra hs Sandnessjøen					K: 1 M: 1	K: 1 M: 2	M: 1	K: 2 M: 4
Fra hs Namsos		M: 1						M: 1
Kolonnesum		K: 1 M: 5	K: 1 M: 3	M: 2	K: 1 M: 3	K: 3 M: 8	K: 3 M: 4	K: 9 M: 25

Antall kommunene til sammen:

	01.01.05 – 31.03.05	01.04.05 – 30.06.05	01.07.05 – 30.09.05	01.10.05 – 31.12.05	01.01.06 – 31.03.06	01.04.06 – 30.06.06	01.07.06 – 31.08.06	Linjesum
Fra hs Bodø		M: 1	K: 2 M: 2			M: 1		K: 2 M: 4
Fra hs Mo i Rana		K: 2 M: 4	K: 1 M: 4	M: 2	M: 2	K: 2 M: 6	K: 3 M: 3	K: 8 M: 21
Fra hs/audiogr. Mosjøen		M: 2	K: 1 M: 1					K: 1 M: 3
Fra hs Sandnessjøen			M: 1	K: 2 M: 8	K: 4 M: 9	K: 5 M: 6	M: 3	K:11 M:27
Fra hs Namsos		K: 1 M: 6	K: 4 M: 5	M: 1				K: 5 M: 12
Kolonnesum		K: 3 M: 13	K: 8 M: 13	K: 2 M: 11	K: 4 M: 11	K: 7 M: 13	K: 3 M:6	K: 27 (29%) M: 67 (71%)

2. Aldersfordelingen på tunghørte personer som er meldt til kommunene i prosjektperioden

Alstahaug (antall):

	18 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	70 – 79 år	80 – 89 år	90 år og over	Linje- sum
Antall kvinner				3	1	3	2		9
Antall menn					6	10	1		17
Kolonnesum					7	13	3		23

En person tilmeldt to ganger. En person er død.

Brønnøy (antall):

	18 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	70 – 79 år	80 – 89 år	90 år og over	Linje- sum
Antall kvinner					2	1	5	1	9
Antall menn		1	1		6	8	5	2	23
Kolonnesum		1	1		8	9	10	3	32

Vefsn (antall)

	18 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	70 – 79 år	80 – 89 år	90 år og over	Linje- sum
Antall kvinner				2		3	4		9
Antall menn			1	1	10	8	6		26
Kolonnesum			1	3	10	11	10		35

Til sammen (antall)

	18 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	70 – 79 år	80 – 89 år	90 år og over	Linje- sum
Antall kvinner	0	0	0	5	3	7	11	1	27
Antall menn	0	1	2	1	22	26	12	2	66
Begge kjønn		1	2	6	25	33	23	3	93

VELKOMMEN TIL KURS FOR HØREAPPARATBRUKERE OG DERES PÅRØRENDE

22.– 23. NOVEMBER 2005

KI 1000-1530

I regi av Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Sted: kommunestyresalen, Rådhuset, Mosjøen



DAG 1

10:00-10:15 Velkommen

Øre-nese-hals lege,
Inger Lise Haakstad
Helgelandssykehuset,
Sandnessjøen

10:15-10:45 Registrering
Forventninger til kurset

Lærings- og mestringscenteret
Beate Henriksen, sosionom

Pause

11:00-11:45 -Erfaringer fra en
høreapparatbruker
-Om Vefsn hørselslag

Solvei Arntzen, leder

11:45-12:30 -Om avdelingen
-Tilbud/hva gjør vi?
-Høreapparatet mm

Inger Lise Haakstad,
øre-nese-hals lege
Helgelandssykehuset, S.sjøen
Monika Berget,
audiograf
Helgelandssykehuset, S.sjøen

12:30-13:15 Lunsj
Det er anledning å kjøpe lunsj i
kantina

13:15-13:45 Kommunens ansvar og hørsels-
kontaktens oppgaver og rolle

Anne K. Sjørdal, ergoterapeut
hørselskontakt, Vefsn kommune

13:45-1530 Erfaringsutveksling/spørsmål

(Alle som har hatt innlegg veksler mellom gruppene)



DAG 2

- 10:00-10:45** Kommunikasjon og psykososiale forhold **Björg Celius**
audiopedagog, Nordl.ped.senter
- 10:45-11:00** Pause
- 11:00-12:00** Gruppen deles i to: **Björg Celius**
en gruppe for de pårørende
en gruppe for de som er høreapparatbrukere
- Hvordan opplever jeg min hverdag som pårørende?*
Hvordan opplever jeg min hverdag som høreapparatbruker?
- 12:00-12:45** Lunsj (med ørepropp og øreklokker til de "hørende")
Det er anledning å kjøpe lunsj i kantina
- 12:45-13:15** Erfaringer etter lunsjen **Björg Celius**
- 13:15-14:00** Tekniske hjelpemidler **Audiopedagog Randi Åsheim**
Nordland hjelpemiddelsentral
- Pause
- 14:00-15:00** Tekniske hjelpemidler **Audiopedagog Randi Åsheim**
Nordland hjelpemiddelsentral
- 15:00-15:30** Oppsummering og vel hjem! **Lærings- og mestringssenteret**
Beate Henriksen



Rehab-Nor

Modellforsøk

HELHETLIG REHABILITERING FOR TUNGHØRTE

Samtaler med høreapparatbrukere

Dette notatet er et forsøk på å imøtekomme et ønske fra kommunale "hørselskoordinatorer" om litt mer praktiske råd og tips i forhold til hvordan den innledende kontakten / samtalene med tunghørte kan gjennomføres, hva den bør fokusere på.

Det er viktig å understreke at dette ikke må oppfattes som en "intervju-guide" som skal følges punkt for punkt, selv om rekkefølgen i punktene i notatet nok signaliserer noe om hva det normalt kan være mest naturlig å begynne med, og hva som vanligvis kommer etter hvert.. Hver enkelt samtale skal imidlertid være unik, og skal mest mulig være preget av at bruker styrer og koordinator følger. Notatet er mer ment som en form for veiviser som koordinator etter hvert får "i ryggmargen", og som dessuten kan fungere som en sjekklister når en oppsummerer hva en har vært innom og hva som ikke har vært berørt enda, og som en derfor kan være spesielt oppmerksom på ved seinere kontakt.

Innfallsvinkel

- Utgangspunktet er at kommunen har fått melding om at personen har fått høreapparat. Det er interessant for oss å høre hvilke erfaringer hun/han har med det/dem. Derfor ønsker vi en samtale. Sted: Vi kan komme hjem, dersom det er OK, eller personen kan komme til oss.
- Du kan lett signalisere "Jeg er her for å hjelpe deg", spesielt hvis du fokuserer på om bruker har "problemer". Selv om det er godt ment, antyder slike signaler overlegenhet/underlegenhet. Mange reagerer instinktivt negativt på (u)uttalte signaler om at andre ikke tror at bruker mestrer livet så godt lenger, at hun/han kanskje har problemer og kan trenge hjelp. Ikke minst vil menn lett reagere i slike situasjoner, og f eks si at de har ikke behov for noe hjelp, og derfor heller ikke ønsker noen nærmere samtale.
- Sannheten er at for mange høreapparatbrukere fungerer ting utmerket, de opplever ikke hørselsnedsettelsen som noe stort problem, og de har god nytte av høreapparatet/-ene i mange situasjoner. Og andelen slike "vellykkede" er muligens økende takket være utviklingen av høreapparatene.
- Like sant er det imidlertid at en betydelig andel fortsatt opplever at høreapparatene bare letter noen situasjoner, mens andre kan oppleves som (minst) like vanskelige og/eller slitsomme. Disse kan, i alle fall på sikt, representere en fare for tilbaketrekking osv.
- Det er like viktig for oss å få samtaler med de fornøyde som med de som ikke synes det har blitt så mye bedre. Det er et faktum at kommunen har et klart ansvar for å tilby støtte til tunghørte som trenger det. For å kunne gjøre det må en ha solid og relevant kompetanse lokalt. Av de fornøyde kan vi lære mye om lure knep og mestringsstrategier. Det er derfor på mange måter like interessant å få snakket med de som ikke har noen "problemer".

Den første telefonsamtalen

Målet med denne er å få gjort en avtale om å møtes.

- Ikke prøv å gå i dybden i innledende telefonsamtale.
- Vær hverdagslig og alminnelig, men signaliser ekte interesse i den tunghørtes erfaringer (ikke fokus på "problemer"). Alle høreapparatbrukere opplever at apparatene kan være bra til noe, i enkelte situasjoner, og ikke så nyttige i andre situasjoner. Begge erfaringene er like viktige og interessante.
- Det kan være hensiktsmessig å uttrykke at kontakten tas også fordi kommunen er pålagt å ha kontakt med dem som får høreapparat for å fange opp deres erfaringer og å følge opp der det eventuelt er behov for det.
- Ikke bring inn elementer som kan virke fremmedgjørende, som f.eks. å snakke om "prosjekt", "individuell plan", "kommunens ansvar".

Momenter når koordinator møter personen med hørselshemning

Utgangspunktet for kontakten er at personen har fått høreapparat. Det er naturlig å begynne der:

- **Om situasjonen med høreapparatet/-ene:**
 - Situasjoner der høreapparatet/-ene er til god nytte/fungerer godt.
 - Det som kjennetegner disse situasjonene.
 - Situasjoner der høreapparatet/-ene er til liten nytte/fungerer mindre bra.
 - Om noe har endret seg med høreapparatene.
 - Om høreapparatet/-ene svarer til forventningene.
- **Bruken av høreapparat**
 - Ta av og på.
 - Slå av og på.
 - Skifte batterier, skaffe batterier.
 - Rense.
 - Evt. skifte slange(r).
 - Trygg på høreapparatet.

- Brukes alltid, oftest, sjelden, eventuelt når.

Fokus på høreapparatet/-ene kan eventuelt naturlig gli over på fokus på hverdagen. Bli litt kjent med:

● **Nettverk (familie, venner, kolleger):**

- Familienettverket, kontakten med dette.
- Venne- nettverket, evt. kolleganettverket, kontakten med disse.
- Før - nå, endringer.
- Nye kontakter/nettverk. Noe som savnes. Evt. mulige grunner til dette.
- Tilbaketrekking.

● **Aktiviteter:**

- Oppgaver, "plikter". Hjemme, utenfor hjemmet.
- Evt på jobb/skole.
- Hobby, interesser.
- Før - nå, endringer.
- Nye interesser/ønsker. Noe som savnes. Evt. grunner til dette.

Hvis det faller naturlig, kan en gå litt videre i forhold til bl a:

● **Kommunikasjon: Behov for:**

- At andre snakker tydelig, høyere, langsommere.
- At andre snakker direkte, med ansikts- og øyekontakt.
- At en snakker om gangen.
- Dempe bakgrunnsstøy/bakgrunnslyder.
- Unngå beskjeder i forbifarten. Sjekke for å forebygge misforståelser.

● **"Ønskede" bakgrunnslyder, varsling mv**

- Hjemme

- Utendørs
 - Evt på jobb
 - I sosiale-/fritidssammenhenger
- **Andre forhold som erfaringsvis kan påvirkes av hørselshemming:**
- Trygghet, følelse av å ha kontroll i situasjonene.
 - Å få med seg det en bør.
 - Føle seg "dum" eller "brysom" når en må spørre om igjen.
 - Stress, bli sliten.
- **Hjelpemidler:**
- Noe i tillegg til høreapparat?
 - Fungerer det, brukes det.
 - Andre mulige løsninger?
 - Informasjon om den kommunale Hørselskontakten.
- **Informasjon, opplæring:**
- Hørselshjelperordningen
 - Brukerkurs Lærings- og mestringssenteret (+ReSonare etter hvert).

Eventuelt nærmere/flere samtaler om livet før og nå, interesser, livskvalitetsmål, eventuelle tiltak. Notere i planskjema.

Husk at all kontakten med bruker i prosjektperioden skal dokumenteres i "Logg" og at hovedmomentene i samtalene noteres slik at de er tilgjengelige, f eks i "Samtaler om livskvalitetsmål".

INVITASJON TIL:

KURS I

HØREAPPARATER

Kursdato: 06. desember.05, kl. 0900 - 1200

Kurssted: Med.Rehab. Skulesvei 10 b.

Kursholdere: Ergoterapeut Rune Lie, Hørselhjelper Mona Gundersen og Bård Hellem.

Målgruppe: Hørselskoordinatorer

Program:

Kl. 0900-0930	Generell info. om høreapparater
Kl 0930-1000	Oppbygging av høreapparatet
Kl 1000-1030	Bytte av deler og batteri
Kl 1030-1045	Pause
Kl 1045-1115	Rengjøring av høreapparat
Kl 1115-1200	Kommunikasjons- og Varslingshjelpemidler

Håper alle hørselkoordinatorerne kan møte !

Påmelding til: Rune Lie på telf. nr. 750 21677 eller 905 58 711 Innen fredag 2. desember 2005

Med vennlig hilsen: Rune



- Hovedkontor:** Rehab-Nor
Tromøyveien 24, N-4841 Arendal
Tlf: 37 08 65 85, 95 21 15 94 (mobil)
Faks: 37 05 86
e-post: alf.reiar.berge@rehab-nor.no
- Avdelingskontor:** Rehab-Nor avd. Tomter
N-1825 Tomter
Tlf: 69 92 01 05, 91 61 01 35 (mobil)
e-post: ovind.lorentsen@rehab-nor.no
- Hjemmeside:** www.rehab-nor.no