

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

DANSKE
REGIONER



26-10-2012

Sag nr. 12/1136

Dokumentnr. 44603/12

Trine Friis

Tel. 35298201

E-mail: Tfr@regioner.dk

Høringssvar vedr. ny struktur for høreapparatsområdet

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har den 28. september 2012 fremsendt et udkast til forslag i høring om at samle høreapparatområdet i sundhedsloven samt ændret tilskud til høreapparater.

Danske Regioner skal tage forbehold for politisk behandling af høringssvaret.

Danske Regioner finder, at det er hensigtsmæssigt at samle finansierings- og myndighedsansvaret for høreapparatsområdet i én samlet lovgivning under sundhedsloven.

For at sikre sammenhængende patientforløb finder Danske Regioner, at ansvaret for alle elementer i forbindelse med udlevering og brug af høreapparater bør flyttes fra kommunerne til regionerne, herunder service i form af vedligeholdelse af høreapparater, udskiftning af batterier og undervisning i brug af høreapparat.

Lovforslagets nedsættelse af tilskuddet til erhvervelse af høreapparat hos privat leverandør må forventes at give et øget pres på de offentlige audiologiske afdelinger, og vil derfor betyde, at det er nødvendigt at opbygge en kapacitet på disse afdelinger.

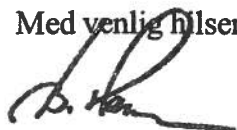
Af lovforslaget fremgår det, at tilskuddet til behandling på det første øre er 4.000 kroner. Tilskuddet til behandling af begge ører samtidig er 6.000 kroner. Det vil betyde, at der er et stærkt incitament til, at behandlingen af ørerne ikke sker samtidig. Det er uhensigtsmæssigt for borgere, der har behov for høreapparatbehandling på begge ører, hvorfor der må findes veje til at ændre på dette incitament eventuelt gennem visitationsretningslinjer.

Forslaget om at foretage en evaluering pr. 1. januar 2015 finder Danske Regioner relevant.

Da lovændringen forventes iværksat allerede fra 1. januar 2013 giver det regionerne meget kort tid til implementering af lovforslaget. Derfor vil der blive en indkøringsperiode efter den 1. januar 2013.

Danske Regioner forventer at få den merudgift, som lovændringen påfører regionerne, dækket efter de gældende regler.

Med venlig hilsen



Bent Hansen

/



Tommy Kjelsgaard

E-mail til

Sundminister Astrid Krag

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk

og formanden for folketingets Sundhedsudvalg, Flemming Møller Mortensen

flemming.m.mortensen@ft.dk

CC: Udvalgssekretær Mette Hansen

mette.hansen@ft.dk og spok@sum.dk.

Ballerup_29. oktober 2012

Leverandørforeningen for Høreapparater_(LFH); (Oticon, Bernafon, Widex, Phonak, GN ReSound, Siemens samt Danaflex), ønsker at knytte kommentar til ministerens svar på de 2 nedenstående spørgsmål:

1:

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 24. september 2012 stillet følgende spørgsmål nr. 946 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Jane Heitmann (V).

Spørgsmål nr. 946:

''Ministeren bedes oplyse, om reparationsraten på høreapparater vil stige, såfremt udskiftningsperioden ændres fra 4 til 5 år.''

Svar:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er ikke bekendt med oplysninger vedr. reparationsraten for høreapparater, som er over 4 år gamle.

Hvis den nuværende 4-års-grænse for udskiftning af høreapparater forlænges til 5 år, er det min forventning, at Amgros og de private høreapparatforhandlere i forbindelse med indkøb stiller krav til leverandørerne om, at garantiperioden også bliver forlænget til 5 år.

2:

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 30. august 2012 stillet følgende spørgsmål nr. 853 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Karina Adsbøl (DF).

Spørgsmål nr. 853:

''Ministeren skriver i svaret på spørgsmål 763: ''Det må antages at medføre lidt flere garantireparationer i apparatets levetid.'' Er ministeren bekendt med, at apparaterne kun har fire års garanti, og at der i apparaternes sidste leveår, det fjerde, er væsentlige flere reparationer, og at det derfor må formodes at komme endnu flere i det femte år, og at disse vil være uden for garantien, og at det

derfor er mennesker med hørehandicap der bliver økonomisk ramt?"

Svar:

Jeg er helt opmærksom på, at der i forbindelse med de nuværende indkøb af høreapparater i offentligt regi via AMGROS er fastsat en garantiperiode på 4 år, ligesom apparaterne hos de private høreapparatleverandører ligeledes sælges med 4 års garanti.

Såfremt den nuværende 4 års grænse for nyt apparat forlænges til 5 år, er det min forventning at også garantiperioden vil blive forlænget til 5 år, både i den offentlige og den private sektor.

Jeg bemærker i øvrigt, jf. også min besvarelse af spørgsmål 763, at de eksisterende muligheder for at få et høreapparat udskiftet før 4-årsperiodens udløb vil blive bevaret, hvis 4-årsperioden forlænges til 5 år.

Leverandørforenings holdning til konsekvensen at ændre "garanti-perioden" fra 4 år til 5 år.

Leverandørerne har selvsagt ingen statistikker, da 4 år i forvejen er den længste garanti som tilbydes globalt, som også pointeret i vores høringssvar. Vurderingen er dog, at sandsynligheden for reparation stiger med 90%, og at minimum 50% af samtlige apparater skal til reparation, som følge af dagligt brug af høreapparaterne. Dette vil betyde øget gene for brugerne, og det er forventeligt at en given reparation vil medføre en omkostning for brugeren og/eller en forøget totalomkostning.

På vegne af Leverandørforeningen for Høreapparater

Peter Salling

Formand

psalling@gnresound.dk

Tlf.: 30762826

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K



16-10-2012
10-007/JW

**Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven
(Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)**

Farmakonomforeningen har modtaget ovennævnte lovforslag til høring. Det er foreningens opfattelse, at en vedtagelse af lovforslaget vil betyde, at mange mennesker ikke vil have råd til en egenbetaling, som kommer til at ligge et sted mellem 5 og 10.000 kr. for to høreapparater. Beløbet er beregnet ud fra gældende tilskud og nuværende egenbetaling som nævnt i ministeriets kulegravningsrapport.

Farmakonomforeningen vil ikke tage konkret stilling til tilskuddets størrelse, men blot konstatere, at en sådan reduktion vil medføre, at mange flere vil søge behandling på de offentlige audiologiske afdelinger, hvor der mange steder i landet er ganske lang ventetid.

En forringelse af adgangen til at få høreapparat vil også kunne få en negativ virkning på de berørtes tilknytning til arbejdsmarkedet. I en situation, hvor der i øvrigt gennemføres mange tiltag for at øge arbejdsuddannelsen, vil dette forslag trække i den stik modsatte retning.

Efter Farmakonomforeningens opfattelse er der i stedet behov for en behandlingsgaranti på området. Det kan passende ske ved at behandling af høretab på de offentlige høre-klinikker placeres i sundhedsloven under det udvidede frie sygehusvalg.

Med venlig hilsen

Susanne Engstrøm
formand

Camilla Flintholm Jensen

Fra: Liselotte Lundsryd [LLU@aeldreforum.dk]
Sendt: 12. oktober 2012 12:14
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: SV: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)
Vedhæftede filer: Lovforslag.pdf; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf

Svar på høring over udkast til forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Tak for det tilsendte udkast til forslag til lov om ændring af lov om ændring af lov om medicinsk udstyr mm., udsendt den 28. september 2012.

ÆldreForum betragter materialet som værende fremsendt til rådets orientering. Som tidligere nævnt afgiver ÆldreForum som udgangspunkt ikke høringssvar, da rådet er sammensat med bl.a. embedsmænd fra flere ministerier og interesseorganisationer.

Men rådet modtager fortsat meget gerne udkast til vejledninger og lovforslag, der vedrører ældre, da disse informationer er et vigtigt element i den sum af viden og erfaringer, som rådet baserer sit arbejde på.

Venlig hilsen

Liselotte Lundsryd
Fuldmægtig
ÆldreForum
Mobil: +45 41 74 00 41
E-mail: LLU@aeldreforum.dk

ÆldreForum
Edisonsvej 18, 1. sal
5000 Odense C
Telefon: +45 72 42 39 90
www.aeldreforum.dk

Fra: Emil Niragira Rasmussen [mailto:enr@sum.dk]

Sendt: 28. september 2012 12:05

Til: 3f@3f.dk; admin@hjernesagen.dk; administration@dssff.dk; ae@aeldremobiliseringen.dk; ÆldreForum; aeldresagen@aeldresagen.dk; amerbs@rct-jylland.dk; bpedersen@rct-jylland.dk; amo@hospicesonderjylland.dk; apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk; ast@ast.dk; center@humanrights.dk; dadl@dadl.dk; dbio@dbio.dk; dch@dch.dk; delta@delta.dk; df@diabetes.dk; dh@handicap.dk; dhf@dhf-net.dk; di@di.dk; DKF@kiropraktorførelingen.dk; dnvk@sum.dk; do@optikerforeningen.dk; dp@dp.dk; ds@socialrdg.dk; dsr@dsr.dk; dt@datatilsynet.dk; due@sygeforsikring.dk; Epilepsihospitalet@filadelfia.dk; etf@etf.dk; fas@dadl.dk; fbr@fbr.dk; ff@farmakonom.dk; fm@fm.dk; foa@foa.dk; fp@forsikringogpension.dk; frd@radiograf.dk; fysio@fysio.dk; govsec@nanog.gl; haslev@sclerosehospital.dk; hoerings-sager@danskerhverv.dk; hospice@diakonissen.dk; hospice@hospice.regionsyddanmark.dk; hospice@hospicedjursland.dk; hospice@sanktlukas.dk; hospiceforum@hospice.dk; hospicefyn@hospice.regionsyddanmark.dk; hovedstaden@statsforvaltning.dk; OIM Økonomi- og Indenrigsministeriet postkasse; info@arresoedal.dk; info@cancer.dk; info@danske-aeldreraad.dk; info@danskepatienter.dk; info@dansktp.dk; info@deoffentligetandlaeger.dk; DKetik Institutionspostkasse; info@gigtforeningen.dk; info@gnresound.dk; info@hosj.dk; info@hospicelimfjord.dk; info@hospice-vendsyssel.dk; info@hospice-aalborg.dk; info@igldk.dk; info@lif.dk; info@lkt.dk; info@patientforeningen-danmark.dk; info@patientsikkerhed.dk; info@pfl.dk; info@privatehospitaler.dk; info@rigsrevisionen.dk; info@scleroseforeningen.dk; info@tandlaegeforeningen.dk; info@tinganes.fo; infoost@rcfm.dk; ism@ism.dk; kfst@kfst.dk; kl@kl.dk; kontakt@cfh.ku.dk; lasf@lasf.dk; lonedp123@gmail.com; lvs@dadl.dk; mail@ankerfjordhospice.dk; mail@dukh.dk; mail@hoereforeningen.dk; mail@sjaldnediagnoser.dk; middelfart@gigtforeningen.dk; midtjylland@statsforvaltning.dk; nordjylland@statsforvaltning.dk;

pd@pharmadanmark.dk; pf@patientforsikringen.dk; plo@dadl.dk; pob@patientombuddet.dk; post@alzheimer.dk; post@diaetist.dk; post@hjertereforeningen.dk; ptu@ptu.dk; randwetk@rm.dk; rct@rct.dk; regioner@regioner.dk; regioner@regioner.dk; riomfr@fo.stm.dk; riomgr@gl.stm.dk; ry@sclerosehospital.dk; samfund@advokatsamfundet.dk; sct.maria@hospice.regionsyddanmark.dk; sek@jordemoderforeningen.dk; sekretariatet@vejlefjord.dk; sjælland@statsforvaltning.dk; skælskoer@gigtforeningen.dk; Sundhedsstyrelsen
Institutionspostkasse; syddanmark@statsforvaltning.dk; tl@tl.dk; ViHS; yl@dadl.dk; aarhus@gigtforeningen.dk; amgros@amgros.dk; sm@sm.dk; fm@fm.dk

Emne: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Se venligst vedhæftede høringsmateriale vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Med venlig hilsen

Emil Niragira Rasmussen
Fuldmægtig, Sygehuspolitik



Direkte tlf. 7226 9468

Mail: enr@sum.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk

Camilla Flintholm Jensen

Til: Tue Schou Pedersen
Emne: SV: ang Høring over udkast til forslag

Hej.

Jeg beklager meget mit sene svar angående: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven.

Jeg har arbejdet som audiolog i Sverige under perioden 1982 – 2010 og er således velfortrolig med det svenske system.
Siden marts 2010 arbejder jeg ved Høreklubben i Thisted og har således også stiftet bekendtskab med det danske system.

At overflytte økonomien omkring høreapparater (HA) fra kommunerne til regionerne synes mig at være et fornuftigt træk, under forudsætningen at de der i regionerne skal administrere "bevillingerne" af tilskud, også bliver klædt ordentligt på til dette!

P t må vi jo konstatere at de kommunale tjenestemænd ikke er det!

Jeg har en kommentar omkring den nu gældende ophandling som jeg anser man bør tage hensyn til i det nu aktuelle lovforslag

De vigtigste årsager til de forandringer der nu er indført, sammenlignet med de tidligere regler, skal være for at få bedre kontrol på økonomien, som jo under nogle år formeligt er løbet løbsk. Når det så er sagt, så synes jeg man har glemte at se på, hvor de store omkostningsstigninger er sket, - og det er hvad jeg ved indenfor den private sfære!
Det man nu har gjort er, at begrænse det offentlige tilskud til HA i privat regi hvilket rimeligt nok kommer at mindske udgifterne en del, men samtidig har man lavet en ophandling som begrænser det sortiment som kan rekvireres med offentligt tilskud **men kun hos de offentlige hørecentre!!**

Når man nu har lagt så meget energi på at få priserne ned i den nye ophandling – hvorfor i alverden skal det så ikke gælde private virksomheder??

I mine øjne burde det ophandlede sortiment, være de HA man kan få med offentligt tilskud, uanset om de tilpasses hos en offentlig eller en privat leverandør!

Hvis man vil have noget andet end det der indgår i dette sortiment – så er det frit frem at selv stå for omkostningerne totalt!

Jeg anser således ikke at der skal udgå noget tilskud til de personer, som har råd at via en privat leverandør skaffe sig noget andet og bedre end det sortimentet angiver.

Det får nemlig også den konsekvens, at de offentlige klinikker, med de begrænsninger som det nye sortiment medfører, kan komme at betragtes det simpleste alternativ, hvilket efter min mening er utroligt kedeligt, eftersom det er os der besidder den mest gedigne kompetensen.

Med venlig hilsen

Erik Behrenth
Overlæge
Tlf. 9617 6180
E-mail: erik.behrenth@rn.dk

SYGEHUS THY-MORS

Høreklubben
Højtoftevej 2
7700 Thisted
www.sygehusthymors.rn.dk

Odense 10.10.12

Høringsvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparat-området i sundhedsloven og ændret tilskud til høreappara-ter).

Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab (DMAS) har følgende kommentarer til det fremsendte lovforslag:

DMAS ser det som en forbedring, at høreapparatområdet foreslås samlet under sundhedsloven i regionerne, frem for som nu at være delt mellem kommuner og regioner og omfattet af både sundheds- og socialloven.

DMAS bifalder endvidere følgende forslag:

1. Indførelse af standardiseret henvisningsblanket. Dette kan medføre et kvalitetsløft i henvisningerne og en stramning i forhold til korrekt visitering til offentlig behandling, når dette er indiceret. I den forbindelse finder DMAS det ikke nødvendigt at stramme tilkendelseskriterierne, så længe de af Sundhedsstyrelsen udarbejdede retningslinjer om god høreapparatbehandling følges.
2. Indførelse af øgede kvalitetskrav til privat udleverede høreapparater, centralisering af kvalitetsmålinger og uanmeldte tilsyn anses for positivt. Der kunne ønskes en ensartet centraliseret kvalitetsmåling af såvel privat som offentligt udleverede høreapparater.
3. Udspecificering af regninger anses ligeledes for positivt.

DMAS er imidlertid bekymret for andre punkter i forslaget:

1. Ved reduktion af tilskud til privat udleverede høreapparater må man forvente et øget behov for egenbetaling ved privat udleverede høreapparater, såfremt borgeren ønsker samme kvalitet.
2. Reduktion af tilskud til privat udleveret høreapparat vil alt andet lige betyde, at prisforskellen for den myndighed, der finansierer høreapparatbehandlingen, bliver større mellem offentligt og privat udleveret høreapparat. Dermed mindskes incitamentet for at bevare et offentligt tilbud af høj kvalitet.
3. Indførelse af ret til genudlevering efter 5 år i stedet for efter 4 år anses for at kunne forårsage store forringelser for borgeren, idet høreapparatindustrien i henhold til nuværende aftaler kun yder 4 års garanti på høreapparaterne. Da vi ved, at antallet af nødvendige reparationer stiger med høreapparatets alder, vil dette betyde, at borgeren risikerer selv at skulle bekoste et antal reparationer det sidste år inden høreapparatfornyelse. Alternativt må borgeren enten undvære høreapparat et år eller selv bekoste nyt apparat med fuld egenbetaling, hvis høreapparatet ikke kan repareres efter 4 år. Såfremt høreapparatindustrien skal indgå aftale om at øge garantiperioden til 5 år, må man forvente en tilsvarende prisstigning på høreapparaterne, og dermed en øget egenbetaling ved indkøb. Selvom offentlige klinikker ikke er nævnt i forslaget, er DMAS bekymret for hvilke konsekvenser Ministeriets forslag vil få for de offentlige høreklinikker. DMAS frygter, at

der ønskes en tilsvarende stramning på f.eks. høreapparatgenudlevering for offentligt udleverede apparater, hvilket anses for en kvalitetsforringelse.

4. Flere andre problemområder er ikke nævnt i Beskrivelse af samlet forslag på høreapparatområdet.
 - a. Området omkring opfølgning i de lokale kommunikationscentre er ikke nævnt. Her er det et ønske fra DMAS, at også dette på høreapparatområdet samles under Regionerne, således at en mere ensartet kvalitet kan sikres.
 - b. Høreapparatområdet er ikke sikret af behandlingsgaranti. Dette medfører at patienter med komplicerede høretab, som skal udredes og behandles, ofte må vente urimeligt længe. Det drejer sig f.eks. om patienter, hvor der er mistanke om svulst på hørenerven og tinnituspatienter. Patienter, som er afhængige af deres høreapparater for at kunne varetage et job, bør også kunne behandles hurtigt. Vi mener derfor, at høreapparatområdet bør omfattes af samme behandlingsgaranti som andre sygdomme.

Herudover vil DMAS benytte lejligheden til samtidigt at udtrykke bekymring for betydningen af det nye Høreapparatsortiment på de offentlige høreklinikker, der er trådt i kraft 01.08.12.

DMAS er bekymret for, at de nye strammere regler og et sortiment, der inkluderer en del billigere og ældre høreapparatmodeller vil betyde en kvalitetsforringelse af høreapparatbehandlingen i det offentlige. DMAS frygter, at dette kan føre til at flere vil vælge privat udleverede høreapparater, og at den finansierende myndighed bifalder dette af økonomiske årsager. DMAS mener, at der er en alvorlig risiko for, at dette samlet vil føre til større egenbetaling på høreapparatområdet. Såfremt borgerne ikke vil øge egenbetalingen, risikerer man som det udtrykkes i Ministeriets forslag "at bevare samme kvalitet som i 2002," hvilket vil betyde, at høreapparatindustrien i Danmark ikke længere har incitament til forskning og udvikling på området her i landet. Dermed risikerer DK at miste en førende position på høreapparatområdet.

Dette vil være en stor forringelse af den samlede høreforsorg i Danmark. DMAS og Høreforeningen er enige i ønsket om at bevare en gratis høreomsorg af høj kvalitet.

På vegne af Bestyrelsen i Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab:

Ledende overlæge Rikke Schnack-Petersen, Formand
Overlæge Margit Niebuhr-Jørgensen, Næstformand
Afdelingslæge Frank Højrup Marker
Kursusreservelæge Linda Linnebjerg, Sekretær

Venlig hilsen

Rikke Schnack-Petersen
Ledende overlæge
Høreklinikken
rikke.schnack-petersen@ouh.regionsyddanmark.dk
Tlf. +45 6541 2536

OUH
Odense Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29, Indgang 85. 3. sal 5000 Odense C

Tif. +45 66113333

Advokatrådet

ADVOKAT 
SAMFUNDET

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Slotsholmsgade 10 - 12

1216 København K

sum@sum.dk og spok@sum.dk

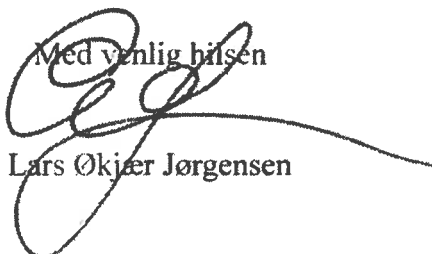
KRONPRINSESSEGADE :
1306 KØBENHAVN K
TLF. 33 96 97 98
FAX 33 36 97 50

DATO: 15. oktober 2012
SAGSNR.: 2012 - 3176
ID NR.: 201852

Høring - over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Ved e-mail af 28-09-2012 har Ministeriet for sundhed og forebyggelse anmodet om Advokatrådets bemærkninger til ovennævnte forslag.

Advokatrådet har ikke bemærkninger til det fremsendte høringsmateriale.

Med venlig hilsen

Lars Økjer Jørgensen

Camilla Flintholm Jensen

Fra: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Sendt: 15. oktober 2012 09:35
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: VS: Høring over forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven mv.)

Fra: Susanne Pihl Jakobsen
Sendt: 14. oktober 2012 14:42
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Emne: Høring over forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven mv.)

Den Nationale Videnskabetiske Komité (DNVK) har den 28. september 2012 modtaget høring vedrørende ovennævnte lovforslag.

DNVK har ikke bemærkninger til forslaget.

Der henvises til jeres sags nr. 1206602.

Susanne Pihl Jakobsen
Specialkonsulent

**DEN NATIONALE
VIDENSKABSETISKE
KOMITÉ**

Direkte: 72 26 93 72
Mail: spj@dketik.dk

Den Nationale Videnskabetiske Komité
Finsensvej 15 * 2000 Frederiksberg
Tlf.: 72 26 93 70 * Mail: info@dketik.dk
www.dnvk.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
Telefon 72 28 24 00
Fax 72 28 24 01
oim@oim.dk
www.oim.dk

Sagsnr.
2012-00970

Svar på høring fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Doknr.
13206

Dato
15-10-2012

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 28. september 2012 anmodet Økonomi- og Indenrigsministeriet om eventuelle bemærkninger til den omhandlede høring.

Det meddeles herved, at Økonomi- og Indenrigsministeriet ikke har bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen
Dorthea Maria Lund



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

St. Kongensgade 45
1264 København K

Tlf. 33 92 84 00
Fax 33 11 04 15

rr@rigsrevisionen.dk
www.rigsrevisionen.dk

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

15. oktober 2012

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har med e-post sent høring over udkast til forslag om lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven, sagsnr. 1206602.

Kontor: D7

J.nr.: 2012-6001-15

Rigsrevisionen har igen bemærkninger til udkastet.

Med venlig hilsen

Nikolaj Rævdal
Fuldmægtig

Camilla Flintholm Jensen

Emne: VS: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven
(Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Fra: Pia Saxild [<mailto:PS@fbr.dk>]

Sendt: 11. oktober 2012 14:20

Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Cc: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse

Emne: SV: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Forbrugerrådet har af ressourcemæssige årsager ikke mulighed for at forholde os til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater). Forbrugerrådet kan således ikke tages til indtægt for at støtte forslaget eller for at gøre det modsatte.

Med venlig hilsen

Sine Jensen
Seniorrådgiver, sundhedspolitik
Forbrugerrådet

TÆNK FORBRUGERRÅDET

Danish Consumer Council
Fiolstræde 17, Postboks 2188, 1017 København K, Danmark

Camilla Flintholm Jensen

Fra: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Sendt: 15. oktober 2012 14:31
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: VS: Høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven (høreapparater)

Fra: Joan Frederiksen (KFST) [<mailto:JF@kfst.dk>]
Sendt: 15. oktober 2012 13:35
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Cc: Søren Bo Rasmussen (KFST); René Zeest Nygaard; 1 - DEP OM2 (enhedspostkasse)
Emne: Høring vedr. ændring af lov om social service og sundhedsloven (høreapparater)

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen har den 28. september 2012 modtaget udkast til ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatsområdet i sundhedsloven og ændre tilskud til høreapparater) med anmodning om eventuelle bemærkninger senest den 19. oktober 2012.

Det fremgår bl.a. af lovforslaget, at man vil:

- samle myndigheds- og finansieringsansvaret for udlevering af høreapparater i sundhedsloven
- placere det samlede finansieringsansvar ved såvel offentlig høreapparatsbehandling som tilskud til privat høreapparatsbehandling hos regionerne
- nedsætte det nuværende tilskud på 5.607 kr. til høreapparatsbehandling, således at der i stedet ydes 4.000 kr. i tilskud til behandling af ét øre og 6.000 kr. i tilskud til behandling af to ører.
- opdele tilskuddet i en takst for selve høreapparatet (2.000 kr.) og et tilskud til behandling, dvs. høreprøve, tilpasning, service og garanti (2.000 kr.)

Derudover fremgår det af bemærkninger til lovforslaget, at der vil blive nedsat en faglig arbejdsgruppe, der bl.a. skal se på og stille forslag til at håndtere de situationer, hvor ørelæger ved henvisning til høreapparatsbehandling kan optræde i dobbeltrolle, som både henviser og behandler.

Konkurrencestyrelsen har bemærket sig, at der foreslås en nedsættelse af beløbet til høreapparatsbehandling med den begrundelse at priserne på offentligt indkøbte høreapparater har været faldende (i faste priser).

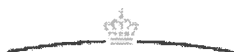
Styrelsen har ikke forudsætninger for at vurdere selve beløbsnedsættelsen, men går ud fra, at man har sikret sig, at der er lige vilkår mellem offentlige og private udbydere, herunder at der er tale om sammenlignelige høreapparater og service samt at alle omkostninger, fx til lokaler, afskrivninger etc, i såvel det offentlige som de private praksis indgår på lige vis. Dette med henblik på, at konkurrenceforholdene mellem private og offentlige udbydere på markedet for salg af høreapparatsbehandling ikke forvrides.

Styrelsen har ikke herudover bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Joan Frederiksen

Fuldmægtig/Head of Section
Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen/
Danish Competition and Consumer Authority
Direkte +45 41715135
E-mail jf@kfst.dk



KONKURRENCE- OG FORBRUGERSTYRELSEN

Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
Tlf. +45 4171 5000

Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen fremmer vækst og nye muligheder ved at styrke konkurrencen og forbedre samspillet mellem forbrugere og virksomheder.



Ældremobiliseringens sekretariat Suomisvej 3, 1927 Frederiksberg C
Tlf. 35 35 26 99 - Fax: 35 35 26 44
www.aeldremobiliseringen.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk
Cc spok@sum.dk

19.10.2012

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)/ J.nr. 1206602

I lovforslaget foreslås, at både udgifter til høreapparater og til nødvendig undersøgelse og behandling samles i regionerne. Ældremobiliseringen finder dette administrativt hensigtsmæssigt og bemærker, at det vil medføre en forenklet procedure for patienterne. Udarbejdelse af standardiserede henvisningsblanketter og bedre kontrol med de private klinikker forekommer ligeledes hensigtsmæssigt.

En hovedidé i lovforslaget og de bekendtgørelser, man vil udarbejde, er imidlertid at finde besparelser på området, og Ældremobiliseringen er bekymret for konsekvenserne for de mange hørehæmmede. Ventetiden på de offentlige klinikker er for tiden 33 uger i gennemsnit. En kraftig reduktion af tilskuddene til de private klinikker vil medføre en øget tilstrømning til de offentlige klinikker, med den konsekvens at ventetiderne bliver endnu længere. Dette er nævnt i regeringens egen rapport "Kulegravning af høreapparatområdet" fra juni i år. En yderligere konsekvens vil formentlig være, at en række hørehæmmede vil opgive at få høreapparat. Nedsat hørelse medfører øget isolation og nedsat livskvalitet for mange ældre, der i forvejen ofte lider under manglende sociale kontakter.

Af ovennævnte rapport fremgår ligeledes, at over 70% af de brugere, der vælger en privat leverandør, har en egenbetaling. Man må derfor forvente, at de økonomisk svagest stillede ældre må vælge den private leverandør fra.

Ældremobiliseringen finder, at nedsættelsen af de foreslåede tilskud til høreapparater er for drastisk. I "Beskrivelse af samlet forslag på høreapparatområdet" af 8. juni udarbejdet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse foreslås et tilskud på 5.000 kr. til høreapparat til ét øre og 8.000 kr. til to ører, således at behandlingstilskuddet er på 2.000 kr. og tilskuddet pr. høreapparat er på 3.000 kr. I lovforslaget lægges der op til, at tilskuddet pr. høreapparat kun bliver på 2.000 kr. Konsekvensen bliver, at tilskud til høreapparat på to ører nedsættes fra nu maksimalt 11.214 kr. til fremover maksimalt 6.000 kr. eller en nedsættelse på 46 %.

Udover reduktion af tilskuddet ændres der også princip. Tidligere gik man ud fra, at undersøgelsestiden for to ører var det dobbelte af undersøgelsestiden for ét øre. Nu går man ud fra, at der slet ikke er nogen øget tidsanvendelse ved at undersøge hørelsen på øre nr. to. Ældremobiliseringen er forundret over, at man med ét fuldstændig kan skifte princip. Ældremobiliseringen er naturligvis

ikke specialist på området, men vil anbefale, at man lader uvildige specialister se på, hvad der er sagligt rimeligt og forsvarligt.

Den drastiske reduktion i tilskuddene til de private klinikker vil medføre øgede ventelister på de offentlige klinikker af to grunde. Dels vil der utvivlsomt være mange private klinikker, der må lukke, dels vil de reducerede tilskud medføre en øget egenbetaling, som kun de mere velhavende har råd til.

I forslaget lægges endvidere op til, at perioden for fornyelse af høreapparat forlænges fra 4 til 5 år. Besparelsen herved beregnes til 5 mio. kr., hvilket næppe kan mærkes på statsbudgettet. Ældremobiliseringen vil opfordre til, at dette forslag fjernes, da der på 4 år kan ske store ændringer i en pensionists helbredssituation samtidig med, at der sker en hurtig teknisk udvikling. Det er også svært, at forestille sig, at pensionister eller andre ønsker at skifte høreapparat bare for sjov skyld. I alle tilfælde bør garantiperioden og perioden for fornyelse være lige lange.

For Ældremobiliseringen er det uden betydning, om borgeren betjenes af det offentlige eller en privat udbyder, men Ældremobiliseringen ønsker, at alle, der har behov for det, kan få gratis høreapparat inden for en ventetid på op til ca. to måneder. Om dette sker på offentlige eller private klinikker er for borgeren ligegyldigt.

For at begrænse de offentlige udgifter kan man lade borgeren betale for den eventuelle merudgift, der er, såfremt der vælges høreapparat, der ikke er godkendt eller omfattet af et foretaget udbud. Med en sådan ordning kan enhver borger henvende sig til private klinikker uden at skulle præstere egenbetaling, medmindre man har særlige ønsker.

Generelt vil Ældremobiliseringen opfordre regeringen til at ændre lovforslaget, så idéen ikke kun er at spare mest muligt, men i stedet udarbejde et lovforslag, hvor der sker en regulering af tilskudsprincipper og tilskudsstørrelser ud fra saglige kriterier, og så man ikke risikerer et stort antal lukninger af de private klinikker med deraf følgende uoverskuelige konsekvenser for ventetiderne på de offentlige klinikker.

Ældremobiliseringen finder det vigtigt, at der mindst fastholdes de ressourcer, der nu er på området. Helst skal der ske en forøgelse af ressourcerne på området, bl.a. så de lange ventelister inden for det offentlige reduceres, og så der løbende tilpasses efter det øgede behov, der vil opstå primært på grund af det øgede antal ældre.

Ældremobiliseringen frygter, at regeringens spareintentioner vil medføre en reduktion af behandlingsstederne, da en række private klinikker formentligt må lukke, og at egenbetalingen i det private regi vil stige. Det vil også indebære, at man opdeler befolkningen i et A og et B hold. A holdet (de økonomisk bedrestillede) kan uden ventetid gå til de private klinikker, medens B holdet må vente i mange måneder – formentlig flere end de nuværende ca. 8 måneder i gennemsnit - på at komme til.

I forslaget er lagt op til en evaluering efter 2 år. Ældremobiliseringen foreslår, at man foretager evaluering allerede efter et år, primært for at se udviklingen i det samlede ressourceforbrug på området og på udviklingen i ventetiderne.

Med venlig hilsen

Gitte E. Olsen
Sekretariatschef

Den 18. oktober 2012

Til

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Alene sendt på mail: sum@sum.dk og spok@sum.dk

Vedr.: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud høreapparater).

Hermed fremsendes Dansk HøreCenters høringsvar til ovenstående.

Vi står meget gerne til rådighed med uddybende møder, dokumentation af tal, telefoniske henvendelser med videre.

Generelt anser vi lovforslaget for at have enkelte udmærkede elementer, men desværre er de negative elementer i overtal. Samlet set vil lovforslaget være det alvorligste tilbageslag for de ca. 800.000 medborgere med et hørehandicap siden samfundet påtog sig at være med til at afhjælpe dette meget alvorlige handicap. I det hele vil lovforslaget efter dansk HøreCenters vurdering koste samfundet et stort millionbeløb at gennemføre - og det er helt modsat intentionerne med lovforslaget.

Dansk HøreCenter håber med høringsvaret at kunne ændre lovforslaget og dets bemærkninger, så de ønskede besparelser bliver reelle på både kort og lang sigt, og så de hørehandicappede på grund af rationaliseringer kommer til at opleve en lettere hverdag med færre problemer med deres handicap. Ligeledes håber Dansk HøreCenter, at lovforslaget udformes således, at der ikke kommer konflikter med konkurrenceretten, samt at det ledsages af en fokuseret forebyggende indsats.

Alternative besparelser bør være:

1. Tvungen afprøvning af høreapparat i 3 til 5 uger, inden der kan bevilges tilskud. Besparelse ca. 22 mio. kr.
2. Nogle få kommuner undlader at forlange ny ørelægehenviisning ved genudlevering af høreapparater. Hvis dette gøres til normal praksis, kan der spares skønsmæssigt omkring 35 mio. kr.
3. Kontrol af høreklinikkernes journaler og undersøgelser kunne foregå elektronisk og foretages centralt placerede af læger. Bevillig kunne ligeledes foretages centralt. Borgerne får det enklere,

administrationen bliver enklere, og der spares et stort millionbeløb på henvisninger. Skønnet besparelse ca. 40 mio. kr.

4. Forbud mod ørelægernes tredobbelte rolle som uafhængig læge, sælger af høreapparater og godkender af konkurrenter. Forslaget vil give en mindre besparelse.
5. Tilskynde borgerne til at anvende de private klinikker, da det er halv pris, og da det dermed vil give store besparelser og hurtigere behandling. Flyttes f. eks. 20.000 behandlinger fra de offentlige klinikker til de private, kan der spares ca. 84 mio. kr. (+ det vil betyde ekstra lønsumsafgifter + besparelser i refusions af transportomkostninger + besparelser på kommunikationscentre + besparelser i anskaffelse, forrentning og afskrivninger på udstyr + forøgede skatteindtægter)
6. Brugerbetaling på batterier og slanger. Det er normalt i udlandet. Kulegravningsudvalget skønner besparelsen til 13 mio. kr. hvert år. Det vil også give en stigende brugerbetaling, men det vil være små beløb over mange år.
7. De private høreklinikkers kunder benytter kun sjældent de kommunale tilbud på de såkaldte kommunikationscentre. Der vil være en besparelse ved at overføre disse centres opgaver til de private høreklinikker. Det vil passe til de private klinikkers koncept, som os bekendt alle vægter den personlige relation mellem borgeren og den enkelt audiologiassistent meget højt. Da Dansk HøreCenter ikke kender de samlede offentlige udgifter på området, kan vi ikke skønne omfanget af besparelserne.
8. En fokuseret forebyggelsesindsats initieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og med deltagelse af Miljøministeriet, Transportministeriet, Social- og Integrationsministeriet, Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter og Beskæftigelsesministeriet.

På vegne af Dansk HøreCenter sendes de bedste hilsener

Niels Jørgen Langkilde

Kommunikationsdirektør

Dansk HøreCenter

Nørregade 71

5000 Odense C.

Tlf.: 20 96 70 00

Dansk HøreCenters hørings svar vedr.: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud høreapparater).

1. Kommentarer til s. 1 – selve lovteksten § 1 - 4

Det synes rigtigt at overføre hele området til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, så Dansk HøreCenter har ingen kommentarer til § 1.

Dansk HøreCenter kan ikke anbefale, at lovens substans ved overførslen til sundhedsloven som beskrevet i § 2 ændres til en bemyndigelse til ministeren. Dansk HøreCenter anbefaler, at bemyndigelserne erstattes med en lovtekst i retning af den nu gældende. Reglerne berører så mange hundredetusinder af borgere og flere tusinde ansatte i branchen, at det må være rimeligt at få den sædvanlige offentlighed inden en ændring finder sted.

Ved indsættelse i sundhedsloven bør der indføres en paragraf, der fortsat sikrer borgernes frie valg af leverandør til høreapparater, hvis en speciallæge i øre-, næse- og halssygdomme har henvist. Et høreapparat er et så personligt hjælpemiddel, at der er behov for, at borgeren frit kan vælge, hvor kvalitet, pris, nærhed, service og andre for borgeren væsentlige elementer er mest optimale. Med de nuværende og måske også med de kommende offentlige tilskud til borgere, der vælger behandling i privat regi, er tilskuddet kun en del af anskaffelsesomkostningerne, og derfor er friheden til at vælge dobbelt vigtig. Når man ser, at det offentlige udbud gennem AMGROS ensidigt har satset på lave priser og ikke på de bedst tilgængelige hjælpemidler, så er det frie valg så meget vigtigere.

I § 3 foreslås det, at loven træder i kraft den 1. januar 2013. Dansk HøreCenter mener, at det vil være meget forhastet, at gennemføre lovændringen så hurtigt, da de tilhørende bekendtgørelser og vejledninger samtidig skal ændres. Vi har som erhverv været stærkt plaget af, at f. eks. Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 9096 af 3. marts 2009 ikke har fulgt den gældende lovgivning, og dermed har givet anledning til en lang række sager i pressen og i Det Sociale Nævn, hvor en række kommuners brug af Vejledning er blevet underkendt. Vi ønsker ikke på ny at blive påført store sagsomkostninger ved at have en lovgivning, som ikke passer med de gældende bekendtgørelser og vejledninger. Sundhedsstyrelsen har tidligere givet udtryk for, at man først efter lovens vedtagelse vil udarbejde en ny vejledning. En sådan proces bør de private høreklinikker denne gang inddrages i, så fejl og misforståelser undgås, og så dagligdagen for borgerne bliver enkel og ukompliceret. Dansk HøreCenter indgår gerne i et sådant hurtigt arbejdende udvalg. Et sådant arbejde skal man nok regne med vil tage mindst tre måneder, hvorfor **lovgivningen ikke bør træde i kraft før den 1. april 2013.**

2. Kommentarer til: Bemærkninger lovforslaget" s.2-18

Skal kvaliteten også tvinges ned i de private klinikker?

I sidste afsnit af "1. Indledning" fortælles om AMGROS seneste indkøb. Det noteres her, at indkøbene er sket med en stor prisreduktion til følge. Det bør naturligvis her oplyses, at denne prisnedsættelse er

fremkommet ved, at AMGROS bevidst har fravalgt den bedst tilgængelige teknologi fra en række af verdens førende høreapparatsproducenter, for at få den billigst mulige pris. Det bør her oplyses i klart sprog, hvis regeringen også ønsker, at de private klinikker også - og i lighed med de offentlige klinikker - skal købe ældre modeller i lavere kvalitet til borgerne, som benytter disse klinikker. Hvis borgerne fortsat skal have mulighed for at få den bedst tilgængelige teknologi på de private hørelinikker, så kan den ikke købes til så reducerede priser. Dansk HøreCenter mener, at borgerne frit bør kunne vælge teknologi og se hvad der passer bedst, og Dansk HøreCenter skal stærkt anbefale, at borgerne fortsat får mulighed for at erhverve den bedst tilgængelige teknologi. På dette punkt mener Dansk HøreCenter sig i overensstemmelse med regeringens udmeldinger om at arbejde for innovation – ikke mindst på det velfærdsteknologiske område. Alene på høreområdet skønnes der at være 600 millioner mennesker med et hørehandicap.

I øvrigt skal det bemærkes, at regeringen har gennemført en lang række tiltag for at fastholde befolkningen længere på arbejdsmarkedet. Mange borgere kan kun fastholde deres erhverv, hvis de hører godt. Uden høreapparater vil de miste tilknytningen til arbejdsmarkedet. Netop dette forhold er på udmærket vis gennemgået af Social Forsknings Institutet i "UHØRT", hvor det årlige samfundsmæssige tab af nedsat hørelse blandt de 50-64-årige er opgjort til flere milliarder kroner. **Dansk HøreCenter anbefaler, at netop denne rapport opdateres og suppleres med flere årgange, da det nu er Folketingets plan, at vi alle skal være længere på arbejdsmarkedet.** Herudover bør den tidligere tilbagetrækningsalder for høreapparater kortlægges af hensyn til langtidsplanlægningen af kapaciteten på de offentlige hørelinikker.

Hvis regeringens planer om at levetidsforlænge høreapparaterne fra fire til fem år nyder fremme, så vil borgerne sandsynligvis i højere grad være interesserede i at købe kvalitetsapparater, da disse sandsynligvis vil have færre reparationsudgifter i det femte år. Dansk HøreCenter må også af denne grund advare stærkt mod at gennemtvinge en sænkning af kvaliteten på høreapparater.

Side 5: 2.2. Overvejelser og forslag

Afsnit to, sidste sætning kunne mere rigtigt lyde således: "Den kraftige udgifts- og aktivitetsvækst på høreapparatsområdet er parallel til væksten for andre hjælpemidler, og væksten afspejler den stærke vækst i antallet af ældre medborgere. Da hovedparten af høretabene er aldersbetingede, så kommer denne udvikling ikke overraskende. Stærkt forbedrede teknologiske muligheder har sammen med en stadig tidligere debutalder for høreapparatsbrugere været andre grunde til væksten i antallet af høreapparatsbrugere. De yngre årganges hyppigere høreskader skyldes navnlig en ændring i livsstilen med let og billig adgang til musik og forbrugerelektronik. Manglende fokusering på forebyggelse af høreskader i boligområderne, på arbejdspladserne og i trafikken har ligeledes medvirket til stigningen. Sluttelig er stadig flere job kun mulige at bestride med en god hørelse, også dette skønnes at have medført en vækst i antallet af høreapparatsbrugere."

Kulegravningsrapporten

S. 5-6 refereres kulegravningsrapporten. Dansk HøreCenter skal ikke i detaljer gennemgå eller kommentere rapporten, men flot føje nogle få bemærkninger til dem, der netop er gjort ovenfor.

Det hedder s. 5 i afsnittet om "Gennemsigtighed" bl.a. "at kommunerne ikke kan afgøre, hvor stort et beløb der anvendes til henholdsvis behandling og apparat". Det har – som Det Sociale Nævn har fastslået en lang række gange - heller aldrig været meningen, at kommunerne skulle sagsbehandle på det emne, for det er et

tilskud til den samlede behandling. Skulle der redegøres for det, ville det kræve et ganske omfattende administrativt arbejde uden nogen form for positiv effekt for borgerne, samfundet eller andre. Det ville kun øge de administrative omkostninger i det offentlige og blandt de private klinikker.

Videre hedder det, "at regningerne oftest mindst er på det fulde beløb". Efter den seneste tilskudsnedsettelse pr. 1. januar 2011 betaler borgerne nu i 84 pct. af alle sagsforløb i Dansk HøreCenter. Kun med de allerbilligste høreapparater er det endnu muligt at tilbyde høreapparatsbehandling til borgerne uden egenbetaling. Der er således intet mærkværdigt i, at regningen lyder på det fulde beløb, for beløbet er næsten altid større.

I fjerde afsnit s. 6 hedder det således: "På den baggrund nedsætter regeringen derfor en faglig arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen, der skal se mulighederne for at stramme tilkendelseskriterierne til høreapparatbehandling." **Dansk HøreCenter skal hermed tilkendegive, at vi gerne deltager i et sådant arbejde.** Ligeledes kan vi anbefale, at der bl.a. kommer en repræsentant fra de mindre klinikker, høreapparatleverandørerne og Høreforeningen med i arbejdsgruppen.

Dansk HøreCenter foreslår, at **der indføres tvungen afprøvning af høreapparat i 3 til 5 uger, inden der kan bevilges tilskud til borgerne eller en honorering af de offentlige klinikker.** Brugeren kan evt. underskrive en erklæring om at høreapparatet/høreapparaterne virker, at brugeren agter at benytte det/dem, og at det afhjælper høretabet på en tilfredsstillende måde. **Besparelsen skønner Dansk HøreCenter vil være på ca. 22 mio. kr.** Disse beregninger er baseret på vore erfaringer for, hvor mange der efter prøveperioden siger nej tak til et høreapparat. Et sådant forslag vil også reducere antallet af skuffeapparater.

S. 6 sidste sætning lyder: "Ligeledes bør mere alvorlige og komplicerede høretab fortsat alene udføres på offentlige audiologiklinikker." Denne sætning giver anledning til at oplyse ministeriet om, at vi har en lang række klager over ørelægernes vurdering af, om høretab er "alvorlige og komplicerede". Denne uklarhed kan ingen være tjent med, og bemærkningen bør rettes, så den er utvetydig. Det grundlæggende princip for alle de aldersbetingede høretab og andre de ukomplicerede høretab bør være borgernes frie valg af leverandør.

Bemyndigelse er ringere end lovgivning

Som anført ovenfor, så kan Dansk HøreCenter ikke anbefale, at lovens substans ved overførslen til sundhedsloven ændres til en bemyndigelse til ministeren. Dansk HøreCenter anbefaler, at bemyndigelserne erstattes med en lovtekst i retning af den nu gældende. Reglerne berører så mange hundredetusinder af borgere og flere tusinde ansatte i branchen, at det må være rimeligt, at få den berørte offentlighed inddraget gennem Folketinget, inden en ændring finder sted. En bemyndigelse er ringere for borgerne og virksomhederne end en lovtekst.

Længere nede på s. 7 ser man et udmærket eksempel på hvorfor, der ikke skal gives bemyndigelser: Regeringens samlede udspil er efter vor opfattelse ikke i overensstemmelse med gældende konkurrenceret, forslagets konsekvenser er beregnet helt forkert, og ideen om manglende tilskud til behandlingen af det andet øre er tænkt ved et skrivebord uden kendskab til virkeligheden. Næsten alt dette kunne være gennemført uden høring af de berørte parter, hvis den foreslåede bemyndigelse var givet. Mere end halvdelen af en branche kunne være fjernet fra Jorde ns overflade med en underskrift fra ministeren. Det

virker ikke rimeligt, og det vil skræmme eksisterende og nye seriøse klinikker fra at investere og innovere på området.

Nedsættelserne af tilskuddene: Intet behandlingstilskud til det andet høreapparat er en stor fejl

Nedsættelsen af tilskuddet til høreapparat nr. 2 til 2.000 kr. er et helt absurd og asocialt forslag. Ingen steder i Europa straffer man de mest handicappede hårdest på denne måde. Beløbet er meget lavt, og vil kun kunne dække i sjældne tilfælde. Det hedder s. 8, andet afsnit således: "Samtidig anses det ikke for væsentligt mere arbejdskrævende at behandle 2 ører. Dette er allerede i dag afspejlet i takstafregningen i forhold til de regionale audiologiske klinikker og de praktiserende ørelæger".

Der er en helt beskedent tidsbesparelse og en lille administrativ lettelse, men forfatterne til denne tekst glemmer at moderne digitale høreapparater har over 100.000 mulige indstillinger. Selv den dygtigste audiologiassistent kan ikke klare dette i samarbejde med borgeren på et enkelt besøg. Der skal normalt flere til. Der er ikke to ører som er ens og har behov for samme indstilling af høreapparaterne. Begge skal grundigt tilpasses, da der ellers bliver tale om skuffeapparater. Vi har i Dansk HøreCenter noteres os, at de offentlige klinikker i gennemsnit kan klare behandlingen med 2,5 besøg. I Dansk HøreCenter er der mellem 9 og 10 besøg. Det giver større sikkerhed for at apparatet/apparaterne bliver brugt, og at det/de kan afhjælpe en stor del af generne ved den enkeltes høretab.

Forslagets konkurrenceforvridende karakter træder da også tydeligt frem i de tilfælde, hvor høreapparat nummer to anskaffes senere og evt. hos anden leverandør. Mener forslagsstilleren så, at den private klinik skal sponsorere hele behandlingen af det andet øre med høreapparat, eller skal man kræve 100 pct. brugerbetaling?

Da Konkurrencestyrelsen senest forlangte tilskuddet hævet, var sagen ikke så krystal klar urimelig, som det her er tilfældet. Fremover skal borgeren muligvis vælge mellem de offentlige klinikker, hvor borgeren får alt gratis (dvs. skatteyderbetalt), og de private klinikker, hvor borgeren selv skal betale hele *behandlingen*. Der er således intet tilbage af den offentlige støtte, der indførtes, fordi høreapparatbehandlingen blev undtaget fra det udvidede frie sygehusvalg.

Denne del af forslaget må Dansk HøreCenter på det bestemteste anbefale ændret. Tilskudsreduktionen er på 48 pct. for personer med høretab på begge ører. Besparelsen kommer derudover umiddelbart efter en 10 pct.s besparelse, som medførte, at en fjerdedel af det samlede offentlige tilskud bortfaldt til de borgere, der benyttede de private klinikker. Disse tal var kendte, da Kulegravningsrapporten udkom, men var mærkeligt nok ikke medtaget i denne. Disse tal forklarer, hvorfor stort set alle de private hørecentre nu kører med underskud.

Nedsættelse af tilskuddene: Hvorfor kun spare på dem, der gør det billigst, bedst og tættest på borgeren?

S. 7, fjerdesidste afsnit og frem beskrives forslagene til nedsættelse af tilskuddene til de borgere, som anvender de private klinikker til at afhjælpe deres høreproblemer. Det er voldsomme besparelser, som PAKS skønner, vil lukke halvdelen af de private klinikker i løbet af tre måneder. Nedsættelserne er så uhornt store, at det er umuligt at sige noget helt sikkert om virkningen. Ved besparelsen pr. 1. januar 2011 sparede man mere end det dobbelte af det beregnede. Man regnede med under 50 mio. kr. – det blev over 100

mio. kr. Det er vor vurdering, at forslaget denne gang vil få langt alvorligere konsekvenser, da besparelserne er mange gange voldsommere. **Hvis der f. eks. flyttes 20.000 behandlinger fra de private klinikker til det offentlige, så vil det give ekstra udgifter på ca. 84 mio. kr. Gik man den modsatte vej, så var der i stedet ca. 84 mio. kr. at spare. Dansk HøreCenter skal anbefale, at man lader dem, der er billigst til at løse opgaven, være dem, der får opgaven.**

Økonomiberegningerne s. 8-10 synes helt forkerte. Når de - eller nogle reviderede evt. fremlægges - så bør flere af forudsætningerne for beregningerne medtages. Det hedder s. 9, femte afsnit: "Der er tale om en nettobesparelse, idet der er taget højde for, at nogle patienter, som ellers ville have valgt tilskud til privat høreapparatbehandling, i stedet vil søge behandling i det offentlige sundhedsvæsen." Det bedes derfor oplyst i forslaget, hvor mange man regner med vil søge behandling på de offentlige klinikker, hvor mange man regner med vil opgive behandling, og hvor mange de private klinikker vil behandle.

Nedsættelse af tilskuddet ved at der kan gives tilskud til privat høreapparatbehandling hvert 5. år mod hvert 4. år i dag.

For høreapparatbrugere er deres høreapparater vigtigere end andres pc'ere og mobiltelefoner, for gennem dem går hele kontakten til omverdenen. Af dem afhænger deres job, deres ægteskab og deres sociale kontakter. Ligesom en 4 år gammel PC eller mobiltelefon er godt slidt, så er det på samme måde med høreapparater. Det er en voldsom forringelse, som skal lægges oven i presset for at købe ældre teknologi ved anskaffelsen. Dansk HøreCenter har spurgt vore hovedleverandører, om de vil forlænge garantien fra 4 til 5 år. Det er de ikke indstillede på, eller kun indstillede på at prøve i en testperiode mod en betydelig ekstra betaling. Vi har søgt dokumentation for at leverandører har givet en sådan garanti, som DELTA mener findes et sted i Sverige. Det er ikke lykkedes os at finde. **Ministeriet bedes derfor fremlægge dokumentation for, hvor og hvor længe de 5-årige garantiperioder er i brug i Sverige.**

Vi har fået oplyst, at man på Kommunikationscenteret i Hillerød Kommune forsøgte sig med at levetidsforlænge høreapparaterne, men at det stoppede igen meget hurtigt, da reparationsudgifterne løb løbsk. Ministeriet bør oplyse yderligere om dette i bemærkningerne til lovforslaget.

Vi forudser store ekstra brugerbetaling til borgerne, hvis dette forslag gennemføres, som det ligger nu. At spare på kvaliteten og samtidig lade borgerne være uden garanti den femte år er opskrifter på noget meget slemt.

Vi har ikke set, at de offentlige klinikker stilles overfor det samme krav. Konkurrencemæssigt holder en sådan forskelsbehandling ikke.

Lovforslagets konsekvenser må beskrives nøjere

Side 9-12 sammenfattes lovforslaget konsekvenser. Som allerede anført er besparelserne langt større end angivet i kolonnen "Positive konsekvenser/Mindreudgifter". Det bør rettes. I spalten "Negative konsekvenser/merudgifter" står ved en fejl. "Ingen". Her bør anføres de ekstra udgifter som en formindsket arbejdsmarkedstilknytning vil medføre - "UHØRT" kan evt. benyttes til at beregne dette. Her skal medtages de ekstra omkostninger til stigende antal tilfælde af demens, som følge af en ringere hjælp til de hørehandicappede. Her skal medtages de ca. 84 mio. kr., som 20.000 ekstra behandlinger i offentligt regi vil medføre for staten og regionerne og de tilhørende ekstra udgifter for kommunerne ved ekstra træk på

kommunikationscentre. Der skal anføres, at den ekstra sociale isolation vil medføre ekstra offentlige omkostninger. Der skal anføres, at skatteindtægterne fra branchen vil falde til 0 kr., da virksomhedslukninger vil blive konsekvensen.

"Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet" skal have uddybet de negative konsekvenser, som er langt mere alvorlige, end de her er anført. Det drejer sig om stigende underskud på de private klinikker, lukninger, afskedigelse af personale og ringere forhold for store danske eksportvirksomheder på området.

"Miljømæssige konsekvenser" vil have betydning, hvis det samlede antal høreapparater planlægges at falde, for så vil antallet af batterier også falde. Da man satser på dårligere høreapparater, må man forvente flere skuffeapparater og dermed et endnu mindre forbrug af batterier.

Mere administrativt bøv l bør undgås

S. 13, syvende afsnit hedder det bl.a. "Det foreslås således, at private forhandlere af høreapparater fremover skal udspecificere regninger ved høreapparatbehandling med tilskud, så andelen af tilskud til hhv. behandling og selv apparatet vil fremgå af regningerne til regionerne."

Da alle vil have en form for brugerbetaling efter sænkningen af tilskuddet, må man spørge sig selv om, hvorfor vi skal have besvær med at fordele alle vore omkostninger i disse to kategorier. Som det er i dag, er høreapparatets pris ikke en enkel sag, da den hænger meget sammen med den tilknyttede service og markedsføringstilskud fra leverandøren. Derudover vil en række omkostninger være knyttet til såvel høreapparatets anskaffelse som til behandlingen. For eksempel er anskaffelse af udstyr, de kontrolbesøg som kun de private klinikker har, service på apparaterne sådanne vanskelige poster at fordele. Man beder de private klinikker om at skille koldt og varmt vand. Det vil koste masser af tid, hvis det skal gøres ordentligt, og når alt skal reduceres, så er der ikke behov for ekstra nytteløse omkostninger. Risikoen er at det ikke tages højtideligt af klinikkerne, og at de så ved en kontrol bliver beskyldt for fejl. Det vil klart virke konkurrenceforvridende, at kaste de private klinikker ud i et sådant juridisk skoleridt.

Høreforeningen Aarhus Lokal Afdeling
Sanne Lauridsen
Anne-Birthe Merrald
Lisbeth Leicht Thomsen
Frode Larsen
Merete Birk Nielsen
Viggo Andersen
Annelise Grün Nielsen
Torben Axel Hartmann
Karen Ransby

Aarhus, fredag den 19. oktober 2012

**Hørings svar til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven.
(Samling af høreapparatsområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)**

Høreforeningen Aarhus Lokalafdeling har følgende kommentarer til lovforslaget:

Som udgangspunkt er vi meget tilfredse med grundtanken om at flytte hele høreomsorgen over i sundhedsvæsenet. Det giver en enklere struktur for alle høreapparatbrugere, og det letter administrativt på den audiologiske afdeling. En unødigt sagsbehandlingstid afskaffes, når det hele samles, og man kan forvente større faglig ekspertise og ensartede tilbud på landsplan.

Der er dog et par kernepunkter, som vi mener, kan blive af meget stor betydning for de hørehandicappedes dagligdag.

- Vi er bekendt med, at AMGROS har indsnævret listen over høreapparater, der fremover bliver indkøbt til det offentlige. Når man fjerner kendte mærker og modeller fra listen, får det afgørende betydning for de ofte meget dyre tekniske hjælpemidler, som netop er tilknyttet de svære høreneredsættelser. Altså kan man forvente, at mange brugere også skal have udskiftet hele deres personlige pakke af hjælpemidler i hjemmet og på jobbet, når høreapparatet skal skiftes til andet mærke. Det må blive en langt dyrere løsning for både kommuner og brugere, og det bør der laves om på, så AMGROS systemet bliver mere fleksibelt.
- Vi ser allerede nu, at når tilskuddet til høreapparater sættes ned, er der en tendens til, at det private marked skærer ned på det medfølgende udstyr. Normal praksis hos det offentlige er, at udlevering af filtre og små nødvendige vedligeholdelsesdele følger med høreapparatet gratis. Hos de private bliver det nu ofte solgt som ekstra udstyr, der skal betales separat.
- Når tidsrummet for udskiftning af høreapparater forlænges fra fire til fem år, går det virkelig hårdt ud over mennesker med svære høreneredsættelser. Deres apparater bruges i snit 16 timer i døgnet alle årets dage, og det slider meget på teknikken med efterfølgende behov for reparationer, der kan sætte en hørehandicappet helt ud af spillet, hvilket er ganske urimeligt og kan medføre sygdomsmeldinger for en erhvervsaktiv. De fire års brug forlænges i forvejen ofte med et år eller to på grund af lange ventetider, så den grundlæggende ændring kan få unødigt mange negative konsekvenser.
- Man bør i lovforslaget være opmærksom på, at det ikke handler om høreapparater og teknik alene, men også om den generelle høreomsorg. Områderne er ikke nævnt, og i mange kommuner har man

ikke levet op til sit ansvar, så vigtigt fagpersonale er forsvundet. Der ydes mange steder slet ikke tilstrækkelig hjælp til hørevejledning, undervisning og rehabilitering.

- Det burde til enhver tid være muligt at låne ekstra høreapparater i tilfælde af skader og som nødvendig reserve til ferierejser. Samme gælder det tekniske udstyr, f. eks. babyalarmer og kaldeanlæg, som er af vital betydning for en hørehandicappet.

Århusmodellen:

I Århus har vi i Høreforeningen gennem de sidste par år haft stor glæde af et tæt samarbejde med det kommunale Høreteam. Her er det blevet mærkbart og synligt, at de ansatte fagpersoner er til for brugerne, og den daglige kontakt er blevet enkel og tilgængelig for alle.

Der er træffetid dagligt samt åbent en gang om ugen om eftermiddagen for studerende og arbejdende høreapparatbrugere. Tilgængeligheden er i top, da lokalerne ligger centralt og med gode parkeringsforhold og busforbindelser. Personalet tager desuden på hjemmebesøg efter behov.

Det er hos Høreteamet muligt at få justeret høreapparater, få lavet små reparationer, afprøve forskellige høretekniske hjælpemidler og få information og personlig vejledning generelt omkring hørelse.

Som et ekstra plus ligger lokalerne i sammenhæng med afdelingen for synshandicap, hvilket er til stor glæde for mange brugere, der er ramt på både syn og hørelse.

Vi mener, at denne model med stor fordel kunne overføres til regionerne og udvides, så alle hørehandicappede får samme mulighed for hjælp uanset bopæl og kommune. Der er et udtalt behov for at få ryddet op i strukturen og på landsplan få et ensartet, dækkende tilbud til alle hørehandicappede.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen i Høreforeningen Aarhus Lokalafdeling
v/ Sanne Lauridsen, formand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

Att.: sum@sum.dk

Cc: spok@sum.dk

Amgros I/S
Dampfærgevej 22
DK-2100 København Ø

Tel: +45 8871 3000
Fax: +45 8871 3008

www.amgros.dk
amgros@amgros.dk

19. oktober 2012

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har d. 28. september 2012 sendt forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven i høring.

Siden efteråret 2010, hvor initiativet til kulegravningen af høreapparatområdet blev taget, har en væsentlig udfordring set fra Amgros' side været, at området lå placeret hos 2 ministerier. Det er derfor efter Amgros' vurdering generelt et meget positivt element i lovforslaget, at hele området flyttes til Sundhedsministeriet, samtidig med at høreapparatbehandlingen samles i regionerne.

Herved lægges der op til, at disponeringen af apparaterne vil høre under samme myndighed, som varetager behandlingen. Det styrker Amgros' muligheder for at tilbyde og gennemføre et stærkere samarbejde med klinikkerne samt styrker muligheden for øget gennemsigtighed i bevillingsprocesserne og udvidet administrativ kontrol, inklusiv kvalitetsopfølgning, med både den private og den offentlige høreapparatbehandling.

LOVFORSLAGETS § 2

Det fremgår af **lovforslagets § 2**, at den foreslåede § 70 a i sundhedsloven *vil blive benyttet til at ændre det samlede tilskuds størrelse, så der ydes 4.000 kr. i tilskud til behandling på første øre og 6.000 kr. til behandling på 2 ører...*. Det nuværende tilskud er som bekendt på 5.607 kr. pr. øre og 11.214 kr. for begge ører.

Det fremgår ikke af lovforslaget, hvor lang tid, der skal gå, før apparat nr. 2 kan udleveres til et tilskud på 4.000 kr. hos den private leverandør – og dermed ikke vil blive anset som *"behandling på 2 ører"*. Det fremgår heller ikke, om patienten evt. kan henvende sig på en offentlig klinik for at få apparat nr. 2., og hvornår dette – tidsmæssigt – i givet fald kan ske. Disse forhold bør præciseres i lovbemærkningerne og/eller den "samlende" bekendtgørelse om høreapparatbehandling, der ifølge bemærkningerne til lovforslagets § 2 vil blive udstedt.

Hvis patienten ønsker at få apparat nr. 2 udleveret fra det offentlige, kan dette give anledning til udfordringer, idet produktsortimentet i det offentlige og det private ikke er det samme.

Det fremgår også af lovforslagets § 2, jf. pkt. 2.2.2 i de almindelige bemærkninger, at genudleveringsperioden ændres fra 4 år til 5 år.

Den nuværende mulighed for tidligst at få udleveret et nyt apparat efter 4 år har i de seneste udbud dannet grundlag for et krav om en fireårig garanti på høreapparatet (den såkaldte "servicegarantiperiode"). Således indeholder også de nugældende kontrakter om indkøb af høreapparater til brug i den offentlige høreapparatbehandling krav om, at leverandørerne skal tilbyde en fireårig servicegaranti. En evt. ændring af servicegarantiperioden i kontrakterne vil først kunne ske efter afholdelse af et nyt udbud.

Hvis der som følge af de nye regler først bliver ret til genudlevering af et nyt apparat efter 5 år, må det derfor forventes at få uønskede og utilsigtede konsekvenser for de høreapparatbrugere, der "kun" har apparater med 4 års servicegaranti. Det vil desuden kunne give anledning til administrative udfordringer for de offentlige sygehuses audiologiske afdelinger.

Ændringen må derudover forventes at medføre, at patienterne – i den sidste, forlængede del af garantiperioden – får øget behov for kontrol af deres høreapparat, således at der bliver øget "træk på" på de offentlige sygehuses audiologiske afdelinger.

Afhængig af hvornår en evt. ændring af retten til udlevering af et nyt høreapparat træder i kraft, vil der derfor kunne blive behov for en overgangsordning.

Vi tager derfor forbehold for senere at komme med bemærkninger vedr. de merudgifter, som det vil medføre at implementere og drifte denne ændring.

LOVFORSLAGETS § 3

I **lovforslagets § 3** foreslås det, at ændringerne træder i kraft allerede d. 1. januar 2013. I praksis vil det dog ikke kunne nås at lave et nyt udbud vedr. høreapparatområdet, så de nye kontrakter kan træde i kraft allerede d. 1. januar 2013. Det skyldes dels, at strukturen på området jo skal vedtages og "falde på plads", før udbudsmaterialet kan laves, og dels udbudsdirektivets regler om tilbudsfrister. Det bør derfor tænkes politisk ind, at regionerne kan overtage de nu forlængede rammekontrakter om indkøb af høreapparater, som Kommunernes Landsforening har indgået. Kontrakterne udløber – efter at de som før nævnt er forlænget – d. 30. juni 2013.

En anden mulighed kunne være at udskyde ikrafttrædelsen af de nye regler – og dermed samlingen af området i regionalt regi - til d. 1. juli 2013. Tilrettelæggelse og gennemførelse af udbud, så de udbudte kontrakter kan træde i kraft d. 1. juli 2013, forudsætter dog, at den nye organisering på området vedtages inden længe.

- o0o -

Hvis den foreslåede nedsættelse af tilskuddet bliver vedtaget, må det forventes at øge tilgangen af patienter til de offentlige høreklinikker og tilsvarende begrænse tilgangen af patienter til de private klinikker.

Som supplement til de offentlige klinikers kapacitet har regionerne de senere år henvist grupper af visiterede patienter fra ventelisterne til private klinikker (de såkaldte "puljepatienter"). Disse private klinikker har indgået en aftale med regionerne om behandling af patienter med høreapparater indkøbt via de rammekontrakter, Amgros har udbudt og administreret på vegne af Kommunernes Landsforening. Hvis høreapparatområdet samles i regionalt regi, vil høreapparaterne til brug for behandlingen af puljepatienterne også fortsat kunne være omfattet af kontrakter, der udbydes centralt.

Den foreslåede omorganisering af høreapparatområdet stiller øgede krav til administrationen i regionalt regi. Således må administration af ordningen i regionalt regi forventes at kræve, at der på nationalt plan skabes overblik over udleveringen, dvs. salget,

af alle høreapparater i såvel offentligt som privat regi samt over genudleveringen af høreapparater efter 4 hhv. 5 år.

Der tages derfor helt generelt forbehold for senere at komme med bemærkninger vedr. de merudgifter, der vil være forbundet med at gennemføre og drifte reglerne om samling af høreapparatområdet.

Vi går ud fra, at udkast til den nye "samlende" bekendtgørelse vedr. høreapparatbehandling, udkast til reviderede retningslinjer om høreapparatbehandling og øvrige regelsæt/vejledninger til implementering af de nye lovregler, vil blive sendt i høring. Vi kommer derfor med bemærkninger til disse andre regelsæt, når vi har modtaget de relevante udkast i høring, og vil evt. også komme med bemærkninger til det lovforslag, der nu er i høring, hvis det måtte blive påvirket af disse andre regler.

Der er ikke herudover bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Helle Lorentsen Bøgeskov', written in a cursive style.

Helle Lorentsen Bøgeskov
Advokat

E-mail til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk

cc.:

spok@sum.dk.

Ballerup 19. oktober 2012

Høringssvar fra Leverandørforeningen for Høreapparater (LFH); (Oticon, Bernafon, Widex, Phonak, GN ReSound, Siemens samt Danaflex), vedr. forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater) ("Lovforslaget")

Det af den tidligere regering nedsatte kulegravningsudvalg skulle komme med oplæg, der kunne føre til udkast til lovforslag med henblik på at:

1. Organisere høreapparatbehandlingen
2. Sikre kvaliteten og organiseringen af visitationen
3. Sikre kvalitetssikring af de private klinikker
4. Kigge på regler for og størrelsen af tilskuddet til privat høreapparatbehandling

Det fremsatte Lovforslag berører en række af de ovennævnte punkter. Men Lovforslaget indeholder også en række ting, der er uhensigtsmæssige, som Leverandørforeningen ("LFH") gerne vil gøre opmærksom på.

LFH's generelle holdning

LFH ønsker en stærk offentlig høreomsorg med resurser til behandling af høretab og til forskning og udvikling af tilpasningsmetodikker. Den offentlige høreomsorg skal have resurser til behandling af selv de mest vanskelige høretab og have mulighed for at afsøge markedet med henblik på nye løsninger til den individuelle brugers behov. LFH ønsker ligeledes en stærk

privat høreomsorg, hvor borgeren – med tilskud – selv kan vælge sin behandler og dermed undgå venteliste, få behandling i sit nærområde og den service og omsorg som et private marked kan tilbyde. Tilskuddet bør have en størrelse, så samfundet ikke deles op i et A & B hold. Dette var grunden til, at et enigt folketing (undt. Enhedslisten) i 2002 besluttede at sætte tilskuddet op til et niveau, hvor der kunne erhverves et høreapparat privat uden væsentlig egenbetaling.

1. Organisation af høreapparatbehandlingen:

Lovforslaget bygger på et system, hvor Regionerne får det samlede myndigheds- og finansierungsansvar, både i offentlig og privat regi. Dette er positivt og bør sikre den medicinske faglighed.

I den nuværende situation anslår LFH, at der i hver kommune er i gennemsnit 4 sagsbehandlere, der beskæftiger sig med tilskudsbehandling og ansøgninger uden nogen særlige forudsætninger og uden beslutningskompetence, som jo reelt ligger hos den henvisende ørelæge. I alt giver det 400 personer og set i relief af, at der samlet i Danmark er cirka 300 personer direkte beskæftiget med høreapparatbehandling, rummer det store og meget væsentlige besparelser i kommunerne uden at forringe kvaliteten for borgeren. Generelt en organisering som LFH kan støtte.

2. Organisering og kvalitetssikring af visitationen:

a. Lovforslaget forholder sig ikke til, hvorvidt der skal ske ændringer i adgangen til diagnosticering af høretab. Dvs., at høreapparatbehandlingen fortsat skal betragtes som en medicinsk behandling, og dermed skal alle høretab diagnosticeres hos en øre-næse-halslæge i egen praksis eller på en audiologisk afdeling. Såfremt et påvist høretab er behandlingskrævende, er det usandsynligt, at hørelsen bliver normal igen, og borgeren bør derfor være berettiget til fornyelse af høreapparat uden en tvungen lægelig genvurdering, idet en genvurdering må betragtes som værende et unødvendigt og fordyrende led i behandlingen. Dette princip er efter LFH's opfattelse allerede lokalt gennemført i Region Midtjylland og vil kunne skabe store besparelser for Regionerne.

LFH foreslår, at Regeringen tager dette forhold ind i lovgivningen og dermed sikrer en effektiv organisering uden fordyrende led og eventuelt overvejer at lade Amgros stå for registrering heraf, således at genudlevering i offentlig eller privat regi kan foregå så effektivt som muligt.

b. Regeringen agter i henhold til Lovforslaget at nedsatte en arbejdsgruppe, der skal kigge på "hvilke patientgrupper, som fremadrettet vil have behov for høreapparatbehandling". LFH

tolker dette som om, der er en holdning, at der er høreapparatbrugere, der i dag der får høreapparat, som ikke fremadrettet skal have det. Hertil vil LFH gerne påpege:

- Det er generelt anerkendt, at en tidlig indsats med høreapparat sikrer en væsentlig bedre høreapparatbehandling af borgeren af den enkle årsag, at høreevnen og de tilhørende centre i hjernen falder hen, hvis disse ikke konstant bliver stimuleret. Dette medfører, at desto længere tid det varer, inden en behandling igangsættes, desto vanskeligere bliver det for brugeren at vænne sig til høreapparatbehandling med det første høreapparat. Og dermed kan barrieren for behandlingen blive for stor for den enkelte borger, hvorved der er større risiko for at skabe en social isoleret borger.
- Det er påvist, at god hørelse forebygger depression. Derudover udskyder god hørelse både Demens og Alzheimers. Udskydelsen af Demens og Alzheimers reducerer et meget væsentligt og dyrt plejebæhov, for ikke at nævne livskvaliteten for borgeren og de pårørende. Denne samfundsøkonomiske gevinst er IKKE medtaget i kulegravningsrapporten og IKKE i lovforslagets konsekvenser. LFH finder, at Regeringen bør foretage en totalomkostningsbetragtning på dette område.
- Endvidere vil en yderligere indskrænkning af gruppen af høreapparatbrugere resultere i væsentlige forøgede omkostninger for samfundet. Hverken kulegravningsrapporten eller lovforslaget tager Social Forskningsinstituttets rapport "Uhørt" (bilag 1) fra 2006 med i deres beregninger. Denne rapport konkluderer, at den tabte arbejdsproduktion på grund af funktionelle høreproblemer alene i aldersgruppen 50-64 år udgør 2,7 milliarder kr. årligt. Dette er IKKE nævnt i hverken kulegravningsudvalgets rapport eller i Lovforslaget. Igen finder LFH, at Regeringen bør foretage en totalomkostningsbetragtning på dette område.
- Endelig vil LFH gerne nævne, at der er ingen borgere, der søger høreapparatbehandling, uden at borgeren finder, at han/hun har brug for hjælp. Der findes cirka 800.000 danskere, som har et påviseligt høretab, men der er kun cirka 250-300.000 brugere af høreapparater. Det er samfundsmæssigt ønskeligt at sikre en effektiv behandling af disse borgere af de grunde, som er nævnt ovenfor. Og det vil være uhensigtsmæssigt at begrænse tilgængeligheden og mulighederne for behandling i et ellers velfungerende offentligt eller privat system og dermed igen være med til at øge det stigma, som stadig eksisterer omkring det at være høreapparatbruger.

3. Kvalitetssikring

a. LFH er uforstående over, at Lovforslaget udelukkende forholder sig til kvalitetssikring af de private klinikker. LFH mener, at Lovforslaget bør forholde sig til kvalitetssikring af høreapparatbehandlingen i både offentligt og privat regi.

b. "IOI"-spørgeskemaet, som i dag kun skal anvendes af de private udbydere og frivilligt af en enkelt offentlig høreklivniker, bør overføres til håndtering af Amgros i en ensartet metodik for både offentlig og privat behandling. Udsendelse og besvarelse til Amgros vil sikre transparens, og data vil endog kunne korreleres til f.eks. apparattype etc.. Dette vil kunne medvirke til at aflive den myte om de mange skuffeapparater. LFH tillader sig i den forbindelse at rejse tvivl om resultatet af den ene rapport (undersøgelse foretaget af Københavns Kommune), der er nævnt i kulegravningsrapporten, som opgør brugen af høreapparater på baggrund af det offentliges udsendelse af batterier til brugeren. Der er mange brugere, der selv køber batterier på apotek eller i høreapparatforretninger, da dette er enkelt og stadig relativt billigt. Yderligere er flere af de nyere høreapparater genopladelige. Begge forhold undergraver den nævnte konklusion væsentligt efter LFH's vurdering.

c. Det vil ikke være urimeligt at kræve, at høreapparater udleveret med tilskud skal være godkendt i henhold til Nordiske Krav-specifikationer i lighed med den offentlige licitation. Dette vil igen sikre et minimumsniveau omkring kvaliteten, og LFH vil byde et sådant forslag velkomment.

d. Kvalitetssikring på området hænger i stor grad sammen med uddannelsen på området. Danske Audiologiassistenter har en uddannelse, der ikke kan anerkendes og benyttes i lande, vi normalt sammenligner os med som for eksempel UK, Tyskland, Norge, Sverige. Det skyldes i stor grad det forhold, at den ligger som en kort videregående erhvervsuddannelse i Danmark. LFH har i mange år ønsket en uddannelse på bachelor-niveau. Sundhedsstyrelsen / Sundhedsministeriet har ikke været lydhør for dette. Vi mener, at dette arbejde bør igangsættes og allerede uddannede bør tilbydes efteruddannelse eller lignende ordning/kvalificering. Se eksempelvis arbejdsgruppens anbefalinger i Audiologirapporten fra 2005. (Bilag 2)

e. Med til kvalitetsvurderingen hører den teknologiske udvikling af høreapparater. Det er velbeskrevet, at nyere høreapparater bedre modsvarer brugerens forventninger og tilfredsheden er signifikant bedre med nye høreapparater end lidt ældre. I forskellige Eurotrack-undersøgelser (eksempelvis Eurotrack Norway) foretaget af EHIMA (www.ehima.com) målt tilfredshed med høreapparater, og resultatet viser, at tilfredsheden stiger med op til 16 % med høreapparater, der er fra 2010 eller nyere, i forhold til høreapparater fra 2009 eller ældre. Den tekniske forældelse har naturligvis stor betydning i forhold til de i Lovforslaget fremsatte omkring generhvervelsesintervaller. I den forbindelse vil LFH også gerne påpege, at Lovforslaget indeholder en henvisning til forhold i Sverige om en forlængelse af garantiperioden som grundlag for dette. (bilag 3)
I kulegravningsrapportens bilag 2 er det anført, at garantiperioden i Linköping i Sverige er 5 år. LFH har ikke kendskab hertil og mener, at dette er faktisk forkert, idet garantiperioden i Linköping er 2 år, og at LFH ikke har kendskab til andre områder i Sverige, hvor der er en garantiperiode over 3 år. (bilag 4)

f. Endvidere finder LFH ikke, at Lovforslaget i relation til en eventuel forlængelse af genudleveringsperioden forholder sig til øgede reparationsomkostninger, som i branchen ikke

er ubetydelig, idet avanceret teknologi bæres på ørerne 8-18 timer dagligt og udsættes for sved, fugt og en temperatur på 37 grader.

4. Størrelsen af tilskud:

Afsættet til kulegravningen på området var et ønske om en bedre kvalitet for de hørehæmmede borgere. Man overvejer nu at reducere tilskuddet til høreapparatbehandlingen. LFH finder ikke dette logisk. Og LFH rejser generelt tvivl, som nævnt ovenfor, om de reelle besparelser som Regeringen vil kunne opnå ved Lovforslaget, idet Regeringen bør foretage en totalomkostningsbetragtning på dette område. Konkret vil LFH påpege følgende omkring det i Lovforslaget fremsatte forslag om nedsættelse af tilskuddet:

a. Tilskuddet blev reduceret i 2011 med 10 %, og en reduktion i tilskuddet fra Sygeforsikring "danmark" ramte oveni dette. Såfremt der har været tale om overbetaling, burde det stadig give sig udslag i flotte regnskaber i branchen. De tre største kæder inden for privat høreapparatsalg i Danmark – Audionova, Dansk Hørecenter og Hørecentrene – dækker ca. halvdelen af det private marked (30.000 høreapparater). En summering af deres resultat viser et underskud på 25,7 mio. kr. Omregnet per solgt høreapparat med det nuværende tilskud er det 857 kr. i tab. (DANSK HØRECENTER ApS (cvr-nr 10145015) 01.01.2011 - 31.12.2011, AUDIONOVA ApS (cvr-nr. 16753181) 01.01.2011 - 31.12.2011, AURI HØRECENTER ApS (cvr-nr. 28117477) 01.01.2011 - 31.12.2011, HØRECENTRENE A/S (cvr-nr. 31347564) 01.07.2011 - 31.03.2012, HØRECENTRENE DANMARK ApS (cvr-nr. 20249692) 01.07.2011 - 31.03.2012). Medlemmerne af LFH er som leverandører bekymrede over denne udvikling og finder ikke, at det nuværende tilskud skulle indeholde en favorisering af det private marked, måske nærmere tværtom.

b. Tilskuddet foreslås i Lovforslaget ansat til 2.000 kr. for en binaural tilpasning, hvilket efter LFH's vurdering er uforenelig med:

- Beløbet er uforklarligt i forbindelse med, at der oprindeligt var et ønske om at hæve kvaliteten på området. Mindre tilskud synes kun at gøre det muligt, at borgeren vil opleve lavere kvalitet.
- Beløbet er uforklarligt ud fra kulegravningsrapportens oplysninger om en gennemsnitlig offentlig behandlingsudgift på 4.128 kr. Hvorledes tænker man, at en privat klinik skal kunne gøre det billigere, specielt når de private klinikker ofte dækker behov i relation til placering i nærområdet, hjemmebesøg, plejehjemsbesøg etc. Kulegravningsrapporten anfører, at hver anden bruger har behov for individuelle ørepropper, som værdiansættes til 250 kr. + moms per styk. Dertil kommer aftrykstagning, der typisk kræver ½ times arbejde i klinikken, materialer til aftrykstagning samt undersøgelse af øret. Det er således

samlet en udgift for en privat klinik på minimum 800 kr. + moms. LFH finder ikke, at Lovforslaget tager højde for de praktiske forhold på området.

- En simpel høreapparatbehandling kræver 3-4 besøg svarende til i hvert fald 3-4 timers arbejde i en klinik offentlig som privat. Dette er i realiteten umuligt at gøre forsvarligt for 2.000 kr., når den private forhandler skal dække sine omkostninger til kvalitetssikring, efteruddannelse, godkendelser fra DELTA, kalibrering af måleudstyr, afskrivninger på måleudstyr IT, husleje og arbejds løn etc.

Efter høreapparatbehandlingen er der behov for individuel træning i brug af høreapparatet, høretaktik samt efterjusteringer i løbet af apparatets levetid. I dag varetager kommunikationscentrene typisk disse opgaver, hvis borgeren har fået sit høreapparat via det offentlige system. Kommunikationscentrene gør et nødvendigt og stort arbejde, og typisk vælger en borger, der har købt sit høreapparat privat, disse ydelser fra, idet det forventes, at de private forhandlere løser alle behov for borgeren. Region Hovedstaden tager eksempelvis 5.164 kr. for høreapparatinstruktion og en efterjustering koster mellem 1.571 kr. og 2.071 kr. (priser, hvis borgeren møder op på kommunikationscenteret, se bilag 5). Der er i Lovforslaget ikke taget stilling til, hvorledes disse udgifter betales, hvis borgeren vælger privat høreapparatbehandling. I udlandet er det normalt, at tilskud til udlevering suppleres med takster for efterjusteringer og service efter tilpasning. Igen finder LFH ikke, at Lovforslaget tager en totalomkostningsbetragtning på området, og at den foreslåede reduktion ikke er tilstrækkelig velfunderet.

- Det er i udkastet forudsat, at det kræver den samme arbejdsindsats at tilpasse 2 høreapparater som et. Det er LFH uenige i. De to apparater skal balanceres og synkroniseres, så et harmonisk lyd billede opnås. Dette er ikke overvejet og ikke med i betragtningerne i Lovforslaget. Opstart med monaural høreapparatbehandling vil i de fleste tilfælde resultere i en ny udlevering efter 3-6 måneder, når brugeren har vænnet sig til at benytte høreapparat. Det medfører således omkostninger til en ny høreapparatbehandling, og brugeren vil have to høreapparater muligvis med forskellig teknologi og forskellig garanti. Dansk Audiologi med de offentlige Audiologiske afdelinger i spidsen har globalt været ledende inden for udnyttelse af binaural høreapparatbehandling. LFH finder det uheldigt, hvis Danmark ikke kan fastholde dette grundet en ikke tilstrækkelig velfunderet reduktion af tilskuddet.

c. Lovforslaget overvejer en reduktion af tilskuddets størrelse med afsæt i de af Amgros indkøbte høreapparater i den nylige afsluttede licitation. Lovforslaget henviser til en forhandlet ny pris på 1.500 kr. ekskl. moms mod tidligere 3.894 kr. ekskl. moms. Hovedsageligt er der tale om ældre apparater, eller apparater klinikkerne ikke tidligere har villet indkøbe, der nu indgår i klinikernes sortiment. Og der er ingen af de aktuelle top-produkter fra for eksempel Oticon, GN ReSound, Siemens eller Phonak, der er tilgængelige i sortimentet. Disse koster stadig typisk 4-5.000 kr. per styk. Endvidere bygger betragtningen om den forhandlede pris på det forhold, at der ikke længere vil blive foretaget andre faglige skøn på de audiologiske klinikker, som gør, at det er nødvendigt at vælge andre produkter end de i licitationen tilsigtede. LFH finder derfor ikke sammenligningen korrekt eller baseret på et forkert grundlag.

-----oo0oo-----

På baggrund af ovenstående finder LFH det fremsatte Lovforslag på området mangelfuldt på en række punkter. LFH har forståelse for Regeringens ønske om generelt at opnå besparelser i den offentlige høreomsorg. Men LFH finder ikke, at det fremsatte Lovforslag vil kunne udmønte sig i de økonomiske konsekvenser, som er fremført i Lovforslaget, såfremt Regeringen vælger at anskue dette fra en totalomkostningsbetragtning.

Det ville glæde LFH at blive inddraget ethvert arbejde Regeringen måtte ønske, heriblandt drøftelse af konkrete forslag til forbedringer.

På vegne af Leverandørforeningen for Høreapparater

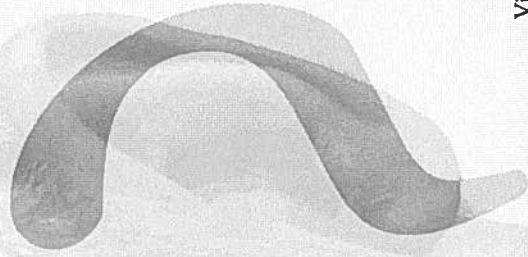


Ivar Thomsen

Næstformand
Ivar.thomsen@siemens.com
21252041

Bilag:

1. "Uhørt"
2. Audiologirapporten fra 2005
3. Eurotrack Norway 2012
4. Linköping Udbud
5. Prislister fra kommunikationscenteret i Region H



06:22

Vibeke Tornhøj Christensen

UHØRT?

BETYDNINGEN AF NEDSAT HØRELSE FOR
ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING OG
ARBEJDSLIV

Vibeke Tornhøj Christensen



UHØRT

BETYDNINGEN AF NEDSAT HØRELSE FOR
ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING OG ARBEJDSLIV

KØBENHAVN 2006
SOCIALFORSKNINGSINSTITUTTET

UHØRT? BETYDNINGEN AF NEDSAT HØRELSE FOR
ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING OG ARBEJDSLIV

Afdelingsleder: Ole Gregersen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsen har været fulgt af en styregruppe og en ekspergruppe.

Styregruppe:

Anne Haaschholm, Jøp. Ove og Myrthu A/S
Dennis Jensen, CO-Industri
Jens Hørby Jørgensen, Arbejdsmarkedsstyrelsen
Niels Sejersen, Dansk Industri
Nikolai Bisgaard, GN Resound
Per Kokholm, Oricon A/S
Søren Dalmark, Landsforeningen for Bedic Hørelse

Ekspertgruppe: Professor Kjeld Møller Pedersen, Institut for Sundhedsrådgivningsforskning, sundheds-
økonomisk forskningsenhed, SDU, overlæge Ture Andersen, Audiologisk afdeling, Odense Universi-
tetshospital og kulturantropolog Susanne Bisgaard.

ISSN: 1396-1810
ISBN: 87-7487-823-9

Layout: Hedda Bank
Oplag: 800
Tryk: BookPartnerMedia A/S

© 2006 Socialforskningsinstituttet

Socialforskningsinstituttet
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sf@sf.dk
www.sfi.dk

Socialforskningsinstituttets publikationer kan frit citeres med tydelig
angivelse af kilden. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller
gen giver Socialforskningsinstituttets publikationer, bedes sendt til instituttet.

INDHOLD

| | |
|--|----|
| FORORD | 7 |
| RESUMÉ | 9 |
| Hørelsen | 10 |
| Nedsat hørelse og øget sandsynlighed for ikke at være i arbejde | 10 |
| Samfundsmæssige omkostninger | 11 |
| Egen vurdering af hørelsens betydning | 12 |
| Hørelsens effekt på arbejdslivet | 12 |
| Socialt liv | 13 |
| | |
| 1 INDLEDNING | 15 |
| Nedsat hørelse | 15 |
| Tidligere undersøgelser | 27 |
| Rapportens opbygning | 31 |
| | |
| 2 UNDERSØGELSESDESIGN OG METODE | 33 |
| Den kvantitative undersøgelsesmetode | 34 |
| Den kvalitative undersøgelsesmetode | 43 |

| | | | | |
|---|--|-----|--|-----|
| 3 | MÅL FOR HØRENEDSÆTTTELSEN | 45 | Historik for arbejdsløshed | 148 |
| | Diagnosticeret hørenedsættelse | 45 | Tryghed i arbejdet | 149 |
| | Audiologisk mål for hørelsen | 48 | Sammenfatning | 150 |
| | Mål for den funktionelle hørelse | 54 | | |
| | Sammenligning mellem den klinisk målte og den funktionelle hørelse | 59 | | |
| | Sammenfatning | 64 | | |
| 4 | HVEM DELTAGER? | 67 | 9 FØRTIDIG TILBAGETRÆKNING | 153 |
| | Beskæftigelse og høreproblemer | 67 | Førtids Pension, efterløn og nedsat hørelse | 153 |
| | Personkarakteristika og nedsat hørelse | 73 | Regressionsanalyse | 157 |
| | Sammenfatning | 87 | Mænds førtidige tilbagetrækning | 159 |
| | | | Hørelsens betydning for mændenes førtidige tilbagetrækning | 172 |
| | | | Kvindernes førtidige tilbagetrækning | 173 |
| | | | Hørelsens betydning for kvindernes førtidige tilbagetrækning | 183 |
| | | | Forskellig kønsmæssig betydning af nedsat hørelse | 184 |
| 5 | ARBEJDSLIV | 89 | Hørelsens indirekte effekt på den førtidige tilbagetrækning | 187 |
| | Påvirker høreproblemer arbejdslivet? | 89 | Hørelsens betydning for den fremtidige tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet | 192 |
| | Sammenfatning | 109 | Sammenfatning | 195 |
| 6 | SOCIALT LIV | 111 | | |
| | Påvirker høreproblemer det sociale liv og de sociale relationer? | 111 | 10 SAMFUNDSØKONOMISKE | |
| | Sammenfatning | 121 | OMKOSTNINGER VED NEDSAT HØRELSE | 197 |
| | | | Høreproblemers samfundsøkonomiske betydning | 197 |
| | | | Værdi af tabt arbejdsproduktion – teori | 202 |
| | | | Resultater | 206 |
| | | | Resultaternes statistiske robusthed | 221 |
| | | | Sammenfatning | 222 |
| 7 | BESKÆFTIGELSESGRAD | 123 | | |
| | Beskæftigelsesgrad og hørenedsættelse | 124 | 11 SAMMENFATNING | 225 |
| | Regressionsanalyse | 125 | Baggrund | 225 |
| | Mænds beskæftigelsesgrad | 126 | Hvem har problemer med hørelsen? | 230 |
| | Kvindens beskæftigelsesgrad | 129 | Socialt liv og høreproblemer | 230 |
| | Sammenfatning | 136 | Arbejdsliv og høreproblemer | 231 |
| | | | Arbejdsmarkedstilknnytning | 233 |
| 8 | ARBEJDSLØSHED | 139 | | |
| | Arbejdsløshed og nedsat hørelse | 139 | | |
| | Regressionsanalyse | 141 | | |
| | Mænds arbejdsløshed | 142 | | |
| | Kvindens arbejdsløshed | 143 | | |

| | |
|---|-----|
| Svarpersonernes eget syn på betydningen af deres høreproblemer | 236 |
| De samfundsmæssige omkostninger | 237 |
| Perspektiver | 238 |
| | |
| LITTERATUR | 241 |
| | |
| SFI-UDGIVELSER SIDEN 2005 | 255 |

FORORD

Problemer med hørelsen er en lidelse, som rammer en væsentlig del af den danske befolkning. En hørenedsettelse kan resultere i forringede kommunikationsmuligheder med social isolation og afsondring fra arbejdsmarkedet til følge. I denne rapport undersøges oplevelsen af livet på arbejdsmarkedet med nedsat hørelse og sammenhængen mellem nedsat hørelse og arbejdsmarkedstilknnytning. Spørgsmålet er således, i hvilket omfang personer med høreproblemer har en øget risiko for arbejdsløshed eller førtidig tilbagetrækning.

Rapporten er et led i et samarbejdsprojekt mellem Jøp, Ove & Myrthu A/S, Dansk Industri og Socialforskningsinstituttet. Projektet er finansieret af Beskæftigelsesministeriets handikappulje samt GN Resound og Oticon A/S. Undersøgelsen er udarbejdet af forskningsassistent Vibeke Tornhøj Christensen. Seniorforsker Steen Bengtsson har udført og analyseret de kvalitative interview, mens forsker Martin Rasmussen har stået for beregningerne i kapitel 10 og skrevet udkast til kapitlet.

En særlig tak rettes til rapportens styregruppe samt ekspertgruppen ved professor Kjeld Møller Pedersen, Institut for Sundhedsstjenesteforskning, sundhedsøkonomisk forskningsenhed, SDU, overlæge Ture Andersen, Audiologisk afdeling, Odense Universitetshospital og kulturantropolog Susanne Bisgaard, der har læst og kommenteret udkast til rapporten

med efterfølgende gode råd og kommentarer. GN Resound og Oticon A/S takkes endvidere for at have stillet audiometre til rådighed i forbindelse med surveyen.

København, september 2006

Jørgen Søndergaard

RESUMÉ

Denne rapport omhandler betydningen af en nedsat hørelse i forhold til arbejdsmarkedstilknnytning og arbejdsliv. Vi undersøger, i hvilket omfang personer med høreprøblemer har en forøget risiko for arbejdsløshed eller førtidig tilbagetrækning gennem enten førtidspension eller efterløn.

Kommunikation med andre mennesker er en vital del af den menneskelige tilværelse. Idet nedsat hørelse er en lidelse, der netop påvirker interaktionen og samtalemulighederne med andre mennesker, har hørehæmmede en forøget risiko for at udvikle et kommunikationshandicap. Et sådant kan have en afgørende effekt på arbejdslivet såvel som det sociale liv. Det kan være yderst udmattende at skulle koncentrere sig for at kunne følge med ved samtaler dagen igennem, og når det ikke er muligt at deltage i faglige og sociale sammenhænge på arbejdspladsen på lige fod med andre, øges risikoen for udelukkelse og isolation. Alt dette kan have en forringelse af arbejdslivet til følge.

Rapporten bygger på kvantitativt datamateriale bestående af en spørgeskemaundersøgelse, som vi har indsamlet i 2005 blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 50-64 år. I alt 2.407 personer deltager i undersøgelsen. De 2.407 personer udgør undersøgelsens nettostikprøve. I tillæg hertil har vi foretaget kvalitative interview med 39 personer, som selv har angivet at have problemer med hørelsen.

Vi kan overordnet konkludere, at en nedsat hørelse har betydning for arbejdsmarkedstilknnytningen. Vi ser imidlertid klare forskelle mellem

mænd og kvinder, både i forhold til graden af hørenedsættelse og de konsekvenser, som høreprøblemerne har. Undersøgelsen tyder endvidere på, at mange hørehæmmede ikke umiddelbart er opmærksomme på den betydning, deres høreprøblemer har i forhold til arbejdslivet og det sociale liv på arbejdspladsen.

HØRELSEN

I rapporten anvender vi tre forskellige mål for hørelsen. Først og fremmest anvendes en opgørelse over alle svarpersonernes høretærskel målt ved hjælp af en klinisk audiologisk høretest. Testen viser, at 13 pct. af personerne i nettostikprøven som minimum lider af en moderat hørenedsættelse ved brug af dette klinisk opnåede mål. Problemer med hørelsen kan imidlertid antage flere forskellige former end blot en øget høretærskel. Problemerne kan i stedet være af perceptiv karakter og være forbundet med fx taleopfattelsen eller evnen til at skelne ord fra hinanden. Derfor har svarpersonerne endvidere besvaret en række spørgsmål angående deres funktionelle hørelse i dagligdagen. 27 pct. af personerne i nettostikprøven oplever nogle eller mange vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. 16 pct. har problemer med hørelsen i mere end én af dagligdagens lyttesituationer som fx at høre en telefon, der ringer, eller at høre nogen, der taler med normal stemme i et ellers stille rum.

Kun lidt over 5 pct. (131 personer) af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen har et høreapparat. Og yderst få personer har forstærkerlefoner, teleslyngter, tolke eller andre hjælpemidler til rådighed på arbejdspladsen.

NEDSAT HØRELSE OG ØGET SANDSYNLIGHED FOR IKKE AT VÆRE I ARBEJDE

De statistiske analyser viser, at nedsat hørelse har en effekt i forhold til arbejdsmarkedstilknynningen. For kvinder øges sandsynligheden for arbejdsløshed, at blive førtidspensioneret eller at gå på efterløn, jo dårligere hørelse de har. Nedsat hørelse øger dog hovedsageligt kvindernes sandsynlighed for at gå på efterløn. For mændene er det hovedsageligt sandsynligheden for at blive førtidspensioneret, der forøges ved nedsat hørelse.

Sandsynligheden for at vælge efterløn øges dog også for mændenes vedkommende, jo dårligere hørelse de har.

Kønsmæssige forskelle

Baggrunden for de kønsmæssige forskelle skal for en stor dels vedkommende findes i den forskellige udbredelse af høreprøblemer mellem de to køn. Mændene i undersøgelsen har således en dårligere hørelse end kvinderne – specielt når det ses på den klinisk målte opgørelse over høretærskelen.

Da mænd får problemer med hørelsen tidligere og generelt får en sværere grad af hørenedsættelse, er det en medvirkende årsag til, at nogle mænd bliver førtidspensioneret, før de fylder 60 år. Da de fleste kvinder er over 60 år, før høreprøblemerne for alvor sætter ind, vil kvinderne ofte vælge at gå på efterløn frem for førtidspension, hvis de har den mulighed.

Samtidig tyder noget på, at kvinder lider af andre typer af høreprøblemer og er mere afhængige af deres hørelse end mænd.

SAMFUNDSMÆSSIGE OMKOSTNINGER

Da personer med høreprøblemer har en lavere beskæftigelsesgrad og en lavere ugentlig arbejdstid, forårsager problemer med hørelsen et tab i arbejdsproduktion og dermed øgede omkostninger for samfundet. Den enkelte persons arbejdsproduktion sættes i analyserne lig med arbejdsindkomsten. Ved at sammenligne den samlede arbejdsindkomst i nettostikprøven med arbejdsindkomsten i en utopisk population magen til vores, blot helt uden funktionelle høreprøblemer, har vi udregnet den samlede tabte arbejdsproduktion i nettostikprøven på baggrund af funktionelle høreprøblemer. Denne tabte arbejdsproduktion kan herefter opgøres til den samlede danske befolkning i alderen 50-64 år.

Resultatet viser, at høreprøblemer i befolkningen fra 50-64 år afstedkommer et årligt tab i arbejdsproduktion svarende til ca. 2,7 milliarder kroner. Da beregningerne er behæftet med visse usikkerheder, kunne et skøn ligge på ca. en tredjedel af ovenstående beløb.

I beregningerne har vi ikke taget hensyn til, at behandling af høreprøblemer eller tiltag for at mindske de funktionelle høreprøblemer vil være omkostningsfyldte. Manglende skatteindtægter i forbindelse med den tabte arbejdsproduktion, udgifter til overførselsindkomster eller en

generelt øget velfærd for den hørehæmmede inkluderes heller ikke. Ovenstående tal dækker dermed udelukkende over en tabt *arbejdsproduktion*.

EGEN VURDERING AF HØRELSENS BETYDNING

De statistiske analyser viser således, at problemer med hørelsen nedsætter sandsynligheden for beskæftigelse og har klare samfundsmæssige omkostninger.

På trods af disse statistisk påviste sammenhænge er det kun få af de personer, som selv har angivet at have problemer med hørelsen, der mener, at deres høreproblemer har indvirket på deres nuværende beskæftigelsesmæssige situation. Det gælder både for arbejdsløse, førtidspensionister og efterlønsmodtagere.

Det samme gør sig gældende i de kvalitative interview. Selvom alle deltagerne i de kvalitative interview har angivet, at de har problemer med hørelsen, giver langt størstedelen af dem udtryk for, at deres høreproblemer ikke har stor betydning i deres arbejdsliv.

HØRELSENS EFFEKT PÅ ARBEJDSLIVET

Divergensen mellem de statistiske analyser og svarpersonernes egen vurdering af deres hørelses betydning for arbejdsmarkedssituationen og arbejdslivet tyder på, at hørelsens effekt ofte er af en indirekte karakter.

I den kvantitative spørgeskemaundersøgelse stilles en række spørgsmål om svarpersonernes oplevelse af deres arbejdsliv. Det fremgår heraf, at hørehæmmede har en noget anden oplevelse af deres arbejdsliv og andre bevæggrunde for tilbagetrækning end normalt hørende – og det vel at mærke, når der spørges til arbejdslivet uden at inddrage hørelsen i spørgsmålet.

Både hørehæmmede og normalt hørende er overordnet set ganske tilfredse med deres arbejde og arbejdsliv. Alligevel oplever personer med funktionelle høreproblemer i højere grad end normalt hørende at have en forringet relation til ledelsen på deres arbejdsplads. De oplever derudover et noget dårligere socialt arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Og personer med høreproblemer er mere psykisk udmattede efter endt arbejdsdag end personer uden høreproblemer.

Personer, der har trukket sig tilbage, stilles desuden en række

spørgsmål om grunden til deres tilbagetrækning, mens personer, der stadig er på arbejdsmarkedet, bliver bedt om at angive deres forventede tilbage-trækningsgrund. Hørehæmmede angiver i den forbindelse i højere grad såkaldte push-faktorer som årsag til deres tilbagetrækning, mens normalt hørende oftere angiver pull-faktorer. Den ene gruppe tvinges således ud af arbejdsmarkedet, mens den anden gruppe oftere har forhold uden for arbejdsmarkedet, som trækker dem den vej.

Dermed tyder meget på, at arbejdslivet alligevel forringes, når der opstår problemer med hørelsen, men det er en påvirkning, som ofte sker ubevidst for den hørehæmmede. Og det er formentlig den forringede oplevelse af arbejdslivet, som får den hørehæmmede til at trække sig tilbage, uden at han/hun er opmærksom på den rolle, hørelsen spiller. Der ligger altså nogle specielle krav til hørehæmmede om ikke blot at erkende en opstået nedsat hørelse, men i lige så høj grad om at acceptere den og de begrænsninger, den kan sætte i omgangen med andre mennesker.

SOCIALT LIV

I modsætning til besvarelsenerne angående hørelsens betydning for arbejdslivet finder mange hørehæmmede, at deres høreproblemer kan være problematiske i det sociale liv uden for arbejdsmarkedet. Selvom mange umiddelbart mener at have fundet måder, hvorpå de kan omgå høreproblemerne, giver de også udtryk for, at høreproblemerne begrænser deres sociale virke. Her er det specielt, når den hørehæmmede skal deltage i samtaler med mere end en anden person, eller når der er baggrundsstøj, at høreproblemerne kan mærkes.

INDLEDNING

NEDSAT HØRELSE

“Undskyld, det hørte jeg ikke”. Tusindvis af danskere anvender en sætning som denne dagligt. Og det har stor betydning for dem selv og deres omgivelser.

Vi lever i dag i et moderne samfund, hvor formidling og kommunikation er i højsædet. En stor del af dagligdagen anvendes til at kommunikere med andre mennesker, og det er gennem kontakten til andre, vi lærer og udvikler os. Idet kommunikationen i høj grad besværes for personer med nedsat eller manglende hørelse, sætter det betydelige krav til disse personer og deres omgivelser. Er det ikke muligt at høre, hvad andre fortæller, er der risiko for, at vigtig information går tabt, men også for, at man udelukkes fra dagligdagens small-talk og de uformelle sociale interaktioner. Derudover anvendes bestemte tonelejer til at underbygge det sagte, mens brugen af fx ironi kræver subtile forskydninger i tonelejet. Dette bliver ikke altid opfattet af den hørchæmmede.

Manglende eller nedsat hørelse kan dermed resultere i et betydeligt kommunikationshandicap på flere planer. Det er således i tidligere undersøgelser blevet påvist, at forekomsten af hørelaterede problemer kan have afgørende konsekvenser for kontakten til andre mennesker – ikke blot i fritidslivet, men i høj grad også på arbejdsmarkedet.

For individet udgør arbejdet naturligvis en mulighed for økono-

misk selvopretholdelse, og der ligger et klart økonomisk incitament i at arbejde. Men arbejdet fungerer også som en af de vigtigste sociale integrerende institutioner i samfundet. Der er stærke sociale normer angående det at arbejde, og en stor del af individets anseelse i samfundet fastlægges gennem dets position på arbejdsmarkedet. Dermed bliver arbejdet i højere og højere grad forsat som en aktivitet, hvorigennem mennesker producerer, opbygger og understøtter den personlige identitet. Individet opnår en følelse af værdi for samfundet, men får også mulighed for at udvikle sig fagligt og understøtte egne evner og kvalifikationer gennem arbejdet (Madson et al., 1997). Samtidig er arbejdet i dag et af de steder, hvor størstedelen af individets sociale netværk og relationer skabes og understøttes.

I tillæg til de personlige og sociale betydninger af at deltage i arbejdslivet på lige fod med andre mennesker, har det naturligvis også afgørende betydning for samfundet, at hvert enkelt individ bidrager til samfundets opretholdelse.

Med det forventede fald i arbejdsudbuddet i de kommende årtier er det således nødvendigt, at en stor del af befolkningen i den erhvervsaktive alder forbliver på arbejdsmarkedet længst muligt. Sammenholdes dette med regeringens ønske om at øge andelen af beskæftigede danskere, er grundlaget lagt for en revision af den danske arbejdsstyrkes sammensætning (Det Økonomiske Råd, 2005). Der føres tilbagevendende debatter om en forhøjet pensionsalder samt afskaffelse af efterlønsordningen, mens begreber som 'det rummelige arbejdsmarked' og 'virksomhedernes sociale ansvar' aktualiseres. Forbedres vilkårene for personer med nedsat hørelse og lykkes det at fastholde dem på arbejdsmarkedet frem til pensionsalderen, vil det i tillæg til en kvalitativ forbedring i arbejdslivet for den enkelte også give store samfundsmæssige besparelser. Således tyder meget på, at der med relativt få midler øremærket til behandling af hørelaserede problemer kan skabes store økonomiske gevinster på det samfundsmæssige plan (HRF, 2003, 2005; Ehima, 1999; SIHI, 1999).

En forbedret integration på arbejdsmarkedet kan dermed afstedkomme en række gevinster – individuelle såvel som samfundsmæssige. Den enkelte hørehæmmede bliver integreret i forhold til arbejdspladsens sociale fællesskab og kan føle en tilfredsstillelse ved at bidrage til samfundets opretholdelse og samfundøkonomien, mens der på det samfundsmæssige plan bliver sparet penge til overførselsindkomster samt skabt en øget økonomisk aktivitet.

Med dette i mente bliver problemer med nedsat hørelse som årsag til arbejdsløshed og tidlig tilbagetrækning en aktuel problematik.

Sammenhængen mellem positionen på arbejdsmarkedet og nedsat hørelse er dermed omdrejningspunktet for denne rapport. I rapporten undersøges vi, hvilke implikationer en hørenedsættelse har for tilknytningen til arbejdsmarkedet og for udformningen af selve arbejdslivet. Og i fald hørelsen har betydning, hvor optræder så de største problemer, og hvilke faktorer sætter de største begrænsninger i forhold til integrationen på arbejdsmarkedet for personer med nedsat hørelse?

Det er i tidligere undersøgelser blevet konstateret, at personer med høreprøblemer har en svagere arbejdsmarkedstilknøytning end personer med normal hørelse (Clausen, 2001, 2003). Sigret med denne undersøgelse er således ikke udelukkende at konstatere, om nedsat hørelse har konsekvenser for arbejdsmarkedstilknøytningen. Det er naturligvis en problemstilling, der vil blive undersøgt, men vi ønsker i lige så høj grad at analysere, hvor stort et omfang problematikken har, og hvorledes den eventuelt kan afhjælpes. Vi undersøger derudover, hvilken betydning en klinisk målt hørenedsættelse har i forhold til de mere subjektive oplevelser af hørelsen i dagligdagen. Ved at undersøge den tabte arbejdsproduktion på grund af problemer med hørelsen i aldersgruppen 50 til 64 år vil det derudover være muligt at estimere, hvor store samfundsmæssige omkostninger der er forbundet med nedsat hørelse i denne aldersgruppe.

Den danske handicappolitik baserer sig på ligestillingsprincippet, hvor alle skal have mulighed for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre (Regeringen, 2003). Dette søges realiseret gennem implementeringen af sektoransvar, idet alle sektorer selv har ansvaret for, at dens ydelser er tilgængelige – også for personer med en funktionsnedsættelse (Regeringen, 2003; Bengtsson, 2005). Spørgsmålet er blot, i hvilket omfang denne politik lykkes – om ligestillingsprincippet bliver omsat i praksis, og om indsatsen for social integration er tilfredsstillende.

Skal personer med nedsat hørelse integreres bedre på arbejdsmarkedet, er det vigtigt, at der arbejdes for dette på flere planer. Først og fremmest har den førte handicappolitik og de politiske tiltag på området stor betydning (Høgelund, 2003). Lige så vigtigt er det dog, at de danske virksomheder åbner op for en integration og fastholdelse af personer, som skiller sig ud fra den almindelige personalsammensætning, mens også kolleger må indstille sig på at acceptere delvis forandrede omgangsformer (Holt et al., 2003; Clausen et al., 2004). Slutteligt er den hørehæmmedes egen indstilling til problematikken af afgørende betydning. Erkender den enkelte sine høreprøblemer og handler derefter, kan adskillige problemer afhjælpes. Gør den hørehæmmede sine kolleger opmærksomme på pro-

blematikken, giver man mulighed for, at de kan afstemme deres handlinger og tale efter den hørehæmmedes anvisninger, og alternative løsninger kan findes. I tillæg hertil viser adskillige undersøgelser, at livskvaliteten forbedres mærkbart, idet den hørehæmmede erkender sin hørenedsættelse og modtager behandling for denne (Joore et al., 2002; Kochkin & Rogin, 2000; SIHI, 1999, 2000; NCOA, 1999; Harless & McConnell, 1982).

Hvor hidtidige undersøgelser foretaget på dette område hovedsageligt har omhandlet konsekvenserne af en hørenedsættelse for personer, der allerede er i behandling for et høretab (Wilson et al., 1999), fokuserer denne rapport også på implikationer i forhold til arbejdsmarkedet og det sociale liv for de personer, som lever med en ubehandlet høretab, personligt hørenedsættelse. At både personer med et *behandlet høretab*, personer med et *ubehandlet høretab* og personer *uden høreproblemer* er inkluderet i undersøgelsen, er således usædvanligt og med til at gøre denne rapport relevant og forholdsvis unik.

Antal og betegnelser

Problemer med nedsat hørelse er blevet kaldt en skjult folkesygdom. Om trent 5.000 personer i Danmark er døve, mens det vurderede antal af hørehæmmede i nyere kilder ligger mellem 350.000–760.000, jf. tabel 1.1. Dermed varierer det estimerede antal af hørehæmmede i Danmark meget fra kilde til kilde.¹ Det er ganske interessant, at det vurderede antal hørehæmmede stiger med tiden. En udvikling der i højere grad skyldes ændrede opgørelsesmetoder end et øget antal af hørehæmmede som sådan. Det skal samtidig bemærkes, at de gengivne tal refererer til et *vurderet* antal hørehæmmede.² Der findes således kun ganske få reelle opgørelser og estimater over antallet af hørehæmmede i Danmark.

Som det gør sig gældende i forhold til antallet af hørehæmmede, divergerer også det estimerede antal af høreapparaturbrugere efter kilden. I Hvidbogen *Den hørehæmmede i centrum* (1999) vurderer Brodersen et al. antallet af personer i Danmark, der bruger et høreapparat, til at være ca. 200.000. Et lignende tal gives i rapporten *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000* (Kjøllet & Rasmussen, 2002) fra Statens Institut for Folkesundhed, hvor andelen af høreapparaturbrugere i Danmark opgøres til at

1. Disse talvariationer bunder i høj grad i de forskellige metoder til måling af høretab samt forskellige fastlagte niveauer for, hvornår et høretab opfattes som lig med et hørehandicap.
2. De gengivne tal på hhv. 700.000 fra Bjarne Hjort Andersen og 760.000 fra Brinckmann & Partners refererer som de eneste af ovenstående til estimater foretaget i egne undersøgelser.

Tabel 1.1

Vurderet antal hørehæmmede i Danmark i henhold til forskellige kilder.

| | |
|---|-----------------|
| K. Laursen Ellekrog (1977): <i>Tunghørelsesvoksens indhold</i> | 150.000 |
| Claus B. Olsen (1999): <i>"Bøvær dit arbejde" – en evaluering af et arbejds-fæstholdsprojekt for døve og hørehæmmede i arbejde</i> | 350.000 |
| Erik Brodersen et al. (1999): <i>Hvidbog – Den hørehæmmede i centrum</i> | 500.000 |
| Thomas Clausen (2001): <i>Hørehandicapets tilknytning og vilkår i forhold til arbejde og uddannelse – Tendenser i litteraturen</i> | 500.000 |
| Thomas Clausen (2003): <i>Når hørelsen svigter – Om konsekvenserne af hørenedsættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd</i> | 500.000-650.000 |
| Bjarne Hjort Andersen (red.) (2003): <i>Udviklingen i befolkningens levår over et kvart århundrede</i> | 650.000 |
| Brinckmann & Partners (2003): <i>Høretab og livskvalitet – Det aldersbetingsede høretab og danskernes sociale liv</i> | 760.000 |
| VCDDH (2006a) | 800.000 |

være 4,1 pct. blandt personer over 16 år. Dette svarer til ca. 168.000 personer. Der gøres imidlertid opmærksom på, at de ældste aldersgrupper er noget underrepræsenterede, hvorfor andelen af høreapparaturbrugere sandsynligvis er noget underrapporteret. Sundhedsministeriet (1997) rapporterer da også om mellem 250.000 og 300.000 høreapparaturbrugere i Danmark.

Antallet af høreapparaturbrugere synes samtidig at have været stigende de seneste år, idet andelen blev opgjort til 2,6 pct. af den danske befolkning over 16 år i 1987 og 3 pct. i 1994 i de tilbagevendende sundheds- og sygelighedsrapporter fra Statens Institut for Folkesundhed (Rasmussen et al., 1988; Kjøllet et al., 1995). Disse tal skal ses i forhold til en andel på 4,1 pct. i år 2000.

Man skal derudover være opmærksom på, at andelen af høreapparaturbrugere og andelen, som har fået *udleveret* et høreapparat, ikke nødvendigvis er helt identiske. Som det vil fremgå senere i denne rapport, jf. kap. 3, er det ikke alle, der har fået udleveret et høreapparat, som også anvender det i dagligdagen. Idet spørgsmålsformuleringen i rapporten fra Statens Institut for Folkesundhed lyder som følger: "Bruger De i det daglige nogen form for hjælpemidler for at klare Dem? – høreapparat?", må det forventes, at personer, der har et høreapparat, men som ikke anvender dette, svarer nej til spørgsmålet. Dette taler for, at andelen af befolkningen, som *har* et høreapparat, er noget højere end estimeret i flere af de ovennævnte rapporter.

Da ikke blot den hørehæmmede selv, men ligeledes dennes omgivelser og familie påvirkes af høretabet, er nedsat hørelse en lidelse med vide konsekvenser. En stor del af den danske befolkning påvirkes dermed dagligt af problematikken.

At betegnelsen 'en skjult folkesygdom' anvendes om nedsat hørelse, henviser for det første til det faktum, at det er en problematik, der rammer en stor del af befolkningen. Betegnelsen refererer for det andet til, at problemer med hørelsen af mange holdes hemmeligt og ikke diskuteres offentligt (Dye & Peak, 1983), mens lidelsen for det tredje kan være skjult for den hørehæmmede selv, hvis han/hun slet ikke er opmærksom på sit høreprøblem.

Denne hemmeligholdelse skyldes, at nedsat hørelse ofte opfattes som et aldersdomsproblem. Problemer med nedsat hørelse stiger med alderen, men det er langt fra udelukkende et fænomen, der rammer personer af en vis alder. Således vurderer Clausen, at det for personer i den erhvervsaktive alder er 11 pct., der har problemer med nedsat hørelse (Clausen, 2003).

Derudover er nedsat hørelse ikke et synligt problem, idet det ikke opdages af omgivelserne, før selve kommunikationen er påbegyndt (Widell, 1988; Boolsen, 1992). Vi kan alle se, når en blind person eller kørestolsbruger kommer ned ad gaden, og kan indirette vores respons herefter. En hørehæmmede person, der ikke svarer på tiltale, kan derimod risikere at blive opfattet som uinteresseret, verdensfjern eller ligefrem arrogant. I omgangen med personer med en synlig funktionsnedsættelse er det nemmere at huske at indirette sin ageren herefter, mens det hurtigt glemmes, at personen overfor ikke hører så godt, og at der skal tales på en bestemt måde, for at det kan forstås og høres (Lorentsen & Berge, 2003).

Samtidig er døvhed gerne noget, der refereres til, selvom vi godt ved, det ikke er det, der er på spil i situationen. Vi kender alle udtryk som "dit døve spektakel", og når sætninger som "er du døv, mand?" anvendes, går vi netop ud fra, at personen overfor *ikke* er døv, men blot ikke hører efter.

Personer med høreprøblemer klassificeres og betegnes ofte forskelligt alt efter graden af hørenedsættelse, idet der anvendes betegnelser som *døv*, *døvblevne*, *hørehæmmede* og *hørehandicappet*. Betegnelsen *døv* anvendes i forhold til personer helt uden hørelse eller med en så begrænset hørest, at den ikke kan anvendes til at opfatte talesprog. Døvheden er for disse indtrådt ved fødslen eller så tidligt i barndommen, at der ikke er udviklet et normalt talesprog. Døvblevne har derimod en normalsproglig baggrund,

men har på et tidspunkt senere i livet mistet så meget af hørelsen, at almindelig talesproglig kommunikation ikke længere er mulig. Dermed kan døvblevne ofte selv tale fejlfrit, men kan ikke høre, hvad andre siger. Hørehæmmede karakteriseres ved at have mistet så stor en del af hørelsen, at der er behov for at få lyde forstærket i større eller mindre omfang. Den hørehæmmedes nedsatte hørelse kan sætte ind på alle tidspunkter i livet og være afstedkommet af genetiske faktorer, alder, støjpåvirkning, traumer, bestemte typer medicinalvarer samt virus eller bakterielle infektioner (VCDDH, 2005; Beck, 2003). Der vil i denne rapport blive anvendt betegnelserne hørehæmmede eller personen med nedsat hørelse for personer med høreprøblemer. Disse betegnelser dækker både over døve, døvblevne og hørehæmmede.

Funktionsnedsættelse, handicap og funktionssevne

I beskrivelsen af personer med en hørenedsættelse er det vigtigt at skelne mellem de tre begreber *funktionsnedsættelse*, *handicap* og *funktionssevne*. De tre begreber bruges dog ofte som synonymet.

Personer, der ikke kan høre, er ligesom personer, der har mistet synet eller personer, der ikke kan gå, underlagt en objektiv målbar funktionsnedsættelse. I WHO-rapporten *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (2001) beskrives funktionsnedsættelser som:

... problemer eller abnormiteter i kroppens fysiologiske funktioner (inkludativ mentale funktioner) eller anatomi. Abnormitet anvendes her snævert som reference til en væsentlig afvigelse fra accepterede statistiske normer (dvs. en afvigelse fra et befolkningsgennemsnit inden for angivne standarder) og bør kun anvendes på denne måde (oversættelse af Schiøler & Dahl, 2003: 211).

De to begreber handicap og nedsat funktionssevne refererer derimod til de konsekvenser, funktionsnedsættelsen afstedkommer. Det har herhjemme været almindeligt at benytte termen *handicappet* om personer med en funktionsnedsættelse, men hvor en funktionsnedsættelse udelukkende referer til et biologisk/fysisk forhold ved individet, er begrebet *handicap* gået fra at være egenskabsrelateret til i højere grad at være relationsrelateret. Begrebet beskriver det multidimensionelle fænomen, som opstår i samspillet mellem mennesker og deres fysiske og sociale omgivelser (Olsen et al., 2005; WHO, 2001; Olsen, 2000b). Det bevæger sig på tre dimensi-

oner – et kropsniveau, et individniveau og et samfundsniveau. Kropsniveauet henviser til den konkrete helbredstilstand, som fx en øget høretærskel. Individniveauet refererer derimod til de personlige faktorer ved hvert enkelt menneske. Det kan fx være køn, alder, livsstil, vaner eller mestrings-evne – faktorer, som hver især har betydning for konsekvenserne af funktionsnedsættelsen. På samfundsniveauet befinder sig derimod forskellige omgivelsesfaktorer. Det er fx synet på funktionsnedsættelsen, indretningen af det sociale og offentlige rum samt lovgivning på området (WHO, 2001). Det er i samspillet og sammenhængen mellem disse tre dimensioner, et handicap kan forekomme – hvis funktionsnedsættelsen medfører en begrænsning af de sociale udfoldelsesmuligheder, og det ikke er muligt at indgå i et ligeværdigt samspil med omgivelserne (Clausen et al., 2004; Bengtsson, 2005; Hallberg, 1992). Dermed er det at have et handicap personafhængigt og relativt situationsafhængigt, og en funktionshæmmed person kan forekomme handicappet i visse situationer og ikke i andre (Wadensjö, 1985; Widell, 1988). Nedsat hørelse kan således resultere i forskellige grader af handicap alt efter graden af hørenedsættelse, men ligeledes afhængigt af individet med den nedsatte hørelse og den bestemte sociale interaktion eller jobfunktion.

Termen nedsat funktionsevne er begyndt at blive anvendt i stedet for termen handicap. Dette ses fx i WHO's rapport og i Lov om Social Service (Schjøler & Dahl, 2003). Selvom nedsat funktionsevne i høj grad defineres i overensstemmelse med ovenstående definition på handicap, åbner begrebet nedsat funktionsevne alligevel op for en noget bredere anvendelse, idet personer med fx psykiske sygdomme eller mildere funktionsnedsættelser ofte ikke opfattes som værende handicappede, selvom de oplever adskillige begrænsninger i deres udfoldelsesmuligheder (Olsen et al., 2005).

Den omgivelserorienterede forståelse af begreberne handicap- og funktionsevne fordrer et fælles socialt ansvar for at minimere effekterne af de enkelte funktionsnedsættelser:

Hence the management of the problem requires social action, and it is the collective responsibility of society at large to make the environmental modifications necessary for the full participation of people with disabilities in all areas of social life (WHO, 2001:20).

Det er da også denne forståelse af handicapbegrebet, som danner grundlag for den danske handicappolitik, der som tidligere nævnt baserer sig på

ligestillingsprincippet, hvor alle skal have mulighed for at deltage i samfundslivet på lige fod med andre, og alle sektorer har ansvar for, at deres ydelser også er tilgængelige for personer med en funktionsnedsættelse (Regeringen, 2003; Bengtsson, 2005).

Mange funktionsnedsættelser kan afstedkomme en række delta-gelses- og udfoldelsesbegrænsninger. Men personer med nedsat hørelse er underlagt specifikke risikoelementer tilknyttet netop denne type af funktionsnedsættelse. Hørehæmmede har en forøget risiko for at udvikle et *kommunikationshandicap*, da nedsat hørelse netop rammer evnen til at kommunikere med andre.

Problemet med hørelsen rammer dermed ned i en noget anden problematik end mange andre funktionsnedsættelser – og der skal andre tiltag til for at inkludere hørehæmmede.

Der findes adskillige måder, hvorpå der kan kompenseres for en nedsat hørelse. Først og fremmest er høreapparater med til at mindske betydningen af at have en hørenedsættelse, men også hjælpemidler som teleslyng, forstærkerklokker, forstærkertelefoner, teksttelefoner, tolkning osv. er tilgængelige og kan afhjælpe et høretab. Formålet den hørehæmmedes omgivelser endvidere at indstille sig på at tale på en bestemt måde i et bestemt toneleje og ikke forvente, at den hørehæmmede opfatter alt, kan betydningen af funktionsnedsættelsen ligeledes formindskes. Dermed afhænger graden af hørehandicap i høj grad af adgangen til forskellige tekniske hjælpemidler såvel som omgivelsernes måde at agere over for den hørehæmmede på.

Som tidligere nævnt er det dog ikke blot omgivelsernes udformning og reaktioner, der bestemmer, hvor stor en funktionsnedsættelse hørehæmmede giver, også individuelle og personlige faktorer spiller ind (Kricos, 2000).

Først og fremmest kan selve de fysiologiske problemer forbundet med hørelsen have en yderst forskellig karakter. Høreproblemer kan groft opdeles i to forskellige typer; *konduktive*³ og *perceptive*⁴ (også kaldet sensorineurale) (VCDDH, 2005; Phonak, 2005; Hain, 2006).

Ved et *konduktivt* høretab findes problemet som oftest i mellem-øret, og hørenedsættelsen skyldes, at lydene ikke når frem til sansecellerne

3. Ordet *konduktion* betyder ledning, og en *konduktiv* hørenedsættelse refererer således til lydens vej fra øregangen gennem mellemøret og ind i det indre øre.

4. Ordet *perceptiv* refererer til det at sansе eller opfatte, hvorfor en *perceptiv* hørenedsættelse forhindrer den hørehæmmede i at opfatte det hørt korrekt.

i det indre øre. Grunden her til kan være, at øregangen er tilstoppet, eller at der er sygdom i mellemøret. Det konduktive høretab kan ofte afhjælpes ved enten at fjerne årsagen til høretabet eller ved at tildele et høreapparat, der forstærker de lyde, som ellers ikke når frem til det indre øre (VCDDH, 2005).

Årsagen til det *perceptiv* høretab findes derimod i det indre øre eller ørets nervesystem.⁵ Da det ikke er muligt at erstatte de sansceller, der ikke fungerer, vil det perceptiv høretab som regel medføre forringet taleopfattelse hos den hørehæmmede. Dermed har personer med en perceptiv hørenedsættelse ikke blot en øget høretærskel (et høretab), men også en række andre lydanalysedefekter, der gør det svært at adskille samtidige lydkilder fra hinanden og som oftest også nedsætter skelneevnen i nogen grad.

Høreapparater giver i de nyeste udgaver en fin lydforstærkning og kan derved kompensere godt for den hørenedsættelse, som kan ses i forbindelse med begge typer høreproblemer. De lydanalysedefekter, som ses i forbindelse med det perceptiv høretab, kan ligeledes i vid udstrækning afhjælpes med et høreapparat. Dog kan det være svært at hjælpe enkelte personer med perceptiv høreproblemer, hvis de fx har meget centrale skader, jf. fodnote 5.

Den enkeltes hørekurve er ligeledes yderst forskellig, hvor nogle hører mest i diskanten og andre i bassen (Widell, 1988). Dette er af afgørende betydning for, hvilke lyde der kan høres og dermed for, hvordan tale kan opfattes.

Sygdomme som tinnitus⁶ eller Ménière⁷ kan endvidere forværre situationen.

Samtidig er den hørehæmmedes egen opfattelse af sin høreelse af afgørende betydning. Hørehandicap er individuelt (Brodersen et al., 1999;

Gullacksen, 2002). To personer med en objektivt set lige stor grad af hørenedsættelse kan opfatte denne yderst forskelligt (Bess et al., 1989), og der kan ligge to vidt forskellige typer af skader på det indre øre til grund for hørenedsættelsen. Derudover anvendes forskellige mestringsstrategier til at overkomme høretabet, sensitiviteten er forskellig, og oplevelsen af det pågældende høretab skabes i et samspil mellem fysiologiske, sociale og følelsesmæssige faktorer (Hallberg, 1992; Hallberg & Carlsson, 1992b; Clausen, 2001; Eide & Gundersen, 2004). Således kan det fx nævnes, at mænd og kvinder tilsyneladende både oplever, bearbejder og mestrer deres hørenedsættelse på forskellig vis (Gullacksen, 2002; Danermark & Gellerstedt, 2003).

At høreproblemer kan antage forskellige former og have forskellige konsekvenser, søges i nærværende rapport imødekommet gennem en dobbelt klassificering af de hørehæmmede. Der anvendes mål for både den *klinisk målte* hørenedsættelse og den *funktionelle* høreelse i dagligdagen. Men mere om dette senere i rapporten.

Erkendelse og accept af hørenedsættelsen

Ifølge Jonna Widell (1988) defineres gruppen af hørehæmmede yderst forskelligt alt efter, hvilket fagområde der tænkes ud fra. Der findes medicinske definitioner, der anvender præcise kliniske målinger af hørenevnet, mens de sociale definitioner knytter an til de hørehæmmede som en kulturel minoritetsgruppe i samfundet. Ifølge disse, er oplevelsen af at have et tilhørsforhold til døvegruppen afgørende.

Endnu et vigtigt aspekt ved betydningen af nedsat høreelse er den erkendelsesproces, som er forbundet hermed. Folk, der er født døve, har indstillet sig på at leve resten af livet med denne erkendelse. Personer, der får nedsat høreelse senere i livet, står derimod over for en noget anden problematik. For det første er man ikke nødvendigvis opmærksom på den nedsatte høreelse, da forandringerne kan ske ubemærket og gradvist. For det andet kan det være svært at indrømme, at høreelsen ikke længere er, hvad den har været (Johnson & Danhauer, 2002; VCDDH, 2005; UF News, 1999; Hallberg, 1992). Således er selve erkendelsesprocessen af afgørende betydning. Og den består vel at mærke ikke blot i en *viden* om høreelsens forandrede karakter, men lige så vel i en *accept* af tingenes tilstand og handlen derefter (Wu et al., 2004; Kvam & Tingvold, 2004; Gullacksen, 2002; Nielsen & Samuelsen, 1994). For at kunne afhjælp høretabet bedst muligt, må det erkendes, at de forhindringer og problemer, som opstår, kan være forbundet med den manglende høreelse.

5. Det perceptiv høretab kan opdeles i tre områder med hver sin årsag til høretabet eller kommunikations- og forståelsesproblemerne: 1) Cochlea, der er forårsaget af en skade på hårcellerne i øresneglen. Dette gælder hovedparten af alle høretab – aldersbetingede, ved støjskader, arvelige etc. 2) Retro-cochlear, der er forårsaget af en skade på hørenerven fx ved en godartet tumor. Dette gælder en mindre del af de hørehæmmede, og ofte er det kun på det ene øre. 3) Central, der fx kan være forårsaget af en blødning i hjernestammen eller en "Auditory processing disorder" (forbindelsen mellem hjernen og øre fungerer ikke). Dette gælder en meget lille del af de hørehæmmede og kan optræde uden, der er en målt hørenedsættelse.

6. Tinnitus er opfattelsen af en lyd, der ikke stammer fra en påviselig ydre lydkilde, men kun eksisterer inde i hovedet på den person, der hører den (MTF, 2005; Neurodoktor, 2005).

7. Ménière er en sygdom i det indre øre. Den rammer balancorganet og hørenerven og medfører voldsomme, pludselige svimmelhedsanfald med sygdomsfrie perioder ind imellem (MTF, 2005).

Som normalt hørende kan det være svært at sætte sig ind i de mekanismer, som igangsættes ved et begyndende høretab. Undersøgelser har vist, at blandt en lang række forskellige handicap er sansehandicapene den type handicap, færrest mennesker har fordomme over for (Olsen, 2000a, 2000b). De fleste tænker, at det må lette problemet, hvis man erkender sin nedsatte hørelse og agerer derefter. Alligevel kan den hørehæmmede både på det bevidste og det ubevidste plan tage afstand fra at blive stigmatiseret og set som afvigende eller unormal. Med henvisning til Erving Goffmans teorier skabes og opretholdes identiteten gennem den sociale interaktion, og mennesket anvender forskellige metoder til at opretholde sit selv billede. Drevkraften bag disse processer er menneskets ønske om at fremstå som 'normal' og ikke afvigende fra andre (Goffman, 1964; Danermark & Gellerstedt, 2003; SIHI, 1999; Widell, 1988; Hallberg, 1992). I kraft af sin hørenedsættelse fremstår den enkelte ikke længere som normal og almindelig, men bliver en afviger. Dermed kan hørehæmmede vægre sig ved at skulle erkende en opstået hørenedsættelse eller søge at undgå at fortælle kolleger og omgangskreds om den nedsatte hørelse. Frygten er, at den nedsatte hørelse bliver set som et svækkelsestegn og bliver forbundet med alderdom eller ligefrem dumhed (Hallberg & Carlsson, 1992b).

Omgivelsernes mulighed for at foretage kompensatoriske foranstaltninger i forhold til personer med nedsat hørelse afhænger i høj grad af de hørehæmmedes egen villighed til at gøre opmærksom på problemet.

Den empiriske undersøgelse af erkendelsen

Den ovenfor omtalte erkendelsesproces forbundet med det at miste hørelsen har sjældent været inddraget i undersøgelser på området. Dermed er hørehæmmede, som tilhører denne gruppe, ofte ikke blevet inddraget i undersøgelserne. Skal der foretages en grundig undersøgelse af betydningen af en hørenedsættelse for det enkelte individ såvel som for samfundet, er det imidlertid vigtigt, at ikke blot personer, der er under behandling for et høretab, og som dermed har erkendt problemet, deltager i undersøgelserne.

Tidligere undersøgelser af hørehæmmede og problemer med nedsat hørelse har hovedsageligt involveret nuværende høreapparatsbrugere (Danermark & Gellerstedt, 2003; Wilson et al., 1999). Ud af de ca. 500.000, som vurderes at have problemer med hørelsen, anvender 200.000–300.000 høreapparater (Kjøller & Rasmussen, 2002; Brodersen et al., 1999; Sundhedsministeriet, 1997). Der er således stor risiko for, at en

væsentlig del af den samlede gruppe af hørehæmmede udelukkes fra undersøgelsen, hvis undersøgelsen udelukkende indlemmer personer med et behandlet høretab. Personer, som ikke har erkendt, eller som blot ikke er i behandling for et eksisterende høretab, må forventes at have det største forbedringspotentiale. Dermed er det yderst vigtigt, at også personer, som ikke allerede anvender tekniske hjælpemidler, og som ikke allerede er kendt i behandlingssystemet, inddrages i en undersøgelse som denne.

Foreliggende undersøgelse bygger derfor på besvarelser og hørere tests foretaget på et repræsentativt udsnit af den danske befolkning fra 50 til 64 år. Dermed deltager ikke blot personer med en allerede konstateret hørenedsættelse. I stedet fås et mere klart billede af, hvor mange personer i denne aldersgruppe der har en konstateret hørenedsættelse og er i behandling for denne, hvor mange der har en hørenedsættelse, men ikke er klar over det eller ikke er i behandling for det, samt hvor mange der ingen problemer har med hørelsen. Der vil i næste kapitel blive redegjort nærmere for undersøgelsesdesign, metode og deltagere, men inden da gives en karakteristik af personer med hørelserelaterede problemer samt resultaterne af tidligere undersøgelser på området.

TIDLIGERE UNDERSØGELSER

I gennemgangen af de tidligere undersøgelser redegør vi både for de hørehæmmedes tilknytning til og liv på arbejdsmarkedet og for relationerne i det sociale liv. Igen skal vi gøre opmærksom på, at samtlige af de refererede undersøgelser udelukkende inddrager personer, der allerede er i behandling for et konstateret høretab. Det skal ligeledes bemærkes, at fokus vil blive lagt på nordiske undersøgelser.

Karakteristik af hørehæmmede

Hørehæmmede er ikke overraskende generelt ældre end befolkningsgennemsnittet. Det vurderes således, at godt 50 pct. af de hørehæmmede er 60 år eller derover, og at hver anden person over 75 år har nedsat hørelse (Clausen, 2001; VCDDH, 2005). Dermed er nedsat hørelse en af de kroniske fysiske tilstande, der især påvirker den ældre del af befolkningen (Sindhusake et al., 2001). Dog er det værd at bemærke, at det alligevel er omtrent 11 pct. af befolkningen i den erhvervsaktive alder (18-64 år), der har problemer med hørelsen.

De to køn er nogenlunde ligeeligt repræsenteret blandt døde og

dørblevne (Clausen, 2001, 2003). Blandt hørehæmmede med en tilbageværende hørestet er billedet dog et noget andet. I en undersøgelse foretaget af AMI blandt et repræsentativt udsnit af de danske lønmodtagere og selvstændige mellem 18 og 59 år viser det sig således, at den klassiske type af høreprøblemer, karakteriseret ved en *nedsat hørelse* forårsaget af udsættelse for kraftig støj, ses hyppigere hos mænd end hos kvinder (Sperling et al., 2002; Danermark & Gellerstedt, 2003; Platz, 2003). Problemet ses især hos ansatte i industrien og andre brancher, hvor kraftig støj forekommer. Forekomsten stiger med alderen.

En nyere type af høreprøblemer er karakteriseret ved en øget *lydoverfølsomhed*, der er kendetegnet ved, at tærsklen for ubehag og smerte ved kraftige lyde er sænket. Lyde behøver således ikke at være specielt kraftige, før de medfører ubehag og smerte. Dette problem optræder primært inden for det pædagogiske arbejdsområde, hos fx pædagoger og folkeskolelærere og synes uafhængigt af alder. Denne type høreprøblemer forekommer oftere hos kvinder end hos mænd (Sperling et al., 2002). Alt i alt har mænd dog en langt større sandsynlighed end kvinder for at have høreprøblemet (Wilson et al., 1999).

Den kønsmæssige forskel med hensyn til risikoen for at få nedsat hørelse skyldes i høj grad, at mænd og kvinder har forskellige typer af arbejde. Dermed er valg af erhverv afgørende for hørelsen. Personer, som livet igennem udsættes for en kraftig støjpåvirkning, vil have en forøget risiko for at udvikle en nedsat hørelse (Palmer et al., 2006).⁸

Derudover er gruppen af hørehæmmede karakteriseret ved at have en noget lavere uddannelsesgrad end den danske befolkning generelt (Divaris & Sørensen, 1996; Olsen, 1999; Eide & Gundersen, 2004). Igen spiller støjpåvirkning dog ind på denne sammenhæng. Personer med en kortere uddannelse vil relativt ofte arbejde inden for et erhverv og have en type arbejde, hvor støjniveauet er forhøjet. Dermed skyldes meget af overrepræsentationen af høreprøblemer blandt personer med en kortere ud-

dannelse ikke selve uddannelsen, men i stedet den type af arbejde og grad af støjpåvirkning, uddannelsen fører til.

Endelig er hørehæmmedes tilknytning til arbejdsmarkedet markant ringere end den danske befolknings generelt (Clausen, 2001). Det er således gennem adskillige undersøgelser blevet underbygget, at hørehæmmede har en større risiko for at være arbejdsløse (Divaris & Sørensen, 1996; Olsen, 1999; Clausen, 2001, 2003). Hørehæmmede er ligeledes overrepræsenterede i gruppen af førtidspensionister (Clausen, 2003).

Ellers fremstår hørehæmmede som en ganske heterogen gruppe (Clausen, 2001, 2003). Det er altså stort set udelukkende i forhold til kønsmæssig fordeling, aldersfordeling, uddannelsesbaggrund og arbejds-markedstilknnytning, at hørehæmmede adskiller sig fra den øvrige danske befolkning.

De hørehæmmedes arbejdsliv

Hvad angår selve arbejdslivet og den kvalitative udformning af dette, har hørehæmmede en større risiko for udrændthed, idet de føler sig mere fysisk og psykisk udmattede, når de kommer hjem fra arbejde (Eide & Gundersen, 2004). Som det udtrykkes i følgende citat:

Det er svært for andre mennesker at forstille sig, hvad det egentlig kræver af fysisk og psykisk energi at være på en hørende arbejdsplads som stærkt hørehæmmet. Hvis jeg eksempelvis har været på et kursus en hel dag, er jeg fuldstændig udkørt og tappet for energi, når jeg kommer hjem. (Castbjerggård, 2004:31-32).

Derudover oplever hørehæmmede at have et dårligere kollegialt arbejdsmiljø end befolkningen generelt. De får mindre støtte og opmuntring fra overordnede såvel som fra kolleger, gøres til genstand for drillerier, har en lavere grad af social omgang med kolleger og føler sig mere ensomme på arbejdspladsen grundet manglende social interaktion med kolleger (Lorentsen & Berge, 2003; Clausen, 2003; Danermark & Gellerstedt, 2003). Disse problemer, der er forbundet med integrationen af hørehæmmede på arbejdsmarkedet, har rod i flere forskellige forhold. For det første er omgivelsernes manglende accept og hensyntagen af afgørende betydning (Olsen, 1999; Lorentsen & Berge, 2003). For det andet kan den hørehæmmedes egne forbehold, manglende accept af egen situation samt undgåelse af at gøre opmærksom på sin situation og sine hørevanskeligheder have betydning (Kvam & Tingvold, 2004). For det tredje spiller utilstrækkelig

8. I en nyere svensk undersøgelse er det for første gang blevet konstateret, at nedsat hørelse forekommer oftere blandt kvinder i aldersgruppen 20-54 år end blandt mænd i samme aldersgruppe. Hvor det i flere år har været stor opmærksomhed på at begrænse støjniveauet inden for fx industrien – hvor en stor del af medarbejderne er mænd – har man været mindre opmærksom på støjpåvirkningen på kvindernes arbejdspladser inden for det pædagogiske felt (HRF, 2005). Dette kan være en medvirkende årsag til drejningen i de kønsmæssige høreforskelle i den svenske undersøgelse. Det kan dermed være, at vi også i fremtiden i Danmark vil se en ændret kønsmæssig fordeling af høreprøblemer blandt personer i den erhvervsaktive alder.

indtretning af arbejdspladsen med manglende tekniske hjælpemidler og for megen baggrundstøj) en rolle (Olsen, 1999).

På trods af disse forhold skal det bemærkes, at de hørehæmmede generelt rapporterer en høj grad af tilfredshed med deres arbejde og arbejdsituation (Clausen, 2003; Danermark & Gellerstedt, 2003).

Med henvisning til ovenstående resultater kan man spørge, om nærværende undersøgelse overhovedet er relevant – om sammenhængen mellem arbejdsmarkedsinkludering og nedsat hørelse ikke allerede er tilstrækkeligt belyst. Hertil kan siges, at datagrundlaget for denne rapport er forskelligt fra det anvendte data i de refererede undersøgelser, idet både personer *med* og *uden* et høretab er inkluderet i denne undersøgelse samtidig med, at både mål for det *funktionelle* høreniveau og den *klinisk målte* hørelse er tilgængelige. Dermed åbnes op for yderst detaljerede og grundige undersøgelser af hørelsens betydning for arbejdsmarkedsinkluderingen, idet flere forskellige persontyper inkluderes i *samme* undersøgelse. Det kan derudover undersøges præcis hvor stor en del af befolkningen, de hørehæmmede udgør.

Sociale liv

Ses der mere bredt på betydningen af at have høreprøblemer, kan disse have betydelige konsekvenser for den hørehæmmedes sociale liv, familieleiv og selvbillide (Wu et al., 2004; Hashimoto et al., 2004; Sindhusake et al., 2001; Lee et al., 1999; Wilson et al., 1999; Brooks & Ellis, 1982).

Ligesom en hørenedsættelse kan have markant betydning i forhold til de sociale relationer på arbejdspladsen og omgangen med kolleger, afstredkommer nedsat hørelse en del vanskeligheder i forhold til de sociale relationer i fritiden og i forhold til familieleivet. Kommunikationen er vanskeliggjort på alle områder.

På trods af et kendskab til det hørehæmmede familiemedlems hørevanskeligheder kan det være svært for familiemedlemmer altid at huske dette og tale, så alt kan høres. Problemer med nedsat hørelse sætter endvidere betydelige krav til familiemedlemmernes tålmodighed og accept af situationen. Den hørehæmmede misforsår ting, hører ikke altid besked, reagerer ikke altid på telefonen eller dørblokken og skal have ifersynet skruet op til en ulidelig høj styrke for en normal hørende (Hallberg & Calsson, 1992a). Men det måske mest betydende er, at kommunikation familiemedlemmer imellem er vanskeliggjort.

I det sociale liv uden for hjemmet opstår lignende problemer. Det er svært at deltage i livet omkring én, hvis man ikke hører, hvad der bliver

sagt, og konversation ved fester eller middage med mange mennesker bliver umulig. Teaterbesøg, biografure og lignende må opgives. Dermed indsnævres vennekredsen ofte (Hallberg & Carlsson, 1992a; Kvam & Tingvold, 2004). Den hørehæmmede risikerer at blive isoleret.

Samtidig betyder den hørehæmmedes konstante behov for at fokusere på omgivelserne og koncentrere sig om at høre, hvad der bliver sagt, at denne bliver udmattet og stresset. Det påvirker individet markant at skulle være 'oppe på tærerne' hele dagen igennem.

Alt dette kan betyde, at den hørehæmmede bliver usikker på sig selv, sine evner og alt i alt får et dårligt selvbillide (Lorensen & Berge, 2003). Det er således i tidligere undersøgelser blevet påvist, at nedsat hørelse kan få følgevirkninger som fx en følelse af isolation og lavt selvværd (Boolsen, 1992; Clausen, 2001), ligesom risikoen for at få psykosociale problemer stiger (Clausen, 2003).

Denne gennemgang af implikationer forbundet med nedsat hørelse skal dog ikke forstås som en deterministisk udvikling. Problemer forbundet med nedsat hørelse varierer fra person til person, og specielt den hørehæmmedes egen evne til at vænne sig til situationen og acceptere den nedsatte hørelse har betydning for følgerne af problemet (Hallberg, 1992). Støtsteparten af Danmarks hørehæmmede klarer sig således udmærket. Blot har de en forhøjet risiko for at støde på ovenstående problemer og blive besværet i deres hverdag.

RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 redegør vi for undersøgelsesdesign og metoder anvendt i rapporten.

Herefter redegør vi i kapitel 3 for de forskellige måder, hvorpå hørelsen er opgjort i rapporten. Hørelsen er således både målt klinisk gennem en audiologisk høretest og funktionelt ved at spørge til eventuelle høreprøblemer i dagligdagen. Vi undersøger ligeledes, i hvor høj grad de to faktorer korrelerer, dvs. i hvor høj grad personer med en klinisk målt hørenedsættelse også mærkes af disse høreprøblemer i dagligdagen.

I kapitel 4 giver vi en populationsbeskrivelse, idet respondenterne karakteriseres i henhold til deres klinisk målte og funktionelle hørelse.

Vi tager efterfølgende i kapitel 5 fat på betydningen af høreprøblemer for arbejdslivet. Det vil blive set på, i hvilket omfang hørelsen indvirker på trivsel på arbejdspladsen og et eventuelt arbejdsophør, om

høreproblemer påvirker forholdet til overordnede og kolleger, om ansættelsesforholdene er anderledes for personer med høreproblemer, og om arbejdspladserne er hensigtsmæssigt indrettet med adgang til kompenserende hjælpemidler.

I kapitel 6 undersøges vi betydningen af en hørenedsættelse i forhold til det sociale liv uden for arbejdspladsen. Hvorledes påvirker en hørenedsættelse familielivet og de sociale kontakter? Og i hvilken grad er den forbundet med psykosociale problemer?

I kapitel 7 foretages en statistisk analyse af den beskæftigelsesmæssige situation for hørehæmmede kontra normalhørende. Falder beskæftigelsesandsynligheden for personer med høreproblemer?

Hvor beskæftigelsesandsynligheden er forholdsvis groft opdelt i det foregående kapitel, ser vi i kapitel 8 udelukkende på sammenhængen mellem høreproblemer og en øget sandsynlighed for arbejdsløshed.

I kapitel 9 ser vi på sammenhængen mellem førtidig tilbagetrækning og nedsat hørelse.

På baggrund af ovenstående analyser bliver det i kapitel 10 muligt at estimere den tabte arbejdsproduktion og de samfundsmæssige omkostninger forbundet med høreproblemer i befolkningsgruppen 50 til 64 år. Slutteligt giver vi i kapitel 11 en sammenfatning på rapporten.

UNDERSØGELSESDSIGN OG METODE

Rapporten bygger først og fremmest på en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse. Denne kvantitative analysemetode er dog suppleret med en række kvalitative interview. Formålet med at anvende forskellige undersøgelsesmetoder i én og samme rapport har sin grund i de forskellige metoders komplementaritet. Hvor vi gennem den kvantitative spørgeskemaundersøgelse får mulighed for at sige noget om den generelle tilknytning til arbejdsmarkedet for hørehæmmede, kan der gennem det kvalitative interview opnås en noget dybere indsigt i de personlige konsekvenser af nedsat hørelse. Vi har derfor valgt at supplere de kvantitative undersøgelsesresultater med mere dybdegående interview med nogle af de deltagende hørehæmmede. Vi vil i dette kapitel redegøre for de forskellige metoder.

Vi redegør indledningsvis for den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, idet udfærdigelsen af spørgeskemaet samt indsamlingsmetode vil blive diskuteret. Efterfølgende foretager vi en repræsentativitsanalyse, hvor vi undersøger, om undersøgelsens population er repræsentativ for den samlede danske befolkning i samme aldersgruppe. Herefter følger en redegørelse for den kvalitative undersøgelsesmetode.

DEN KVANTITATIVE UNDERSØGELSESMETODE

I en undersøgelse af hørehammedes tilknytning til arbejdsmarkedet findes en relativt stor undersøgelsespopulation, idet det er nødvendigt at kunne udspørge et så bredt udsnit af befolkningen, at besvarelsenerne kan generaliseres til andre personer med lignende karakteristika. Til dette formål er en spørgeskemaundersøgelse oplagt, da det er muligt at inkludere en bred respondentsgruppe i en sådan. Gennem statistiske beregninger bliver det muligt at undersøge, i hvor høj grad nedsat hørelse påvirker arbejdslivet og tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Spørgeskemaet

Selve spørgeskemaet består af fem dele med i alt 117 spørgsmål.

I del 1 spørges til svarpersonernes helbred og subjektive oplevelse af deres hørelse. I hvilke situationer giver deres hørelse problemer, har de fået konstateret en hørenedsættelse, og har de eventuelt andre hørelserelaterede sygdomme som fx tinnitus eller nedsat skelnehvne? Der spørges ligeledes til svarpersonernes overordnede helbred og sygdomme, der ikke nødvendigvis er relateret til en hørenedsættelse.

Herefter følger i del 2 en række spørgsmål angående svarpersonernes uddannelsesmæssige baggrund, om en eventuel hørenedsættelse har haft indflydelse på uddannelsesvalg – eller fravalg – og udbyttet af uddannelsen.

I del 3 spørges til svarpersonernes nuværende beskæftigelsesmæssige situation og forskellige forhold relateret til denne. Således bedes personer, der er i arbejde, angive deres overvejelse i forhold til deres fremtidige tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, mens personer, der er uden for arbejdsmarkedet, bedes angive grunden her til.

I del 4 behandles svarpersonernes oplevelse af arbejdslivet i deres nuværende eller seneste arbejde. Her spørges både til tilfredshed med arbejdet, forholdet til kolleger og overordnede, samt indretningen af arbejdspladsen. De svarpersoner, der har angivet at have høreprøblemer, bedes ligeledes angive indflydelsen af disse på arbejdslivet.

Del 5 behandler svarpersonernes familieliv og sociale liv. Der stilles derudover en række spørgsmål med henblik på at måle udbredelsen af psykosociale problemer.

Efter afslutning på interviewet har hver svarperson fået foretaget en klinisk høretest til måling af deres høretærskel.

Stikprøve og målgruppe

Som baggrund for undersøgelsen har vi foretaget et tilfældigt udtræk til bruttostikprøven på 3.000 svarpersoner i alderen 50-64 år. Vi har tilstræbt, at befolkningsmæssigheden i undersøgelsen ligner den danske befolkningsgruppe i alderen 50-64 år bedst muligt og dermed er repræsentativ for denne aldersgruppe.

Ar bruttostikprøven blev udtrukket blandt et *repræsentativt* udsnit af den danske befolkning mellem 50 og 64 år, grunder i ønsket om både at inkludere personer uden problemer med hørelsen, personer med et ubehandlet høretab og personer med et behandlet høretab. Vi fandt det derfor ikke ønskværdigt at udrække stikprøven på baggrund af fx patientregistre fra hørelinikker, som det ofte er tilfældet i lignende undersøgelser af betydningen af nedsat hørelse. I så fald ville kun personer med et behandlet og undersøgt høretab medvirke i undersøgelsen. Ved at foretage udrækket uafhængigt af tidligere erfaringer med høreundersøgelser sikrede vi, at der ikke optræder nogen skævheder i undersøgelsen i forhold til den generelle udbredelse af høreprøblemer.

Da sigtet med undersøgelsen er at spore eventuelle forskelle mellem den del af aldersgruppen, der har nedsat hørelse og den normalhørende del af aldersgruppen, er det vigtigt, at begge typer personer er rigeligt repræsenteret i undersøgelsen. På grundlag af tidligere undersøgelser af udbredelsen af nedsat hørelse må det forventes, at ca. 20 pct. af aldersgruppen 50-64 år har høreprøblemer (Clausen, 2001, 2003). Det blev derfor vurderet, at en bruttostikprøve på 3.000 svarpersoner ville være tilstrækkelig. Med en forventet svarprocent på ca. 70 og dermed i alt omkring 2.000 besvarelser blev det estimeret, at personer med nedsat hørelse ville udgøre ca. 400 personer. Dette blev vurderet som et tilstrækkeligt robust grundlag for de videre statistiske komparative analyser mellem svarpersoner med høreprøblemer og svarpersoner med en normal hørelse.

I den indledende kontakt med svarpersonerne blev det forklaret, at undersøgelsen sigtede mod en afdækning af konsekvenserne for arbejds-

1. Der indgår i alt besvarelser fra 2.407 personer, mens det også ser ud til, at mere end 20 pct. af bruttostikprøven har problemer med hørelsen. Dermed ser det ud til, at størrelsen af stikprøveudtrækket har været tilstrækkelig. Der vil blive redegjort nærmere for selve antallet af personer med nedsat hørelse i det følgende kapitel 3, idet antallet af personer med nedsat hørelse varierer alt efter, hvilket mål der ses på, og hvilken rørskel for hørenedsættelse der lægges.

livet ved nedsat hørelse, men at ikke kun personer med nedsat hørelse skulle deltage.

Hvorvidt selve emnet *hørelaserede problemer* har 'afskrækket' personer med en god hørelse fra at deltage i undersøgelsen, vides ikke. Er dette tilfældet, vil gruppen af normalhørende blive underrepræsenteret i undersøgelsen. Det kan på den anden side også tænkes, at personer, der har problemer med hørelsen, vil vægte sig ved at deltage på baggrund af de tidligere nævnte problematikker angående erkendelsen og accepten af at have en hørenedsættelse.

Som det senere vil blive påvist, er svarprocenten i undersøgelsen dog yderst tilfredsstillende. Dette tyder på, at selve emnet ikke har påvirket deltageleslysten – måske har emnet i stedet ligefrem ansporet nogle til at deltage.²

Indsamling af data

Da det som tidligere påpeget er et afgørende aspekt ved denne undersøgelse, at svarpersonernes høretærskel testes klinisk, har anvendelsen af besøgsinterview været en nødvendighed. Således udførte interviewerne i forbindelse med interviewet og ved hjælp af et audiometer en audiometri-måling på samtlige svarpersoner. Hermed blev audiogrammet³ for den enkelte svarperson fastlagt.

Svarpersonerne kunne naturligvis selv vælge, hvor selve interviewet skulle finde sted, og ønskede de ikke at få fremmede ind i hjemmet, kunne alternative løsninger findes.

At interviewene blev foretaget ansigt-til-ansigt, anses gerne som en fordel. Socialforskningsinstituttet har yderst gode erfaringer med den personlige kontakt, tilstedeværelsen af en interviewer giver, og mange finder den personlige interesse, som opleves i forbindelse med interviewet, positiv. Svarprocenten forekommer også generelt noget højere ved besøgsinterview end ved fx postudsendte spørgeskemaer, hvor det er nemmere at lægge henvendelsen til side og 'glemme' den.

2. For eksempel fornlte en mandlig deltager, at han netop havde valgt at deltage i undersøgelsen på grund af den medfølgende audiologiske høretest. Han skændes således ofte med ægtefællen om, hvorvidt hans hørelse er dårlig, eller om hustruen talte for lavt. Høretesten tydede på en normal hørelse, og med den mente han så at kunne bevise sin påstand.

3. Et audiogram er et billede af den enkelte persons hørelse. Der vil blive redigeret nærmere herfor i næste kapitel.

Data blev indsamlet i perioden fra medio januar 2005 til juni 2005.

Efter endt dataindsamling har det vist sig, at det indledende skøn over svarprocenten var forholdsvis præcist – om end faktisk i den lave ende. Der er således opnået besvarelser fra i alt 2.407 personer, hvilket giver en svarprocent på 80. Dette må betegnes som meget tilfredsstillende.

De 80 pct. af bruttostikprøven, som har svaret på spørgeskemaet, vil i det efterfølgende blive betegnet som nettostikprøven.

Nettostikprøvens repræsentativitet

At der er opnået en svarprocent på 80 betyder også, at 20 pct. af personerne i bruttostikprøven ikke har deltaget i undersøgelsen. Dette svarer til 593 personer.

Det, at 20 pct. af bruttostikprøven ikke har deltaget i undersøgelsen, er hovedsageligt interessant af én grund: Det er afgørende, at de resterende svarpersoner er repræsentative for den danske befolkning i alderen 50-64 år. Skal det kortlægges, i hvilket omfang personer med nedsat hørelse har et anderledes mønster for tilbagetrækning og arbejdsmarkedstilknudning end personer med normal hørelse, er det afgørende, at de personer, som deltager i denne undersøgelse, giver et retvisende billede på den samlede befolkning i samme aldersgruppe. Er der derimod personer med bestemte karakteristika, som har valgt ikke at medvirke i undersøgelsen, kan det påvirke resultaterne i en bestemt retning.

For bedst muligt at imødekomme denne problemstilling har vi foretaget en repræsentativitetsanalyse på selve nettostikprøven. Dette gøres ved at sammenligne karakteristika ved de personer, som deltager i denne undersøgelse, med karakteristika ved den samlede danske befolkning i aldersgruppen 50-64 år. Skiller vores undersøgelsespopulation sig ud på bestemte områder i forhold til befolkningen generelt, er det afgørende, at der tages højde herfor i de videre analyser.

Da det ikke er muligt at sammenligne denne undersøgelsespopulation med befolkningen generelt i forhold til alle punkter, er enkelte grundlæggende karakteristika blevet udvalgt. Det drejer sig om køn, alder, civilstand, uddannelse og arbejdsmarkedstilknudning. Tal for den samlede danske befolkning i alderen 50-64 år er opgjort på grundlag af beregninger fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik, 2005).

Køn

Vi kan først og fremmest konstatere, at lige mange kvinder og mænd deltager i undersøgelsen. Ifølge Danmarks Statistik udgør mændene 49,9 pct. i aldersgruppen 50-64 år, mens kvinderne udgør 50,1 pct. (Danmarks Statistik, 2005). Dermed er den kønsmæssige fordeling i denne undersøgelse i fuld overensstemmelse med fordelingen i befolkningen generelt.

Alder

Der er opnået en udmærket aldersspredning inden for den udvalgte aldersgruppe af personer fra 50-64 år, jf. tabel 2.1.

De her gengivne aldersinddelinger udgør næsten alle, ifølge Danmarks Statistik, mellem 20-22 pct. af den samlede aldersgruppe fra 50-64 år. Aldersgruppen fra 62-64 år udgør dog blot 17 pct. Dette betyder, at de yngre personer i aldersgruppen er forholdsmæssigt dårligt repræsenteret i denne undersøgelse, mens den ældste aldersgruppe er overrepræsenteret.

En del af denne skævhed skyldes sandsynligvis den tidsperiode, som der nødvendigvis altid vil være mellem, at stikprøven til undersøgelsen bliver udtrukket og selve interviewene. Det vil altid tage noget tid at få kontakt med de personer, som skal deltage i undersøgelsen, og interviewet vil herefter blive aftalt ud i nær fremtid. Det betyder, at nogle af deltagerne i undersøgelsen vil have haft fødselsdag i den mellemliggende periode og derved vil høre under en anden alderskategori på interviewtidspunktet, end da de blev udtrukket til selve undersøgelsen. Denne forskydning kan dog kun spores i den yngste aldersgruppe, som vil blive underrepræsenteret, og i den ældste aldersgruppe, som vil blive noget overrepræsenteret. Stikprøven til denne undersøgelse blev således udtrukket d. 21. og 22. december 2004. Selve interviewene foregik i perioden fra januar til juni 2005. Alle personer var således mellem 50 og 64 år d. 21. og 22. december 2004, men da aldersinddelingerne bygger på svarpersonernes egne alderstilkendegivelser i perioden fra januar til juni 2006, er visse forskydninger opstået.

En anden mulig forklaring kan være, at de yngste personer har en højere grad af arbejdsmarkedstilknytning, mens personer på over 62 år for en stor dels vedkommende har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Dermed har det været lettere at få fat på den ældre del af bruttostikprøven i forbindelse med interviewene.

Det kan endvidere tænkes, at nogle yngre personer er blevet 'sikræmt' af emnet for undersøgelsen og derfor i mindre grad har ønsket at deltage.

Da et grundlæggende formål med rapporten er at undersøge arbejdsmarkedstilknytningen for den samlede gruppe af personer mellem 50 og 64 år i Danmark, kan den skæve aldersfordeling få afgørende betydning for de senere analyser. Tages der ikke højde for, at den yngre del af gruppen er underrepræsenteret, vil den samlede undersøgelsesgruppe fremstå med en lavere beskæftigelsesgrad end det reelt set gør sig gældende i befolkningen som helhed, idet den yngre del af gruppen må forventes både at have en bedre hørelse samt en højere grad af beskæftigelse, end den ældre del af gruppen.

Civilstand

Tre fjerdedele af personerne i nettostikprøven er gift. 12 pct. er skilt eller separeret, 4 pct. er enke eller enkemand, mens 8 pct. er ugift.

Sammenlignes disse tal med fordelingen i den samlede danske befolkning i samme aldersgruppe, forekommer der at være en noget større andel af denne undersøgelsespopulation, som er gift, mens en mindre andel er skilt eller separeret end i befolkningen som helhed i samme aldersgruppe.

Uddannelse

Langt størstedelen af personerne i nettostikprøven har en faglært uddannelse, mens over en tredjedel har en videregående uddannelse. 20 pct. har udelukkende en grundskoleuddannelse.

Ved en sammenligning med det uddannelsesmæssige niveau for 50-64-årige i befolkningen generelt, ser svarpersonerne i denne undersøgelse ud til at have et noget højere uddannelsesniveau. Førre har udelukkende en uddannelse på grundskoleniveau, mens flere har videregående uddannelser.

Det viser sig ofte i spørgeskemaundersøgelser, at svarpersonerne har en tendens til at 'overvurdere' deres uddannelsesniveau, når de selv skal redegøre for det. Derved kommer deltagere i spørgeskemaundersøgelserne ofte til at fremstå med en gennemsnitlig højere uddannelsesgrad end den danske befolkning generelt med samme karakteristika. Hvorvidt dette gør sig gældende i denne undersøgelse, er ikke til at sige, men uanset hvorfor vi ser denne forskydning i uddannelsesniveaue, er det afgørende, at der i de videre analyser tages højde for disse forskydninger mellem nettostikprøven og den samlede danske befolkning. Således har personer med forskellige uddannelser også forskellige tilbageværende og arbejds-markedsmønstre. Tages der ikke højde for, at nettostikprøven ikke er fuld-

Tablet 2.1

Nettostikprøven og den samlede danske befolkning i alderen 50-64 år fordelt på køn, alder, civilstand, antal børn, uddannelse og arbejdsmarkedstilknnytning. Procent.

| | Nettostikprøven | Den samlede danske befolkning i alderen 50-64 år i 2005 |
|---|-----------------|---|
| Køn | | |
| Kvinder | 50 | 50 |
| Mænd | 50 | 50 |
| Alder | | |
| 50-52 år | 13 | 20 |
| 53-55 år | 21 | 20 |
| 56-58 år | 22 | 22 |
| 59-61 år | 22 | 21 |
| 62-64 år | 23 | 17 |
| Civilstand | | |
| Gift | 76 | 70 |
| Skilt/separeret ¹ | 12 | 16 |
| Enke/enkemand | 4 | 5 |
| Ugift | 8 | 10 |
| Uddannelse | | |
| Grundskole | 20 | 33 |
| Gymnasial | 2 | 2 |
| Faglært | 42 | 42 |
| Kort videregående | 9 | 4 |
| Mellemlang videregående | 17 | 14 |
| Lang videregående | 9 | 5 |
| Arbejdsmarkedstilknnytning² | | |
| Selvstændig/medarbejdende | | |
| ægtetælle | 9 | 7 |
| Lønarbejder | 58 | 55 |
| Arbejdsløs | 4 | 4 |
| Tilbagetrukket | 25 | 30 |
| Andet | 4 | 5 |

1. Hvor vi i denne undersøgelse har valgt at inkludere separerede personer under kategorien skilt, lægges de separerede sammen med personer, der er gift, hos Danmarks Statistik. Dette betyder, at andelen af gifte bliver en anelse højere i tallene fra Danmarks Statistik. I denne undersøgelse bliver andelen af skille dernmod forøget en smule.

2. Uregningen for den samlede danske befolkning gælder året 2004 og aldersgruppen fra 50-66 år.

stændig repræsentativ for den danske befolkning generelt i samme aldersgruppe, kan det skævrivde de senere analyseresultater.

Arbejdsmarkedstilknnytning

To tredjedele af personerne i nettostikprøven er stadig i arbejde, mens en fjerdedel har trukket sig tilbage. Kun 4 pct. er arbejdsløse.

Der er en yderst fin overensstemmelse mellem arbejdsmarkedstilknnytningen for nettostikprøven og den samlede befolkning. At der er en anelse flere personer i arbejde i denne undersøgelse og flere personer, der har trukket sig tilbage i befolkningen generelt, skyldes formentlig, at opgørelsen for den samlede danske befolkning dækker aldersgruppen 50-66 år, hvor denne undersøgelses population udelukkende dækker de 50-64-årige. At de 65- og 66-årige er inddraget i analyserne for befolkningen generelt, medfører således, at flere vil have trukket sig tilbage og være blevet pensionister. Tages der højde for disse forskudninger, tyder alt på, at nettostikprøven er ganske repræsentativ for den samlede gruppe af 50-64-årige i Danmark, hvad angår deres arbejdsmarkedstilknnytning.

Opsummering

Det fremgår af ovenstående repræsentativtanalyse, at specielt aldersfordelingen og uddannelsesniveauet er noget anderledes i denne undersøgelse end i befolkningen generelt i aldersgruppen fra 50-64 år. For at imødegå denne problematik vil der i de senere analyser blive anvendt vægtede mål, når de to parametre inddrages. Dette betyder, at i de tilfælde, hvor nettostikprøven anvendes til at foretage estimater på den samlede danske befolkning i aldersgruppen 50 til 64 år, vil resultaterne for de yngre personer blive vægget op, mens resultaterne for de ældre årgange vil blive vægget ned. Herved tages der højde for, at de yngre årgange er underrepræsenterede, mens de ældre årgange er overrepræsenterede. En lignende vægtning vil blive foretaget mellem personer med en grundskoleuddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau kontra personer med en videregående uddannelse.

De statistiske værktøjer

I undersøgelsen anvendes flere forskellige kvantitative statistiske metoder til belysning af de hørehæmmedes arbejdsmarkedstilknnytning.

Ved hjælp af frekvenstabeller beskrives de umiddelbare sammenhænge mellem to eller flere variable. Så vidt muligt inddrages andre variable som en kontrol af de identificerede sammenhænge. Som test for

sammenhænge anvendes χ^2 -testet samt γ -koefficienten. Hvor variablene ved χ^2 -testet som minimum skal være på nominelt skalaniveau, forudsættes det ved brug af γ -koefficienten, at variablene er på minimum ordinalt skalaniveau. Gennem γ -koefficienten undersøges således for en *lineær* sammenhæng mellem variablene (Kreiner, 1999). Da γ -koefficienten er en korrelationskoefficient, giver den derudover et mål for styrken af sammenhængen mellem de to variable. Koefficienten måles på en skala fra +1 til -1 og er lig 0, hvis der ikke er sammenhæng mellem de to variable. Både i χ^2 -testet og γ -koefficienten anvendes et signifikansniveau på 5 pct. Er p-værdien således større end 0,05, forkastes sammenhængen som insignifikant.

Frekvenstabeller kan imidlertid kun beskrive sammenhængen mellem et begrænset antal variable på overskuelig vis. Der er dermed en risiko for, at en umiddelbar sammenhæng påvirkes af en eller flere bagvedliggende variable. For eksempel kan en sammenhæng mellem nedsat hørelse og uddannelse have sin baggrund i den type af stilling, uddannelsen fører til senere i livet. Stillingsypen forklarer således den umiddelbare sammenhæng mellem hørelse og uddannelse, hvilket ikke vil fremgå af en simpel frekvenstabel mellem de to variable. For at imødegå denne problematik er der foretaget en række regressionsanalyser i undersøgelsen. Det er gennem regressionsanalysen muligt at analysere flere forskellige variable samtidig og dermed kontrollere for påvirkninger på den afhængige variabel fra en mængde forskellige bagvedliggende variable.

Da de afhængige variable i undersøgelsen er binære, anvendes logistiske regressionsanalyser. I kapitel 9 omhandler hørrelsens betydning for førtidig tilbagetrækning er den afhængige variabel tredelt, idet der skelnes mellem personer på arbejdsmarkedet, førtidspensionister og efterlønsmodtagere. Dette gøres for i højere grad at kunne undersøge sammenhængen mellem de to former for førtidig tilbagetrækning. Der anvendes også her en logistisk regressionsanalyse.

Når vi rapporterer resultaterne af regressionsanalyserne, benyttes begreberne odds og odds-ratio. Disse begreber er bedst kendt fra tipning og fodboldverdenen. Hvis et hold har odds 3 til 1 for at vinde, betyder det, at det pågældende hold bliver vurderet til at have 75 pct. sandsynlighed for at vinde kampen. Det andet hold bliver vurderet til at have 25 pct. sandsynlighed for at vinde. Det er et lignende regnestykke, som gør sig gældende i forhold til resultaterne af regressionsanalyserne. I tabellerne over regressionsanalyserne præsenteres parameterværdierne imidlertid som odds-ratioer. Det betyder, at den pågældende kategori's odds for fx at være

uden beskæftigelse sammenholdes med odds for referencetegorien. Det gængse eksempel i denne forbindelse er analyser i forhold til køn. Hvis mændene er referencetegori, svarer en odds-ratio på over en for kvinderne til, at de har et større odds for at være uden beskæftigelse end mændene. En odds-ratio på under en betyder, at de har en mindre sandsynlighed for at være uden beskæftigelse. Odds-ratio for kvinder kan fx være på 1,50. Det betyder, at kvinder har et 50 pct. større odds end mænd for at være uden beskæftigelse.

DEN KVALITATIVE UNDERSØGELSESMETODE

Spørgeskemaundersøgelsen er som nævnt ikke den eneste anvendte metode i undersøgelsen. Det kvalitative interview som metode vil derfor blive gennemgået i det følgende.

Kvalitative interview

De kvalitative interview er foretaget i perioden februar 2006 til april 2006 med i alt 39 af deltagerne fra spørgeskemaundersøgelsen. De 39 personer er udtrukket tilfældigt fra den samlede nettostikprøve. Vi ønskede imidlertid en nogenlunde ligelig spredning mellem kønnene, og mellem personer i beskæftigelse, førtidspensionister og efterlønsmodtagere. Det er derudover udelukkende personer, der har tilkendegivet, at de har mange eller nogle vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet, som deltager. 21 mænd og 18 kvinder er blevet interviewet. 10 er stadig i arbejde, mens 15 er førtidspensionister og 14 efterlønsmodtagere. Vi foretog interviewene over telefonen.

Det er gennem kvalitative interview muligt at afdække problematikker forbundet med den hørehæmmedes oplevelse af livet som hørehæmmedet. Hvor den kvantitative metode siger mod en overordnet pejling på udbredelsen af bestemte problematikker og en generaliserbarhed af undersøgelsesresultaterne, er formålet med den kvalitative metode at opnå en forståelse for de personlige og subjektive oplevelser forbundet med selv samme problematikker.

Indgangen til interviewene var derfor ganske åben, idet vi havde et ønske om at afdække respondenternes egen holdning til deres hørehæmmede og betydningen af disse, uden at vi ledte svarene i en bestemt retning. Der blev i interviewene spurgt til respondenternes liv med en hørenedsættelse, og i hvilket omfang hørenedsættelsen påvirker/påvirkede deres

arbejdsliv. Vi søgte endvidere afklaret, i hvilket omfang høreproblemerne havde indflydelse på førtidspensionisternes og efterlønsmodtagernes valg om tilbagetrækning – og for personer stadig i arbejde, om den vil have betydning for deres fremtidige tilbagetrækning. Alt i alt ønskede vi et billede af respondenternes liv med en hørenedsættelse.

Anvendelse af de kvalitative interview

Omdrejningspunktet i rapporten vil være resultaterne af den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, men de kvalitative interview vil blive anvendt som supplerede oplysninger til analyse af data. Vi undersøger, i hvilken grad der er overensstemmelse mellem svarene i de kvalitative interview og resultaterne af de kvantitative analyser, og hvordan en eventuel divergens skal fortolkes og forstås – og hvad det alt i alt siger om den betydning, høreproblemer kan have og måden, hvorpå de bearbejdes.

MÅL FOR HØRENEDSÆTTTELSEN

I alt 2.407 personer har deltaget i undersøgelsen. Som et udgangspunkt for de videre analyser er det afgørende først og fremmest at få undersøgt udbredelsen af hørelaterede problemer blandt disse personer. Hvor mange lider af nedsat hørelse, og i hvor høj grad besværes de i dagligdagen?

Som allerede påpeget har vi både indhentet oplysninger om hørelsen i form af svarpersonernes egen vurdering af deres funktionelle hørelse i dagligdagen samt foretaget audiologiske høretests. Vi præsenterer disse to måder til afdækning af feltet i det følgende, hvorefter vi klassificerer svarpersonerne i henhold til deres hørelse og eventuelle hørenedsættelse.

DIAGNOSTICERET HØRENEDSÆTTTELSE

Vi har i undersøgelsen valgt at foretage målinger af nettostikprøvens hørelse gennem en audiologisk høretest. Inden disse tests bliver beskrevet, vil der dog indledningsvis blive taget fat i populationens tidligere erfaringer med høretests og lægelige påvisninger af forskellige hørelaterede problemer, som svarpersonerne selv oplyser dem.

395 personer har tidligere fået undersøgt deres hørelse hos en ørelæge. Dette svarer til 16 pct. af nettostikprøven. Flere mænd end kvin-

der har været hos en ørelæge, idet mændene udgør 60 pct. af ovenstående gruppe, mens kvinderne udgør 40 pct.

193 personer (122 mænd og 71 kvinder), svarende til 8 pct. af populationen, er blevet diagnosticeret som hørehæmmet. 5 mænd og 8 kvinder (i alt 0,5 pct.) er diagnosticeret som døvblevne.

175 personer har fået konstateret tinnitus og 12 personer Ménière-sygdom. Dette svarer til hhv. 7,3 og 0,5 pct. af populationen. Flere mænd end kvinder har problemer med tinnitus, idet 124 mænd har fået konstateret tinnitus mod 51 kvinder. 7 mænd og 5 kvinder har Ménière. Ifølge Ménière og Tinnitus Foreningen er op mod 400.000-500.000 danskere ramt af tinnitus i forskellig grad. Dermed synes de ca. 7 pct. af populationen i denne undersøgelse, som angiver at have tinnitus, at være i nogenlunde overensstemmelse med det samlede skøn på 8-10 pct. i hele den danske befolkning – om end noget i den lave ende. Det ansås endvidere at 2.500-3.000 danskere har Ménière i den aktive fase, mens i alt ca. 25.000 på et tidspunkt har haft anfald. Også i forhold til andelen med Ménière er det således fin overensstemmelse med andelen på 0,5 pct. i denne undersøgelses population og en skønnet andel på 0,5 pct. i den samlede danske befolkning.

Tinnitus og Ménières sygdom ses ofte i forbindelse med en nedsat hørelse. Flere personer angiver dog, at de har enten tinnitus eller Ménières sygdom uden også at være blevet diagnosticeret som havende nedsat hørelse. Tinnitus kan imidlertid være et af de første tegn på, at hørelsen er blevet beskadiget.

79 personer (3,3 pct.) er overfølsomme over for støj, mens 105 personer (4,4 pct.) har vanskeligheder ved at skelne mellem forskellige lydkilder. Der er flere støjoverfølsomme kvinder end mænd, idet 45 kvinder angiver dette høreproblem mod 34 mænd. Det er derimod 67 mænd, som har problemer med at skelne mellem forskellige lydkilder mod 38 kvinder. 40 mænd og 32 kvinder (i alt 3,0 pct.) angiver at have andre problemer med hørelsen.

Man skal være opmærksom på, at indkredsningen af høreproblemer som overfølsomhed over for støj, en manglende evne til at skelne mellem forskellige lydkilder, tinnitus eller andre former for høreproblemer, kan være ganske vanskelig. Mange af disse former for høreproblemer opstår langsomt og måske en anelse upåagtet. Den offentlige bevågenhed og oplysning angående disse former for høreproblemer har heller ikke været stor – om end problemer med tinnitus har fået mere opmærksomhed de seneste år. Der vil derfor sandsynligvis være flere personer, som lider af

sådanne høreproblemer, men som ikke er klar over det eller ikke ved, at der er en betegnelse for problemerne.

I alt 131 personer, svarende til 5,4 pct., har fået udleveret et høreapparat til det ene eller begge ører. 64 pct. af høreapparatmodtagerne er mænd, og 36 pct. er kvinder. Som tidligere nævnt opgøres antallet af høreapparatbrugere i Danmark til 4-5 pct. (Kjølner & Rasmussen, 2002; Brodersen et al., 1999; Sundhedsministeriet, 1997). Dermed synes andelen med et høreapparat at være noget højere i denne undersøgelse end i tidligere undersøgelser. Som der allerede er blevet gjort opmærksom på, er der imidlertid nogen forskel på at spørge til *brugen* af et høreapparat og *modtagelsen* af et høreapparat. Af de 131 personer, som i denne undersøgelse angiver at have fået udleveret et høreapparat, anvender 18 pct. 'aldrig' og 13 pct. 'sjældent' apparatet. 15 pct. anvender det 'nogle gange', 18 pct. 'for det meste' og 36 pct. 'altid'. Det er således i alt 4,4 pct. af nettostikprøven, der *anvender* et høreapparat bare en gang imellem. Mænd og kvinder anvender i lige høj grad de udleverede høreapparater.

16 pct. benytter sig derudover i 'høj grad' af mundaflysning, og 22 pct. gør det i 'nogen grad'. 14 pct. anvender mundaflysning i 'mindre grad', mens 46 pct. aldrig anvender mundaflysning. Der er ingen kønsmæssige forskelle i brugen af mundaflysning.

Der er ingen umiddelbar sammenhæng mellem anvendelsen af høreapparat og mundaflysning. Det er således ikke fordi, de hørehæmmede anvender mundaflysning i stedet, at de fravælger det udleverede høreapparat.

Selvom svarpersonerne er blevet spurgt, om de har fået diagnosticeret en hørenedsættelse hos en ørelæge, har vi derudover valgt at foretage vores egen kliniske undersøgelse af de deltagende svarpersoners hørelse. Det er således ikke nødvendigvis alle personer, der har en nedsat hørelse, som også har fået testet hørelsen tidligere, og for nogle af de personer, som har fået testet hørelsen tidligere, kan den være blevet dårligere med tiden. Da der derudover heller ingen oplysninger er givet angående graden af hørenedsættelse, er dette et parameter, som en supplerende høretest kan indkredse. Derfor vil de senere analyser af høreproblemernes betydning for arbejdsmarkedstilknypningen heller ikke koncentrere sig om disse tidligere diagnosticeringer hos lægen, men i stedet tage udgangspunkt i vore egne målinger.

AUDIOLOGISK MÅL FOR HØRELSEN

Som udgangspunkt for fastlæggelsen af den klinisk mælelige hørelse lægges et audiogram. Dette er et slags billede over den enkeltes hørelse. Et audiogram er forenklet sagt et mål for de forskellige lydstyrker, der er nødvendige, for at testpersonen kan høre en række forskellige toner. For en nærmere forståelse af dette redegør vi i det følgende for de to mål hertz og decibel, der hver især henviser til hhv. lydets toner og lydets styrke.

Hertz

De lyde, vi hører, er en slags energistøm – en bølgebevægelse eller svingninger i luften. Svigningstallet måles i *hertz* (Hz) og er antallet af svingninger pr. sekund. Langsomme svingninger opfattes som dybe toner, mens hurtige svingninger opfattes som høje toner. Mennesket er i stand til at opfatte svingninger mellem ca. 16 og 16.000 Hz, men hører bedst i området fra ca. 250–4.000 Hz (Rasmussen, 1978).

Decibel

Da lyden som nævnt er en energistøm, betyder det, at hvis der transporteres meget energi i svingningerne, hører vi en kraftig lyd, mens lav energi i svingningerne opfattes som en svag lyd. Lydstyrken måles i *decibel* (dB). 0 dB svarer til den svageste 1.000 Hz-tone, som netop kan opfattes af et ungt, fintmærkende menneskeligt øre (Bauman, 2000). En forøgelse på 1 dB svarer til at forøge den givne lydets styrke så meget, at det netop kan anes. Menneskets lydstyrkeopfattelse er imidlertid relativ, idet den energiforøgelse, der skal til for at give en lyd en netop mærkbar ændring, er afhængig af lydets styrke. Det betyder, at der skal ske en større styrkeændring ved lyde med et allerede højt styrkeniveau end ved lyde med et lavt styrkeniveau, for at ændringen registreres af lytteren. For at tage højde for dette anvender man den logaritmiske decibelskala.

Samme problematik gør sig gældende i relation til den tidligere omtalte frekvensskala. Hver gang frekvensen fordobles eller halveres flytter man sig en oktav. Således afsættes frekvenserne i et audiogram med lige så stor afstand mellem 500 og 1.000 Hz som mellem 4.000 og 8.000 Hz. Vi oplever afstanden mellem disse som ens (Rasmussen, 1978).

Normalt anvendes en skala for *decibel* med en spændvidde fra -10 til 140 dB. Ved en lydstyrke omkring 120 dB føles ubehag, mens lyden ved over 140 dB er så kraftig, at det giver smerter i øret. For at give nogle eksempler på lydstyrker i dagligdagen, kan det nævnes, at almindelig ga-

destøj ligger på en 70-80 dB og almindelig tale i en meters afstand ligger på ca. 65 dB. En svag talestemme i to meters afstand er på ca. 40 dB (Rasmussen, 1978).

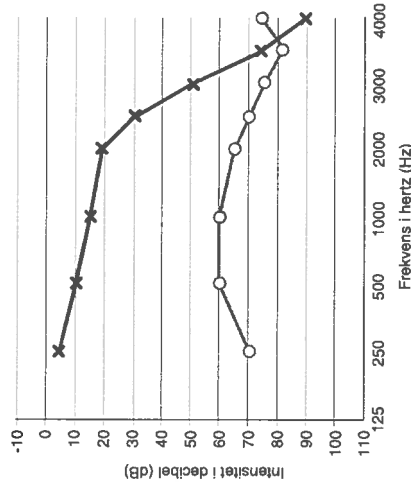
Audiogram

Selve audiogrammet udgøres af et koordinatsystem med forskellige frekvenser målt i Hz (x-aksen) og forskellige lydstyrker målt i dB (y-aksen). Således måles høretærskelen i dB for forskellige Hz. Det vil sige: Hvor mange dB (hvor kraftig lydstyrke) skal der til, for at de forskellige toner opfattes/høres? Jo flere dB, der er nødvendige, des dårligere hørelse. Testen foretages på hvert øre et af gangen. Normalområdet for tærskelværdierne anses gerne som liggende fra og med 0 dB til 20 dB i hele frekvensområdet

Et eksempel på et audiogram kan være som følger:

Figur 3.1

Eksempel på et audiogram.



(Mehri, 2005).

Kurven med ringene viser værdier for højre øre, mens kurven med krydser viser værdier for venstre øre. Hørelsen for denne person er meget bedre på det venstre øre end på det højre øre. Der skal således meget færre dB til at opfatte lyde på de forskellige frekvenser på det venstre øre. For begge ører

ses en tendens til, at des flere Hz og dermed des højere en tone, jo flere dB skal der til, for at lyden opfattes.¹

Personen har således en normal hørelse på det venstre øre for de dybe toner, men en kraftig hørenedsættelse for de høje toner på samme øre. Der ses en gennemgående hørenedsættelse i forhold til alle toner på det højre øre (Mehr, 2005).

Lignende audiogrammer er blevet udmålt for hele nettostikprøven i denne undersøgelse, idet høretærsklen i dB ved 500, 1.000, 2.000 og 4.000 Hz er blevet kortlagt for venstre og højre øre.

Klassificering af høreniveau

For efterfølgende at kunne opnå et samlet mål for, om den enkelte har en god eller dårlig hørelse, er der fundet et gennemsnit for de fire tærskelværdier på højre øre og et gennemsnit for de fire tærskelværdier på venstre øre. Det øre med det laveste gennemsnit og altså det øre, der høres bedst med, er efterfølgende blevet anvendt som mål for selve hørelsen. I tilfælde, hvor gennemsnittet for det dårligste øre er mindst 25 dB større end gennemsnittet for det bedste øre, lægges 5 dB til gennemsnittet for det bedste øre. Dette gøres for i højere grad at tage højde for de ulemper, der er forbundet med at have en hørenedsættelse på det ene øre, om end der høres udmærket med det andet.

Dette er den standardiserede og mest almindelige metode til medicinsk klassificering af en hørenedsættelse fastlagt af ISO² (International Standardization Organisation) (ISO, 1990).

Efterfølgende anvendes de udregnede gennemsnit til at klassificere nettostikprøven i henhold til deres hørenedsættelse. Hørenedsættelse klassificeres gerne i lighed med tabel 3.1 (Widell, 1988; Boolsen, 1992; Rasmussen, 1978; Becvarovski, 2001; Mahar, 2005). Dog kan opstillingen af de forskellige kategorier og antallet af dB, disse spænder over, variere en smule fra forsker til forsker (Bess et al., 1989). Hvor det har været almindeligt at betegne en høretærskel på maksimum 20 dB som normal, har nyere forskning vist, at også høretab på ganske få dB kan medføre betydelige høreproblemer (Wake et al., 2004; ASHA, 2004; Bauman, 2000). Vi har derfor valgt at inddrage niveauet 'meget let' i klassificeringen ud fra

1. Om end hørelsen på det højre øre er noget dårligere ved 250 Hz end ved 500-2.000 Hz.
2. ISO anbefaler, at man også foretager tests ved 3.000 og 6.000 Hz, hvilket dog er udeladt i denne undersøgelse af tidsmæssige hensyn.

Tabel 3.1

Klassificering af hørenedsættelsen på baggrund af tærskelværdier ved 500, 1.000, 2.000 og 4.000 Hz.

| Klasse | Funktionsnedsættelse | Gennemsnitlig høretærskel på bedste øre | | Antal |
|--------|----------------------|---|-----------|--------------------|
| | | Over | Ikke over | |
| A | Ingen | 15 dB | 37 | 891 |
| B | Meget Let | 15 dB | 37 | 896 |
| C | Let | 25 dB | 21 | 499 |
| D | Moderat | 40 dB | 3 | 78 |
| E | Middelsvær | 55 dB | 1 | 13 |
| F | Svær | 70 dB | 0 | 0 |
| G | Meget svær/døv | 90 dB | 1 | 13 |
| I alt | | | 100 | 2.390 ¹ |

1. Høretæsten er ikke færdiggjort for 17 personer, hvorfor disse ikke figurerer i skemaet.

et ønske om at undersøge, hvorvidt også en ganske lille hørenedsættelse kan have betydning for arbejdsmarkeds tilknytningen og det sociale liv. En gennemsnitlig høretærskel på mellem 15 og 25 dB betegnes således af nogle som en ubetydelig hørenedsættelse, mens andre finder, at det har betydning.

37 pct. af personerne i nettostikprøven har ingen hørenedsættelse eller blot en ganske lille hørenedsættelse (tærskelværdien for en enkelt tone eller enkelte toner kan komme over 15 dB, men gennemsnittet af tærskelværdierne kommer ikke over 15 dB). Yderligere 37 pct. har en meget let hørenedsættelse, mens 21 pct. har en let hørenedsættelse. Kun 3 pct. har en moderat hørenedsættelse. De 13 personer, der er klassificeret som svært hørehæmmede/døve, har alle oplyst, at de er døve eller døveblevne, hvorfor de ikke har fået foretaget en audiologisk høretest.

Metoden er dog ikke uproblematisk. Ved at anvende et gennemsnit for høretærsklerne ved frekvenser fra 500 til 4.000 Hz tages både højde for høretab ved et lavt antal Hz (de dybe toner) og ved et højt antal Hz (de høje toner) inden for taleområdet. Det er imidlertid i de høje toner, at langt flest mennesker mister hørelsen først (Toh et al., 2002). Dette betyder, at hørelsen sagtens kan være udmærket for de dybe toner, mens der er store problemer med hørelsen ved de høje toner. Da klassificeringen i ovenstående tabel bygger på et gennemsnit af høretærsklen for både de lave og høje toner, vægter disse således lige meget i klassificeringen. Dette giver ikke nødvendigvis det mest retvisende billede på hørenedsættelsens betydning (Lund & Poulsen, 2001).

Anvendes audiogrammet i figur 3.1 som eksempel, er det tydeligt, at hørelsen på venstre øre er bedst. Tærskelværdierne på øret falder dog kraftigt, jo højere tonerne bliver. Der ses således et meget kraftigt høretab ved frekvenser over 4.000. Idet der i klassifikationen af hørenedsættelsen anvendes et gennemsnit for de forskellige tærskelværdier, vil tærskelværdien ved 4.000 Hz tælle lige så meget som tærskelværdien ved fx 500 Hz. Den gennemsnitlige tærskelværdi på det venstre øre vil således blive $(10+15+20+50)/4=26,25$ dB. Da den gennemsnitlige tærskelværdi på det højre øre er $(60+60+65+75)/4=65$ dB, og dermed er mere end 25 dB højere end værdien på det venstre øre, lægges 5 dB til gennemsnittet på det venstre øre. Dermed opnås en endelig gennemsnitlig tærskelværdi på 31,25 dB for det bedste øre, hvorfor høretabet bliver klassificeret som let. Men er dette det rette billede på hørenedsættelsen og dens betydning?

Når mennesket taler, anvender det en bred vifte af frekvenser fra de dybe til de høje toner. 50 pct. af informationen i det sagte ligger i området mellem 1.600 og 4.000 Hz. Og hele 70 pct. i området over 1.000 Hz. Det betyder, at de høje toner er yderst vigtige for forståelsen af det sagte. Er det ikke muligt at høre de høje toner, vil en stor del af informationen i talen gå tabt – også selvom hørelsen ved de dybe toner er udmærket (Pavlovic, 1987). Dermed kan høreproblemer på de høje toner få store konsekvenser for den samlede forståelse.

Det kun at opfatte dybe toner svarer groft sagt til kun at høre halvdelen af det, der bliver sagt til én. I et forsøg på at anskueliggøre dette, kan man sammenligne med situationen, hvor der tales på et fremmedsprog. Selvom man måske forstår halvdelen af ordene, vil de ord, der ikke genkendes, få afgørende konsekvenser for den samlede forståelse. I mange tilfælde vil kommunikationen blive umuliggjort.

Et gennemsnitligt mål på alle frekvenser er dermed måske ikke det mest korrekte, eftersom hørelsen i langt overvejende grad nedsættes på de høje toner først.

I et ønske om at imødegå denne kritik har vi valgt også at foretage en klassificering af hørelsen i nettostikprøven, hvor udelukkende tærskelværdier ved 2.000 og 4.000 Hz inddrages. Dermed ser vi udelukkende på hørelsen ved de høje toner, hvorved en god høreelse i de dybe toner ikke 'trækker op' i forhold til det samlede gennemsnit.

Den anvendte metode er magen til ovenstående, blot udregnes gennemsnittet som beskrevet kun på baggrund af tærskelværdierne ved 2.000 og 4.000 Hz.

Vender vi tilbage til det tidligere gengivne eksempel fra audio-

grammet, betyder det, at den gennemsnitlige tærskelværdi nu vil være $(20+50)/2=35$ dB på venstre øre og $(65+75)/2=70$ dB på det højre øre. Da divergensen mellem de to tærskelværdier stadig overstiger 25 dB, lægges 5 dB til tærskelværdien for det bedste øre. Dermed opnås en endelig tærskelværdi på 40 dB. Der er altså sket en forskydning på 8,75 dB. Personen vil således stadig blive klassificeret som havende en let hørenedsættelse (om end den ligger akkurat på grænsen til en moderat hørenedsættelse), men vil i analyser, hvor den kontinuerte skala for hørelsen anvendes, figurere med en sværere hørenedsættelse, jf. forskydningen på 8,75 dB.

Tablet 3.2

Klassificering af hørenedsættelsen på baggrund af tærskelværdier ved 2.000 og 4.000 Hz.

| Klasse | Funktions-nedsættelse | Gennemsnitlig høretærskel på bedste øre | | Antal |
|--------|-----------------------|---|-----------|--------------------|
| | | Over | Ikke over | |
| A | Ingen | 15 dB | 31 | 740 |
| B | Meget let | 25 dB | 32 | 767 |
| C | Let | 40 dB | 24 | 577 |
| D | Moderat | 55 dB | 9 | 217 |
| E | Middelsvær | 70 dB | 3 | 67 |
| F | Svær | 90 dB | 0 | 9 |
| G | Meget svær/døv | 90 dB | 1 | 13 |
| I alt | | | 100 | 2.390 ¹ |

1. Høresteen er ikke færdiggjort for 17 personer, hvorfor disse ikke figurere i skemaet.

Hvor 37 pct. af personerne i nettostikprøven tidligere blev klassificeret som ingen hørenedsættelse at have, er dette tilfældet for 31 pct. af populationen, når der udelukkende ses på hørelsen ved de høje frekvenser. 32 pct. har en meget let hørenedsættelse, 24 pct. en let hørenedsættelse, 9 pct. en moderat hørenedsættelse og 3 pct. en svær hørenedsættelse, når det gælder de høje toner. Andelen med en meget svær hørenedsættelse på 90 dB eller derover forbliver den samme, idet der her refereres til 13 personer, som selv har angivet, at de er helt døve.

Anvendelsen af den klinisk målte hørenedsættelse i de statistiske analyser

I de senere statistiske analyser af sammenhængen mellem arbejdsmarkedsstrukturing og hørenedsættelse, har begge de to opgørelser over det audiologisk målte høreniveau været anvendt. Da det imidlertid viser sig, at den inddeling, der udelukkende baserer sig på tærskelværdierne 2.000 og 4.000

Hz, har den stærkeste sammenhæng med svarpersonernes arbejdsmarkedstilknytning, er det resultaterne for dette mål, som bliver rapporteret.

I tabeller, som udelukkende illustrerer en simpel tovejs sammenhæng, anvendes en variabel opdelt i ovenstående 6 klasser. I regressionsanalyserne anvendes imidlertid det kontinuerte mål gående fra -10 til 90 dB.

MÅL FOR DEN FUNKTIONELLE HØRELSE

Spørgsmålet er imidlertid, om man overhovedet kan indfange og klassificere en hørenedsættelse klinisk og danne et objektivi mål herfor. Som det tidligere har været nævnt i rapporten, kan en mængde andre faktorer spille ind i forhold til oplevelsen af hørelsen.

Det er således ikke nødvendigvis muligt blot ud fra et klinisk målt høretab at fastslå, hvor meget den hørehæmmede forstår. Det vigtigste er måske ikke, hvor stor hørenedsættelsen er rent objektivi, men i højere grad, hvorledes den enkelte *oplever og fungerer* med sin hørelse. Den funktionelle hørelse indkredses således flere aspekter vedrørende høreprøblemer, idet en række andre faktorer end den rent faktuelle høretærskel får mulighed for at spille ind på besvarelserne. Dette kan fx være måden, hvorpå den nedsatte hørelse mestres, personens egen erkendelse af en eventuel nedsat hørelse, den enkeltes afhængighed af sin hørelse og den enkeltes opmærksom på hørelsen. To personer med ens målinger i den audiologiske test kan således have forskellige grader af høreprøblemer i dagligdagen og et forskelligt udbytte af deres hørelse. Sociale og psykiske faktorer får dermed mulighed for at udøve indflydelse.

I et forsøg på at indkredse hørelsen, som den opleves i hverdagen, er der i spørgeskemaet inkluderet en række spørgsmål, hvorigennem den funktionelle hørelse søges indfanget. Således spørges både til mulighederne for at følge med i en samtale, når flere er samlet samt til eventuelle problemer med hørelsen i en række daglige lytsituationer. De to forskellige mål for den funktionelle hørelse vil begge blive anvendt løbende i rapporten, da de hver især indfanger forskellige aspekter ved nedsat hørelse og de problemer, en sådan kan give i dagligdagen. Nogle kan således have en dårlig funktionel hørelse, når der forekommer baggrundsstøj, mens hørelsen fungerer udmærket i stille omgivelser. Karakteren af baggrundsstøjen kan ligeledes spille en rolle i forhold til den funktionelle hørelse (Hällgren et al., 2005; Larsby et al., 2005). Derudover har evnen til at udvælge en

specifik lydkilde eller skifte mellem to lydkilder afgørende betydning for udbyttet af samtaler, når flere er samlet (Gatehouse & Noble, 2004).

Den funktionelle hørelse refererer dermed ikke blot til en subjektiv oplevelse af hørelsen og til, hvorledes den enkelte forholder sig til et nedsat høreniveau på et vist antal dB. Høreprøblemer kan som tidligere beskrevet antage forskellige former, og flere af disse former er sværere at indfange rent faktuel og objektivi end selve høretærskelen i dB. Dette gælder specielt for de perceptive høreprøblemer, hvor det er taleopfattelsen og evnen til at skelne lyde og ord fra hinanden, der er forringet. Dermed kan der være en faktuel, objektivi og fysiologisk grund til den dårlige funktionelle hørelse. En grund, der ikke indfanges i den audiologiske test.

Vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet

På spørgsmålet *"Har De nedsat hørelse i en sådan grad, at De har vanskeligt ved at følge med i en samtale, når flere er samlet?"* angiver langt størstedelen af personerne i nettostikprøven, at de ingen vanskeligheder har. 23 pct. har nogle vanskeligheder, mens kun 4 pct. har mange vanskeligheder, jf. tabel 3.3.

Da vi netop ønsker at indkredse den funktionelle hørelse og ikke den klinisk målte hørelse, skal alle personer svare ud fra den reelle oplevelse af hørelsen i dagligdagen. Det betyder, at personer, som allerede lægeligt har fået konstateret og diagnosticeret en hørenedsættelse, og som anvender høreprøparat, skal henholde sig til hørelsen med brug af høreprøparat. Dermed søges opnået det mest reelle billede på hørelsen, som den opleves i dagligdagen. I Socialforskningsinstituttets undersøgelser af danskernes levekår er et identisk spørgsmål blevet stillet til et repræsentativt udsnit af den danske befolkning. Også i denne undersøgelse angiver langt de fleste, at de ingen problemer har og kun meget få, at de har mange problemer.

Høreprøblemer er noget mere udbredt blandt personerne i denne undersøgelse end i undersøgelsen om danskernes levekår. Dette på trods af, at begge undersøgelser omfatter et bredt udsnit af den danske befolkning og derved skulle repræsentere befolkningen som helhed. En forklaring på denne forskel kan være, at selve emnet i nærværende undersøgelse delvist påvirker besvarelserne, idet det kan tænkes, at personer, som deltager i en undersøgelse, der omhandler hørelse, vil blive mere opmærksomme på deres egen hørelse og tænke mere over problemer forbundet med denne.

Tablet 3.3

Nettostikprøven og udsnit af den danske befolkning i alderen 50-65 år fordelt på vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet. Procent.

| | Nettostikprøven | Den danske befolkning 50-65 år ¹ |
|---|-----------------|---|
| <i>Følge med i samtale, når flere er samlet</i> | | |
| Ingen vanskeligheder | 73 | 82 |
| Nogle vanskeligheder | 23 | 15 |
| Mange vanskeligheder | 4 | 3 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 2.407 | 1.353 |

1. Andersen (2003).

$\chi^2=39,13$, $df=2$, $p<0,0001$

Det er således et velkendt fænomen, at indledningstekst såvel som forudgående spørgsmål kan påvirke besvarelserne i de følgende spørgsmål. Der ses en såkaldt konteksteffekt (Vilstrup, 2001; Olsen, 1998). Dette er imidlertid ikke muligt at undersøge nærmere, og det er ikke til at vide, i hvilken af undersøgelserne det mest 'korrekte' høreniveau rapporteres. Deltagerne i denne undersøgelse kan således overvurdere deres problemer med hørelsen, mens deltagerne i levekårsundersøgelsen kan have undervurderet deres høreproblemer. Vi ved endvidere fra repræsentativitetsanalysen, at den ældre del af de 50-64-årige er en andelse overrepræsenteret i denne undersøgelse, mens den yngre del af gruppen er noget underrepræsenteret. Da hørenedsættelse, som det vil blive påvist nedenfor, bliver mere og mere udbredt med alderen, vil det naturligvis også medvirke til den øgede andel, der rapporterer at have en hørenedsættelse i denne undersøgelse kontra levekårsundersøgelsen. At de to undersøgelser er foretaget på forskellige tidspunkter, kan ligeledes influere på svarfordelingerne.

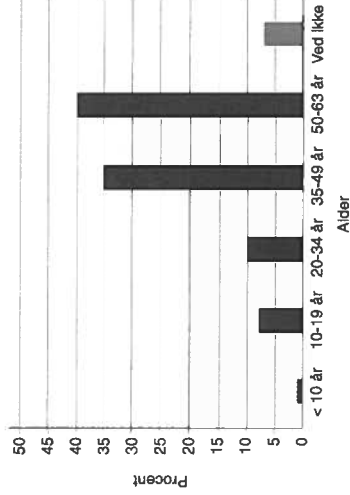
Alder for indtræden af høreproblemer

Personer, der har givet udtryk for at have vanskeligheder ved at følge med i en samtale, er efterfølgende blevet spurgt, hvor gamle de var, da de blev klar over disse problemer med hørelsen.

Hertil svarer omkring 1 pct., at de var under 10 år, da de blev opmærksomme på problemet. 8 pct. var mellem 10 og 19 år, 10 pct. mellem 20 og 34 og 35 pct. mellem 35 og 49 år. Hele 40 pct. var mellem 50 og 63 år. 7 pct. ved ikke, hvornår de blev opmærksomme på problemet.

Figur 3.2

Alder for indtræden af høreproblemer.



Dette illustrerer med al tydelighed, hvorledes hørelsen påvirkes med alderen. Jo ældre man bliver, des flere får problemer med hørelsen.

De funktionelle høregenskaber i en række daglige lyttesituationer

I tillæg til det ovenfor beskrevne spørgsmål er svarpersonerne blevet stillet en række spørgsmål angående deres høreelse i forskellige lyttesituationer. Spørgsmålene lød:

- Har De svært ved at følge med i en samtale, når der er baggrundsstøj? (29 pct. svarer ja)
- Kan De følge et TV-program med en lydstyrke, som andre finder acceptabel? (19 pct. svarer nej)
- Har De svært ved at høre nogen, der taler højt i et roligt rum? (6 pct. svarer ja)
- Har De svært ved at høre nogen tale med normal stemme i et roligt rum? (5 pct. svarer ja)
- Hører De godt nok til at bruge en almindelig telefon? (5 pct. svarer nej)
- Kan De høre en dørblokke eller en telefon, der ringer? (5 pct. svarer nej)

Der kan svares be- eller afkræftende til samtlige seks spørgsmål. Svar, der

indikerer problemer med hørelsen, er blevet kodet 1, mens andre svar er kodet 0.

På baggrund heraf kan opstilles et indeks over svarpersonernes funktionelle høregenskaber med værdier fra 0 til 6. Værdien 0 angiver, at der ingen problemer er i forhold til hørelsen, mens værdien 6 angiver store problemer med hørelsen.

Tablet 3.4

Klassificering af de funktionelle høregenskaber. Procent og antal.

| Funktionelle høregenskaber | Procent | Antal |
|----------------------------------|---------|-------|
| 0 – ingen problemer med hørelsen | 56 | 1352 |
| 1 | 27 | 646 |
| 2 | 10 | 236 |
| 3 | 5 | 128 |
| 4 | 1 | 29 |
| 5 | 0 | 4 |
| 6 – stærkt funktionshæmmet | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 2.395 |

Lidt over halvdelen af personerne i nettostikprøven oplever ingen problemer med deres hørelse i forbindelse med de angivne lyttesituationer. Cirka en fjerdedel har problemer i én af situationerne, mens 10 pct. har det i to af situationerne. Kun meget få har problemer i fem af situationerne, og ingen har det i alle seks situationer.³

I de følgende statistiske analyser anvendes to forskellige inddelinger af de funktionelle høregenskaber. I de mere simple tovejs tabeller benyttes ovenstående inddeling med seks forskellige kategorier. Da der imidlertid er så få personer, som har problemer i mange situationer, vil ovenstående kategorier blive delt i to grupper i regressionsanalyserne. Her vil blive set på personer, der har problemer i ingen eller en enkelt situation kontra personer, som har problemer i to eller flere situationer.

3. Da ingen personer har problemer i alle seks situationer, vil tabeller illustrerende de funktionelle høregenskaber udelukkende indeholde niveauerne fra 0-5 fremover.

Boks 3.1.

Ansættet udbredelse af høreproblemer blandt de ca. 1.080.000¹ 50-64-årige i Danmark

| | |
|--|-------------|
| Minimum en moderat hørenedsættelse: | ca. 138.000 |
| Minimum en let hørenedsættelse: | ca. 400.000 |
| Problemer i 2-5 lyttesituationer: | ca. 180.000 |
| Nogle/mange vanskeligheder med at følge en samtale, når flere er samlet: | ca. 290.000 |
| Tinnitus: | ca. 80.000 |
| Overfølsomhed over for støj: | ca. 36.000 |
| Vanskelighed ved at skelne mellem lydskilder: | ca. 47.000 |
| Andre former for høreproblemer: | ca. 32.000 |
| Ménière: | ca. 5.500 |

¹ Tal fra Danmarks statistik, juni 2006a.

SAMMENLIGNING MELLEML DEN KLINISKE MÅLTE OG DEN FUNKTIONELLE HØRELSE

Efter at have fastlagt nettostikprøvens hørelse i henhold til både den mere kliniske objektive måling og den funktionelle hørelse i dagligdagen er det interessant at undersøge, i hvilket omfang de to mål korresponderer. Det vil sige: I hvilket omfang oplever personer med en klinisk målt hørenedsættelse problemer i hverdagen, og kan personer, som umiddelbart ingen målt hørenedsættelse har, være berørt af høreproblemer alligevel?

Det fremgår af tabel 3.5, at der er en klar sammenhæng mellem vanskelighederne med at følge med i en samtale, når flere er samlet, og en klinisk målt hørenedsættelse. Således stiger antallet af personer, der oplever mange vanskeligheder, markant, des dårligere hørelse der er konstateret rent klinisk. Det kan bemærkes, at selv personer, for hvem der umiddelbart ingen eller kun en ganske let hørenedsættelse er konstateret, er det alligevel hhv. 10 og 21 pct., som oplever nogle eller mange vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. Der er til gengæld også adskillige hørenedsættelse, der oplever ingen eller få vanskeligheder.

Der ses ligeledes en klar samvariation mellem den klinisk målte hørenedsættelse og de funktionelle høregenskaber målt gennem antallet af høreproblemer i dagligdagens lyttesituationer. Således oplever hoved-

Tablet 3.5

Nettostikprøven fordelt på vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse. Procent og antal.

| Klinisk målt hørenedsættelse | Vanskeligheder ved at følge med i en samtale | | | | | Antal |
|------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Ingen | Nogle | Mange | I alt | 101 | |
| Ingen | 91 | 9 | 1 | 101 | 739 | |
| Meget let | 79 | 19 | 2 | 100 | 765 | |
| Let | 64 | 32 | 4 | 100 | 577 | |
| Moderat | 37 | 50 | 14 | 101 | 216 | |
| Middelsvår/svær | 18 | 53 | 30 | 101 | 74 | |
| Meget svår/døv | 0 | 25 | 75 | 100 | 12 | |
| Samlet | 73 | 23 | 4 | 100 | 2.383 | |

$\chi^2 = 838,15$, $df=10$, $p<0,0001$; $\gamma=0,62$, $p<0,0001$

parten af de personer, der ikke har nogen klinisk målelig hørenedsættelse eller en meget let hørenedsættelse, ingen problemer i hverdagen, mens antallet af problemer stiger des større hørenedsættelse, der er konstateret i den audiologiske høretest.

Tablet 3.6

Nettostikprøven fordelt på de funktionelle høreegenskaber i en række daglige lyttestituationer, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse. Procent og antal.

| Klinisk målt hørenedsættelse | Funktionelle høreegenskaber | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----|----|----|----|---------------------|-------|-------|-----|--|
| | 0 - ingen problemer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 - svære problemer | I alt | 100 | 733 | |
| Ingen | 70 | 21 | 4 | 5 | 0 | 0 | 100 | 733 | | |
| Meget let | 64 | 25 | 7 | 4 | 0 | 0 | 100 | 765 | | |
| Let | 47 | 34 | 14 | 5 | 1 | 0 | 101 | 575 | | |
| Moderat | 27 | 36 | 23 | 11 | 2 | 1 | 100 | 217 | | |
| Middelsvår/svær | 17 | 36 | 22 | 13 | 11 | 1 | 100 | 76 | | |
| Meget svår/døv | 0 | 23 | 23 | 23 | 31 | 0 | 100 | 13 | | |
| Samlet | 57 | 27 | 10 | 5 | 1 | 0 | 100 | 2.379 | | |

$\chi^2 = 454,95$, $df=25$, $p<0,0001$; $\gamma=0,59$, $p<0,0001$

Disse resultater underbygges af en række studier, hvor anvendeligheden af subjektive spørgsmål til indkredsning af en objektiv eksisterende hørenedsættelse undersøges. I hovedparten af disse studier konkluderes det, at svaret på simple spørgsmål som: "Har du problemer med hørelsen?" eller en række spørgsmål relateret til flere forskellige lytsituationer er i nogenlunde overensstemmelse med det objektivt målte høreniveau (Våle-Rosalino & Rozenfeld, 2005; Wu et al., 2004; Gates et al., 2003; Sindhusake et al., 2001; Gomez et al., 2001; Nondahl et al., 1998; Coren & Hakstian,

1992; Clark et al., 1991). I andre undersøgelser findes det imidlertid, at uoverensstemmelser mellem de to mål er for store til, at den subjektive måling kan anvendes som et validt alternativ til en test med et audiometer, og at de mere subjektive mål for hørelsen indfanger andre aspekter ved en dårlig hørelse (Hashimoto et al., 2004; Pope & Sowers, 2000; Wilson et al., 1999; Kramer et al., 1996).

På trods af den umiddelbart klare overensstemmelse mellem den klinisk målte hørenedsættelse og de rapporterede funktionelle høreegenskaber i dagligdagen ses visse divergenser mellem de to mål i denne undersøgelse. Dermed er samvariationen ikke så stor, at man uden videre kan sætte lighedstegn mellem de to opmålingsmetoder. Dette underbygger vigtigheden af netop at inkludere begge høremål.

Man kan således noget groft inddelle personerne i nettostikprøven i fire forskellige grupper alt efter deres klinisk målte og funktionelle hørelse.

- En gruppe af personer, som højst får målt en let hørenedsættelse i den audiologiske test og som heller ikke oplever de store funktionelle problemer med deres hørelse. Denne gruppe dækker over i alt 1.811 personer svarende til 76 pct. af nettostikprøven.
- En gruppe af personer, som får målt en let til meget svær hørenedsættelse i den audiologiske test, og som også fungerer dårligt med deres hørelse i dagligdagen. Denne gruppe dækker over i alt 237 personer svarende til 10 pct. af nettostikprøven.
- En gruppe af personer, som højst får målt en meget let hørenedsættelse i den audiologiske test, men som samtidig selv rapporterer om adskillige funktionelle høreproblemer i dagligdagen. Denne gruppe dækker over i alt 151 personer, svarende til 6 pct. af nettostikprøven.
- En gruppe af personer, som får målt en moderat til meget svær hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke selv synes at de har funktionelle problemer med deres hørelse i dagligdagen. Denne gruppe dækker over i alt 180 personer, svarende til 8 pct. af nettostikprøven.

Hvor de to førstnævnte grupper har en klar overensstemmelse mellem det klinisk målte høreniveau og deres funktionelle hørelse i dagligdagen, kan der gives forskellige forklaringer på forekomsten af de to sidstnævnte grupper.

At en vis del af de personer, som klinisk får konstateret en svær

Tabel 3.7

Oversigt over de fire forskellige høregrupper. Antal.

| | 0 – ingen problemer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 – svære problemer |
|-----------------|---------------------|-----|----|----|---|---------------------|
| Ingen | 512 | 154 | 31 | 33 | 3 | 0 |
| Meget let | 492 | 189 | 53 | 28 | 3 | 0 |
| Let | 270 | 194 | 79 | 28 | 4 | 0 |
| Moderat | 58 | 79 | 49 | 23 | 5 | 3 |
| Middelsvår/svår | 13 | 27 | 17 | 10 | 8 | 1 |
| Meget svår/døv | 0 | 3 | 3 | 3 | 4 | 0 |

hørenedsættelse, ikke er stærkt funktionshæmmet i dagligdagen, skyldes sandsynligvis i høj grad det faktum, at de anvender et høreapparat. Afhjælpes hørenedsættelsen teknisk med et høreapparat, øger det således muligheden for at fungere normalt i en række daglige lytsituationer. Det fremgår da også af vores materiale, at der blandt de 180 personer, som har angivet, at de ingen problemer har eller blot har problemer i en enkelt af dagligdagens lytsituationer, men som samtidig måles i den audiologiske test til at have minimum en moderat hørenedsættelse, er 35 personer, som har et høreapparat.

En anden forklaring på de uoverensstemmelser, som ses mellem den klinisk målte hørenedsættelse og de funktionelle høregenskaber i dagligdagen, relaterer sig til den tidligere omtalte problemstilling angående erkendelsen af at have et høretab. På trods af reelle problemer med høreniveauet er det således ikke alle, der erkender, at de rent faktisk har problemer med hørelsen i deres daglige virke.

At høreproblemer kan være svære at erkende, fremgår af flere af de foretagne kvalitative interviews. Med en begyndende hørenedsættelse kan det således være nærliggende at placere årsagen til høreproblemerne hos andre. Som forskellige af de interviewede udtrykker det: "Før tænkte jeg bare, at folk mumlede, og at det ikke var til mig, de talte", "Børnebørnene mumler lidt rigeligt" eller "Det er ikke noget, jeg mærker til. Det er bare de andre, der mumler. Jeg kan godt høre det, jeg selv siger". En fjerde siger:

Dårligt hørende – nej, jeg har kolleger, der taler lavt. De kan godt grine lidt af, hvad jeg får ud af det, de siger. Men jeg synes også, det er lidt uhøfligt ikke at høre stemmen, når man ved, der sidder en person, som måske har lidt svært ved at høre det, der bliver sagt. Den ene taler, ligesom om ordene bliver inde i munden, og

hun åbner den ikke rigtigt. Jeg kan ikke forstå, der ikke er flere, som ikke kan høre hvad hun siger, men det er altså svært ... Men det generer mig ikke, så jeg vil ikke holde op på grund af det. Så skulle det være høreapparat. Egentlig tror jeg, at jeg trænger til at få skyllet mine ører. Jeg har en snæver indgang til øret.

I sidstnævnte citat forskubbes kilden til problemet i flere omgange. Citatet illustrerer med al tydelighed den verden af følelser, som dårlig hørelse i mange tilfælde lukker op for. Når der er noget galt, må årsagen til problemet findes – og helst ikke udelukkende hos en selv.

Man kan dermed fremsætte den tese, at personer, som har en dårlig hørelse ifølge den kliniske test, men som samtidig ikke rapporterer om så store funktionelle høreproblemer, hovedsageligt består af to forskellige typer. For det første en gruppe af personer, som ikke har erkendt, at de lider af et høretab, og for det andet en gruppe, som har erkendt den dårlige hørelse, handler derefter og kompenserer fx ved hjælp af et høreapparat.

Endelig kan det selvfølgelig tænkes, at de faktisk ikke har nogen problemer med deres hørelse i dagligdagen eller i de pågældende lytsituationer.

At en vis del af personerne i nettostikprøven angiver at have adskillige problemer i dagligdagen, men samtidig ikke registreres som værende hørhæmmede i den audiologiske test, kan hænge sammen med måden, hvorpå en hørenedsættelse klassificeres i denne test. Et meget dårligt høreniveau på det ene øre vil ikke tælle specielt meget, hvis hørelsen på det andet øre er god. Det kan dermed tænkes, at en del af de personer, som selv angiver at have mange problemer i dagligdagen, men som gennem den audiologiske test og efterfølgende klassificering ikke får målt en specielt dårlig hørelse, måske blot har en nedsat hørelse på det ene øre – og at dette giver dem store besværigheder i dagligdagen (Noble & Gatehouse, 2004). Nyere undersøgelser tyder derudover på, at der er forskel på toneopfattelsen mellem det venstre og højre øre. Sproglige lyde opfattes bedst med det højre øre, hvortil musik opfattes bedst gennem det venstre (Singer & Cone-Wesson, 2004). Dermed kan et høretab på det højre øre få andre implikationer end et tilsvarende høretab på det venstre.

Den audiologiske test er desuden blot en måling af den nødvendige styrke i dB for at kunne høre forskellige toner i hertz. Som tidligere gennemgået, kan høreproblemer imidlertid antage flere forskellige former. De perceptuelle høreproblemer relaterer sig i højere grad til taleopfattelsen og en forringet skelneevne, hvilket ikke måles i den audiologiske test.

Nøget så simpelt som svarpersonens individuelle bolig- og samlevsforhold kan ligeledes påvirke besvarelsen af spørgsmålene vedrørende den subjektive opfattelse af hørelsen. Når der fx spørges til eventuelle problemer med at følge et TV-program ved en lydstyrke, som andre finder acceptabel, kan to personer, der ser fjernsyn ved samme lydstyrke, svare forskelligt, alt efter om de lever alene eller sammen med andre. En person, der lever alene, vil måske slet ikke vide, at han/hun ser fjernsyn ved en høj lydstyrke, da der ingen er til at fortælle dette, mens en person, hvis familie ønsker en lavere lydstyrke, ofte vil gøre svarpersonen opmærksom herpå. Det kan resultere i to forskellige besvarelser udelukkende baseret på omgivelsernes reaktioner. Lignende forklaringer kan gøre sig gældende i relation til de andre spørgsmål omhandler dagligdagens lyttesituationer.

Endnu en forklaring på divergensen mellem den klinisk målte hørelse og den funktionelle hørelse hænger sammen med de sociale og psykologiske karakteristika forbundet med hvert enkelt individ. Således viser undersøgelser, at der er en vis sammenhæng mellem forekomsten af psykosociale problemer og en øget tendens til at rapportere om problemer med hørelsen på trods af en ikke klinisk målbar hørenedsættelse (Hashimoto et al., 2004).

Derudover påvirkes vi alle forskelligt af forskellige faktorer. Der tages således ikke højde for, at forskellige personer ikke har samme afhængighedsforhold af deres hørelse og dermed påvirkes uens af en hørenedsættelse.

På trods af disse forklaringer skal det imidlertid ikke glemmes, at der som udgangspunkt er en klar overensstemmelse mellem de to mål. Ovenstående forklaringer omhandler således udelukkende den lille divergens mellem de to mål.

SAMMENFATNING

Da problemer med hørelsen kan antage forskellige former, anvendes forskellige mål for hørelsen i rapporten. Vi inddrager både et mål for hørenedsættelsen opnået gennem en audiologisk høretest og to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen. I nedenstående tabel vises udbredelsen af de forskellige høreprøblemer i nettostikprøven.

Tablet 3.8

Andel af nettostikprøven med forskellige høreprøblemer. Procent og antal.

| | Pct. | Antal |
|--|------|-------|
| Minimum en let hørenedsættelse klinisk målt | 37 | 879 |
| Mange/nogle vanskeligheder ved at følge en samtale | 27 | 653 |
| Problemer i 2-5 lyttesituationer | 17 | 397 |
| Tinnitus | 7 | 175 |
| Nedsat skelneevne | 4 | 105 |
| Overfølsomhed over for støj | 3 | 79 |
| Andre høreprøblemer | 3 | 72 |
| Ménière | 1 | 12 |
| Maksimum en meget let hørenedsættelse | 63 | 1.505 |
| Ingen vanskeligheder ved at følge en samtale | 73 | 1.747 |
| Problemer i 0-1 lyttesituation | 83 | 1.998 |

HVEM DELTAGER?

Efter at have indkredset både den klinisk målte hørenedsættelse og den funktionelle hørelse, som den opleves i hverdagen, vil vi i dette kapitel beskrive nettostikprøven ud fra graden af deres høreproblemer.

Først og fremmest behandles den umiddelbare sammenhæng mellem arbejdsmarkedstilknnytning og høreniveau, da det er omdrejningspunktet for denne rapport. Herefter følger en række krydstabeller mellem forskellige personkarakteristika og hørelsen.

Analyserne i de følgende afsnit er ment som en introduktion til emnet. Dette kapitel skal således i høj grad ses som en præsentation af nettostikprøven, hvor der gives et overblik over data og umiddelbare fordelinger. Betydningen af nedsat hørelse i forhold til arbejdsmarkedstilknnytning vil blive behandlet meget mere dybdegående og grundigt i de følgende kapitler gennem multivariate statistiske analyser.

BESKÆFTIGELSE OG HØREPROBLEMER

To tredjedele af personerne i nettostikprøven er i arbejde. 4 pct. er arbejdsløse, 11 pct. på førtidspension og 14 pct. på efterløn/overgangsydelse.

Der ser ud til at være en klar sammenhæng mellem den beskæftigelsesmæssige situation og hørelserelaterede problemer. Det er specielt blandt personer på førtidspension samt personer, der er længerevarende

sygemeldt, at mange har problemer med hørelsen. Personer på efterløn/overgangsydelse har ligeledes en forøget risiko for at have en klinisk målt hørenedsættelse, hvorimod de ikke ser ud til at have øgede funktionelle høreprøblemer i dagligdagen.

Der er ingen umiddelbar sammenhæng mellem den beskæftigelsesmæssige situation og andre former for høreprøblemer som tinnitus, Ménière, lydoverfølsomhed eller vanskeligheder med at skelne mellem forskellige lyd-kilder, som ikke registreres i den audiologiske test. Man skal dog være opmærksom på, at kun relativt få personer har angivet sådanne høreprøblemer, hvorfor det er svært at påvise en statistisk sammenhæng.

Stillingsstype og nedsat hørelse

For at få et samlet overblik over sammenhængen mellem stillingsstype og nedsat hørelse er personer, der ikke er i beskæftigelse, blevet spurgte, hvilken stilling de havde i deres seneste arbejde. De er derefter blevet kategoriseret i henhold til denne. Personer, der er i arbejde, kategoriseres naturligvis i henhold til deres nuværende stillingsstype. Dermed dækker variabelen stillingsstype både over personer i arbejde og personer, som ikke er i arbejde.

Faglærte og ufaglærte har størst risiko for at lide af nedsat hørelse. Denne sammenhæng gør sig gældende, uanset om der ses på de audiologiske målinger eller på de funktionelle oplevelser. Funktionærer/tjenestemænd har derimod klart færrest problemer med hørelsen. Dette understøtter formodningen om, at personer inden for bestemte erhverv har større risiko for at udvikle en hørenedsættelse.

Tabel 4.1 illustrerer de klare sammenhænge mellem stillingsstype og alle tre mål for høreprøblemer. Første søjle dækker over andelen af personer med minimum en let hørenedsættelse, i anden søjle er personer med problemer i mere end én af dagligdagens lyttesituationer medtaget, mens tredje søjle viser andelen af personer, som har angivet at have mange eller nogle vanskeligheder med at følge med i en samtale, hvor flere er samlet.

Der ses derimod ingen sammenhæng mellem stillingsstypen og tinnitus, Ménière, lydoverfølsomhed, vanskeligheder med at skelne mellem forskellige lyd-kilder eller andre lignende høreprøblemer.

Tabel 4.1

Nettostikprøven fordelt på klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter den beskæftigelsesmæssige situation. Procent og antal.

| | I arbejde | Arbejdsløs | Lv. sygm. | Uddannelse | Førtids-pension | Efterløn | Andet |
|--------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------|----------|-------|
| Samtlige | 67 | 4 | 1 | 0 | 11 | 14 | 3 |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | | | |
| Ingen | 34 | 33 | 19 | 20 | 26 | 19 | 34 |
| Megret let | 32 | 35 | 38 | 40 | 29 | 31 | 35 |
| Let | 23 | 22 | 24 | 40 | 24 | 31 | 22 |
| Moderat | 8 | 7 | 19 | 0 | 15 | 13 | 5 |
| Middeisvår/svær | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 | 5 | 3 |
| Megret svær/døv | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.600 | 103 | 21 | 5 | 269 | 325 | 65 |
| Gns. dB | 20,79 | 21,43 | 24,48 | 18,50 | 25,93 | 26,38 | 21,04 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | | | | |
| 0 – ingen problemer | 59 | 54 | 52 | 60 | 45 | 53 | 70 |
| 1 | 27 | 25 | 24 | 40 | 26 | 30 | 20 |
| 2 | 9 | 14 | 10 | 0 | 16 | 11 | 2 |
| 3 | 4 | 7 | 10 | 0 | 10 | 5 | 5 |
| 4 | 1 | 0 | 5 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| 5 – svære problemer | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 | 101 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.602 | 100 | 21 | 5 | 274 | 325 | 64 |
| Gns. antal problemer | 0,63 | 0,74 | 0,90 | 0,40 | 0,99 | 0,72 | 0,50 |
| <i>Følge med i en samtale**</i> | | | | | | | |
| Ingen vanskeligh. | 74 | 74 | 67 | 80 | 64 | 70 | 86 |
| Nogle vanskeligh. | 22 | 18 | 33 | 20 | 26 | 27 | 11 |
| Mange vanskeligh. | 4 | 8 | 0 | 0 | 10 | 3 | 3 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.604 | 103 | 21 | 5 | 272 | 326 | 64 |

* $\chi^2 = 78,35$, $df=30$, $p<0,0001$

** $\chi^2 = 78,35$, $df=30$, $p<0,0001$

*** $\chi^2 = 61,20$, $df=30$, $p=0,0007$

Ansættelsesform og nedsat hørelse

Der er sammenhæng mellem svarpersonernes ansættelsesform og nedsat hørelse, idet sandsynligheden for at være ansat i et flexjob, skånejob eller et job med en anden type af jobtilskud stiger, des større problemer man har med nedsat hørelse. Sammenhængen mellem ansættelsesform og nedsat hørelse ses både i forhold til den klinisk målte hørelse samt de funktionelle

Tabel 4.2

Personer, der er eller har været på arbejdsmarkedet fordelt på klinisk målt høre- nedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter stillingstype. Procent.

| | Selvstændig/ medhjælpende | Funktionær/ tjenestemand | Faglært | Ufaglært |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------|----------|
| Samtlige | 13 | 57 | 11 | 19 |
| <i>Klinisk målt høre nedsættelse*</i> | | | | |
| Ingen | 28 | 36 | 21 | 24 |
| Megret let | 32 | 34 | 28 | 31 |
| Let | 26 | 22 | 29 | 27 |
| Moderat | 10 | 6 | 17 | 12 |
| Middelsvær/svær | 3 | 2 | 4 | 5 |
| Megret svær/døv | 1 | 0 | 1 | 1 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 290 | 1.299 | 263 | 424 |
| Gns. dB | 23,05 | 20,05 | 27,03 | 24,94 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | |
| 0 – ingen problemer | 51 | 61 | 54 | 48 |
| 1 | 31 | 26 | 25 | 31 |
| 2 | 11 | 8 | 11 | 14 |
| 3 | 6 | 4 | 9 | 5 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 5 – svære problemer | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 292 | 1.301 | 262 | 430 |
| Gns. problemer | 0,77 | 0,59 | 0,79 | 0,84 |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 73 | 75 | 71 | 65 |
| Nogle vanskeligheder | 23 | 21 | 23 | 29 |
| Mange vanskeligheder | 4 | 4 | 6 | 6 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 291 | 1.306 | 264 | 429 |

* $\chi^2=81,15$, $df=15$, $p<0,0001$

** $\chi^2=45,98$, $df=15$, $p<0,0001$

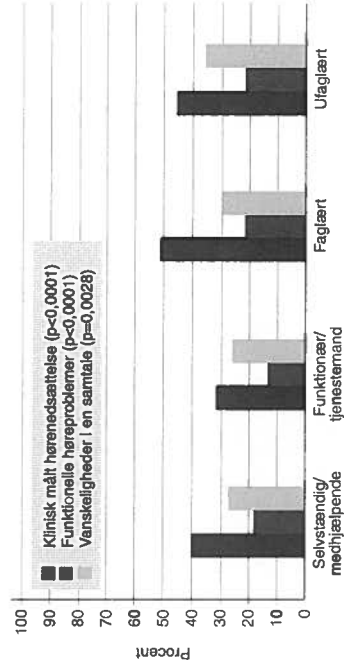
*** $\chi^2=19,97$, $df=6$, $p=0,0028$

høregenskaber i dagligdagen, om end sammenhængen med sidstnævnte mål er klart stærkere end med førstnævnte. Det forekommer da også ganske logisk, at des større problemer den enkelte selv oplever i forhold til sin høreelse, des større sandsynlighed er der for, at der ønskes et arbejde på særlige vilkår.

Sammenhængene består, selvom der kontrolleres for jobtype og køn. Andelen ansat i flexjob er ikke større blandt personer med tinnitus,

Figur 4.1

Nedsat høreelse i henhold til stillingstype.



Tabel 4.3

Personer i arbejde fordelt på ansættelsesform, særskilt efter klinisk målt høre- nedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| | Flexjob | Ikke flexjob | I alt | Antal |
|---------------------------------------|---------|--------------|-------|-------|
| Samtlige | 5 | 95 | 100 | 1.639 |
| <i>Klinisk målt høre nedsættelse*</i> | | | | |
| Ingen | 4 | 96 | 100 | 560 |
| Megret let | 4 | 96 | 100 | 530 |
| Let | 7 | 93 | 100 | 373 |
| Moderat | 5 | 95 | 100 | 122 |
| Middelsvær/svær | 7 | 93 | 100 | 42 |
| Megret svær/døv | 40 | 60 | 100 | 5 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | |
| 0 – ingen problemer | 4 | 96 | 100 | 967 |
| 1 | 6 | 94 | 100 | 433 |
| 2 | 6 | 94 | 100 | 141 |
| 3 | 11 | 89 | 100 | 73 |
| 4 | 11 | 89 | 100 | 18 |
| 5 – svære problemer | 0 | 100 | 100 | 2 |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 4 | 96 | 100 | 1.216 |
| Nogle vanskeligheder | 6 | 94 | 100 | 360 |
| Mange vanskeligheder | 5 | 95 | 100 | 59 |

* $\chi^2=18,90$, $df=5$, $p=0,0020$; $\gamma=0,16$, $p=0,0450$

** $\chi^2=13,31$, $df=5$, $p=0,0206$; $\gamma=0,29$, $p=0,0019$

*** $\chi^2=1,89$, $df=2$, $p=0,3884$; $\gamma=0,15$, $p=0,1138$

Ménière, lydoverfølsomhed, skelnevanskeligheder eller andre lignende hørep problemer.

Arbejde i det offentlige eller private erhvervsliv og nedsat hørelse

Der kan derudover umiddelbart spores en vis sammenhæng mellem den klinisk målte hørenedsættelse og ansættelse inden for det offentlige kontra det private erhvervsliv. Ser vi udelukkende på personer, der befinder sig inden for en af de tre kategorier, funktionærer/tjenestemænd, faglærte eller uaglærte, har personer ansat i det private erhvervsliv en større sandsynlighed for at have en klinisk målt hørenedsættelse ($\chi^2=26,787$, $df=5$, $p<0,0001$).

Derudover er andelen af personer, som angiver, at de har andre hørep problemer end en øget høretærskel, større blandt privatansatte end blandt offentligt ansatte ($\chi^2=3,108$, $df=1$, $p=0,0779$; $\gamma=-0,292$, $p=0,0374$).

Selvom flere kvinder end mænd er ansat i det offentlige, samtidig med at mænd og kvinder har forskellige grader af hørenedsættelser, skyldes sammenhængen mellem ansættelsesstedet og hørep problemer ikke en bagvedliggende kønsmæssig påvirkning. Forklaringen grunder sandsynligvis i, at private arbejdspladser i højere grad befinder sig inden for de mere støjfyldte brancher som fx industrien.

Det kan dermed overordnet set konkluderes, at nedsat hørelse synes at have visse effekter på arbejdslivet og tilknytningen til arbejdsmarkedet. Man skal dog være yderst varsom med at konkludere alt for meget på baggrund af ovenstående analyser, idet det er vigtigt at tage højde for, at en række andre faktorer og baggrundsforhold kan påvirke arbejdsmarkedstilknytningen. For bedre at forstå sammenhængen mellem nedsat hørelse og arbejdsmarkedstilknytning må vi derfor foretage en række analyser, der nærmere kan belyse, underbygge eller eventuelt afvise de umiddelbare sammenhænge, som er fundet hidtil i rapporten. Netop derfor er de multivariate analyser, der følger i de kommende kapitler, yderst relevante.

PERSONKARAKTERISTIKA OG NEDSAT HØRELSE

I de følgende afsnit belyses en række faktorer, der har betydning for arbejdsmarkedstilknytningen. Vi fokuserer her på sammenhængen mellem nedsat hørelse og baggrundsfaktorer som køn, alder, uddannelsesmæssig baggrund og helbred. Igen vil det blot være de umiddelbare sammenhænge, der blotlægges.

Køn og nedsat hørelse

Tabel 4.4

Nettostikprøven fordelt på klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høreegenskaber og vanskeligheder med at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter køn. Procent.

| | Kvinder | Mænd |
|--------------------------------------|---------|-------|
| Samtlige | 50 | 50 |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | |
| Ingen | 39 | 23 |
| Meget let | 35 | 29 |
| Let | 20 | 28 |
| Moderat | 4 | 14 |
| Middelsvær/svær | 1 | 5 |
| Meget svær/døv | 1 | 1 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.202 | 1.182 |
| <i>Funktionelle høreegenskaber**</i> | | |
| 0 - ingen problemer | 60 | 53 |
| 1 | 25 | 29 |
| 2 | 9 | 11 |
| 3 | 5 | 6 |
| 4 | 1 | 1 |
| 5 - svære problemer | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.204 | 1.191 |
| <i>Følge med i en samtale**</i> | | |
| Ingen vanskeligheder | 78 | 68 |
| Nogle vanskeligheder | 19 | 26 |
| Mange vanskeligheder | 3 | 6 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.206 | 1.194 |

* $\chi^2=161,38$, $df=5$, $p<0,0001$; $\gamma=0,36$, $p<0,0001$

** $\chi^2=10,95$, $df=5$, $p=0,0525$; $\gamma=0,11$, $p=0,0007$

*** $\chi^2=35,38$, $df=2$, $p<0,0001$; $\gamma=0,25$, $p<0,0001$

Mænd har generelt en dårligere hørelse end kvinder. Således har 20 pct. af mændene som minimum en moderat hørenedsættelse, mens det samme gælder for 6 pct. af kvinderne.

Også hvad angår de funktionelle høregenskaber og de selvrappede problemer ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, oplever mænd flere problemer end kvinder. Det er dog ganske interessant, at forskellene mellem de to køn synes at være klart størst, når der ses på den audiologiske høretest i forhold til de mere funktionelle problemer i dagligdagen.

Flere mænd end kvinder lider af tinnitus, idet 124 mænd og 51 kvinder har dette høreproblem ($\chi^2=33,56$, $df=1$, $p<0,0001$). Derudover angiver også flere mænd end kvinder problemer med at skelne mellem forskellige lydkluder (67 mænd mod 38 kvinder) ($\chi^2=8,65$, $df=1$, $p=0,0033$).

Der er derimod ingen forskel mellem de to køn mht. Ménière, overfølsomhed over for støj eller andre lignende høreprøblemer.

De kønsmæssige forskelle tilskrives gerne det faktum, at mænd i højere grad arbejder i de mere støjpåvirkede brancher inden for bl.a. industrien. Militærjeneste samt mere støjende fritidsaktiviteter spiller ligeledes en vis rolle (Toh et al., 2002). Samtidig fødes flere drenge end piger med høreskader (HRE, 2003). Nyere forskning har derudover påvist klare kønsmæssige forskelle i hørelsen hos nyfødte babyer. Og det er forskelle, som udelukkende kan tilskrives de biologiske forskelle mellem de to køn (Singer et al., 1998; Morlet et al., 1996; Eldredge & Salamy, 1996).

Alder og nedsat hørelse

Der ses i den kliniske høretest tydelige tegn på, at hørelsen forringes med alderen. 48 pct. af personer i nettoskprøven i aldersgruppen 50 til 52 år har ingen problemer med hørelsen, hvorimod dette kun gør sig gældende for 19 pct. af personer i aldersgruppen 62 til 64 år. I den ældste aldersgruppe er der 6 pct., som har en middelsvært eller svært hørenedsættelse – et niveau, der daler til 1 pct. for den yngste aldersgruppe, jf. tabel 4.5.

Der ses ligeledes en sammenhæng mellem nedsat hørelse og begge de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen.

Igen ser det ud til, at forskellene mellem aldersgrupperne er klart, når der ses på den klinisk målte og objektive hørelse. En del af forskellene forsvinder således, når der ses på den funktionelle hørelse i dagligdagen.

Tabel 4.5

Nettoskprøven fordelt på klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter alder. Procent.

| | 50-52 år | 53-55 år | 56-58 år | 59-61 år | 62-64 år |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Samtlige | 13 | 21 | 22 | 22 | 23 |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | |
| Ingen | 48 | 40 | 32 | 23 | 19 |
| Meget let | 30 | 34 | 35 | 31 | 30 |
| Let | 17 | 17 | 22 | 30 | 31 |
| Moderat | 3 | 7 | 9 | 11 | 13 |
| Middelsvært/svært | 1 | 2 | 2 | 4 | 6 |
| Meget svært/døv | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 317 | 490 | 519 | 515 | 543 |
| <i>Funktionel hørenedsættelse**</i> | | | | | |
| 0 – ingen problemer | 60 | 60 | 58 | 56 | 51 |
| 1 | 26 | 26 | 27 | 24 | 30 |
| 2 | 7 | 8 | 10 | 13 | 11 |
| 3 | 6 | 5 | 4 | 6 | 6 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 5 – svært problemer | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 318 | 490 | 519 | 520 | 548 |
| <i>Følge med i en samtale**</i> | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 78 | 73 | 75 | 72 | 68 |
| Nogle vanskeligheder | 19 | 22 | 21 | 24 | 27 |
| Mange vanskeligheder | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 320 | 491 | 521 | 519 | 549 |

* $\chi^2=177,01$, $df=20$, $p<0,0001$; $\gamma=0,27$, $p<0,0001$

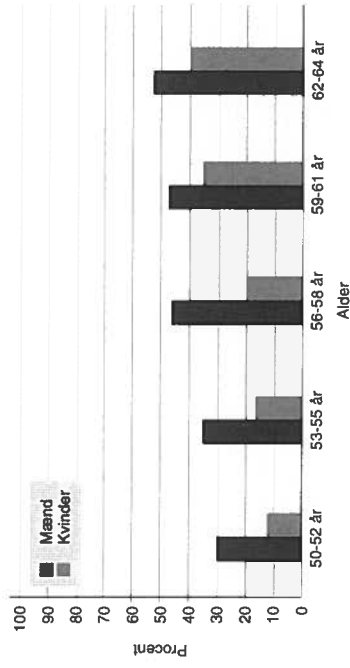
** $\chi^2=29,31$, $df=20$, $p=0,0818$; $\gamma=0,09$, $p=0,0003$

*** $\chi^2=14,75$, $df=8$, $p=0,0643$; $\gamma=0,10$, $p=0,0011$

Ved at sammenholde både køn og alder med de forskellige mål for nedsat hørelse fås et noget klarere billede af sammenhængen mellem de tre faktorer. Figur 4.2 illustrerer fordelingerne af den klinisk målte hørenedsættelse, hvor andelen af hhv. mænd og kvinder med minimum en let hørenedsættelse er medtaget. Figur 4.3 viser andelen af hhv. mænd og kvinder med funktionelle høreprøblemer i mere end en enkelt af dagligdagens lytte situationer. Figur 4.4 viser andelen af hhv. mænd og kvinder med mange eller nogle vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet.

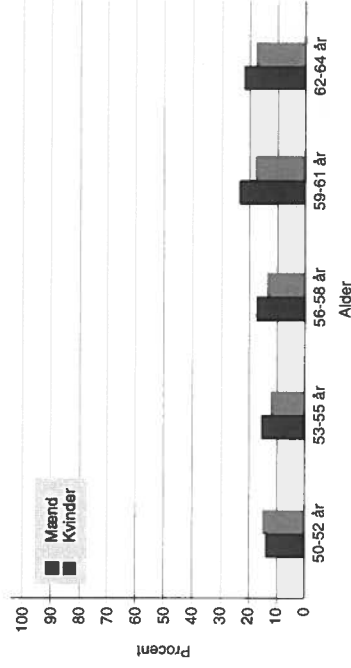
Figur 4.2

Andel mænd og kvinder med minimum en let hørenedsættelse i henhold til alder.



Figur 4.3

Andel mænd og kvinder med funktionelle høreproblemer i henhold til alder.

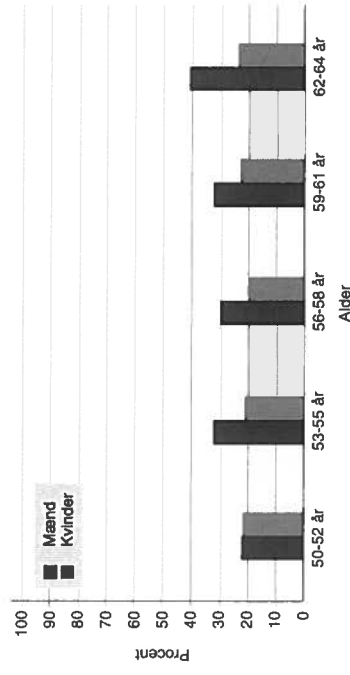


Uanset hvorledes hørenedsættelsen måles, stiger andelen med alderen, og flere mænd end kvinder har nedsat hørelse. Det ses også, at forskellen mellem de to køn er mest markant i den kliniske måling af hørenedsættelsen. Der er således fx ingen forskel mellem de to køn i den yngste aldersgruppe, når der ses på de to funktionelle mål for nedsat hørelse. I den kliniske måling ses derimod en forskel på over 20 procentpoint inden for samme aldersgruppe.

Der ses en vis sammenhæng mellem alder og forekomsten af tinnitus ($\chi^2=19,63$, $df=14$, $p=0,1424$; $\gamma=0,11$, $p=0,0144$), alder og evnen til

Figur 4.4

Andel mænd og kvinder med mange eller nogle vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet i henhold til alder.



at skelne mellem forskellige lydskilder ($\chi^2=16,93$, $df=14$, $p=0,2600$; $\gamma=0,15$, $p=0,0067$) og mellem alder og andre høreproblemer ($\chi^2=19,65$, $df=14$, $p=0,1416$; $\gamma=0,15$, $p=0,0189$).

Uddannelse og nedsat hørelse

Der forekommer at være en vis sammenhæng mellem det uddannelsesmæssige niveau og niveauet for hørenedsættelsen, idet hørelsen synes at blive bedre des højere uddannelsesniveau. Tydeligst sammenhæng ses i forhold til den klinisk målte objektive hørenedsættelse, men der ses også en vis sammenhæng med de funktionelle høregenskaber i dagligdagens lytsituationer.

Der er en svag tendens til, at personer med længere uddannelser er mere støjoverfølsomme end personer med kortere uddannelser ($\chi^2=5,14$, $df=5$, $p=0,3994$; $\gamma=0,15$, $p=0,0456$). Der ses imidlertid en modsat rettet tendens i forhold til en forringet skelneevne ($\chi^2=3,98$, $df=5$, $p=0,5524$; $\gamma=-0,13$, $p=0,0438$). Der er derimod ingen sammenhæng mellem uddannelse og forekomsten af tinnitus, Ménière eller andre høreproblemer.

Langt de fleste af de personer, der får målt en hørenedsættelse i dag, havde ikke denne, da de foretog deres uddannelsesvalg. Det er dog ikke muligt at få at vide, hvornår det pågældende høretab indtraf for samtlige personer i undersøgelsen, hvorfor en eventuel betydning heraf ikke kan undersøges.

Personer, som har angivet, at de har problemer med at følge med

Table 4.6

Nettostikprøven fordelt på klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, særskilt efter uddannelse. Procent.

| | Grundskole | Gymnasial | Faglært | Kort videreg. | Mellem-lang videreg. | Lang videreg. |
|--------------------------------------|------------|-----------|---------|---------------|----------------------|---------------|
| Samtlige | 20 | 2 | 42 | 9 | 17 | 9 |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | | |
| Ingen | 25 | 46 | 27 | 34 | 41 | 40 |
| Meget let | 31 | 18 | 33 | 37 | 28 | 38 |
| Let | 29 | 25 | 26 | 18 | 22 | 16 |
| Moderat | 11 | 11 | 10 | 7 | 7 | 5 |
| Middelsvær/svær | 4 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Meget svær/døv | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 481 | 44 | 1.001 | 226 | 409 | 215 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | | | |
| 0 - ingen problemer | 49 | 67 | 58 | 59 | 57 | 59 |
| 1 | 31 | 15 | 26 | 22 | 28 | 29 |
| 2 | 12 | 9 | 10 | 12 | 8 | 7 |
| 3 | 6 | 7 | 5 | 6 | 6 | 5 |
| 4 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 5 - svære problemer | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 485 | 45 | 1.003 | 226 | 410 | 217 |
| <i>Følge med i samtale***</i> | | | | | | |
| Ingen | 68 | 85 | 72 | 76 | 76 | 75 |
| Nogle | 26 | 13 | 23 | 21 | 21 | 21 |
| Mange | 6 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 486 | 45 | 1.005 | 226 | 412 | 217 |

* $\chi^2 = 81,00$, $df=25$, $p<0,0001$; $\gamma = -0,16$, $p<0,0001$

** $\chi^2 = 47,22$, $df=25$, $p=0,0046$; $\gamma = -0,07$, $p=0,0044$

*** $\chi^2 = 14,71$, $df=10$, $p=0,1429$; $\gamma = -0,09$, $p=0,0023$

i en samtale og derved har angivet, at de lider af en vis grad af hørenedsættelse, er dog blevet spurgt, om de også havde problemer med hørelsen, da de tog deres erhvervsuddannelse. Dette dækker over i alt 651 personer. Til dette svarer 47 personer ja (10 pct.), mens 430 svarer nej (89 pct.). 4 personer (1 pct.) ved ikke, om de havde problemerne dengang.

Ud af de 47 personer, som angiver at have haft problemer med hørelsen, mens de tog deres erhvervsuddannelse, finder 89 pct., at det

ingen betydning havde for deres uddannelsesvalg, 6 pct. at det havde en vis grad af betydning, og 6 pct. at det havde en høj grad af betydning.

Ser vi på, hvilke konsekvenser hørenedsættelsen havde for det faglige udbytte af uddannelsesaktiviteterne, angiver 72 pct., at det ingen konsekvenser havde. 4 pct. mener, det havde en positiv betydning, mens hhv. 19 og 2 pct. mener, det havde negative og meget negative konsekvenser.

Af de personer, som ikke har fået en erhvervsuddannelse, angiver kun 2 personer ud af 163, at dette havde noget at gøre med deres problemer med hørelsen.

Dermed synes personer, som tidligt er blevet opmærksomme på deres høreprøblemer, ikke selv at tillægge disse nogen stor betydning i forhold til deres uddannelsesvalg og uddannelsesforløb. Uddannelse skal imidlertid ikke nødvendigvis ses som en årsag til hørenedsættelsen, men i stedet som en indikator på betydningen af andre og bagvedliggende faktorer.

Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og nedsat hørelse handler således ikke nødvendigvis så meget om de hørehæmmedes valg af uddannelse, men i højere grad den type arbejde, uddannelsen leder til efter endt uddannelsesstudie. Personer, der har taget en videregående uddannelse, vil få bestemte typer arbejde på arbejdsmarkedet, mens personer med en faglig uddannelse eller grundskole får andre typer arbejde. Faglærte og ufaglærte arbejder således gerne inden for mere støjfyldte erhverv og i mere støjfyldte områder, mens personer med en videregående uddannelse oftere vil arbejde på et kontor.

Helbred og nedsat hørelse

Det ikke blot risikoen for nedsat hørelse, der stiger, som alderen skrider frem, også andre helbredsmæssige problemer støder i øget omfang til, når man bliver ældre. Det er derfor vigtigt inddrivningsvis at få fastlagt, i hvilket omfang personer med høreprøblemer har andre problemer med helbredet, som kan have været en medvirkende årsag til deres nuværende erhvervs-mæssige position. Altså om nedsat hørelse korrelerer med andre helbredsproblemer.

Nettostikprøven er derfor i tillæg til spørgsmålene angående deres hørelse blevet stillet en række andre spørgsmål angående deres helbred. Disse spørgsmål favner bredt og inkluderer både spørgsmål om den fysiske formåen og psykiske aspekter.

Som det fremgår af tabel 4.7, er problemer med bevægeapparat og

mobilitet de mest udbredte helbredsproblemer. Over en tredjedel af netostikprøven har således problemer med ryg eller nakke. Problemer med arme/hænder og ben/fødder er også udbredt. Mindst udbredt er problemer som epilepsi og talebesvær.

At mobilitetsproblemer er det oftest forekommende helbredsproblem i den danske befolkning, underbygges af adskillige andre undersøgelser (Bingfors & Isacson, 2004; Kjølter & Rasmussen, 2002; Clausen et al., 2004; Kjølter et al., 1995).

Kun signifikansniveau samt γ -værdier for sammenhængen mellem de enkelte helbredsproblemer og de tre mål for hørelsen er medtaget i tabellen. Vi har valgt udelukkende at vise resultaterne for testene, da en tabel med procentfordelinger ville være meget stor og uoverskuelig.

Der er sammenhæng mellem langt de fleste af helbredsproblemerne og en eller flere af høremålene. Dog ses visse forskelle alt efter måden, hvorpå hørelsen er undersøgt, idet det ser ud til, at lidt flere af helbredsproblemerne har en sammenhæng med en nedsat funktionel hørelse i dagligdagen end med en klinisk målt hørenedsættelse. Dette gør sig fx gældende i forhold til længerevarende helbredsproblemer samt mobilitetsproblemer forstået som problemer med ryg, nakke, arme, hænder, ben eller fødder.

Der ses endvidere en generel tendens til, at sammenhænge mellem de forskellige helbredsproblemer og de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen er stærkere end sammenhænge mellem den klinisk målte hørelse og helbredsproblemer. Dette skyldes formentlig, at helbredsproblemer ofte giver smerter, koster kræfter og tager en del af opmærksomheden. Derfor vil helbredsproblemerne i høj grad gå ud over den daglige *funktionalitet* og måden, hvorpå den enkelte fungerer i sin dagligdag.

Samtlige af ovenstående sammenhænge vil ikke blive gennemgået i det følgende, idet der henvises til tabel 4.7. I stedet vil nogle af de mere interessante resultater blive påpeget.

Først og fremmest ses en klar sammenhæng mellem de to mål for oplevede funktionelle hørebeproblemer og risikoen for at lide af en psykisk sygdom, hvilket bekræfter den effekt, hørebeproblemer kan have i forhold til det psykiske velbefindende.

Derudover ses en sammenhæng mellem en klinisk målt hørenedsættelse og blindhed eller synsedsættelse. Personer, der har problemer med synet, har således en bedre hørelse end personer uden problemer med synet. Dette ser ud til at underbygge myten om, at blinde og svagtsende

Tabel 4.7

Andel af netostikprøven med forskellige typer helbredsproblemer. Procent og antal samt γ -koefficienten for sammenhængen mellem de forskellige typer helbredsproblemer og målene for nedsat hørelse.

| | Pct. | Antal | Klinisk målt skaber | | Funktionelle egen-tale | |
|--|------|-------|---------------------|---------|------------------------|---|
| | | | Y | Y | Y | Y |
| Samtlige | 100 | 2.407 | | | | |
| <i>Har de problemer med...</i> | | | | | | |
| Ryg eller nakke (inkl. gigt i ryg eller nakke)? | 37 | 889 | | 0,10** | 0,15*** | |
| Arme eller hænder (inkl. gigt i arme eller hænder)? | 28 | 681 | | 0,14*** | 0,13** | |
| Ben eller fødder (inkl. gigt i ben eller fødder)? | 28 | 662 | 0,08** | 0,14*** | 0,21*** | |
| Hjerte, blodtryk eller kredsløb? | 24 | 585 | 0,12*** | 0,09* | 0,14** | |
| Hudlidelse eller allergi? | 23 | 544 | -0,12*** | | | |
| Åndedrætsbesvær (herunder astma og bronkitis)? | 12 | 300 | 0,08* | 0,14** | 0,13* | |
| Blindhed eller synsedsættelse på trods af brug af briller eller kontaktlinser? | 10 | 249 | -0,10* | | | |
| Mave, lever, nyrer eller fordøjelse? | 9 | 226 | 0,11* | 0,15** | 0,23*** | |
| Ordblindhed? | 9 | 220 | 0,34*** | 0,26*** | 0,35*** | |
| Andre længerevarende helbredsproblemer? | 8 | 189 | | 0,19** | 0,23** | |
| Psykisk sygdom? 1 | 7 | 165 | 0,11* | 0,25*** | 0,30*** | |
| Sukkersyge (diabetes)? | 5 | 115 | 0,19** | | | |
| Andre fremadskridende sygdomme (fx kræft, sklerose, hiv og Parkinsons syge)? | 3 | 67 | | | | |
| Talebesvær/stammen? | 2 | 44 | 0,21* | 0,33** | 0,41** | |
| Epilepsi? | 1 | 19 | *** | 0,50** | 0,47* | |

Ann.: *P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001.

1. Der er i spørgeskemaet blevet spurgit separat til psykisk sygdom og depression. De to spørgsmål er dog efterfølgende blevet lagt sammen, således at et ja til spørgsmålet om depression også betegnes som et ja til at have problemer med psykisk sygdom.

2. Den meget lave p-værdi skyldes, at der er en overhyppighed af personer med epilepsi blandt de svært hørehæmmede/døve. Det er derfor udelukkende χ^2 -testen, der er signifikant, hvorfor der ikke angives nogen γ -værdi.

kompenserer for deres manglende synsans ved at skærpe deres øvrige sanser.

I tillæg hertil ser det ud til at være en sammenhæng mellem de andre former for hørebeproblemer, der er spurgt til i undersøgelsen, og en række af helbredsproblemerne. Der ses fx en sammenhæng mellem mobilitetsproblemer og forekomsten af hørebeproblemer som tinnitus, Ménière

samt lydoverfølseomhed. En del af denne sammenhæng skyldes formentlig, at personer, der har et fysisk betonet arbejde med en øget støjpåvirkning, både vil have en højere sandsynlighed for at få mobilitetsproblemer og ovennævnte høreproblemer.¹ Dermed afstedkommer høreproblemerne ikke mobilitetsproblemerne, men de forskellige former for helbredsproblemer kan alligevel forstærke hinanden, så konsekvenserne eller besværlighederne forbundet med de separate helbredsproblemer kommer til at fremstå alvorligere.

At høreproblemer kan være yderst belastende, underbygges af de meget stærke sammenhænge, som ses mellem forekomsten af en psykisk sygdom og de forskellige former for høreproblemer. Sammenhængen mellem specielt tinnitus og psykiske problemer som stress, koncentrationsbesvær, søvnproblemer og depression er da også vidt underbygget i den eksisterende litteratur (Folmer & Shi, 2004; Hiller & Goebel, 2004; Hébert et al., 2004; Andersson, 2002).

Flere af de personer, som både lider af nedsat hørelse og tinnitus, påpeger, at tinnitus opleves som værre end selve hørenedsættelsen. Således siger en kvinde, der overvejer at gå på efterløn på pga. sin tinnitus:

I dagligdagen er det mest tinnitus, der generer. Jeg har computer derhjemme, den kan jeg ikke have tændt længe. Jeg vil gerne se håndbold, det kan jeg heller ikke. Jeg kan ikke gå til koncerter, det varer lang tid, inden larven lægger sig. Jeg ville også gerne i kirke, men orgellyd døjer jeg med. Larven i hovedet bliver optrappet, der kan gå otte dage, før den lægger sig.

Dette citat illustrerer de mange situationer, som påvirkes og besværliggøres, når man lider af tinnitus.

Dermed er tinnitus en lidelse, der i lighed med selve graden af hørenedsættelse bør sættes ind over for, hvis høreproblemerne i den danske befolkning skal afhjælpes. Med tanke på den nyeste udvikling, hvor flere og flere unge får konstateret tinnitus formodentlig som følge af det gentagne svøjbillende i dagligdagen og den øgede teknologiske udvikling med brug af fx mp3-afspillere, er det en problematik, som sandsynligvis blot vil tage til i fremtiden (Sundhedsstyrelsen, 2005).

1. Årsagen til Ménière er endnu ukendt, hvorfor den ikke nødvendigvis bunder i en øget støjpåvirkning (MTF, 2005).

Tabel 4.8

γ -koefficienten for sammenhængen mellem de forskellige typer helbredsproblemer og forskellige former for høreproblemer.

| | Tinnitus | | Ménière | | Overfølsomhed over for støj | | Nedsat skelneevne | |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------------------------|----------|-------------------|----------|
| | γ | γ | γ | γ | γ | γ | γ | γ |
| Har de problemer med... Ryg eller nakke? | 0,19** | | | | 0,44*** | | | |
| Arme eller hænder? | 0,16* | | | | 0,33** | | | |
| Ben eller fødder? | 0,16* | | 0,58* | | 0,32** | | | |
| Andre længerev. helbredsproblemer? | | | 0,71* | | 0,49** | | 0,34* | |
| Andre fremadskridende sygdomme? | | | | | 0,63* | | | |
| Hudlidselse eller allergi? | 0,23** | | | | 0,26* | | 0,21* | |
| Epilepsi? | | * | | | | | | |
| Hjerte, blodtryk eller kredsløb? | | | | | 0,27* | | 0,32* | |
| Åndedrætsbesvær? | | | | | | | | |
| Ordblindhed? | 0,32** | | | | | | 0,40** | |
| Blindhed eller synsnedsættelse? | | | | | | | 0,27* | |
| Psykisk sygdom?* | 0,45*** | | 0,90** | | 0,58** | | | |

Ann.: *P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001.

1. Der ses en p-værdi under 0,05 i χ^2 -testet, men ikke i γ -testet.

2. Der er i spørgeskemaet blevet spurgt separat til psykisk sygdom og depression. De to spørgsmål er dog efterfølgende blevet lagt sammen, således at et ja til spørgsmålet om depression også betegnes som et ja til at have problemer med psykisk sygdom.

Flere samtidige helbredsproblemer

Resultaterne viser derudover, at ét helbredsproblem i mange tilfælde følges af andre. I det vi foretager en faktoranalyse, viser det sig, at lidelser med ryg/nakke, arme/hænder og ben/fødder ofte følges ad. Personer, der har en hudlidselse eller allergi, har ikke overraskende også ofte åndedrætsbesvær, mens personer med diabetes gerne også har problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb. Dette betyder naturligvis ikke, at svarpersonerne ikke kan have den ene type problemer uden også at have den anden type. Risikoen for at have begge lidelser er blot forøget.

Et samlet mål for helbredsproblemer

En ting er dog udbredelsen af de forskellige helbredsproblemer, noget andet er antallet af problemer, hver enkelt person har. For at indfange dette aspekt er opstillet et indeks over det akkumulerede antal af helbredsproblemer:

Table 4.9

Helbredsproblemer akkumuleret. Procent og antal.

| | Pct. | Antal |
|-----------------------------------|------|-------|
| 0 helbredsproblemer | 25 | 590 |
| 1 | 21 | 512 |
| 2 | 20 | 483 |
| 3 | 13 | 320 |
| 4 | 10 | 234 |
| 5 | 6 | 137 |
| 6 | 3 | 66 |
| 7 | 1 | 32 |
| 8 | 1 | 23 |
| 9 | 0 | 8 |
| 10 helbredsproblemer ¹ | 0 | 2 |
| I alt | 100 | 2.404 |

1. Der er spurgt til 15 forskellige typer helbredsproblemer, men da ingen har mere end sammenlagt 10 helbredsproblemer, går indkøbet kun fra 0 til 10.

En fjerdedel af personerne i nettestikprøven har ingen helbredsproblemer, 21 pct. har et problem og 20 pct. to problemer. Kun ganske få har over seks problemer, men det er dog ganske store grupper, der har adskillige problemer.

Det er tidligere blevet konstateret, at personer med nedsat hørelse har større risiko for også at have bestemte andre typer helbredsproblemer. Spørgsmålet er, om de også generelt har flere helbredsproblemer end personer med en normal hørelse.

For overskuelighedens skyld er skalaen fra 0 til 10 helbredsproblemer i det følgende blevet inddelt i fire kategorier: ingen helbredsproblemer (25 pct.), et-to helbredsproblemer (41 pct.), tre-fire helbredsproblemer (23 pct.) og fem-ti helbredsproblemer (11 pct.).

Ser vi på sammenhængen mellem den klinisk målte hørelse og de øvrige helbredsproblemer mellem den klinisk målte hørelse og de problemer, ser vi kun en svag sammenhæng mellem de to variable. Dette tyder på, at personer med nedsat hørelse ikke har signifikant flere problemer med helbredet end personer med normal hørelse – bortset fra problemerne forbundet med selve hørelsen selvfølgelig.

Ser vi imidlertid på den funktionelle hørelse i hverdagen, som den fremstår i forbindelse med forskellige lyrsituationer og ved en samtale, hvor flere er samlet, fås et noget andet billede. Her viser det sig, at personer, som har funktionelle problemer med hørelsen, i højere grad end personer uden funktionelle hørelsesproblemer også har andre helbredsproblemer. Dette indikerer, at den måde, hvorpå man fungerer med sin

Table 4.10

Nettestikprøven fordelt på antal helbredsproblemer, særskilt efter klinisk målt hørelsesættelse, funktionelle hørelseskæber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| | Ingen | 1-2 | 3-4 | 5-10 | I alt | Antal |
|--------------------------------------|-------|-----|-----|------|-------|-------|
| Samtlige | 25 | 41 | 23 | 11 | 100 | 2.407 |
| <i>Klinisk målt hørelsesættelse*</i> | | | | | | |
| Ingen | 26 | 42 | 23 | 9 | 100 | 740 |
| Meget let | 23 | 42 | 24 | 11 | 100 | 767 |
| Let | 25 | 42 | 22 | 11 | 100 | 577 |
| Moderat | 22 | 41 | 19 | 18 | 100 | 217 |
| Middelsvær/svær | 22 | 42 | 24 | 12 | 100 | 76 |
| Meget svær/døv | 23 | 8 | 38 | 31 | 100 | 13 |
| <i>Funktionelle hørelseskæber**</i> | | | | | | |
| 0 – ingen problemer | 28 | 42 | 21 | 9 | 100 | 1.352 |
| 1 | 21 | 44 | 24 | 11 | 100 | 646 |
| 2 | 19 | 32 | 29 | 19 | 99 | 236 |
| 3 | 16 | 45 | 26 | 13 | 100 | 128 |
| 4 | 24 | 38 | 21 | 17 | 100 | 29 |
| 5 – svære problemer | 0 | 25 | 0 | 75 | 100 | 4 |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 27 | 42 | 22 | 9 | 100 | 1.747 |
| Nogle vanskeligheder | 19 | 41 | 26 | 15 | 101 | 547 |
| Mange vanskeligheder | 16 | 37 | 25 | 23 | 101 | 106 |

* $\chi^2 = 25,13$, $df=15$, $p=0,0482$; $\gamma=0,05$, $p=0,0170$

** $\chi^2 = 66,17$, $df=15$, $p<0,0001$; $\gamma=0,16$, $p<0,0001$

*** $\chi^2 = 43,75$, $df=6$, $p<0,0001$; $\gamma=0,20$, $p<0,0001$

hørelse i hverdagen, influeres af andre faktorer end de rent fysisk målelige. Har man det generelt fysisk dårligt, vil også hørelsesproblemer blive mere problematiske. Dette underbygges af Hashimoto et al. (2004), der finder, at personer med psykosociale problemer i højere grad end personer uden psykosociale problemer oplever at have funktionelle hørelsesproblemer, selvom der ingen hørelsesproblemer kan spores i en audiologisk test. Som tidligere påpeget, ser vi også i nærværende undersøgelse en sammenhæng mellem psykiske problemer og de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen.² Andre studier finder ligeledes en sammenhæng mellem et

2. Der synes dermed at være en vis sammenhæng mellem det fysiske og psykiske velbefindende, fx finder Unruh sammenhæng mellem smerter i dagligdagen og risiko for at udvikle en depression (Unruh, 1996).

føringet helbred og en nedsat funktionel hørelse (Crandell et al., 2003; Kochkin & Rogin, 2000; Pope & Sowers, 2000; Crandell, 1998; Bess et al., 1989).

Argumentationsgangen ved denne problemstilling er dog en anelse som hønen og ægget-problematikken. Det kan således være, at personer, der som udgangspunkt oplever, at de hører dårligt, i højere grad lægger mærke til andre helbredsmæssige problemer, der også påvirker deres dagligdag. Ser man sig først besværet af én ting i dagligdagen, oplever man ofte også andre ting som mere problematiske.³

Visse medikamenter kan derudover give nedsat hørelse som en bivirkning.

Alligevel indikerer resultaterne, at måden, hvorpå den enkelte fungerer med sin hørelse, er af markant betydning i forhold til høre- og taleforståelse. Man har således i adskillige undersøgelser fundet frem til, at brugen af et høreapparat kan forbedre opfattelsen af eget helbred. Når personer med nedsat hørelse får et godt anvendt høreapparat, rapporterer de i mindre grad om andre fysiske gener og et forringet psykisk helbred, end de gjorde før, de fik tildelt høreapparatet (Kochkin & Rogin, 2000; Crandell, 1998; Chmiel & Jerger, 1996; Mulrow et al., 1990; Dye & Peak, 1983).

Selvom noget tyder på, at de funktionelle mål ikke blot indfanger et fysisk aspekt ved hørelsen, er målet ikke udelukkende udtryk for en rent subjektiv *oplevelse* af hørelsen. Som det tidligere er blevet beskrevet, findes der mange forskellige former for høre- og taleforståelse. Nedsat hørelse hænger således ikke udelukkende sammen med et behov for en øget lydstyrke. I modsætning til de konduktive former medfører de perceptive former for høreproblemer fx en forringet evne til at skille de enkelte talelyde fra hinanden eller en forringet taleforståelse. Selve lydopfattelsen er forandret. Der findes dermed en fysisk årsag til høreproblemerne, men denne årsag og selve problemerne afsløres ikke gennem den audiologiske test.

3. I flere undersøgelser konkluderer man, at personer, som oplever smerter i dagligdagen, er ekstra overfølsomme over for nytilkomne smerter i forhold til personer, der ikke oplever en allerede eksisterende smerte. Dermed tyder noget på, at kroniske smerter kan medføre ændringer af smertesytemets tilstand, så der reageres kraftigere på nytilkomne påvirkninger (Arendt-Nielsen, 2003; Rollman et al., 2004). Et fysisk fænomen, som til en vis grad kan gøre sig gældende i forhold til måden, hvorpå den enkelte oplever og fungerer med sin hørelse og problemer forbundet med denne, alr efter niveauet for andre eksisterende helbredsproblemer.

De to funktionelle mål for høreproblemer opfanger dermed både et behov for et øget lydstyrkeniveau, en fysiologisk grundet forringelse af lyd- og taleopfattelsen, påvirkninger fra individuelle psykiske og sociale forhold samt erkendelsen af og reaktionen på den nedsatte hørelse.

Vi ser da også en sammenhæng mellem antallet af helbredsproblemer og de andre former for høreproblemer, der er blevet spurgt specifikt til i undersøgelsen. Sandsynligheden for at have mange helbredsproblemer stiger således ved forekomsten af tinnitus ($\chi^2=20,03$, $df=3$, $p=0,0,0002$), overfølsomhed over for støj ($\chi^2=30,17$, $df=3$, $p=0<0,0001$) og en nedsat skelneevne ($\chi^2=8,78$, $df=3$, $p=0,0323$). Hvad angår sammenhængen mellem Ménière og antallet af helbredsproblemer, ser vi udelukkende en øget sandsynlighed for Ménière blandt personer med over 4 helbredsproblemer kontra personer med 0-4 helbredsproblemer ($\chi^2=18,41$, $df=1$, $p=0<0,0001$).

SAMMENFATNING

Det er i dette kapitel blevet påvist, at nedsat hørelse umiddelbart har en vis sammenhæng med arbejdsmarkedstilknyningen og samtidig er forbundet med en række individkarakteristika.

Der er en klar overrepræsentation af høre- og taleforståelse blandt førtidspensionister og langtidssygemeldte, mens der også ses en vis sammenhæng mellem valget af efterløn og høreproblemer. Derudover har mænd flere problemer med hørelsen end kvinder. Sammenhængen mellem køn og nedsat hørelse er imidlertid stærkest, når vi ser på den klinisk målte høre- og taleforståelse, hvorimod en del af de kønsmæssige forskelle forsvinder, når vi ser på de funktionelle høre- og taleforståelse. Ældre har ikke overraskende flere problemer med hørelsen end yngre. Faglærte og ufaglærte har flere høreproblemer end selvstændige og funktionærer/tjenestemænd, mens personer med kortere uddannelser har flere problemer med hørelsen end personer med længerevarende uddannelser.

Derudover oplever personer med helbredsproblemer flere funktionelle høre- og taleforståelse end personer uden helbredsproblemer.

ARBEJDSLIV

PÅVIRKER HØREPROBLEMER ARBEJSLIVET?

Kommunikationsvanskeligheder influerer på adskillige af de områder, indvidet bevæger sig inden for i sin dagligdag. Når problematikken angår ende nedsat hørelse kommer på bane, tænker mange umiddelbart på de begrænsninger, høreproblemer sætter i forhold til familielivet og det sociale liv. Men også når det kommer til livet på arbejdsmarkedet, er en forholdsvis problemfri interaktion med andre mennesker en vigtig forudsætning for en god trivsel. For at forstå på hvilken måde nedsat hørelse kan påvirke arbejdsmarkedstilknytningen, indledes analyserne med et blik på hørelsens mulige effekt på den enkeltes arbejdsliv og trivsel på arbejdspladsen.

På trods af at hørehæmmede generelt er lige så tilfredse med deres arbejde som den øvrige del af befolkningen, har man i tidligere undersøgelser fundet, at personer med nedsat hørelse oplever et forringet arbejdsliv på flere specifikke punkter. Først og fremmest oplever hørehæmmede at have et dårligere kollegialt arbejdsmiljø samt en mindre grad af støtte og opmuntring fra overordnede på arbejdspladsen end personer med en normal hørelse. Derudover har de større risiko for 'udbrændthed' i forbindelse med deres arbejde, idet de i højere grad føler sig fysisk og psykisk udmattede efter endt arbejdsdag (Clausen, 2003). Alt dette har i sidste ende betydning for hørehæmmede personers mulighed for at manifestere sig på arbejdspladsen og opnå den bedst tænkelige arbejdsituation. Spørgsmålet

er så, i hvilket omfang lignende sammenhænge mellem arbejdslivet og nedsat hørelse gør sig gældende i denne undersøgelse.

Begrebet arbejdsliv er bredt. Det dækker over mange aspekter ved det at arbejde og fungere på en arbejdsplads. Arbejdslivet udgøres af de faktorer, som omgiver den enkelte i arbejdet, og det udspilles mellem organisation, ledelse, gruppe og individ. Dermed indbefatter arbejdslivet både de organisatoriske rammer for arbejdet, arbejdsopgavernes art og krav, relationen til ledelse og myndigheder samt de sociale relationer på arbejdspladsen (Limborg, 2003).

Med denne brede definition af arbejdslivsbegrebet er det vigtigt, at flere elementer vedrørende de hørehæmmedes arbejdsliv og arbejdsforhold medtages i undersøgelsen. Arbejdslivet søges derfor belyst gennem en række forskellige spørgsmål, der dækker bredt over de forskellige aspekter og faktorer vedrørende arbejdet, arbejdsituationen og arbejdsforholdene. Der ses indledningsvis i kapitlet på hørelsens betydning for arbejdslivet og arbejdsophør, som den kommer til udtryk i de kvalitative interview. Herefter inddrages resultaterne af den kvantitative spørgeskemaundersøgelse.¹

Hørelsens betydning for arbejdslivet – kvalitativ undersøgt

Selvom alle de personer, vi har interviewet, selv angiver at have høreprøblemer, mener langt størstedelen af dem, at deres høreprøblemer ikke har nogen afgørende indflydelse på deres arbejdsliv eller deres evt. arbejdsophør.

Stadig på arbejdsmarkedet

De, der stadig er i arbejde, er næsten alle glade for dette, og vil meget nødig holde op. I den forbindelse nedtoner mange betydningen af hørenedssettelsen: "Er handicap? – Nej. Jeg kan bare spørge. Eller lade som om, det ikke var til mig", siger en kvinde, der driver en rideskole, som hun selv er glad for. Hun har ikke overvejet at trække sig tilbage.

En anden kvinde, som arbejder med børn, er ligeledes meget glad for dette og vil helst beholde arbejdet så længe som muligt. Hendes hørelse er dårlig, fordi hun har slået hovedet, hvilket også har betydet, at hun ofte har en alvorlig hovedpine. Hvis hun tvingsvis til at holde op, er det ikke hørelsen, men hovedpinen og hukommelsen, der vil være årsagen. Bør-

1. Personer, som er i arbejde, har besvaret spørgsmålene ud fra deres oplevelse af dette, mens personer, som ikke er i arbejde, har besvaret spørgsmålene ud fra deres seneste arbejde.

nene ved godt, at hun hører meget forkeret, og at hun kan finde på at svare på en underlig måde, men det tager de som en helt naturlig ting.

Et par af de mænd, vi har talt med, vil gerne fortsætte med at arbejde, også efter de 65 år. I den forbindelse spiller deres høreprøblemer ikke nogen rolle. En klarer sig med høreapparat, andre nævner, at det kun er, når flere er sammen og mest i fritiden, at hørelsen er et problem. De vil nødig undvære arbejdet, men de kan jo blive tvunget til det, hvis helbredet svigter. En oplyser dog, at det godt kan være, at han på et tidspunkt vælger at gå på efterløn, men det skulle så være for at få tid til andre ting. Den nedsatte hørelse generer ham overhovedet ikke.

Andre af de interviewede går derimod bare og venter på, at de kan komme på efterløn. De begrundet dette med et ønske om mere tid til børnebørnene eller egne interesser, at den fagmæssige udvikling går for hurtigt eller helbredsmæssige årsager. Her er det bemærkelsesværdigt, at kun et par af de mange, vi har ringet til – som alle har nedsat hørelse – nævner hørelsen som noget, der har betydning for deres fremtidige tilbagetrækning.

Efterlønsmodtagere

Heller ikke hørehæmmede, som har afsluttet deres arbejdsliv, mener selv, at deres høreprøblemer havde betydning for den førtidige tilbagetrækning. De fleste fandt, at den nedsatte hørelse ikke var et problem i forhold til deres arbejde. Det gælder også i tilfælde, hvor hørenedssettelsen er betydelig: "Jeg kunne ikke bruge høreapparat på arbejdet, for det forstærkede bare den støj, der var der", siger en mand, der er gået på efterløn, fordi: "nu var det tiden til det". Men hørenedssettelsen gav: "ingen problemer på arbejdet – ikke flere, end man kunne grine af". Det er, når man kommer hjem, at den dårlige hørelse er en virkelig gene.

Der angives en række forskellige grunde til valget om at gå på efterløn. Mændene giver begrundelser som: Det gjorde man dengang, arbejdspladsen lukkede, det var ikke muligt at få arbejde på det tidspunkt, der blev forlangt mere og mere i det pågældende job, en rygskade og ønsket om at få tid til andre ting. De kvinder, vi har talt med, gør det på grund af strukturændringer og nedskæringer, én siger, hun var slidt ned, og én, at hendes mand gik på efterløn samtidig. For en enkelt af kvinderne havde det med hendes tinnitus at gøre. Men hun er den eneste af efterlønsmodtagerne, som giver hørelsen en betydning for, at hun er ophørt med at arbejde.

En tidligere hjemmehjælper, der angav nedskæringer som årsag til,

at hun holdt op, havde ellers syntes meget godt om sit arbejde med de ældre. Hun savner kollegerne, men det var utilfredsstillende, at hun kun kunne komme hos de ældre en time hver 14. dag. Det betød også noget for hende, at hun skulle ud at cykle i al slags vejr. Hørelsen var kun en gene til møder, og dem gik hun alligevel ikke så højt op i. Hun kunne bare få en kollega til at fortælle i hovedtræk, hvad det havde handlet om.

En anden kvinde, som gjorde rent på en institution, skulle op klokken halv fem om morgenen for at komme på arbejde. Det var en lettelse for hende at holde op. Hun havde ganske vist gode kolleger, men jobbet havde hun kun for at have noget at leve af. Nu vil hun gerne have nogle "gode år". Den nedsatte hørelse har ikke betydet noget i hendes job. Dette gælder ligeledes for dem, der er holdt op for at være mere sammen med familien. Høreproblemerne har ikke betydet noget i arbejdet. Det er derimod et meget større problem, når de er sammen med andre mennesker i fritiden og efter arbejdsophør.

En tidligere jord- og betonarbejder er gået på efterløn pga. en rygskaide, han har erhvervet sig som følge af sit arbejde, som han har haft i over 40 år. Han mener, at han har fået hørenedsættelsen på grund af støjen fra de lufthammere, som han ofte bejntente. Selv om han dårligt kan følge med, når der er mere end to personer til stede, betyder hørenedsættelsen ikke så meget for ham, og han har ikke tænkt på at få høreapparater: "Normalt kommer der ikke så mange mennesker". Tv hører han fint, bare lyden er høj nok. Den nedsatte hørelse var heller ikke noget problem for ham i arbejdet.

Førtidspensionister

Hvor baggrunden for at vælge efterløn kan være meget forskellig, er førtidspension ikke noget, man selv kan vælge. Førtidspension tilkendes kun folk, som har stærkt nedsat arbejdsevne af helbredsmæssige grunde. Førtidspensioner tilkendt før 2003 kan ligeledes have haft sociale årsager. Nedsat hørelse vil i almindelighed ikke nedsætte arbejdsevnen i en sådan grad, at det kan være et selvstændigt grundlag for en førtidspension.

De fem førtidspensionerede kvinder, vi har talt med, har fået tilkendt deres pensioner på grund af tarmlidelse, diskusprolaps, slidgigt, fibromyalgi og kræft. De to førstnævnte har fået nedsat hørelse på grund af larm på deres arbejdsplads. Sidstnævnte har fået hørenedsættelsen på grund af kemoterapi. Vi har i alt interviewet syv førtidspensionerede mænd. Heraf har fire fået pensionen på grund af hjerneblødning eller blodprop, to, fordi de var slidt op, og en på grund af malersyndrom. Fire

af mændene har været udsat for larm på deres tidligere arbejdspladser. Det er i øvrigt påfaldende, at ingen nævner psykiske sygdomme, som vi ellers ved, er en af de almindeligste grunde til førtidspension.

Efter at have interviewet i alt 39 mennesker med høreproblemer, får man det indtryk, at en hørenedsættelse ikke påvirker arbejdslivet i nogen nævneværdig grad. Samtidig ser både hørenedsættelsen og årsagen til et eventuelt arbejdsophør ud til at have sin baggrund i belastninger og miljø på arbejdspladsen. Ifølge interviewene er årsagerne til den førtidige tilbagevækning invaliderende skader og sygdomme, mens årsagen til hørenedsættelsen er strøjniveauet på arbejdspladsen. I et enkelt tilfælde angives hørenedsættelsen til at være en følge af behandlingen mod en invaliderende sygdom. Alt dette giver en mistanke om, at der ikke er nogen direkte sammenhang mellem en hørenedsættelse og arbejdsophør. I interviewene ser det altså ud som om, det er helbredsproblemer og ikke hørenedsættelsen, der forårsager arbejdsophøret, men at de to ting har et fælles grundlag – arbejdet.

Dette står noget i modstrid med resultaterne af tidligere undersøgelser, hvori arbejdslivet i høj grad ser ud til at blive påvirket for personer med en hørenedsættelse.

Men hvordan ser det ud, når vi ikke beder folk om at forholde sig direkte til deres høreproblemers betydning for arbejdslivet, men i stedet beder dem om at beskrive selve deres arbejdsliv? Har personer med høreproblemer samme opfattelse af deres arbejdsliv som personer med en normal hørelse?

Hørelsens betydning for arbejdslivet – kvantitativt undersøgt

Hvor det udelukkende er personer med høreproblemer, som deltager i de kvalitative interview, er en force ved det kvantitative spørgeskema, at både hørehæmmede og normalt hørende har besvaret enslydende spørgsmål. Det er således muligt at sammenligne besvarelsene uden direkte at inddrage holdningen til hørelsen og dennes betydning for arbejdslivet.

Det skal først og fremmest påpeges, at problemer med hørelsen ikke får selve arbejdet til at føles som en ubehagelig byrde, eller at de arbejdsmæssige valg har været forkerte. Dermed synes hørehæmmede i lige så høj grad som personer med en normal hørelse at tillægge selve deres arbejde en positiv værdi.

Når dette er sagt, finder vi imidlertid også en række punkter relateret til arbejdslivet og arbejdsituationen, hvor personer med nedsat hørelse adskiller sig fra personer med normal hørelse i deres spørgeske-

mabesvarelser. Op mod halvdelen af de personer, som selv angiver at have haft problemer med hørelsen i deres seneste erhvervsarbejde, tilkendegiver således i spørgeskemaet, at de har haft problemer med at tale med andre mennesker som følge af høreproblemerne. En fjerdedel finder, at deres hørelse har influeret på udførelsen af arbejdsopgaverne samt efteruddannelses- og videreuddannelsesmulighederne på arbejdspladsen. 57 pct. mener, at deres høreproblemer har haft betydning for udbyttet af møder på arbejdspladsen i større eller mindre grad.

Tablet 5.1

Personer med mange eller nogle vanskeligheder ved at følge en samtale fordelt på specifikke konsekvenser af høreproblemerne. Procent.

| Høreproblemer ... | Ja | Nej | I alt | Antal |
|---|----|-----|-------|-------|
| har betydning for udbyttet af møder | 57 | 43 | 100 | 144 |
| giver problemer med at tale med andre mennesker | 48 | 52 | 100 | 151 |
| har betydning for videre- og efteruddannelsesmuligheder | 28 | 72 | 100 | 144 |
| har betydning for udførelsen af arbejdsopgaver | 26 | 74 | 100 | 144 |

Dermed synes arbejdslivet alligevel at blive påvirket for personen med høreproblemer – og det vel at mærke i en sådan grad, at de hørhæmmede selv er opmærksomme herpå.

I langt størstedelen af spørgsmålene spørges ikke direkte til hørrelsens indvirkning på arbejdslivet. I stedet er samtlige svarpersoner blevet bedt om at vurdere specifikke punkter og områder af deres arbejdsliv, uden at hørelsen opræder som en faktor. Det bliver derved muligt statistisk at undersøge, i hvilket omfang eventuelle høreproblemer har en bagvedliggende indflydelse på oplevelsen af arbejdslivet og om personer, der har problemer med hørelsen, oplever forringede arbejdsforhold på specifikke områder. Ved ikke direkte at inddrage hørelsen i spørgsmålsformuleringen bliver det endvidere muligt at undersøge hørrelsens betydning for oplevelsen af arbejdslivet for de personer, der har et ukendt høretab.

Det viser sig således, at personer med høreproblemer har visse andre oplevelser af deres arbejdsliv end personer uden høreproblemer.

Vi vil i det følgende se på fire forskellige elementer i arbejdslivet for de hørhæmmede kontra normalt hørende:

- Arbejdsopgaver og de ledelsesmæssige relationer
- Det sociale arbejdsmiljø

- Ansættelsesforhold
- Indretningen af arbejdspladsen.

Indflydelse, autonomi og relation til ledelsen

Der er i den offentlige debat bred enighed om, at arbejdet og arbejdslivet har været under forandring de seneste årtier. Begreber som 'det moderne arbejde', 'det fleksible arbejde', 'det grænsløse arbejde' og 'det udviklende arbejde' anvendes til at beskrive nyere og mindre traditionelle arbejdsformer, mens ledelsesstrategier som HRM og fleksibel ledelse i stigende grad søges benyttet.

Med de mere moderne former for arbejdsorganisering og ledelsesmæssige relationer har medarbejderens rolle i arbejdsprocessen fået en anden fokus. Selvom det understreges, at også visse faldgruber er forbundet med disse nyere arbejdsformer (Limborg, 2003; Holt, 2003; Bovbjerg, 2003; Bason et al., 2003; Csonka, 2000), anses de mere moderne og fleksible arbejdsformer som oftest for at være til gode for medarbejderne. Flade strukturer på arbejdspladsen, decentralisering, selvbestemmelse og medbestemmelse for medarbejderne og udviklingsmuligheder i arbejdet søges udbygget til fordel for individet, og flere undersøgelser tyder på, at personer med et fleksibelt og udviklende arbejde er mere tilfredse med deres arbejde og har det psykisk bedre (Csonka, 2000; Thaulow, 1994).

Der er dermed opstået et syn på 'det gode arbejde', hvor forhold som selvbestemmelse, medbestemmelse og indflydelse er blevet nøglebegreber.

Med dette syn på arbejdets organisering og de ledelsesmæssige relationer fremstår eventuelle forskelle i graden af selvbestemmelse og indflydelse i arbejdet mellem hørhæmmede og normalthørende personer som et vigtigt aspekt ved arbejdslivet og dets betydning for arbejdsmarkedstilknytningen. Det skal ikke diskuteres nærmere i denne rapport, hvorvidt det fleksible og moderne arbejde vitterligt er bedre end det mere traditionelle arbejde. Uanset hvilket syn der antages i forhold til de forskellige arbejdsformer, er eventuelle *forskelligheder* mellem hørhæmmede og normalt hørende det afgørende i denne rapport. Er hørhæmmede underlagt andre former for arbejdsorganisering end normalt hørende, er det i højere grad dét, der er det interessante end fordele ved den ene eller anden form.

Graden af indflydelse på egne arbejdsopgaver og relationen til ledelsen på arbejdspladsen hænger naturligvis i høj grad sammen med den type af stilling, man har. Der er således stor forskel på at være funktionær/tjenestemand, faglært arbejder og ufaglært arbejder, idet der i specielt sidst-

nævnte stillingstype er ringe tradition for stor medindflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet og arbejdsopgaverne, mens førstnævnte har rummet mere autonomi i arbejdet. Da vi samtidig ved, at faglærte og ufaglærte i højere grad lider af nedsat høreelse, er det vigtigt at tage højde for stillingstypens indflydelse på sammenhængen mellem nedsat høreelse, uforminngen af arbejdet og relationen til ledelsen på arbejdspladsen.²

På trods af ovenstående forbehold viser det sig, at hørehæmmede skiller sig ud i forhold til en række centrale elementer berørende relationen mellem ledelse og medarbejder samt arbejdsopgavernes indholdsudfyldelse.

For det første ses en selvstændig sammenhæng mellem, hvor stor indflydelse den enkelte har på sine arbejdsopgaver og nedsat høreelse. Personer uden vanskeligheder med at følge med i en samtale, hvor flere er samlet, oplever således at have mere indflydelse på deres arbejdsopgaver end personer, som har vanskeligheder. En lignende sammenhæng ses i forhold til at blive taget med på råd af overordnede i spørgsmål, der angår egne arbejdsopgaver.

Graden af delagtiggørelse i forbindelse med egne arbejdsopgaver synes ligeledes at hænge sammen med antallet af funktionelle høreproblemer i dagligdagens lyttesituationer (jf. tabel 5.3). Derudover har hørehæmmede også en større grad af tvivl angående selve arbejdsopgaverne og den overordnede forventninger til arbejdsindsatsen.

Køns-, alders-, helbreds-, uddannelses- eller stillingsmæssige forskelle bortforklarer ikke ovenstående sammenhænge.

Der er derudover kontrolleret for forskelle alt efter, om svarpersonerne har trukket sig tilbage, eller om de stadig er på arbejdsmarkedet. Da man kan forvente, at det specielt er personer, der har en forringet oplevelse af deres arbejdsliv, som trækker sig tilbage, er det nødvendigt at undersøge, om selve tilbagetrækningen forklarer ovenstående sammenhænge. Dette er imidlertid ikke tilfældet.

Dermed ser det alt i alt ud til at være en vis sammenhæng mellem måden, hvorpå den enkelte fungerer med sin høreelse og indflydelse i forhold til arbejdsopgaver og ledelse på arbejdspladsen. Personer med nedsat høreelse oplever en ringere grad af selvbestemmelse og indflydelse i forhold til deres arbejdsopgaver. Samtidig synes relationen til ledelsen at være forringet med en mindre grad af udveksling og samarbejde.

2. Selvstændige/medhjælpende er ikke medtaget i de følgende analyser.

Tabel 5.2

Nettostikprøven fordelt på graden af indflydelse på arbejdsopgaver og at blive taget med på råd af overordnede, særskilt efter vanskeligheder i en samtale, når flere er samlet. Procent.

| Samtlige | Vanskeligheder ved samtale | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------|-------|--|
| | Ingen | Nogle | Mange | |
| Indflydelse: | 73 | 23 | 4 | |
| I høj grad/til en vis grad | 83 | 77 | 72 | |
| Ikke særligt/nej | 17 | 23 | 28 | |
| I alt | 100 | 100 | 100 | |
| Procentgrundlag | 1.720 | 541 | 102 | |
| Med på råd:** | | | | |
| I høj grad/til en vis grad | 82 | 76 | 80 | |
| Ikke særligt/nej | 18 | 24 | 20 | |
| I alt | 100 | 100 | 100 | |
| Procentgrundlag | 1.594 | 499 | 96 | |

* $\chi^2=15,61$, df=2, p=0,0004; $\gamma=0,20$, p=0,0001

** $\chi^2=9,00$, df=2, p=0,0111; $\gamma=0,15$, p=0,0051

Tabel 5.3

Nettostikprøven fordelt på graden af at blive taget med på råd af overordnede og tvivl angående arbejdsituationen, særskilt efter funktionelle høreegenskaber. Procent.

| Samtlige | 0 - ingen problemer | | | | | 5 - svære problemer | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|---------------------|---|---|---|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Med på råd:** | 1.352 | 646 | 236 | 128 | 29 | 4 | | | | |
| I høj grad/til en vis grad | 83 | 77 | 75 | 77 | 68 | 33 | | | | |
| Ikke særligt/nej | 17 | 23 | 25 | 23 | 32 | 67 | | | | |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | | | |
| Procentgrundlag | 1.245 | 589 | 211 | 111 | 25 | 3 | | | | |
| Tvivel:** | | | | | | | | | | |
| Altid/for det meste/nogle gange | 16 | 15 | 16 | 22 | 27 | 0 | | | | |
| Sjældent/alding | 84 | 85 | 84 | 78 | 73 | 100 | | | | |
| I alt | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | | | | |
| Procentgrundlag | 1.270 | 603 | 217 | 119 | 26 | 3 | | | | |

* $\chi^2=21,16$, df=5, p=0,0008; $\gamma=0,18$, p<0,0001

** $\chi^2=3,82$, df=1, p=0,0506; $\gamma=0,21$, p=0,0425

1. Testen gælder for personer med problemer i 0-2 lyttesituationer kontra personer med problemer i 3-5 lyttesituationer.

Det skal her bemærkes, at forholdet til ledelsen synes at blive forbedret, hvis den hørhæmmede gør overordnede opmærksom på hørproblemerne. Personer, som har gjort deres overordnede opmærksomme på, at de kan have visse hørproblemer, oplever således i højere grad at blive taget med på råd i forbindelse med deres arbejdsopgaver ($\chi^2=4,49$, $df=3$, $p=0,2133$; $\gamma=0,25$, $p=0,0354$), og de har en mindre grad af tvivl i forhold til deres arbejdsopgaver og ledelsens forventninger til deres arbejde ($\chi^2=3,04$, $df=1$, $p=0,0813$; $\gamma=0,32$, $p=0,0360$). Endelig oplever de personer, som har fortalt om deres hørproblemer, også en langt større grad af støtte og opmuntring fra deres overordnede ($\chi^2=3,21$, $df=1$, $p=0,0731$; $\gamma=0,34$, $p=0,0398$). Man skal dog her tænke på, at personer, der som udgangspunkt har et godt forhold til deres overordnede, og som allerede oplever en høj grad af støtte og opmuntring, også kan være mere tilbøjelige til at fortælle om deres problemer med hørhelsen.

Socialt arbejdsmiljø

Selvom langt størstedelen af både de hørhæmmede og normalt hørende har mange gode kolleger på deres arbejdsplads, ser det ud til, at personer med nedsat hørhelse ikke har helt så positiv en oplevelse af deres kollegiale arbejdsmiljø, som personer med en normal hørhelse. Således er der blandt personer med nedsatte funktionelle hørhæmmede en overrepræsentation af personer, som oplever, at de har været udsat for ubehagelige drillerier på deres arbejdsplads.

Man skal her tænke på, at de drillerier, som den hørhæmmede oplever som ubehagelige og grove, måske blot ses som 'uskyldigt' drilleri fra kollegernes side. Hermed opstår en diskrepans mellem kolleger og den hørhæmmede. Det er dog ikke ud fra spørgsmålsformuleringen muligt at se, hvorvidt drillerierne relaterer sig til selve hørhæmmedes eller omhandler andre ting. Dette er i sidste ende måske heller ikke så afgørende, idet undersøgelsen alt i alt tyder på, at personer med nedsat hørhelse i højere grad føler sig underlagt en ubehagelig udskillelse fra andre kolleger.

Denne følelse af manglende integration i fællesskabet på arbejdspladsen underbygges af det faktum, at personer, som har problemer i adskillige af dagligdagens lyttesituationer, føler sig mere ensomme på deres arbejdsplads end personer, som har problemer i færre lyttesituationer ($\chi^2=7,20$, $df=1$, $p=0,0073$).

Samtidig oplever personer, som har *mange* vanskeligheder med at følge med i en samtale, når flere er samlet, en lavere grad af støtte og

Tabel 5.4

Personer, som nu eller tidligere har arbejdet sammen med andre, fordelt på, om de oplever ubehagelige drillerier på arbejdspladsen, særskilt efter funktionelle hørhæmmede og vanskeligheder i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| Funktionelle hørhæmmede* | Ubehagelige drillerier | | | I alt | Antal |
|--------------------------|------------------------|-----|-------|-------|-------|
| | Ja | Nej | I alt | | |
| 0 - Ingen problemer | 6 | 94 | 100 | 100 | 1.093 |
| 1 | 8 | 92 | 100 | 100 | 500 |
| 2 | 11 | 89 | 100 | 100 | 185 |
| 3 | 21 | 79 | 100 | 100 | 97 |
| 4 | 18 | 82 | 100 | 100 | 22 |
| 5 - svære problemer | 0 | 100 | 100 | 100 | 2 |
| Følge med i en samtale** | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 7 | 93 | 100 | 100 | 1.381 |
| Nogle vanskeligheder | 11 | 89 | 100 | 100 | 442 |
| Mange vanskeligheder | 15 | 85 | 100 | 100 | 81 |

* $\chi^2=31,81$, $df=5$, $p<0,0001$; $\gamma=0,29$, $p<0,0001$

** $\chi^2=12,72$, $df=2$, $p=0,0017$; $\gamma=0,28$, $p=0,0011$

opmuntring fra deres kolleger i forhold til personer, som højest har *nogle* vanskeligheder i en samtale ($\chi^2=5,81$, $df=1$, $p=0,0159$).

Der er derudover en klar sammenhæng mellem de forskellige mål for det oplevede sociale fællesskab på arbejdspladsen, idet personer, som føler sig udsat for ubehagelige drillerier, også er mere ensomme, føler, at de har færre gode kolleger og oplever en lavere grad af støtte fra kolleger.

Ingen af de bagvedliggende karakteristika som alder, køn, stillings-type eller uddannelse bortforklarer sammenhængen mellem den funktionelle hørhelse og oplevelsen af det sociale fællesskab på arbejdspladsen.³ En af de hørhæmmede kommer ind på denne problematik i et kvalitativt interview:

Dårligt hørende - nej jeg har kolleger, der taler lavt. De kan godt grine lidt af, hvad jeg får ud af det, de siger. Men jeg synes også, det er lidt uhøfligt ikke at høre stemmen, når man ved, der sidder en person, som måske har lidt svært ved at høre det, der bliver sagt.

3. Som det gjorde sig gældende for analyserne af indflydelse på arbejdsopgaver samt relation til ledelsen, er selvændelige og medhjælpende ikke medtaget i ovenstående analyser. Dette skyldes, at omgangstonen og det sociale fællesskab i forhold til en leder oftest vil være anderledes end omgangstonen mellem mere ligestillede medarbejdere.

Psykisk udmattelse efter endt arbejdsdag

Som i Clausens undersøgelse synes der umiddelbart at være en klar sammenhæng mellem den funktionelle hørelse og fysisk træthed efter endt arbejdsdag. En stor del af denne sammenhæng forklares imidlertid af det generelle helbred og dets sammenhæng med nedsat hørelse. Dog ses en klar sammenhæng mellem problemer med en øget støjoverfølsomhed og fysisk udmattelse ($\chi^2=11,29$, $df=1$, $p=0,0008$).

Det er imidlertid ikke kun rent fysisk, at en arbejdsdag kan være trættende. Stress på arbejdet, krævende arbejdsopgaver og et på andre måder forringet arbejdsmiljø kan ligeledes være medvirkende til en øget *psykisk* udmattelse efter endt arbejde. Hvor den *fysiske* udmattelse i høj grad blev forklaret af et generelt forringet helbred, forklarer et forringet helbred ikke i sig selv forekomsten af psykisk nedsiddning, når arbejdsdagen er omme. Selvom det at have et dårligt helbred naturligvis påvirker den enkelte på det psykiske plan, betyder hørelsen også noget i sig selv. Personer, som oplever at have funktionelle problemer med deres hørelse i dagligdagens lytsituationer, føler sig i højere grad psykisk udmattede end personer, som ikke oplever nogen problemer med deres hørelse. Som en hørhæmmet respondent formulerer det i det kvalitative interview: "Jeg skal anstrenge mig utroligt for at følge med på møder."

Igen føler specielt personer med overfølsomhed over for støj sig psykisk udmattede efter endt arbejdsdag ($\chi^2=17,09$, $df=1$, $p<0,0001$).

Tabel 5.5

Nettostikprøven fordelt på følelse af psykisk udmattelse efter endt arbejdsdag, særskilt for funktionelle høregenskaber. Procent.

| Psykisk udmattelse | Funktionelle høregenskaber | |
|--------------------|----------------------------|---------------|
| | 0-1 problem | 2-5 problemer |
| Ja | 8 | 17 |
| Ja, af og til | 33 | 30 |
| Nej | 59 | 53 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.971 | 383 |

$\chi^2=29,64$ $df=2$, $p<0,0001$; $\gamma=0,17$, $p=0,0008$

Derudover bliver yngre personer mere psykisk udmattede end ældre, funktionærer/tjenestemænd mere end personer, som arbejder inden for en af de andre stillings typer, mens en arbejdsuge på over 40 timer også øger sand-

synligheden for psykisk udmattelse. Der er derimod ingen forskel på graden af psykisk udmattelse mellem de to køn.

Samtidig ser det arbejdsmæssige og sociale miljø ud til at betyde en hel del for det psykiske velbefindende. Personer, som føler sig ensomme på deres arbejdsplads, som mangler støtte fra kolleger, og som er i tvivl om deres arbejdsopgaver og forventningerne til deres arbejdsindsats, har således en øget sandsynlighed for at blive psykisk udmattede i forhold til personer, der ikke har disse problemer.

Som et noget overraskende resultat viser det sig endvidere, at kontrolleret for indflydelse af de nævnte faktorer og karakteristika har en klinisk målt nedsat hørelse en *svag positiv* effekt på graden af psykisk velbefindende. Det betyder, at blandt personer, som oplever at have funktionelle høreprøblemer i dagligdagen, bliver dem, der *ikke har* nogen klinisk målelig hørenedsættelse, mere psykisk udmattede end personer, som *har* en klinisk målelig hørenedsættelse.

Når der blandt personer med en bestemt grad af *funktionel* nedsat hørelse optræder personer med forskellige grader af en audiologisk målelig hørenedsættelse, må det formodes, at anvendelsen af høreapparater og andre tekniske hjælpemidler er medvirkende til den ensartede oplevelse af det funktionelle høreniveau. Personer, som i den audiologiske test får målt en vis grad af hørenedsættelse, bliver sandsynligvis i højere grad søgt afhjulpet herfor, hvorved deres *funktionelle* hørelse forbedres. I tillæg hertil vil det for personer med en kraftig hørenedsættelse ofte være nødvendigt at gøre opmærksom på denne, hvorved omgivelserne i højere grad kan tilpasse deres omgang med den hørehæmmede herefter. Dette faktum kan være medvirkende til ovenstående overraskende positive effekt af en klinisk målt hørenedsættelse. Noget tyder dermed på, at selve det at modtage behandling indvirker positivt, ikke blot i forhold til den funktionelle hørelse, men også i forhold til det generelle velbefindende. Dette underbygges af allerede eksisterende undersøgelser på feltet (Kochkin & Rogin, 2000; Crandell, 1998).

I flere af analyserne viser det sig endvidere, at selvom det er signifikant forskel mellem personer, som har *nogle* vanskeligheder i en samtale og personer, som *ingen* vanskeligheder har, er denne forskel ofte ikke at finde for personer med *mange* vanskeligheder. Dermed ser personer med *mange* vanskeligheder ofte ud til at have bedre arbejdsforhold end personer med *nogle* vanskeligheder. Forklaringen herpå kunne igen hænge sammen med graden af afhjælpning i forhold til hørenedsættelsen. En stor del af de personer, som har mange vanskeligheder med at følge med i en samtale,

når flere er samlet, bliver i den audiologiske test målt til at have svære hørenedsættelser eller være døve. Dette betyder, at de for størstedelens vedkommende vil modtage en eller anden form for afhjælpning af deres høreproblem. At afhjælpningen ikke medfører en god funktionel hørelse, kan ses ud af deres problemer med at følge med i en samtale, men alligevel ser det ud til at afstedkomme et forbedret arbejdsliv som lige så professionelle høreproblemer, men ser ikke deres arbejdsliv som lige så problematisk, som personer, der kun har nogle vanskeligheder i en samtale og derfor i mindre grad vil have modtaget hjælp i forhold til deres hørenedsættelse. Samtidig tyder analyserne på, at idet hørenedsættelsen bliver svær og måske umulig at skjule længere, ændres synet på den hørehæmmede. Dette underbygges af, at personer med svære hørenedsættelser modtager en højere grad af støtte og opmuntring fra kolleger i forhold til personer med en svag eller ingen hørenedsættelse.

Det tyder altså på, at det er en fordel for de hørehæmmede, hvis de er åbne mht. deres høreproblemer. Personer med svære høreproblemer fordeler sig dog ofte ganske polariseret i deres spørgsmålsbesvarelser. De oplever således deres arbejdsliv og arbejdsforhold som enten meget positivt eller negativt.

Samtidig understreger resultatet den klare sammenhæng, der er mellem det psykiske og fysiske velbefindende og den oplevede funktionelle hørelse. Måden, hvorpå den enkelte fungerer med sin hørelse og oplever den i dagligdagen, er således ikke blot forbundet med selve høreniveauet, men ligeledes med den enkeltes velbefindende og helbred. Denne tese underbygges af flere forskellige forhold. Det er for det første et gennemgående træk ved analyserne, at det er de funktionelle mål for hørenedsættelsen og ikke de kliniske mål, der slår igennem i forhold til oplevelsen af arbejdsituationen.

Vi har tidligere konstateret, at personer *med* funktionelle høreproblemer i højere grad oplever at have adskillige fysiske helbredsproblemer end personer *uden* funktionelle høreproblemer. Denne sammenhæng var ikke at finde i samme grad for nedsat hørelse målt klinisk gennem den audiologiske test. Vi kan altså konkludere, at den oplevede funktionelle hørelse ikke blot afhænger af det faktiske, målelige høreniveau, men i høj grad også af den enkeltes psykiske og fysiske velbefindende. Problemer med hørelsen opleves kraftigere, når man er underlagt en generel stressstand og utilpashed. Påvirkningstretningen kan dog også gå den anden vej; en dårlig funktionel hørelse kan være medvirkende til, at det generelle helbreds billede forværrer og påvirker den enkelte. Dermed synes det ge-

nerelle helbreds billede – fysisk såvel som psykisk – at interagere med en nedsat funktionel hørelse.

Vi har også tidligere konstateret, at personer, der har informeret deres overordnede om egne høreproblemer, modtager mere støtte og opmuntring fra ledelsens side end personer, som ikke har fortalt om deres høreproblemer. Det er dog ikke kun relationen til ledelsen, der forbedres, hvis den hørehæmmede gør opmærksom på sine høreproblemer. Der opleves også en højere grad af støtte og opmuntring fra *kollegernes* side, hvis man har informeret ledelsen om sine høreproblemer ($\chi^2=2,95$, $df=1$, $p=0,0859$; $\gamma=0,31$, $p=0,0430$). Ganske overraskende ser det ikke ud til, at graden af støtte og opmuntring fra kollegernes side ændres nævneværdigt, alt efter om den hørehæmmede har fortalt kollegerne om høreproblemerne.

Ansættelsesforhold

Det tredje element ved arbejdslivet, som nedsat hørelse synes at påvirke, er antallet af timer, der arbejdes om ugen. Personer, der har funktionelle problemer med deres hørelse, er således i højere grad på deltid end personer uden funktionelle høreproblemer. Selvom yngre arbejder noget mere end ældre og selvstændige mere end lønmodtagere, påvirker disse sammenhænge ikke den selvstændige effekt, hørelsen har i forhold til antallet af arbejdstimer. Helbredtet har ingen signifikant sammenhæng med antallet af arbejdstimer. Kønnen spiller imidlertid en vis rolle, idet sammenhængen er klart støvst for kvinderne.

Selve antallet af arbejdstimer behøver imidlertid ikke at afspejle behovet for nedsat arbejdstid eller ønsket om nedsat arbejdstid. Det kan således tænkes, at nogle af de personer, som gerne vil arbejde færre timer end fuld tid, ikke har denne mulighed, mens andre kan se sig nødsaget til at gå ned i arbejdstid. At analyserne viser en sammenhæng mellem funktionelle høreproblemer og et ønske/behov for nedsat arbejdstid, underbygger dog hørelsens betydning for arbejdstiden.

Et vigtigt skridt på vejen til opnåelse af den ønskede arbejdstidsnedsættelse er, at man fortæller sin arbejdsgiver om de høreproblemer, man lider af. Personer med høreproblemer, der ønsker/ønskede en nedsat arbejdstid har langt større sandsynlighed for at have opnået denne, hvis de har gjort deres overordnede opmærksom på høreproblemerne. Færre blandt de hørehæmmede, der ikke har fortalt om den nedsatte hørelse, har fået nedsat arbejdstiden, selvom de havde et ønske herom.

Dermed er det ikke blot selve arbejdsmarkedstilknynningen, der

Table 5.6

Personer i arbejde fordelt på køn og antal ugentlige arbejdstimer, særskilt efter funktionelle høregenskaber. Procent.

| Mænd | Funktionelle høregenskaber | | | |
|------------------------------|----------------------------|---------------|--|--|
| | 0-1 problem | 2-5 problemer | | |
| Antal ugentlige arbejdstimer | 4 | 4 | | |
| Under 25 timer om ugen | 6 | 8 | | |
| 25-35 timer om ugen | 46 | 52 | | |
| 36-39 timer om ugen | 44 | 36 | | |
| Over 39 timer om ugen | 100 | 100 | | |
| I alt | 750 | 142 | | |
| Procentgrundlag | | | | |
| Kvinder | | | | |
| Under 25 timer om ugen | 10 | 20 | | |
| 25-35 timer om ugen | 31 | 42 | | |
| 36-39 timer om ugen | 40 | 25 | | |
| Over 39 timer om ugen | 19 | 13 | | |
| I alt | 100 | 100 | | |
| Procentgrundlag | 664 | 90 | | |

* $\chi^2=3,90$, $df=3$, $p=0,2722$; $\gamma=-0,14$, $p=0,0397$

** $\chi^2=15,28$, $df=3$, $p=0,0016$; $\gamma=-0,30$, $p=0,0004$

Table 5.7

Nettostikprøven fordelt på behov for nedsat arbejdstid særskilt efter vanskeligheder i en samtale, når flere er samlet. Procent.

| Behov for nedsat arbejdstid | Vanskeligheder i samtale | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------|-------|
| | Ingen | Nogle | Mange |
| Ja | 13 | 17 | 24 |
| Nej | 87 | 83 | 76 |
| I alt | 100 | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.685 | 527 | 100 |

$\chi^2=12,23$, $df=2$, $p=0,0022$; $\gamma=-0,19$, $p=0,0018$

påvirkes af nedsat hørelse. Blandt de personer, som stadig er i beskæftigelse, kan problemer med hørelsen afstedkomme et behov for nedsættelse i arbejdstiden.

En sådan tese underbygges af sammenhængen mellem nedsat hørelse og ansættelse i et flexjob, skånejob eller i et job med en anden type af løntilskud.

Ansættelse med løntilskud hænger naturligvis også sammen med det generelle helbreds billede, idet personer med et dårligt helbred i højere grad er ansat i et flexjob, skånejob eller lignende. Alligevel viser analyserne,

at en dårlig hørelse har en selvstændig effekt i forhold til de pågældende ansættelsesformer. Køn, alder, stillingsstype og uddannelse er derimod uden betydning for ansættelsesforholdet.

Table 5.8

Personer i arbejde fordelt på ansættelse i et flexjob, skånejob eller anden type job med løntilskud, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse. Procent.

| Klinisk målt hørenedsættelse | Ansættelsesform | | |
|------------------------------|-----------------|-----------------------|-------|
| | Normale vilkår | Flexjob, skånejob mv. | I alt |
| Ingen | 96 | 4 | 100 |
| Meget let | 96 | 4 | 100 |
| Let | 93 | 7 | 100 |
| Moderat | 95 | 5 | 100 |
| Middelsvær/svær | 93 | 7 | 100 |
| Meget svær/døv | 60 | 40 | 100 |

$\chi^2=18,90$, $df=5$, $p=0,0020$; $\gamma=0,16$, $p=0,0450$

I modsætning til at arbejde på deltid eller nedsat arbejdstid forudsætter ansættelse i en af ovenstående jobtyper, at man er vurderet til at have en varig nedsat arbejdsevne. Flexjobordningen er således en permanent ordning, hvor virksomheden får offentlig tilskud til den ansattes løn. Personer, der ikke kan varetage et flexjob, men som stadig har en lille restarbejdsevne, kan få et arbejde med løntilskud til førtidspensionen – et såkaldt skånejob. Det er dog muligt at være ansat på særlige vilkår uden at virksomheden får offentlig løn tilskud. Her er der tale om afralebaserede skånejob eller uformelle skånejob, hvor arbejdstageren stadig er ansat på normale vilkår, men hvor der i praksis udvises skånehensyn over for den ansatte (CABI, 2006; Danmark.dk, 2006; Rosenstock et al., 2005).

Analyseresultaterne tyder på, at det hovedsageligt er de formelle former for job med løn tilskud, der henvises til i denne undersøgelse, selvom der ikke i spørgeskemaet er skelnet mellem de formelle og uformelle ordninger. Hvor det hidtil hovedsageligt har været den funktionelle hørelse, der hang sammen med oplevelserne af arbejdslivet, relationen til ledelsen og arbejdstiden, har den klinisk målte hørelse indflydelse i forhold til ansættelse med løn tilskud.⁴ Dette tyder på, at det fortrinnsvis er personer, som har kunnet 'bevise', at de har problemer med hørelsen, som har fået

4. Der ses ligeledes en sammenhæng mellem de funktionelle høregenskaber og ansættelse med løn tilskud, idet personer med problemer i adskillige af dagligdagens lyrsituationer har større

mulighed for at bibeholde deres arbejde under lempeligere vilkår. Da det rapporten igennem er blevet påvist, at høreproblemer kan udgøres af meget mere end blot en øget høretærskel, er dette et forhold, som kunne trænge til en nærmere granskning. Det kunne således tænkes, at en del af de personer, der har en type høreproblem, som ikke umiddelbart fremstår i en audiologisk høretest, i højere grad kunne fastholdes på arbejdsmarkedet, hvis det blev muligt at tilbyde dem og deres arbejdspladser mere fleksible former for ansættelse.

I tillæg hertil indikerer den relativt svage sammenhæng mellem ansættelse med løntilskud og nedsat hørelse, at det er et område, som måske kan udnyttes bedre. Det er således først og fremmest blandt meget svært hørehæmmede, at ordningen benyttes. Hvis man gjorde mere opmærksom på de muligheder, der foreligger for en delvis arbejdsmarkedstilknnytning, kunne man måske holde flere på arbejdsmarkedet i en længere årrække og udskyde den førtidige tilbagetrækning. En delvis arbejdsmarkedstilknnytning må således regnes som bedre end en fuldstændig manglende tilknnytning.

Indretning af arbejdspladsen

De hidtidige analyser tyder på, at de personlige relationer på arbejdspladsen påvirkes af den nedsatte hørelse og de kommunikationsvanskeligheder, der kan opstå på baggrund heraf. Samtidig viser analyserne, at en del af problemerne kan afhjælpes, hvis man informerer om sine hørevanskeligheder og er åben omkring problematikken.

Alligevel er det over 50 pct. af de personer, der selv angiver at have haft problemer med hørelsen i deres seneste arbejde, som angiver, at de aldrig gør personer, som de ikke har mødt før, opmærksom på deres høreproblemer. Kun 8 pct. gør det altid, mens 11 pct. for det meste gør det.

Derudover er det kun 21 pct. af de hørehæmmede, der altid eller for det meste forsøger at fortælle personerne omkring dem, hvordan disse skal tilrettelægge kommunikationen, så den hørehæmmede kan følge med i, hvad der tales om. 56 pct. giver aldrig sådanne instruktioner, selvom langt de fleste af de personer, som får anvist den bedste måde at tale på, også efterfølger disse anvisninger.

sandsynlighed for at være ansat i et job med løntilskud. Personer med en svær målelig hørenedsættelse har da også generelt flere funktionelle høreproblemer end personer uden nogen målbar hørenedsættelse.

Det er imidlertid ikke blot i forbindelse med de sociale og menneskelige relationer, der er mulighed for at formindske høretabets betydning. Der findes i dag også en lang række forskellige hjælpemidler, der kan anvendes på arbejdspladsen for at afhjælpe den hørehæmmedes hørevanskeligheder.

I alt 143 personer har angivet, at de havde problemer med hørelsen i forbindelse med deres seneste erhvervsarbejde. Kun en ganske lille andel heraf har i praksis gjort brug af hjælpemidler til at formindske generne ved deres hørenedsættelse, som det fremgår af tabel 5.9.

Tabel 5.9

Personer med høreproblemer i seneste/nuværende arbejde, der havde/har forskellige hjælpemidler til rådighed på arbejdspladsen. Procent og antal.

| | Pct. | Antal |
|--|------|-------|
| Forstærkertelefon/teksttelefon | 4 | 6 |
| Teleslyng | 1 | 2 |
| FM-anlæg | 1 | 2 |
| Visuelle, vibrerende eller lydtilpassede alarmsystemer | 4 | 6 |
| IT-baserede kommunikationshjælpemidler | 5 | 3 |
| Personlig tolkeassistance | 0 | 0 |
| Andet | 2 | 1 |

Nettostikprøven er derudover blevet spurgt, om de har behov for forandringer i deres arbejdsituation i form af en særlig indretning af arbejdspladsen – eller om de havde det i deres seneste arbejde. Dette svarer 238 personer (10 pct.) bekræftende på. Halvdelen af disse personer har efterfølgende fået gennemført en sådan fornyet indretning. Spørgsmålet refererer ikke direkte til en indretning, der kan afhjælpe en forringet hørelse. Dermed vil en stor del af besvarelserne omhandle behov opstået på grund af fx mobilitetsproblemer. Der er således heller ingen direkte sammenhæng mellem nedsat hørelse og en positiv besvarelse på spørgsmålet.

Endnu en gang er det muligt at påvise, hvor vigtigt det er at gøre opmærksom på eventuelle høreproblemer. Ser vi udelukkende på de personer, der har hørevanskeligheder, og som samtidig udtrykker ønske om en fornyet indretning af deres arbejdsplads, har 50 pct. af de personer, som har gjort deres overordnede opmærksom på høreproblemerne, fået forandret indretningen. Blandt de personer med hørevanskeligheder, som ikke har fortalt deres overordnede om problemerne, er det blot 13 pct., der har fået foretaget de ønskede forandringer.

Støjpåvirkning på arbejdspladsen

Ud over de aldersbetingede hørenedsættelser er støjpåvirkning en af de mest almindelige årsager til høretab (Hain, 2006; VCDDH, 2006b). Personen, der angiver, at de arbejder eller har arbejdet i støjende omgivelser, lider da også i langt højere grad af nedsat hørelse end personer, der ikke har været udsat for en støjpåvirkning på deres arbejdsplads. Den eneste undtagelse er de meget svært hørehæmmede, der i mindre grad arbejder/arbejdede i støjende omgivelser. Dette skyldes sandsynligvis, at de har fået deres hørenedsættelse allerede tidligt i livet, og at den ikke er opstået gradvist gennem livet på grund af støjende omgivelser.

Tabel 5.10

Nettosikprøven fordelt på støjpåvirkning på arbejdspladsen, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse og vanskeligheder i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| | Sjældent/aldrig meget støj | | Nogle gange ofte meget støj | | Altid/ ofte meget støj | | I alt | Antal |
|--------------------------------------|----------------------------|------------|-----------------------------|------------|------------------------|------------|-------|-------|
| | meget støj | meget støj | meget støj | meget støj | meget støj | meget støj | | |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | | | | |
| Ingen | 56 | 23 | 21 | 100 | 731 | | | |
| Meget let | 55 | 24 | 21 | 100 | 761 | | | |
| Let | 50 | 23 | 27 | 100 | 570 | | | |
| Moderat | 44 | 28 | 28 | 100 | 214 | | | |
| Middelsvær/svær | 47 | 26 | 27 | 100 | 73 | | | |
| Meget svær/døv | 64 | 9 | 27 | 100 | 11 | | | |
| <i>Følge med i en samtale**</i> | | | | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 56 | 24 | 20 | 100 | 1721 | | | |
| Nogle vanskeligheder | 46 | 25 | 29 | 100 | 542 | | | |
| Mange vanskeligheder | 42 | 22 | 36 | 100 | 102 | | | |

* $\chi^2=20,20$, $df=10$, $p=0,0274$ $\gamma=0,10$, $p=0,0002$

** $\chi^2=32,32$, $df=4$, $p<0,0001$ $\gamma=0,20$, $p<0,0001$

Tinnitus, overfølsomhed over for støj og vanskeligheder med at skelne forskellige lydtykkelser fra hinanden forekommer oftere, jo større støjpåvirkning på arbejdspladsen ($\chi^2=7,37$, $df=1$, $p=0,0066$; $\chi^2=4,89$, $df=1$, $p=0,0270$ og $\chi^2=5,16$, $df=1$, $p=0,0232$).

Støjniveauets betydning for fremkomsten af en hørenedsættelse underbygges ligeledes i de kvalitative interview. Her nævner mange, at de

har eller har haft et arbejde med meget støj – lige fra fabrikker og værksteder til grisehalde og børnehaver.

Det er ikke muligt gennem denne undersøgelse at fastslå hovedårsagen til svarpersonernes høreprøblemer. Den tydelige sammenhæng mellem støjpåvirkning på arbejdspladsen og høreprøblemer peger dog i retning af, at en stor del af høreprøblemerne er erhvervsrelaterede.

Denne sammenhæng mellem støj på arbejdspladsen og nedsat hørelse underbygger vigtigheden af at være opmærksom på et for højt støjniveau og at søge det afhjulpet mest muligt.

SAMMENFATNING

Hvor det i de kvalitative interview som udgangspunkt afvises, at høreprøblemer har nogen afgørende betydning for arbejdslivet og en eventuel tilbagebetaling, synes de kvantitative analyser at moderere dette resultat. De kvantitative analyser tyder således på, at hørehæmmede har en anden relation til ledelsen på deres arbejdsplads og er mere i tvivl om deres arbejdsopgaver end personer uden høreprøblemer – derudover føler hørehæmmede sig mere ensomme på arbejdspladsen og psykisk udmattede efter endt arbejdsdag. Disse oplevelser af arbejdslivet kan være afgørende for den øgede andel af personer med nedsat arbejdsliv blandt hørehæmmede i forhold til normalt hørende.

Det tilkendegives da også ofte flere gange i de kvalitative interview, at der har været forhindringer og besværligheder i arbejdet. For eksempel udtaler en respondent:

Der er kun økonomiske grunde til, at jeg ikke går på efterløn med det samme, jeg synes, det er meget svært at være med. Der sker utroligt mange omstruktureringer. Når man har været igennem mange, så er det meget svært at omstille sig.

Andre peger på forhold, der kunne have med hørelsen at gøre, men ikke opleves sådan:

Jeg skal passe meget på mig selv, men det er psykisk. Jeg skal passe på, at jeg ikke får stress. Stress, støj, være på – det synes jeg er opslidende.

I disse tilfælde kunne man udmærket forestille sig, at høreneredsættelsen, med den belastning, der følger af at skulle skærpe opmærksomheden og hele tiden anstrenge sig for at opfatte, hvad der bliver sagt, er med til at gøre arbejdet uoverskueligt, belastende og stressende – og resultere i en psykisk udmatelse efter end arbejdsdag. Den sidst citerede kvinde siger da også som svar på et direkte spørgsmål derom, at det godt kan være, at høreproblemerne er med til at skabe stress. Men det er ikke noget, hun umiddelbart tænker på.

Fleire personer nævner, at de oplevede problemer med at følge med på møder: "Men så kunne man bare få en kollega til at fortælle i hovedtræk, hvad det havde handlet om." Eller som en kvinde udtrykker det: "Et handicap? – Nej. Jeg kan bare spørge. Eller lade som om, det ikke var til mig." Selvom den hørehæmmede måske ikke umiddelbart oplever det som noget problem, at ikke alt på møderne opfanges – og at en strategi med at lade som om, man ikke hørte et spørgsmål, fungerer udmærket – sker der formentlig en forringelse af arbejdsmiljøet og trivselen på arbejdspladsen, når det er nødvendigt at tage sådanne alternative metoder i brug. Og man må antage, at det påvirker det kollegiale arbejdsmiljø, når en medarbejder ikke svarer på kollegers henvendelser.

Dermed kan vi konkludere, at hørelsen påvirker arbejdslivet i en vis udstrækning – om end mange har udmærkede arbejdsliv på trods af deres høreproblemer. Hørelsens effekt er hovedsageligt indirekte og ukendt. Den påvirker arbejdslivet, men opleves ikke som det afgørende parameter for en eventuel tilbageværende fra eller forringelse af arbejds- livet.

Kun ganske få hørehæmmede har tekniske hjælpemidler til rådighed på deres arbejdsplads.

SOCIALT LIV

PÅVIRKER HØREPROBLEMER DET SOCIALE LIV OG DE SOCIALE RELATIONER?

Da nedsat hørelse som funktionsevnedensættelse netop har den konsekvens, at kommunikationen med andre mennesker besværliggøres, har høreproblemer en afgørende effekt på den hørehæmmedes sociale liv og velbefindende. Selvom hovedformålet med denne rapport er at se på betydningen af høreproblemer i forhold til arbejdslivet og arbejdsmarkedstilknynningen, influerer nedsat hørelse naturligvis ikke blot på forholdet til kollegerne eller ledelsen på arbejdspladsen. Også de sociale relationer i fritiden og familielivet påvirkes, når kommunikationen er vanskeliggjort. I dette kapitel vil vi derfor se på nogle af de konsekvenser, høreproblemer kan have i forhold til det sociale liv uden for arbejdsmarkedet.

Vi er i dagligdagen afhængige af at kunne kommunikere med andre mennesker for at indgå i den sociale praksis og være ligeværdige medspillere på den samfundsmæssige arena. I det øjeblik man bliver udelukket fra at deltage i bestemte sociale begivenheder, sættes der klare afgrænsninger i det enkelte individs sociale færd og handlen.

Hvor en høreneredsættelse først og fremmest kan mærkes i den direkte dialog og besværlighederne forbundet med kommunikationen i de nære sociale sammenhænge, er det imidlertid ikke udelukkende i det sociale liv på mikroniveau, en høreneredsættelse kan afstedkomme begræns-

ninger i den hørhæmmedes udfoldelsesmuligheder. Personer med nedsat hørelse kan også have svære problemer med fx at følge med i et fjernsynsprogram eller høre et foredrag i en større sal. Dermed kan høreproblemer afstedkomme en udelukkelse fra dele af det samfundsmæssige og kulturelle liv.

Tidligere undersøgelser har konkluderet, at nedsat hørelse kan have betydning for den hørhæmmedes sociale liv (Wu et al., 2004; Hashimoto et al., 2004; Sindhusake et al., 2001; Lee et al., 1999; Wilson et al., 1999; Brooks & Ellis, 1982). Samtidig kan nedsat hørelse afstedkomme en følelse af isolation og lavt selvværd, mens også risikoen for psykosociale problemer forhøjes (Boolsen, 1992; Clausen, 2001, 2003).

Når man ikke har problemer med at høre, er det svært at sætte sig ind i præcis, hvor stort et handicap det må være ikke at kunne høre og følge ordentligt med i begivenhederne omkring én. Da der samtidig er en erkendelsesproces forbundet med dårlig hørelse, og det ikke er en funktionsnedsættelse, der er umiddelbart synlig, kan det være svært at vide, hvornår andre bliver udelukket på grund af deres høreproblemer. Frygten for stigmatisering på grund af høreproblemerne kan samtidig afholde mange hørhæmmede fra at gøre opmærksom på deres høreproblemer. Dermed sker udelukkelsen af den hørhæmmede fra at deltage i det sociale liv ikke bevidst. Det er gerne en ubevidst og uovervejret proces fra begge sider, hvor hørende ikke kommunikerer på den optimale måde med personen med hørnedsættelse, mens den hørhæmmede måske holder sig udenfor for på den måde at undgå pinlige situationer eller nederlag – og som vi har set i forrige kapitel, er det at fortælle andre om høreproblemerne en måde, hvorpå høreproblemernes betydning kan mindskes. Derfor er erkendelse og information om egne høreproblemer en vigtig faktor i mestringen af dem.

Hvordan opleves høreproblemerne

Set ud fra de kvalitative interview, er der ikke megen tvivl om, at høreproblemer generelt har en stor betydning for de fleste. Ganske vist er der en del, som umiddelbart benægter, at høreproblemerne skulle have nogen særlig betydning for dem. "Det betyder faktisk ikke noget" eller lignende udsagn er ikke så sjældent den første reaktion, der kommer, når folk bliver direkte adspurgt. Mange vil således helst nedtone betydningen af deres hørnedsættelse og enkelte fremstiller det som om, de er helt immune over for de gener, som hørnedsættelsen medfører:

Hørnedsættelsen generer mig ikke. Den skal ha' en tand på fjernsynet, det er det hele. Når man sidder i et stort selskab, kan man ikke følge med i det hele, men jeg er ikke den eneste, der har det sådan. Jeg siger bare, at jeg ikke kunne høre, hvad der blev sagt.

Alligevel viser ovenstående citat, at hørnedsættelsen indvirker på de sociale interaktioner, om end det ikke bliver tillagt nogen afgørende betydning. I de fleste tilfælde fremgår det da også af de følgende tilkendegivelser, at den umiddelbare reaktion ikke skal tages helt bogstaveligt. Høreproblemerne har en effekt, om end den helst søges nedtonet.

Andre indrømmer derimod med det samme, at: "Det er et handicap", "Det giver daglige problemer", eller: "Jeg skal måske snart have høreapparat." Blandt disse er det dog de færreste, der giver en så rå og usødet fremstilling af situationen som denne kvinde:

Jeg er dårligt hørende. Selv om vi sidder i stuen lige ved siden af hinanden [der refereres til ægtefællen], kan jeg ikke høre, hvad han siger. Det ene høreapparat duer ikke, det går ud med det samme, selv om jeg sætter nye batterier i. Om aftenen, når vi ser tv, bruger jeg det ene, men så kan jeg ikke høre, hvad min mand siger. Jeg kan ikke høre, når folk ikke taler direkte til mig. Når der er flere, er det en hønsegård. Jeg siger bare hva', jeg kan jo ikke høre andet. Det gør jeg i det store og hele. Ellers får jeg ikke noget ud af samtaler.

Denne kvinde påpeger således, hvordan høreproblemer kan indvirke på adskillige af dagligdagens situationer – i samtaler med ægtefællen, venner og bekendte, ved sociale sammenkomster og ved fjernsynskigning.

Det er specielt i de sociale situationer, at høreproblemerne bemærkes. Mange kommer med kommentarer som: "Det er ikke så meget på arbejdet. Jeg mærker det først om aftenen" eller: "Jeg hører dårligt i sociale situationer – og danske film i fjernsynet er helt umulige, de åbner ikke munden." Det nævnes af flere, at der alligevel er så meget støj på arbejdet, at man ikke kan høre noget. Derfor betyder høreproblemerne ikke så meget det.

Atter andre bemærker, at livet omkring dem opleves anderledes, fx kan naturens lydside have forandret sig: "Det, der irriterer mig, er, at jeg ikke kan høre lyden af fuglene. Sådan noget som småfugle, de er væk."

Familieliv og nedsat hørelse

Det sociale liv i familien og den nære familierelation kan blive påvirket, når hørelsen hos et familiemedlem ikke fungerer optimalt: "Det er også lidt irriterende for manden, hvis man skal sige hva? Det er ikke altid, man hører telefonen."

Undersøgelser viser, at det kan være yderst frustrerende ikke at blive hørt, når man fortæller noget, at partneren måske virker verdensfjern eller uinteressert, eller at man føler et ansvar for at tage hånd om personen med høreproblemer i sociale sammenhænge. Alt dette kan slide på et parforhold.

75 pct. af personerne i nettoskikprøven er gift. 12 pct. er skilt eller separeret, 4 pct. er enker eller enkemænd, mens 8 pct. er ugift.

Der er ikke nogen umiddelbar sammenhæng mellem den ægte-skabelige status og nedsat hørelse, hverken klinisk eller funktionelt undersøgt. Lige store andele er i et parforhold uanset høreniveau.

En enkelt gruppe skiller sig imidlertid ud fra dette mønster. Personer, der har en meget svær hørenedsættelse eller er døve forbliver i højere grad ugifte ($\chi^2=9,89$, $df=3$, $p=0,0195$). Hvorvidt en markant hørenedsættelse påvirker ønsker om eller mulighederne for at blive gift, er et omiskuteret emne. Flere undersøgelser afviser, at nedsat hørelse skulle have nogen direkte indflydelse på den ægteskabelige status (Clausen, 2003; Bengtsson, 1997), mens andre undersøgelser tyder på, at nedsat hørelse medfører betydelige negative konsekvenser for familielivet. I en ældre undersøgelse af døvepopulationen i USA finder Schein og Delk således, at døve i USA i højere grad end normalt hørende forbliver enlige, mens de, der bliver gift, bliver dette i en senere alder (Schein & Delk, 1974).

Som tidligere beskrevet ser nedsat hørelse ligeledes ud til at kunne indvirke negativt på den enkeltes selvfølelse og selvtillid. Er dette tilfældet, er det ikke utænkeligt, at muligheden for at finde sammen med en partner forringes.

En ting er dog den rent juridiske ægteskabelige status. Selvom man er gift, behøver man ikke at bo sammen, og ikke alle ugifte bor alene. Nettoskikprøven er derfor blevet spurgt, om de er faktisk samboende med en anden person. 76 pct. bor sammen med en anden voksen, mens 25 pct. bor alene. Her viser det sig imidlertid, at personer, der får målt en klinisk hørenedsættelse, har større sandsynlighed for faktisk at bo alene end personer uden hørevanskeligheder. Denne sammenhæng består, selvom der kontrolleres for indflydelse fra den juridiske ægteskabelige status. Det vil sige, at blandt personer, der er gift, har hørehæmmede en større sandsyn-

Tablet 6.1

Nettoskikprøven fordelt på civilstand, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høreegenskaber og vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| | Gift | separeret | Skilt/ enke- | Enke/ enke- | Ugift | I alt | Antal |
|-------------------------------------|------|-----------|-----------------|----------------|-------|-------|-------|
| Samtlige | 76 | 12 | 4 | 8 | 100 | 2.393 | |
| <i>Klinisk hørenedsættelse*</i> | | | | | | | |
| Ingen | 78 | 13 | 2 | 7 | 100 | 739 | |
| Meget let | 75 | 12 | 5 | 8 | 100 | 765 | |
| Let | 75 | 13 | 4 | 8 | 100 | 571 | |
| Moderat | 76 | 12 | 5 | 8 | 101 | 213 | |
| Middelsvær/svær | 79 | 9 | 4 | 8 | 100 | 74 | |
| Meget svær/døv | 54 | 15 | 0 | 31 | 100 | 13 | |
| <i>Funktionel hørenedsættelse**</i> | | | | | | | |
| 0 - ingen problemer | 76 | 13 | 4 | 7 | 100 | 1.345 | |
| 1 | 77 | 11 | 4 | 8 | 100 | 644 | |
| 2 | 72 | 13 | 4 | 12 | 101 | 233 | |
| 3 | 76 | 12 | 6 | 8 | 100 | 127 | |
| 4 | 80 | 8 | 4 | 8 | 100 | 29 | |
| 5 - svære problemer | 75 | 0 | 0 | 25 | 100 | 4 | |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 76 | 12 | 4 | 8 | 100 | 1.739 | |
| Nogle vanskeligheder | 79 | 12 | 3 | 6 | 100 | 541 | |
| Mange vanskeligheder | 69 | 17 | 2 | 12 | 100 | 106 | |

* $\chi^2=22,89$, $df=15$, $p=0,091$; $\gamma=0,04$, $p=0,115$

** $\chi^2=10,09$ $df=15$, $p=0,814$; $\gamma=0,02$, $p=0,293$

*** $\chi^2=11,71$ $df=9$, $p=0,230$; $\gamma=0,03$, $p=0,294$

lighed for ikke at bo med sin ægtefælle, mens der blandt ugifte er en større sandsynlighed for, at personer uden høreproblemer rent faktisk bor sammen med en anden voksen. Hverken køn, alder, stillingstype, førtidigt tilhægtærkningsmønster eller helbred influerer på denne sammenhæng.

Dermed tyder noget på, at nedsat hørelse måske alligevel udøver en vis belastning i de private forhold, og at den kan være en medvirkende faktor, når et forhold går i opløsning. Denne tese underbygges af, at personer med en funktionelt god hørelse i højere grad end personer med en funktionelt belastet hørelse synes, de har et velfungerende familieliv ($\chi^2=7,00$, $df=1$, $p=0,0081$). Dette resultat har også Clausen fundet (2003). Det kan i tillæg hertil oplyses, at personer, der bor alene, er mere utilfredse med deres familieliv generelt end personer, der bor sammen med en anden voksen, og at barnløse er mere utilfredse end personer med børn. Derud-

Table 6.2

Nettostikprøven fordelt på faktisk samboende, særskilt efter klinisk målt høreneds-sættelse. Procent og antal.

| | Samboende | ikke samboende | I alt | Antal |
|-------------------------------------|-----------|----------------|-------|-------|
| Samtlige | 76 | 25 | 100 | 2375 |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse</i> | | | | |
| Ingen | 81 | 19 | 100 | 737 |
| Meget let | 74 | 26 | 100 | 754 |
| Let | 73 | 27 | 100 | 567 |
| Moderat | 72 | 28 | 100 | 214 |
| Middelsvår/svår | 72 | 28 | 100 | 72 |
| Meget svår/døv | 77 | 23 | 100 | 13 |

$\chi^2=16,74$, $df=5$, $p=0,0050$; $\gamma=0,13$, $p<0,0001$

over har et dårligt helbred en negativ effekt på tilfredsheden med familieleivet.

Antal børn

Forekomsten af en hørenedsættelse har ingen betydning for, om svarpersonerne har børn. Dette er dog ikke specielt overraskende, da det jo netop er blevet konstateret, at der kun er svært hørehæmmede/døve, der har en forhøjet risiko for at forblive ugifte. Derudover tager de fleste beslutningen om at få børn adskillige år inden, de når alderen 50-64 år. Da risikoen for at få problemer med hørelsen stiger med alderen, betyder det, at størstedelen af de personer, der har problemer med hørelsen i dag, ikke havde lignende problemer, da de var yngre. En nuværende hørenedsættelse har således naturligt nok ingen indflydelse på et valg foretaget for årtier siden.

Fritidsliv og nedsat hørelse

Det er ikke kun familien og familieleivet, der påvirkes af høreproblemer. Hvor problemer med hørelsen kan være en belastning ikke blot for den hørehæmmede, men også for ægtefælle og børn, skal der alligevel forholdsvis meget til, for at disse problemer ses som uovervindelige, eller medfører, at kommunikationen ægtefæller eller partnere imellem ophører. Selvom den nedsatte hørelse afstedkommer visse problemer i den daglige kommunikation, er det noget, langt de fleste overkommer, og man finder metoder til at omgå problematikken i dagligdagen. Med hensyn til det sociale liv uden for familien er der derimod en anden problematik på spil.

Mange giver således udtryk for, at der er de sociale sammenhænge og fritiden, hørenedsættelser går mest ud over: "Nogle gange kan man ikke

høre, hvad folk siger. Der skal ikke være så meget støj, eller hvis man vender ryggen til" og: "Når der er meget larm, eller når jeg ikke bruger høreapparat, så hører jeg ofte forkert."

Har man store vanskeligheder ved at indgå i sociale sammenhænge, er der fare for, at man trækker sig fra sådanne. Hvad er fx pointen med at gå til en festlig sammenkomst, hvis man ikke kan høre samtalen ved bordet? Det er ligeledes yderst anstrengende hele tiden at skulle koncentrere sig om, hvad der bliver sagt til én, og man må konstant være 'oppe på tærne'. Det gør sociale begivenheder mere krævede og ikke blot afslappende hyggelige. Dermed forøges risikoen for, at den hørehæmmede isolerer sig fra venner og omgangskreds, fordi der ikke er psykisk overskud til at indgå i de sociale sammenhænge.

En stor del af de hørehæmmede ser sig nødsaget til at få spørgsmål og kommentarer gentaget for at kunne følge med i samtalen, og en del tager også andre tiltag for at øge samtalemulighederne. Således oplyser en respondent, der kun kan høre på det ene øre, at han sætter sig, så folk er på venstre side for at kunne høre, hvad de siger. Han synes dog, at det kan være meget forvirrende. Andre frygter at blive hængt af eller set ned pga. deres høreproblemer. En respondent anvender således følgende strategi for at komme uden om sine høreproblemer: "Det er lidt irriterende, hvis man sidder ved et selskab og ikke kan høre. Så vil jeg hellere sige, at jeg ikke har fulgt med."

Denne forøgede sociale udsathed kommer også til udtryk i de kvantitative analyser. Personer med funktionelle høreproblemer føler således oftere end personer med en normal hørelse, at de er uønsket alene, og at de ikke er tilstrækkeligt sammen med andre mennesker, som de kan tale med.

I tillæg hertil synes personer, der har problemer med støjoverfølsomhed, at være specielt udsatte, idet de i højere grad end personer uden problemer med støjoverfølsomhed angiver at være uønsket alene ($\chi^2=14,79$, $df=2$, $p=0,0006$). Noget tyder altså på, at personer, der har problemer med hørelsen, til en vis grad trækker sig tilbage fra andre mennesker, eller at andre mennesker bevidst eller ubevidst trækker sig tilbage fra dem.

Samtidig føler førtidspensionister og personer, der har andre helbredsmæssige problemer end nedsat hørelse, sig i højere grad isoleret end personer uden helbredsmæssige problemer. Derudover viser analyserne, at personer med en familie har færre ensomhedsproblemer. For det første vil personer, som har en ægtefælle, sandsynligvis have et noget mindre behov

Tablet 6.3

Nettopopulationen fordelt på tilstrækkeligt sammen med andre og uønsket alene, særskilt efter funktionelle høreegenskaber. Procent.

| Samtlige | Funktionelle høreegenskaber | |
|--|-----------------------------|---------------|
| | 0-1 problem | 2-5 problemer |
| | 83 | 17 |
| <i>Tilstrækkeligt sammen med andre</i> | | |
| Ja | 93 | 85 |
| Nej | 7 | 15 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 2.150 | 200 |
| <i>Uønsket alene**</i> | | |
| Aldrig | 65 | 55 |
| Sjældent | 21 | 20 |
| Af og til/ofte | 14 | 25 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.986 | 393 |

** $\chi^2=21,97$, $df=1$, $p<0,0001$; $\gamma=0,37$, $p<0,0001$

** $\chi^2=29,96$ $df=2$, $p<0,0001$; $\gamma=0,22$, $p<0,0001$

for at møde andre mennesker, da en stor del af det sociale behov vil blive opfyldt af ægtefællen. For det andet kan det tænkes, at der i mindre grad bliver mulighed for at isolere sig, når man bor sammen med en anden voksen, da denne sandsynligvis vil presse på for at få den hørhæmmede 'ud af døren' og samtidig kan agere afhjælpende og som en art 'buffer' i sociale sammenhænge.

Sammenhængen mellem nedsat hørelse og en øget følelse af ensomhed forsvinder ikke, selvom der kontrolleres for helbred og de familiemæssige relationer.

Psykosocial belastning

Vi ved fra tidligere undersøgelser, at den hørhæmmedes konstante behov for fokus og koncentration for at kunne høre, hvad der bliver sagt, kan føre til udmattelse og stress (Clausen, 2003; Boolsen, 1992). Samtidig synes hørhæmmede at være udsat for en øget risiko for social eksklusion og isolation. De kommunikative problemer, som opstår på baggrund af den nedsatte hørelse, kan dermed have adskillige konsekvenser for det generelle velbefindende. Det har således allerede vist sig, at personer med funktionelle høreproblemer har en forhøjet sandsynlighed for at have en psykisk sygdom som fx en depression, jf. kapitel 4 (Kalayam et al., 1995). For at

komme nærmere ind på denne problematik har vi undersøgt, om hørhæmmede udviser øgede symptomer på psykosociale problemer såsom manglende trivsel, stress, udbændthed og nedsat selvværd. Dette synes i høj grad at være tilfældet, hvilket er i god tråd med resultaterne af kapitel 4 og sammenhængen mellem nedsat hørelse og psykisk udmattelse efter endt arbejdsdag.

Personer med nedsat hørelse lider oftere af stærk træthed og af dårlige nerver, og de er oftere i dårligt humør. Personer, der har vanskeligheder med at skelne mellem forskellige lydtkilder eller er overfølsomme over for støj, lider ligeledes oftere af stærk træthed ($\chi^2=22,13$, $df=1$, $p<0,0001$ og $\chi^2=34,33$, $df=1$, $p<0,0001$). Det generelle helbredsbillede har en betydning for forekomsten af disse symptomer på psykosociale problemer, men hørelsen udgør en selvstændig faktor.

Problematikken adresseres på følgende måde af en kvinde, som arbejder med børn:

Jeg overvejer efterløn, fordi jeg får ondt i hovedet. I perioder går jeg slet ikke med høreapparat, fordi jeg har ondt i hovedet. Så siger jeg til børnene: Jeg går lidt udenfor, vil I med ud?

Nedenstående indeks (tabel 6.5) over det akkumulerede antal symptomer på psykosociale problemer hos netstikprøven viser med al tydelighed de vide konsekvenser, høreproblemer kan have for den daglige trivsel.¹ Igen ses en specifik sammenhæng med overfølsomhed over for støj, idet personer, som lider af dette, har en forhøjet sandsynlighed for at have adskillige symptomer på psykosociale problemer ($\chi^2=34,90$, $df=3$, $p<0,0001$).

1. Indekset er lig med antallet af symptomer, der er svaret 'ja' til. Der er således muligt at opnå en score mellem 0 og 3.

Table 6.4

Nettostikprøven fordelt på specifikke symptomer på psykosociale problemer, særskilt efter funktionelle høregenskaber. Procent.

| | Funktionelle høregenskaber | |
|---|----------------------------|---------------|
| | 0-1 problem | 2-5 problemer |
| Samtlige | 83 | 17 |
| <i>Lider ofte af stærk træthed*</i> | | |
| Ja | 19 | 33 |
| Nej | 81 | 67 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.963 | 386 |
| <i>Lider af dårlige nerver**</i> | | |
| Ja | 4 | 8 |
| Nej | 96 | 92 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.983 | 391 |
| <i>Er næsten altid i dårligt humør***</i> | | |
| Ja | 1 | 4 |
| Nej | 99 | 96 |
| I alt | 100 | 100 |
| Procentgrundlag | 1.977 | 385 |

* $\chi^2=36,23$, $df=1$, $p<0,0001$; $\gamma=0,35$, $p<0,0001$

** $\chi^2=17,87$, $df=1$, $p<0,0001$; $\gamma=0,42$, $p<0,0001$

*** $\chi^2=9,74$, $df=1$, $p=0,0018$; $\gamma=0,46$, $p=0,0111$

SAMMENFATNING

Det fremgår både af de kvalitative interview og af de kvantitative analyser, at personer med høreproblemer oplever en øget belastning af deres sociale liv. Det er specielt i situationer, hvor mange er samlet, at høreproblemerne sætter ind. Det ser imidlertid også ud til, at situationen på hjemmefronten påvirkes af de begrænsninger, en hørenedsættelse medfører.

Alt dette ser ud til at påvirke den enkelte hørehæmmede, der har en forhøjet sandsynlighed for at udvikle symptomer på psykosociale problemer som træthed, dårlige nerver og dårligt humør. Det skal imidlertid ikke glemmes, at langt størstedelen af de hørehæmmede lever et indholdsrigt og godt liv, som de i vid udstrækning er tilfredse med.

Table 6.5

Nettostikprøven fordelt på antal symptomer på psykosociale problemer, særskilt efter funktionelle høregenskaber. Procent.

| | Funktionelle høregenskaber | |
|--------------|----------------------------|---------------|
| | 0-1 problem | 2-5 problemer |
| 0 symptomer | 79 | 64 |
| 1 symptom | 18 | 29 |
| 2 symptomer | 3 | 5 |
| 3 symptomer | 0 | 2 |
| I alt | 100 | 100 |
| Pct.grundlag | 1.994 | 396 |

$\chi^2=49,54$, $df=3$, $p<0,0001$; $\gamma=0,35$, $p<0,0001$

BESKÆFTIGELSESGRAD

Som allerede påpeget i indledningen er muligheden for deltagelse i flere områder af samfundslivet et vigtigt aspekt ved den menneskelige tilværelse og for integrationen i samfundet. Dermed fremstår også deltagelse i arbejdslivet som betydende for den enkeltes selvfølelse og rolle på det samfundsmæssige plan (Juul, 2002). Udelukkelse fra at deltage i arbejdslivsfæren kan dermed få vide konsekvenser. Arbejdsmarkedstilknytningen for personer med nedsat hørelse kontra personer med normal hørelse vil være omdrejningspunktet for de videre analyser. Spørgsmålet er, i hvilket omfang personer med nedsat hørelse har en større sandsynlighed for at være uden beskæftigelse, og dermed om selve det, at hørelsen svækkes, ændrer den enkeltes position og rolle i samfundet.

69 pct. af den samlede undersøgelsespopulation er beskæftiget, mens 31 pct. er uden beskæftigelse. Uden beskæftigelse dækker over arbejdsløse, personer i aktivering, personer på revalidering, førtidspensionister, langtidssygemeldte, personer under uddannelse og efterlønsmodtagere. Disse forskellige grupper inddrager vi ikke separat i analyserne i dette kapitel. Her giver vi i stedet et mere overordnet billede på den samlede arbejdsmarkedstilknytning for personer med hørerelaterede problemer. Først i de følgende kapitler vil kategorien 'uden beskæftigelse' blive opdelt efter årsagen til den manglende arbejdsmarkedstilknytning. Kapitel 8 vil således omhandle de personer, som er uden beskæftigelse grundet arbejds-

løshed. Kapitel 9 vil derimod omhandle personer, som har trukket sig førtidigt tilbage gennem efterløn eller førtidspension.

BESÆFTIGELSESGRAD OG HØRENEDESÆTTELSE

Der ses umiddelbart en klar sammenhæng mellem problemer med nedsat hørelse og positionen på arbejdsmarkedet. Således falder andelen, der er i arbejde, des flere problemer med hørelsen, der kan spores. Andelen falder, uanset om der ses på det klinisk målte høreniveau eller den funktionelle hørelse i dagligdagen.

Tablet 7.1

Nettostikprøven fordelt på beskæftigelse, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høreegenskaber og vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| | Ikke beskæftigede | | Beskæftigede | | I alt | Antal |
|--------------------------------------|-------------------|----|--------------|-------|-------|-------|
| Samtlige | 31 | 69 | 100 | 2.334 | | |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | | |
| Ingen | 24 | 76 | 100 | 717 | | |
| Meget let | 30 | 70 | 100 | 744 | | |
| Let | 35 | 65 | 100 | 562 | | |
| Moderat | 43 | 57 | 100 | 214 | | |
| Middelsvær/svær | 45 | 55 | 100 | 74 | | |
| Meget svær/døvt | 67 | 33 | 100 | 12 | | |
| <i>Funktionelle høreegenskaber**</i> | | | | | | |
| 0 – ingen problemer | 28 | 72 | 100 | 1.305 | | |
| 1 | 32 | 68 | 100 | 631 | | |
| 2 | 41 | 59 | 100 | 235 | | |
| 3 | 42 | 58 | 100 | 125 | | |
| 4 | 33 | 67 | 100 | 27 | | |
| 5 – svære problemer | 50 | 50 | 100 | 4 | | |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 29 | 71 | 100 | 1.687 | | |
| Nogle vanskeligheder | 34 | 66 | 100 | 540 | | |
| Mange vanskeligheder | 44 | 56 | 100 | 104 | | |

* $\chi^2 = 49,83$, $df=5$, $p<0,0001$; $\gamma = -0,22$, $p<0,0001$

** $\chi^2 = 25,79$, $df=5$, $p<0,0001$; $\gamma = -0,17$, $p<0,0001$

*** $\chi^2 = 12,69$, $df=2$, $p=0,0018$; $\gamma = -0,15$, $p=0,0012$

REGRESSIONSANALYSE

Som vi tidligere har påpeget, er der en række faktorer, som spiller ind på sammenhængen mellem den beskæftigelsesmæssige situation og høreproblemer. I en nærmere undersøgelse af hørelsens betydning for beskæftigelsesgraden har vi derfor valgt at foretage en regressionsanalyse, hvorigennem det er muligt at undersøge for forskellige faktors indvirkning på sammenhængen mellem nedsat hørelse og den beskæftigelsesmæssige position. Vi kan således undersøge, i hvilket omfang faktorer som alder, køn og uddannelsesmæssig baggrund har betydning for, om man er i beskæftigelse – og i hvilket omfang disse faktorer *forklarer* ovenstående sammenhæng.

Følgende variable er inddraget i analysen:

Afhængig variabel:

- Beskæftiget – ikke beskæftiget.

Uafhængige variable:

- *Baggrundsvariable:* Alder, civilstand, uddannelse og stillingstype
- *Variabel ombehandlende helbred:* Samlede antal helbredsproblemer, samt en række specifikke helbredsproblemer (jf. tabel 4.7).
- *Variabel ombehandlende problemer med hørelsen:* Klinisk målt hørenedsættelse, de funktionelle høreegenskaber, vanskeligheder i en samtale samt forekomsten af tinnitus, Ménière, overfølsomhed over for støj, vanskeligheder ved at skelne mellem forskellige lydtyper samt andre problemer med hørelsen.¹
- *Interaktionseffekter:* Klinisk målt hørenedsættelse* alder, klinisk målt hørenedsættelse* helbred, funktionelle høreegenskaber* alder og funktionelle høreegenskaber* helbred.

1. Forekomsten af tinnitus, Ménière, overfølsomhed over for støj, vanskeligheder ved at skelne mellem forskellige lydtyper samt andre problemer med hørelsen er inddraget i analysen, selvom indkredsningen af disse problemer ikke er uproblematisk. Dette skyldes, at ikke alle har haft mulighed for at angive, at de lider af andre hørelserelaterede problemer. Der ville således have været at foretrække, at samtlige deltagere i undersøgelsen var blevet stillet de hørelserelaterede tillægs spørgsmål. Da dette imidlertid ikke er tilfældet, skal der tages visse forbehold over for anvendeligheden af spørgsmålene. De forskellige former for høreproblemer inddrages alligevel i analyserne for at indfange eventuelle sammenhænge på trods af ovenstående problematikker. Andelen af personer i denne undersøgelse, der angiver at have tinnitus eller Ménière, stemmer da også udmærket overens med andelen i den samlede befolkning.

Mænd og kvinder har ikke samme mønster for arbejdsmarkedstilknærning, og karakteristika forbundet med arbejdsløshed og tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet varierer også mellem de to køn (se fx Danmarks Statistik, 2004; Beskæftigelsesministeriet et al., 2003; Larsen, 2002; Quaade, 2001; Danø et al., 2000). Vi har derfor valgt at foretage separate kørsler for mænd og kvinder.

MÆNDS BESKÆFTIGELSESGRAD

Tablet 7.2 viser odds-ratio for *ikke* at være beskæftiget. Det fremgår heraf, at alder, helbred, civilstand samt stillingstype har betydning for, om mændene er i beskæftigelse.

En hørnedstættelse er derimod ikke af signifikant betydning for, om mændene i undersøgelsen er i beskæftigelse – hvilket må siges at være et noget overraskende resultat. Ser vi på tabel 7.1 med den umiddelbare sammenhæng mellem hørnelsen og beskæftigelsesgraden, er et andet resultat forventeligt. Det fremgår imidlertid af regressionsanalysen, at den umiddelbart påviste sammenhæng er betinget af andre faktorer. Det at have nedsat hørnese er således forbundet med en række andre karakteristika som alder, helbred og stillingstype. Karakteristika, som har større betydning for beskæftigelsesgraden, og som derfor bevirker, at det ved første øjekast ser ud, som om det er den nedsatte hørnese, der har betydning for sandsynligheden for at være i beskæftigelse.

Dette betyder, at en nedsat hørnese ikke øger sandsynligheden for at miste beskæftigelsen – i hvert fald ikke for mændenes vedkommende.

Andre former for hørneproblemer som tinnitus, overfølsomhed over for støj, Ménière, nedsat skelnevne og lignende slår heller ikke ud i forhold til beskæftigelsesandsynligheden. I variabelen *stillingstype* er personer, som stadig er i arbejde blevet kategoriseret i henhold til typen af dette, mens personer, som står uden for arbejdsmarkedet, er kategoriseret i henhold til typen af deres seneste arbejde. Det bliver hermed muligt at indfange den *type* af arbejde, svarpersonerne har haft.

Variabelen *helbredsproblemer* dækker over 15 forskellige spørgsmål om forskellige helbredsproblemer. Respondenterne kan således opnå en score fra 0-15 alt efter, hvor mange spørgsmål der er svaret ja til. Ingen har svaret ja til mere end sammenlagt ti af de forskellige helbredsproblemer. Vi har samtidig undersøgt, hvilke specifikke typer af helbredsproblemer der har betydning for beskæftigelsesgraden.

Tablet 7.2

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for mændenes beskæftigelsesgrad.

| Ikke beskæftiget | Maximum likelhood estimat | Standardfejl | Odds-ratio | P-værdi |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------|---------|
| Konstant | -5,7637 | 0,42 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0,2859 | 0,03 | 1,331 | *** |
| Civilstand: | | | | |
| Gift/partnerskab | Reference | | | |
| Skilt/separeret | 0,6352 | 0,27 | 1,887 | * |
| Enkemand | 0,6728 | 0,65 | 1,960 | - |
| Ugift | 0,9194 | 0,28 | 2,508 | ** |
| Stillingstype: | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | Reference | | | |
| Funktionær/ tjenestemand | 0,6680 | 0,27 | 1,950 | * |
| Faglært | 1,3589 | 0,31 | 3,892 | *** |
| Ufaglært | 1,5960 | 0,30 | 4,933 | *** |
| Helbred: | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 1,1788 | 0,15 | 3,251 | *** |
| Problemer med ... | | | | |
| Hudlidelse eller allergi | -1,2744 | 0,27 | 0,280 | *** |
| Arme eller hænder | -1,2095 | 0,27 | 0,298 | *** |
| Ryg eller nakke | -1,0805 | 0,25 | 0,339 | *** |
| Ben eller fødder | -0,5723 | 0,26 | 0,564 | * |
| Blindhed eller synsedsættelse | -1,0839 | 0,33 | 0,338 | *** |
| Ordblindhed | -1,1097 | 0,29 | 0,330 | *** |
| Hjerte, blodtryk eller kredsløb | -0,8679 | 0,26 | 0,420 | *** |
| Åndedrætsbesvær | -0,6705 | 0,29 | 0,511 | * |
| Mave, lever, nyre eller fordøjelse | -0,8999 | 0,32 | 0,407 | ** |
| Hørnese: | | | | |
| Funktionelle hørnegenskaber | 0,1113 | 0,21 | 1,118 | - |

Anm.: - Ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,001; ***P<0,001 LR chi2 (18) =373,4107, p<0,0001; Wald=219,1366, p<0,0001. Antal observationer: 1.149.

Hørnelsen ser ikke ud til at have betydning for, om mændene i undersøgelsen er i beskæftigelse, men vi vil i det følgende knytte nogle kommentarer til de øvrige resultater af analysen og de karakteristika, som ser ud til at være af betydning.

Først og fremmest kan det konstateres – som det fremgår af den negative konstant – at mændene i undersøgelsen har en større sandsynlighed for at være i arbejde end ikke at være i arbejde. I alt 75 pct. af

mændene er i arbejde, mens 25 pct. er uden beskæftigelse af den ene eller anden grund.

Alder

Odds for at være uden beskæftigelse stiger, des ældre svarepersonen er. Dette er ikke specielt overraskende, da en del af populationen over 60 år er gået på efterløn – en mulighed, som ikke foreligger for personer under 60 år. I tillæg hertil viser undersøgelsen, at ældre har en højere ledighedsgrad end yngre. Dette skyldes dog ikke, at der er større sandsynlighed for at *blive* ledig, des ældre man er, men at ældre har vanskeligere ved at finde job *efter* en ledighedsperiode (Larsen, 2002). Samtidig vil arbejdsløshed i en sen alder sandsynligvis være medvirkende til at fremskynde tilbagetrækningsstidspunktet fra arbejdsmarkedet for mange ældre (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003).

Civilstand

Mænd, der lever alene, har større odds for at være uden beskæftigelse end mænd, der er gift eller lever i et partnerskab. Dermed ser det ud til, at det at bo sammen med en kvinde har en positiv effekt på den beskæftigelsesmæssige situation. Dette stemmer overens med Larsens (2002) analyser af den ældre del af befolkningens forventede tilbagetrækningsalder. Larsen finder således frem til, at det for størsteparten af de danske mænd gælder, at de har en forøget sandsynlighed for sen tilbagetrækning, hvis de lever i et parforhold.

Man har i andre undersøgelser fundet frem til, at mænd, som er uden beskæftigelse, har sværere ved at finde eller fastholde en partner (Christoffersen, 2004; Blekesaune & Barret, 2005).

Stillingstype

Odds for at være uden beskæftigelse er klart højere for ufaglærte og faglærte end for selvstændige. Funktionærer/tjenestemænd har ligeledes et noget højere odds for at være ubeskæftigede.

En forklaring herpå kan være, at der findes forskellige tilbagetrækningsmønstre inden for de forskellige typer arbejde. Tidligere undersøgelser viser, at selvstændige og tjenestemænd/funktionærer har en øget sandsynlighed for en sen tilbagetrækning, mens faglærte trækker sig tidligere tilbage. Disse forskelle afsredkommes ikke blot på baggrund af graden af 'nedslidning', men hænger formentlig ligeledes sammen med kutymen på det givne fagområde i forhold til tilbagetrækning, og i hvor høj grad

anciennitet påskønnes i den pågældende stillingsstype (Larsen, 2002; Pedersen & Tranæs, 2004; Larsen & Müller, 2006). Samtidig trækker selvstændige sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet end lønmodtagere. En forklaring herpå kan være, at det 'at være selvstændig' er en livsform, hvor en af de drivende kræfter er det at kunne klare sig selv (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003). Selvstændige kan derudover ikke fyres – om end de selvfølgelig stadig kan gå konkurs eller vælge at nedlægge firmaet.

Helbred

Odds for at være uden beskæftigelse stiger, des dårligere helbred svarpersonen har. Heller ikke dette forekommer specielt overraskende. Personer med et meget dårligt helbred vil naturligvis i større omfang være tildelt førtidspension, og det at have et dårligt helbred fremskynder tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Pedersen & Tranæs, 2004; Larsen, 2002; Quaaed, 2001).

En lang række af de specifikke typer af helbredsproblemer, der spørges til i undersøgelsen, slår ligeledes ud enkeltvis i forhold til beskæftigelsesgraden. Her viser det sig imidlertid, at sandsynlighederne for at have de pågældende helbredsproblemer stiger, hvis man er i beskæftigelse. Dette tyder på, at en lang række helbredsproblemer bliver afstedkommet af selve arbejdet og arbejdslivet. I det øjeblik, man ikke arbejder mere, forsvinder også helbredsproblemerne. Dette bortforklarer imidlertid ikke det faktum, at *flere* helbredsproblemer stadig betyder, at der er en øget sandsynlighed for ikke at være i beskæftigelse.

KVINDERS BESKÆFTIGELSESGRAD

I en analyse af de 50-64-årige kvinders beskæftigelsesmæssige situation kan det konstateres, at en række af de karakteristika, der har betydning for mændenes beskæftigelsesmæssige situation, går igen i forhold til kvinderne. Alder, helbred, civilstand og stillingsstype spiller således også ind i forhold til kvindernes beskæftigelsesgrad. I modsætning til, hvad der blev konstateret for mændene, ser det imidlertid ud til, at også uddannelse, en klinisk målt hørenedsættelse, en funktional hørenedsættelse samt interaktionen mellem en funktional hørenedsættelse og helbred har betydning for kvindernes beskæftigelsesgrad. Dette vil blive forklaret nærmere i det følgende.

Som for mændene har andre former for høreproblemer som tin-

nitus, overfølsomhed over for støj, Ménière, nedsat skelneevne og lignende ikke signifikant betydning for beskæftigelsesandsynligheden. Det er dog forholdsvis få kvinder, som har andre former for høreproblemer, hvilket gør testen for sammenhængen meget usikkert. Samtidig vil en stor del af konsekvenserne ved disse former for høreproblemer blive opfanget i målet for den funktionelle hørelse. Døjer man af en af ovenstående former for høreproblemer, vil den funktionelle hørelse være påvirket, og denne slår netop ud i forhold til beskæftigelsesgraden.

I alt 63 pct. af kvinderne er i arbejde, mens 37 pct. ikke er i arbejde. Dermed er andelen af ikke-beskæftigede noget større for kvindernes vedkommende end for mændenes. Denne tendens underbygges af tal fra Danmarks Statistik (Danmarks Statistik, 2004).

Alder

Jo ældre svareperson, des større odds for ikke at være beskæftiget. Der er de samme årsager hertil for kvinderne som for mændene.

Civilstand

Som tilfældet er for mændene, har også kvinder, der er skilt eller separeret, større odds for ikke at være i beskæftigelse end kvinder, der er gift eller lever i et partnerskab. I modsætning til resultatet for mændene ser der imidlertid ikke ud til at være forskel på beskæftigelsesgraden mellem ugifte kvinder og kvinder, der er gift eller lever i et partnerskab.

Stillingsstype

Også i forhold til stillingstypens betydning for beskæftigelsesgraden ses et andet resultat for kvinderne end for mændene. Hvor der er signifikant forskel på den beskæftigelsesmæssige position mellem de forskellige stillingskategorier for mændene, er det blandt kvinderne kun for dem, som har arbejdet eller arbejder som ufaglærte, at der ses et højere odds for ikke at være i beskæftigelse. Der ses derimod ingen signifikante forskelle mellem selvstændige og funktionærer/tjenestemænd. At odds for ikke at være i beskæftigelse ikke er større på et 5 pct. signifikansniveau for faglærte end for selvstændige, kan skyldes det relativt lave antal faglærte kvinder, som indgår i undersøgelsen (72 kvinder), mens også antallet af selvstændige/medhjælpende er forholdsvis lavt (114 kvinder). Således kan det forsvares at konkludere, at også faglærte kvinder har et større odds for være uden beskæftigelse end selvstændige og funktionærer/tjenestemænd.

Tablet 7.3

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for kvindernes beskæftigelsesgrad.

| Ikke beskæftiget | Maximum likelighed estimat | Standardfejil | Odds-ratio | P-værdi |
|---|----------------------------------|---------------|------------|---------|
| Konstant | -4,8422 | 0,44 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0,3385 | 0,03 | 1,403 | *** |
| <i>Civilstand:</i> | Reference | | | |
| Gift/partnerskab | 0,6588 | | 1,932 | ** |
| Skilt/separeret | 0,1414 | | 1,152 | - |
| Enke | 0,5304 | | 1,700 | - |
| Ugift | | | | |
| <i>Stillingsstype:</i> | Reference | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | 0,1034 | | 1,109 | - |
| Funktionær/tjenestemand | 0,5398 | | 1,716 | - |
| Faglært | 0,8154 | | 2,260 | ** |
| Ufaglært | | | | |
| <i>Uddannelse:</i> | Reference | | | |
| Grundskole | -0,8976 | | 0,64 | 0,408 |
| Gymnasial | -0,4662 | | 0,23 | 0,627 |
| Fagligt | -0,5613 | | 0,31 | 0,554 |
| Kort videregående | -0,8660 | | 0,29 | 0,421 |
| Mellemlang videregående | -1,9104 | | 0,45 | 0,148 |
| Lang videregående | | | | *** |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,3667 | | 0,05 | 1,443 |
| Problemer med ... | | | | |
| Psyken | 0,8460 | | 0,35 | 2,330 |
| Hudlidelse eller allergi | -0,4552 | | 0,21 | 0,634 |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Klinisk målt hørelsesættelse | 0,0151 | | 0,01 | 1,015 |
| Funktionelle hørelseskaber | 0,9246 | | 0,35 | 2,521 |
| <i>Funktionelle hørelseskaber*Helbred</i> | -0,2473 | | 0,11 | 0,781 |

Anm.: - ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001. LR chi2 (18) =465,0251, p<0,0001; Wald=271,5172, p<0,0001. Antal observationer: 1.117.

Man skal her være opmærksom på, at selvom der er inddelt i forskellige stillings typer, vil der være store kønsmæssige forskelle inden for disse stillings typer. Dette betyder, at når selvstændige anvendes som referencekategori for både mænd og kvinder, er der store ligheder ved at være selvstændige mellem mænd og kvinder, men også store forskelle. For eksempel

vil mange af de kvinder, der her betegnes som selvstændige, være medhjælpende hustruere med de forskelle, dette giver i forhold til at være hovedansvarlig for en virksomhed. Samtidig vil typen af branche og fag, som de selvstændige arbejder inden for, variere mellem de to køn.

Uddannelse

I modsætning til resultatet for mændene ser kvinderne uddannelse ud til at have indflydelse på beskæftigelsesgraden. Således forekommer odds for at være uden beskæftigelse lavere, jo længere uddannelse kvinden har. Uddannelse hænger naturligvis i høj grad sammen med den senere stillingstype, men alligevel tyder resultatet for kvinderne altså på, at uddannelsen i sig selv også har indflydelse på beskæftigelsesgraden, uanset hvilken stilling kvinden siden hen opnår.

Helbred

Ikke overraskende stiger odds for ikke at være i beskæftigelse, jo dårligere helbred kvinderne har.

Hvor adskillige af de specifikke helbredsproblemer så ud til at have en sammenhæng med beskæftigelsesgraden for mændenes vedkommende, er det udelukkende problemer med hudlidelser eller allergi samt psykiske problemer, der har forbindelse med kvinderne beskæftigelsesgrad. Det viser sig således, at kvinder, der arbejder, har større risiko for at have hudlidelser/allergi end kvinder, der ikke arbejder. En forklaring herpå kan være den foregede risiko for allergi, som fx rengøringsarbejde giver. I det øjeblik man holder op med at arbejde og bliver udsat for de pågældende allergifremkaldende kilder, vil også allergien forsvinde.

Derudover ses en sammenhæng mellem psykiske problemer og den beskæftigelsesmæssige situation. Kvinder, som har psykiske problemer, har større sandsynlighed for ikke være i arbejde end kvinder, som ingen psykiske problemer har.

Klinisk målt hørenedsættelse

Ganske interessant viser det sig, at den klinisk målte hørenedsættelse har en selvstændig indflydelse på kvinderne beskæftigelsesgrad – hvilket den ikke havde for mændene. Jo flere problemer med hørelsen, des større er odds for, at kvinden står uden for arbejdsmarkedet. Dette tyder på, at kvinder i højere grad end mænd er afhængige af deres hørelse i arbejds-situationen. Når der opstår problemer med hørelsen, vil kvinderne dermed i højere grad blive udstødt eller vælge at gå fra arbejdsmarkedet.

Niveauet for hørenedsættelse går som beskrevet i kapitel 3 på en skala fra -10 til 90, hvor personer med en høretærskelværdi på under 15 ingen hørenedsættelse har, mens personer, der har værdier på 70 og derover, har svære hørenedsættelser. Som det kan læses i tabellen, stiger odds for at stå uden for arbejdsmarkedet med 1,5 pct. for hver værdi på skalaen. Nedsat hørelse ser således ud til at have afgørende indflydelse på kvinderne beskæftigelsesmæssige position.

Funktional hørenedsættelse

Også den funktionelle hørelse målt ud fra en række lyresituationer i dagligdagen har indflydelse på arbejdsmarkedssituationen for kvinder. Jo dårligere funktionel hørelse, des større odds for, at hun står uden for arbejdsmarkedet.

Den anvendte variabel for en funktionel hørenedsættelse er kodet binært, dvs. den er delt op mellem kvinder, der højt oplever problemer i en enkelt lyresituation og kvinder, der oplever problemer i mere end en lyresituation. Odds viser, at kvinder, der har problemer i flere situationer, har 152 pct. større odds for at stå uden for arbejdsmarkedet end kvinder, der oplever få høreproblemer i dagligdagen. Dermed ser funktionelle høreproblemer i dagligdagen ud til at have afgørende indflydelse på kvinderne beskæftigelsesgrad.

Når både den klinisk målte hørelse og de funktionelle høreegenskaber slår ud i forhold til kvinderne beskæftigelsesmæssige position, tyder det på, at det ikke blot er i de tilfælde, hvor hørelsen *fynges* dårligt, at denne udøver indflydelse på dagligdagen. Også de personer, som har en form for uerkendt høretab, bliver påvirket af dette.

Interaktion mellem funktionel hørelse og helbred

Det viser sig i regressionsanalysen, at interaktionen mellem de funktionelle høreegenskaber og helbredet har betydning for kvinderne beskæftigelsesgrad. Dermed underbygges den sammenhæng mellem helbred og den oplevede hørelse, som blev påvist i kapitel 4. I det parameterestimatet er negativt, betyder det samtidig, at jo dårligere helbredet bliver, des mindre betydning har hørelsen for den beskæftigelsesmæssige situation.²

2. Det kan forekomme en anden misvisende, at kvinder med rigtig mange helbreds-mæssige problemer og store funktionelle høreproblemer faktisk har en højere beskæftigelsesgrad end andre kvinder. Dette kan skyldes, at interaktionen fanger en effekt af samspillet mellem høreproblemer og helbred. En effekt, der viser, at jo større generelle helbredsproblemer, des mindre betyder hørelsen

Høreapparat

Vi har nu konstateret, at hørelsen har en betydning i forhold til kvindernes beskæftigelsesmæssige position. En af de ting, der har størst effekt i forhold til at afhjælpe høreproblemer, er naturligvis at få et høreapparat. Der er derfor foretaget en supplerende analyse, hvor brug af høreapparat inddrages. Her viser det sig, at anvendelsen af et høreapparat har en betydelig effekt i forhold til kvindernes beskæftigelsesgrad. For kvinder med samme grad af klinisk målt hørenedsættelse ses et markant højere odds for at stå uden for arbejdsmarkedet, hvis der ikke anvendes et høreapparat ($p=0,0180$). Betydningen af at have et høreapparat stiger derudover naturligvis efterhånden, som hørenedsættelsen forværres. For kvinder med en let hørenedsættelse har anvendelsen af et høreapparat således ikke samme effekt som for kvinder med sværere hørenedsættelser.

Kvindernes sandsynlighed for ikke at være i arbejde

Odds for ikke at være i arbejde er altså større for kvinder med en hørenedsættelse end for kvinder uden en hørenedsættelse. Begrebet odds kan imidlertid være ganske svært forståeligt, hvorimod mange har lettere ved at forholde sig til *sandsynligheden* for noget. I figur 7.1 illustreres derfor kvindernes sandsynlighed for ikke at være i arbejde alt efter alder samt graden og typen af deres høreproblemer.

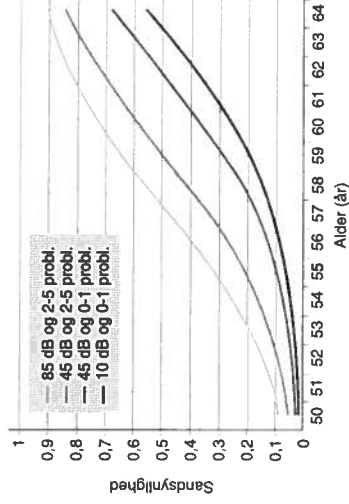
Det gælder for alle kvinder uanset deres hørelse, at jo ældre de er, des større sandsynlighed har de for ikke at være i arbejde – hvilket er ganske naturligt. Det fremgår imidlertid også tydeligt af grafen, at sandsynligheden for ikke at være i arbejde stiger i samtlige aldersgrupper, jo flere problemer hørelsen giver. For eksempel har en 64-årig kvinde, der får målt en meget svær hørenedsættelse i den kliniske test, og som har adskillige funktionelle høreproblemer i dagligdagen, lidt over 90 pct. sandsynlighed for at være uden arbejde. Sandsynligheden for en 64-årig kvinde uden nogen klinisk målt eller funktionel hørenedsættelse er derimod på 56 pct.

Af regressionsanalysen fremgår det, at ikke blot hørelsen og alder

for beskæftigelsesgraden. Problematikken kan endvidere skyldes, at effekten af høreproblemer flader ud, når man når op over et vist antal funktionelle høreproblemer i dagligdagen. Det giver således ikke den store forskel i forhold til beskæftigelsesgraden, om man har problemer i tre eller fem situationer. Men dette er overvurderede beregninger, ikke højde for, da det antages, at sammenhængen mellem de to parametre er lineær. Kun yderst få kvinder er dog omfattet af problematikken.

Figur 7.1

Sandsynlighed for ikke at være i arbejde for kvinder i forskellige aldre i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



influerer på beskæftigelsesgraden. Også forhold som den uddannelsesmæssige baggrund, stillingsstype og helbred har betydning for, om kvinderne er i arbejde. I et forsøg på at nuancere resultaterne i figur 7.1 har vi derfor valgt at udregne sandsynlighederne for, at forskellige kvinder med forskellige karakteristika ikke er i arbejde. De sorte søjler i figur 7.2 viser således sandsynlighederne for, at en 62-årig kvindelig funktionær/tjenestemand med en mellemlang uddannelse og ingen helbredsmæssige problemer ikke er i arbejde. De hvide søjler viser sandsynlighederne for, at en 62-årig kvindelig faglært arbejder med en faglig uddannelse og ingen helbredsproblemer ikke er i arbejde. For begge kvinder udregnes sandsynlighederne alt efter forskellige grader og typer af hørenedsættelse.

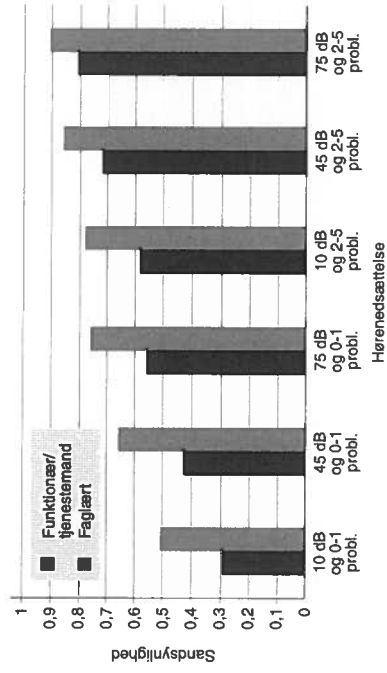
De seks forskellige typer høreproblemer dækker over:

- En kvinde, der hverken har nogen hørenedsættelse i den audiologiske test eller funktionelt i dagligdagen.
- En kvinde, der har en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En kvinde, der ikke får målt nogen hørenedsættelse i den audiologiske test, men som har adskillige funktionelle problemer i dagligdagen.

- En kvinde, der får målt en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.

Figur 7.2

Sandsynlighed for ikke at være i arbejde for en 62-årig kvindelig funktionær/tjenestemand og en 62-årig kvindelig faglært i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



Igen ses det tydeligt, hvorledes sandsynligheden for, at kvinderne ikke er i arbejde, stiger, jo dårligere hørelsen er. Samtidig har den kvindelige faglærte en større sandsynlighed for ikke at være i arbejde end den kvindelige funktionær/tjenestemand på tværs af de forskellige grader og typer af hørep problemer.

SAMMENFATNING

69 pct. af stikprøven er stadig i arbejde. Mændene har en lidt højere beskæftigelsesgrad end kvinderne. Det generelle helbreds billede, alder, stillingstype og civilstand har indflydelse på både mænds og kvinders beskæftigelsesgrad. Men hvor hørelsen ikke umiddelbart ser ud til at påvirke mændenes beskæftigelsesmæssige situation, har kvinder med hørep problemer en forringet beskæftigelsesgrad. Både den funktionelle hørelse og det

klinisk målte høreniveau spiller en rolle for kvinderne. For eksempel har en 60-årig kvinde uden en klinisk målt hørenedsættelse eller funktionelle hørep problemer ca. 30 pct. sandsynlighed for at være uden beskæftigelse. En 60-årig kvinde med en svær hørenedsættelse og adskillige funktionelle hørep problemer i dagligdagen har derimod en sandsynlighed på ca. 75 pct. for at være uden beskæftigelse. Det ser dermed ud til, at i det øjeblik, en kvinde ikke kan indgå i en problemfri kommunikation på arbejdspladsen, fravælges arbejdet.

Nøget tyder dermed på, at kvinder i højere grad end mænd bliver påvirket af deres hørep problemer – eller at de måske i højere grad bestrider jobtypen, der forudsætter en problemfri kommunikation i arbejdet.

ARBEJDSLØSHED

Vi har i forrige kapitel påvist, at nedsat høreelse tilsyneladende udelukkende har indflydelse på kvindernes beskæftigelsesmæssige position, mens den ingen betydning har for mændenes beskæftigelsesgrad. Den anvendte inddeling mellem at *være beskæftiget* eller *ikke være beskæftiget* kan dog forekomme en anelse unuanceret. I de følgende kapitler vil kategorien 'ikke beskæftiget' derfor blive opdelt efter årsagen til den manglende arbejds-markedstilknøytning. Dette kapitel vil omhandle de personer, som er uden beskæftigelse grundet arbejdsløshed.

ARBEJDSLØSHED OG NEDSAT HØRELSE

Blot 4 pct. af populationen i denne undersøgelse er arbejdsløse, hvilket svarer til i alt 103 personer. 5,2 pct. af den samlede danske arbejdsstyrke er arbejdsløse.¹ Således forekommer andelen af arbejdsløse i denne undersøgelse at være forholdsvis lav. Her skal man dog være opmærksom på, at det udelukkende er personer i aldersgruppen fra 50-64 år, som deltager i denne undersøgelse. Dermed vil en del af de personer, som mister deres

1. Tal for november 2005 (Danmarks Statistik, 2006).

arbejde, nok vælge at gå på efterløn (Det Økonomiske Råd, 2005; Beskæftigelsesministeriet et al., 2003).

Udregnes andelen af arbejdsløse udelukkende blandt personen, der stadig er på arbejdsmarkedet og ikke har trukket sig tilbage, er andelen af arbejdsløse således på 6 pct. (jf. tabel 8.1).

En lignende forklaring kan spille ind på sammenhængen mellem arbejdsløshed og nedsat hørelse. Som det fremgår af tabel 8.1, synes der ingen sammenhæng at være mellem de to parametre. Hverken den klinisk

målte hørenedsættelse eller den funktionelle hørelse i dagligdagen har signifikant sammenhæng med arbejdsløshed. En forklaring herpå kan være, at personer, der er påvirket af nedsat hørelse, i højere grad vælger at gå på efterløn, eller at de i højere grad er på førtidspension. Dette vil dog først blive undersøgt nærmere i det følgende kapitel. Endelig skal det selvfølgelig ikke udelukkes, at selve det at have nedsat hørelse ikke har nogen signifikant betydning i forhold til risikoen for at blive arbejdsløs.

REGRESSIONSANALYSE

For at få bekræftet eller afkræftet ovenstående umiddelbare sammenhænge foretager vi i det følgende en regressionsanalyse, hvor sammenhængen mellem arbejdsløshed og de forskellige mål for nedsat hørelse undersøges. I regressionsanalysen beregnes sandsynligheden for at være arbejdsløs. Vi har endnu en gang valgt at foretage separate kørsler for mænd og kvinder, da vi ved, at karakteristika forbundet med arbejdsløshed ikke nødvendigvis er ens for de to køn. Indledningsvis kan det således konstateres, at 5 pct. af mændene er arbejdsløse, mens 7 pct. af kvinderne er det.

Da vi som udgangspunkt ved, at risikoen for at være arbejdsløs ikke udelukkende afhænger af hørelsen, kontrolleres der i regressionsanalysen for indirekte påvirkninger på sammenhængen mellem arbejdsløshed og nedsat hørelse.

Følgende variable er inddraget i analysen:

Afhængig variabel:

- I arbejde kontra arbejdsløs.

Uafhængige variable:

- *Baggrundsvariable:* Alder, civilstand, uddannelse og stillingstype.
- *Variable omhandlede helbred:* Samlede antal helbredsproblemer, samt en række specifikke helbredsproblemer (jf. tabel 4.7).
- *Variable omhandlede problemer med hørelsen:* Klinisk målt hørenedsættelse, de funktionelle høregenskaber, vanskeligheder i en samtale samt forekomsten af tinnitus, Ménière, overfølsomhed over for støj, vanskeligheder med at skelne mellem forskellige lydkilder samt andre problemer med hørelsen.
- *Interaktionseffekter:* Klinisk målt hørenedsættelse* alder, klinisk målt

Tabel 8.1

Nettostikproven fordelt på arbejdsløshed¹, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder i en samtale, når flere er samlet. Procent og antal.

| Samtlige | Arbejdsløse i arbejde | | I alt | Antal |
|--------------------------------------|-----------------------|-----|-------|-------|
| | 6 | 94 | | |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | |
| Ingen | 6 | 94 | 100 | 581 |
| Meget let | 6 | 94 | 100 | 556 |
| Let | 6 | 94 | 100 | 389 |
| Moderat | 5 | 95 | 100 | 129 |
| Middelsvær/svær | 5 | 95 | 100 | 43 |
| Meget svær/døv | 20 | 80 | 100 | 5 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | |
| 0 – ingen problemer | 5 | 95 | 100 | 997 |
| 1 | 6 | 94 | 100 | 453 |
| 2 | 9 | 91 | 100 | 153 |
| 3 | 9 | 91 | 100 | 79 |
| 4 | 0 | 100 | 100 | 18 |
| 5 – svære problemer | 0 | 100 | 100 | 2 |
| <i>Følge med i en samtale***</i> | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 6 | 94 | 100 | 1.266 |
| Nogle vanskeligheder | 5 | 95 | 100 | 375 |
| Mange vanskeligheder | 12 | 88 | 100 | 66 |

* $\chi^2 = 2,18$, $df=5$, $p=0,824$; $\tau=0,002$, $p=0,482$

** $\chi^2 = 5,97$, $df=5$, $p=0,3089$; $\gamma = -0,11$, $p=0,1166$

*** $\chi^2 = 4,93$, $df=2$, $p=0,085$; $\gamma = -0,04$, $p=0,3773$

1. I variablen omhandlede arbejdsløshed er udelukkende personer, som enten er i arbejde, eller som er arbejdsløse, inddraget. Således er personer på førtidspension, på efterløn, under uddannelse samt længerevarende sygemeldte udeladt af analysen. Personer i aktivtørvang eller på revalidering kategoriseres i denne undersøgelse som arbejdsløse.

hørenedsættelse*helbred, funktionelle høregenskaber*alder og funktionelle høregenskaber*helbred.

MÆNDS ARBEJDSLØSHED

Som det fremgår af nedenstående tabel, er der ingen direkte sammenhæng mellem nedsat hørelse og arbejdsløshed for mændenes vedkommende, hverken når det gælder den klinisk målte hørenedsættelse, den funktionelle hørelse i dagligdagen eller andre former for høreproblemer som fx tinnitus eller overfølsomhed over for støj. Heller ikke alder, uddannelse eller typen af arbejde ser ud til at have betydning for, om mænd havner i arbejdsløshed.

Der ses derimod en sammenhæng mellem arbejdsløshed og helbred samt arbejdsløshed og civilstand.

Tabel 8.2

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for mændenes arbejdsløshed.

| Arbejdslos | Maksimum likelihood estimat | Standardfejil | Odds-ratio | P-værdi |
|----------------------------|-----------------------------|---------------|------------|---------|
| Konstant | -3,3413 | 0,34 | | *** |
| <i>Civilstand:</i> | | | | |
| Reference | | | | |
| Gift/partnerskab | 1,0906 | 0,40 | 2,976 | ** |
| Skilt/separeret | -12,5849 | 946,2 | 0,001 | - |
| Enkemand ¹ | 1,2793 | 0,39 | 3,594 | ** |
| Ugift | | | | |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,2702 | 0,08 | 1,310 | ** |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Funktionelle høregenskaber | -0,0146 | 0,01 | 0,985 | - |

Anm.: - ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,001; ***P<0,0001. LR chi2 (5) =25,0487, p=0,0001; Wald=24,8763, p=0,0002. Antal observationer: 923.

1. De meget høje teststørrelser for enkemand skyldes, at kun ni mænd falder ind under denne kategori.

Civilstand

Der er klar forskel på sandsynligheden for at være arbejdsløs for gifte mænd og for mænd, som lever alene på grund af skilsmisse, eller at de aldrig er blevet gift. Som det fremgår af tabel 8.2, har gifte mænd et meget lavere odds for at være arbejdsløse end både skilte og ugifte mænd. Kausaliteten mellem de to parametre kan dog gå begge veje, idet sammenhæn-

gen kan være udtryk for flere forskellige faktorer. Den kan for det første skyldes, at gifte mænd fører et mere stabilt liv og dermed har en lavere risiko for at blive fyret. For det andet tyder noget på, at kvinder i højere grad gifter sig med mænd, der er i arbejde og har en stabil indtægt (Christoffersen, 2004). At skilsmissen og fyringen har de samme årsager, kan ligeledes ses som en forklaring.

Helbred

Jo dårligere helbred de mandlige svarpersoner har, des større sandsynlighed har de for at være arbejdsløse. Dette forekommer måske ikke umiddelbart så overraskende, men der skal samtidig huskes på, at personer på førtidspension ikke figurerer i analysen. Personer, som er langvarigt sygemeldte, er heller ikke medtaget. Dermed er det udelukkende personer, som bedømmes til at være arbejdsdygtige, der er med i analysen. Resultatet tyder således på, at efterhånden som helbredet bliver dårligere, bliver det sværere at få eller fastholde et arbejde.

KVINDERS ARBEJDSLØSHED

Som vi har påvist i forrige kapitel, er beskæftigelsesmønstret ikke ens for mænd og kvinder. Dette viser sig endnu en gang at være tilfældet ved en regressionsanalyse af kvindernes risiko for at være arbejdsløse. Igen undersøges sandsynligheden for at være arbejdsløs afhængigt af en række forskellige karakteristika og helbredsmæssige forhold.

Helbred, jobtype samt en klinisk målt hørenedsættelse har en vis indflydelse på kvindernes arbejdsløshedsrisiko. Derimod ser kvindernes civilstand ud til at være uden betydning i modsætning til resultatet for mændene.

De funktionelle høregenskaber fremstår ikke signifikant i sig selv, men ses der på interaktionseffekten mellem den funktionelle hørelse og helbredet, er denne under den opstillede signifikansgrænse. Da interaktionseffekten således medtages i analysen, inddrages også målet for den funktionelle hørelse, da dette er en primær sammenhæng, som er indlejret i modellen, hvor interaktionseffekten indgår (Kreiner, 1999).

Som for mændene har andre former for høreproblemer som tinnitus, overfølsomhed over for støj, Ménière og nedsat skelnevne ingen signifikant sammenhæng med kvindernes arbejdsløshedsrisiko.

Dermed gentages en del af det mønster, som også gjorde sig gæl-

dende i forhold til det generelle billede på den beskæftigelsesmæssige situation. Nedsat høreelse påvirker ikke umiddelbart mændenes position på arbejdsmarkedet, hvorimod kvindernes arbejdsmarkedstilknudning forandres, når høreelsen forværres.

Tablet 8.3

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for kvindernes arbejdsløshed.

| Arbejdslos | Maksimum likelhood estimat | Standardfejl | Odds-ratio | P-værdi |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|------------|---------|
| Konstant | -2,6447 | 0,41 | | *** |
| Stillingstype: | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | -0,9443 | 0,54 | 0,389 | - |
| Funktionær/tjenestemand | -1,4944 | 0,35 | 0,224 | *** |
| Faglært | -0,4606 | 0,56 | 0,631 | - |
| Ufaglært | Reference | | | |
| Helbred: | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,2278 | 0,09 | 1,256 | ** |
| Høreelse: | | | | |
| Klinisk målt høreedsættelse | 0,0256 | 0,01 | 1,026 | * |
| Funktionelle høreegenskaber | 1,0297 | 0,61 | 2,800 | - |
| Funktionelle høreegenskaber* Helbred | -0,4560 | 0,23 | 0,634 | * |

Anm.: - ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001. LR chi2 (7) =32,0269, p<0,0001; Wald=32,3819, p<0,0001. Antal observationer: 771

Stillingstype

Faglærte og ufaglærte har et højere odds for at være arbejdsløse end selvstændige/medhjælpende hustruer samt funktionærer/tjenestemænd.

Helbred

Efterhånden som helbredet forværres, stiger kvindernes odds for at være arbejdsløse.

Klinisk målt høreedsættelse

Odds for at være arbejdsløs stiger med 2,6 pct. for hvert trin på skalaen fra -10 til 90, kvinderne tager. Dermed ser den objektivt konstaterede høreedsættelse ud til at have en forholdsvis kraftig negativ indflydelse på kvinders risiko for at blive arbejdsløse.

Funktionel høreedsættelse²

Også den funktionelle høreelse i dagligdagen er af afgørende betydning for risikoen for at være arbejdsløs. Odds stiger således med 180 pct. for de kvinder, der har problemer i mere end en lyttesituation.

Interaktion mellem funktionel høreelse og helbred

Idet interaktionen mellem de funktionelle høreegenskaber og helbred indrages i analysen, viser det sig, at de funktionelle høreegenskaber udelukkende spiller en rolle i forhold til risikoen for arbejdsløshed for kvinder, som har få helbredsproblemer. Det kan udledes på baggrund af det negative parameterestimat. Ser vi således udelukkende på kvinder uden helbredsproblemer, har kvinder med høreproblemer en større sandsynlighed for arbejdsløshed end kvinder uden høreproblemer.

Billedet for kvinder med mange helbredsproblemer og mange høreproblemer er noget anderledes. Udregnes estimatet med inddragelse af helbred, de funktionelle høreegenskaber samt interaktionen mellem de to variable, vil estimatet blive negativt for kvinder med mange helbredsproblemer og store funktionelle høreproblemer. Dette betyder, at disse kvinder har mindre sandsynlighed for at være arbejdsløse end kvinder med færre helbredsproblemer. Her ser det ud til, at de store problemer med helbredet er et gode, der formindsker sandsynligheden for arbejdsløshed. Grunden til dette umiddelbart noget overraskende resultat kan skyldes den selektionsmekanisme, som forekommer i forbindelse med tilværelsen på arbejdsmarkedet. Kvinder med mange helbredsproblemer har for en stor del vedkommende mulighed for at gå på førtidspension, hvis de ønsker det. Og en del af dem vil gøre det. Dermed har de kvinder med store helbredsproblemer, som er tilbage på arbejdsmarkedet, en stor motivation for at blive på arbejdsmarkedet. En del af denne motivation kan fx ligge i et godt og meget sikkert arbejde.

Samtidig vil en stor del af de kvinder med helbredsproblemer, som bliver arbejdsløse, sandsynligvis vælge at overgå til førtidspension, idet de mister deres arbejde. Da denne analyse udelukkende inkluderer kvinder på arbejdsmarkedet, afdækker den ikke hele den bagvedliggende selektion i hvem der overhovedet stadig er på arbejdsmarkedet. Hvis kvinder med

2. Testen for signifikans befinder sig ikke under den normalt anvendte grænse på 0,05, men på 0,0946. Variablen bibeholdes dog i analysen, da interaktionen mellem de funktionelle høreegenskaber og helbred også indgår i analysen.

store helbredsmæssige problemer så at sige "forsvinder ud af analyserne" ved at vælge førtidspension i det øjeblik, de bliver arbejdsløse, kommer det til at se ud, som om kvinder med helbredsproblemer har en mindre sandsynlighed for arbejdsløshed end kvinder uden helbredsproblemer. Det skyldes således formodentlig, at mange af kvinderne med helbredsproblemer ikke længere er en del af analysen.

Det skal understreges, at kun ganske få kvinder både har mange helbredsproblemer og en meget dårlig funktionel hørelse og derved er omfattet af problematikken. Dermed bliver testresultater for disse kvinder noget usikkert. Interaktionen mellem helbredet og den funktionelle hørelse er således udtryk for en tendens i samspillet mellem de to parametre, hvorved resultatet for de få kvinder med mange helbredsproblemer kan blive noget misvisende, idet effekten af samspillet så at sige overvurderes for dem.

Høreapparat

Vi har endvidere undersøgt, i hvilket omfang anvendelsen af et høreapparat har en positiv effekt på risikoen for arbejdsløshed. Da der imidlertid udelukkende er 24 høreapparatbrugere med i analysen (4 arbejdsløse og 20 i beskæftigelse), er det ikke muligt at foretage valide tests.

Kvindernes sandsynlighed for at være arbejdsløse

Som i det foregående kapitel er det herefter muligt at udregne sandsynlighederne for at være arbejdsløse alt efter forskellige personkarakteristika samt grader og typer af hørenedsættelse. Det er imidlertid – ud over problemer med hørelsen – kun helbredet og stillingstypen, der har betydning for kvindernes sandsynlighed for at blive arbejdsløse.

Figur 8.1 illustrerer således hhv. en kvindelig funktionær/tjenestemand og en kvindelig faglært arbejders sandsynlighed for arbejdsløshed alt efter forskellige grader og typer af hørenedsættelse.

Følgende høreproblemer illustreres:

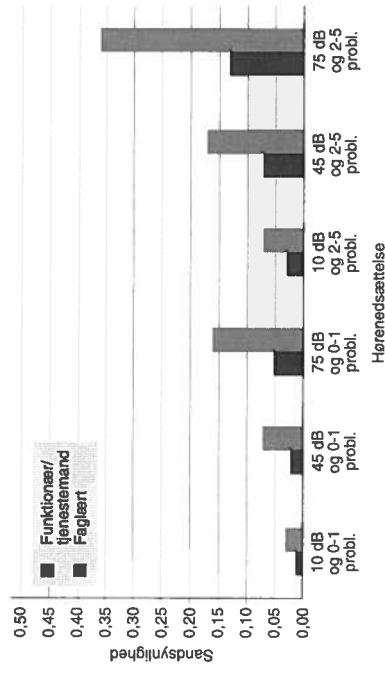
- En kvinde, der hverken har nogen hørenedsættelse i den audiologiske test eller funktionelt i dagligdagen
- En kvinde, der har en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der ikke får målt nogen hørenedsættelse i den audiologiske test, men som har adskillige funktionelle problemer i dagligdagen

- En kvinde, der får målt en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.

Faglærte kvinder har en større sandsynlighed for at være arbejdsløse end funktionærer/tjenestemænd. For begge parter gælder det imidlertid, at sandsynligheden stiger, efterhånden som hørelsen forværres. Den klinisk målte hørenedsættelse spiller en forholdsvis stor rolle i forhold til risikoen for at ende i arbejdsløshed. En kvinde, der får målt en høj gennemsnitlig

Figur 8.1

Sandsynlighed for at være arbejdsløs for en kvindelig funktionær/tjenestemand og en kvindelig faglært i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



tærskelværdi i den audiologiske test, men som højt har problemer i en enkelt af dagligdagens lyttesituationer, har således en større sandsynlighed for at være arbejdsløs end en kvinde, der ikke får målt nogen hørenedsættelse i den audiologiske test, men som har problemer i adskillige af dagligdagens lyttesituationer.

Selvurderet betydning af den nedsatte hørelse

Selvom de statistiske analyser viser en sammenhæng mellem nedsat hørelse og kvindernes risiko for at havne i arbejdsløshed, er det kun meget få af de arbejdsløse kvinder med selvangivne høreproblemer, der tilskriver høreproblemerne betydning for den beskæftigelsesmæssige situation.

HISTORIK FOR ARBEJDSLØSHED

Det kan altså konstateres, at der er en vis sammenhæng mellem nedsat hørelse og kvindernes arbejdsløshedssituation, idet risikoen for at være arbejdsløs stiger des større problemer med hørelsen, der kan spores. Denne sammenhæng er imidlertid ikke at finde for mændene.

En ting er dog tilknytningen til arbejdsmarkedet, som den ser ud på interviewtidspunktet, en anden er historien op til den nuværende situation. Både personer i beskæftigelse og uden beskæftigelse er derfor blevet stillet en række supplerende spørgsmål angående tidligere arbejdsløshed. Hermed undersøger vi, om personer med nedsat hørelse alt i alt er mere udsatte for arbejdsløshed.

De mål for nedsat hørelse, som anvendes i analyserne, er et øjebliksbillede på respondenternes hørelse. At der i dag kan påvises en vis grad af hørenedsættelse, er således ikke ensbetydende med, at den har været til stede tidligere i svarpersonernes liv. Da vi netop ved, at problemer med hørelsen øges med alderen, kan det dermed meget vel tænkes, at den i dag konstaterbare hørenedsættelse er opstået inden for de senere år. Er dette tilfældet, vil en for nylig opstået hørenedsættelse naturligvis ikke have haft indflydelse på den beskæftigelsesmæssige situation. Vi har derfor valgt kun at spørge til arbejdsløshedssituationen inden for de seneste tre år.

Arbejdsløshed inden for de seneste tre år

De svarpersoner, som angiver at være arbejdsløse, er blevet spurgt, hvor mange måneder de har været arbejdsløse i løbet af de seneste tre år. 22 pct. har været arbejdsløse i under seks måneder, 21 pct. mellem seks måneder

og et år. 23 pct. har været arbejdsløse mellem et og to år, mens de resterende 34 pct. har været det mellem to og tre år. Der ser ikke ud til at være nogen sammenhæng mellem længden af arbejdsløshedperioden og en eventuel hørenedsættelse. Der er ingen forskel mellem de to køn.

De svarpersoner, som er i arbejde i dag, er ligeledes blevet spurgt, om de har været arbejdsløse inden for de seneste tre år og i så fald i hvor lang en periode. Små 7 pct. har været arbejdsløse inden for de seneste tre år. Andelen er ikke højere blandt personer med nedsat hørelse, og der er ingen signifikant forskel mellem mænd og kvinder. Nedsat hørelse synes heller ikke at have indflydelse på længden af arbejdsløshedperioden inden for de seneste tre år.

At der ingen sammenhæng er mellem arbejdsløshed inden for de seneste tre år og nedsat hørelse for mændenes vedkommende, var forventeligt på baggrund af rapportens tidligere resultater. Man kunne derimod have haft en formodning om, at kvinder med høreproblemer ville have været udsat for en længere arbejdsløshedperiode end kvinder uden høreproblemer. Dette har vist sig ikke at være tilfældet, hvilket må betyges som et positivt resultat. Der skal imidlertid tages det forbehold, at ovenstående analyser er foretaget på baggrund af yderst få individer. Således er det blot 53 kvinder, der var arbejdsløse på interviewtidspunktet, og blot 107 kvinder havde været arbejdsløse inden for de seneste tre år, selvom dette ikke længere er tilfældet.

TRYGHED I ARBEJDET

En ting er dog de sammenhænge mellem arbejdsløshed og nedsat hørelse, som vi kan spore rent statistisk, en anden er svarpersonernes oplevelse af deres arbejdssituation og risiko for at ende i arbejdsløshed.

For at undersøge hvor sikre svarpersonerne føler sig i deres arbejde, er de blevet spurgt, hvordan de vurderer deres muligheder for at beholde deres arbejde, hvis der skal skæres ned på deres nuværende arbejdsplads. Over 80 pct. vurderer deres muligheder som gode eller meget gode. Hørelsen har ingen signifikant indflydelse herpå.

Samme resultat ses i forbindelse med mulighederne for at beholde arbejdet, hvis der skal omstruktureres på arbejdspladsen. Igen vurderer over 80 pct. af svarpersonerne, at deres muligheder for at beholde jobbet er gode eller meget gode. Nedsat hørelse – det være sig klinisk målt eller funktionelt – ændrer heller ikke signifikant på dette resultat.

Det kan dermed konstateres, at både hørehæmmede og normalt hørende inden for aldersgruppen af 50-64-årige har en stor tryghed i arbejdet og en meget lille frygt for at blive afskediget i tilfælde af nedskæringer eller omstruktureringer.

Der kan imidlertid allerede have foregået en vis selektionsmekanisme forud for dette spørgsmål. Det kan således tænkes, at det meget positive resultat er noget misvisende i forhold til arbejdsmarkedsituationen for den samlede population af 50-64-årige. For det første er arbejdsløse ikke blevet stillet de to ovenstående spørgsmål. Dermed er den gruppe af undersøgelsens respondenter, som har været i størst fare for at miste deres beskæftigelse – og som *har* mistet denne – ikke blevet stillet spørgsmålet. Dette havde naturligvis heller ikke været logisk, men alligevel betyder det, at der allerede er sket en vis selektion inden for gruppen på arbejdsmarkedet. Dermed er det ikke nødvendigvis så underligt, at de personer, som på nuværende tidspunkt er i arbejde, også i høj grad føler sig sikre i dette. I tillæg hertil er en del af netostikprøven på førtidspension eller efterløn. Det kan dermed yderligere tænkes, at også denne gruppe af mennesker i højere grad har følt sig usikre i deres arbejde – og måske også har været det – og derfor har valgt at forlade eller er blevet tvunget ud af arbejdsmarkedet. Alt i alt er det derfor den 'stærkeste' del af de 50-64-årige, der på nuværende tidspunkt er i beskæftigelse og dermed også en gruppe, som *er* forholdsvis sikre i deres arbejde.

SAMMENFATNING

Som det gjorde sig gældende i forhold til det generelle billede af den beskæftigelsesmæssige situation, ser hørelsen ud til at være uden betydning for mændenes risiko for arbejdsløshed. Risikoen for arbejdsløshed stiger derimod des dårligere funktionel og klinisk målt hørelse, kvinderne har. Kvinder med mange helbredsproblemer og store funktionelle høreprøblemer ser imidlertid ud til at have en mindre sandsynlighed for arbejdsløshed end kvinder med færre problemer. Dette skyldes formentlig, at kvinder, som er meget besværet af deres helbred, vil vælge en førtidspensionering i det øjeblik, de bliver arbejdsløse og dermed udgår af denne analyse.

Igen understreges det, at mænd og kvinder tilsyneladende har en forskellig afhængighed af deres hørelse, og at en hørenedsættelse påvirker de to køn forskelligt. Da en arbejdsløshedssituation jo ofte ikke er selvvalgt, indikerer resultaterne ligeledes, at mænd og kvinder med høreprø-

blemer ikke behandles fuldstændigt ens. Kvinderne ser således ud til at have større risiko for at havne i arbejdsløshed, mens de sandsynligvis også har sværere ved at finde nyt arbejde på grund af deres høreprøblemer.

Der er ingen umiddelbar sammenhæng mellem hørelsen og historikken for arbejdsløshed eller tryghed i arbejdet.

FØRTIDIG TILBAGETRÆKNING

FØRTIDSPENSION, EFTERLØN OG NEDSAT HØRELSE

Omdrejningspunktet i dette kapitel vil være de personer, som har foretaget en førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af enten førtidspension eller efterløn – og den rolle, nedsat hørelse spiller for denne tilbagetrækning.

Som beskrevet i indledningen er det et politisk mål at øge arbejdsstyrken, så fremtidige udfordringer for velfærdsstaten kan imødekommes. I forbindelse hermed foregår i øjeblikket en heftig debat angående relevansen af efterlønsordningen samt en eventuel ændring eller afskaffelse heraf (Regeringen, 2006; Velfærdskommissionen, 2004, 2005b; Socialdemokraterne, 2005; Det Radikale Venstre, 2005). Det anføres, at muligheden for at gå på efterløn er blevet et privilegium, der benyttes af mange, som reelt set godt kunne fortsætte på arbejdsmarkedet endnu nogle år. En afskaffelse af efterlønsordningen bliver således fremført som en nødvendig metode til at holde den ældre del af befolkningen på arbejdsmarkedet i flere år i en fremtid med små fødselsårge og flere ældre, der skal forsørges.

Hvor alle over 60 år, der har været medlem af en a-kasse i minimum 25 år inden for de seneste 30 år og har betalt efterlønsbidrag i en tilsvarende periode, kan vælge at gå på efterløn, tildeles førtidspension

menesker, som af fysiske, psykiske eller sociale grunde ikke kan arbejde og dermed forsørge sig selv. Der er dermed stor forskel på de to ordninger, og grundene til at vælge den ene eller den anden er meget forskellige. Alligevel tyder noget på, at der er et vist samspil mellem de to ordninger. Af Velfærdskommissionens rapport *Fremtidens vejførd – sådan gør andre lande* (2005a) fremgår det således, at de forskellige førtidige tilbagebetalingsmuligheder i et vist omfang erstatter hinanden, idet en række opstramninger på førtidspensionsområdet i 1990'erne kan have medvirket til de markante stigninger i tilgangen til efterløn de følgende år. Personer, som med de nye stramninger ikke længere havde mulighed for at blive førtidspensioneret, måtte i stedet vente nogle år og derefter gå på efterløn. Samtidig har kvindernes øgede erhvervsdeltagelse medført, at færre tildeles socialt betinget førtidspension, og at flere kvinder er berettiget til efterløn. Der er således sket en vis substitution fra førtidspension til efterløn på grundlag af kvindernes øgede erhvervsdeltagelse (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003). Med dette samspil in mente vil analyserne omhandlende exit fra arbejdsmarkedet og hørrelsens betydning herfor, i det følgende blive fortaget sideløbende for førtidspension og efterløn.

Førtidspension og problemer med hørelsen

Det er ikke muligt at sige præcist, hvor mange der får tildelt førtidspension på grund af høreprøblemer. Problemer med hørelsen vil ikke altid være nok i sig selv til at få tilkendt en førtidspension, men problemerne kan i tillæg til andre helbredsmæssige og sociale problemer være medvirkende til en samlet forringet arbejdsevne, der holder den enkelte ude fra arbejdsmarkedet.

Reglerne for tildeling af førtidspension blev ændret i 2003. Ifølge den gamle ordning skulle erhvervsvenen være nedsat med mindst halvdelen, eller sociale og helbredsmæssige forhold skulle tale for tilkendevise af førtidspensionen. Ifølge den nye ordning er det en betingelse, at arbejdsevnen er varigt nedsat, og at nedsættelsen er af et sådant omfang, at den pågældende ikke er i stand til at blive selvforsørgende ved indtægtsgivende arbejde (Ankestyrelsen, 2004; Socialministeriet, 2005).

De nyest tilgængelige opgørelser over tildeling af førtidspension er fra 2003. Da det var et overgangsårs mellem de to ordninger, blev der tildelt førtidspensioner efter begge ordninger. Af Ankestyrelsens årsstatistik for førtidspensioner i 2003 (2004) fremgår det, at i alt ca. 2.300 personer ansøgte om førtidspension på grund af problemer med nervesystemet eller sansorganer. Personer med denne hoveddiagnose udgjorde 7 pct. af alle

ansøgninger efter den nye ordning og 8 pct. af alle ansøgningerne efter den gamle ordning. Både i den gamle ordning og i den nye ordning fik mellem 5 og 6 pct. af disse ansøgere afslag på førtidspension.

Det er desværre ikke muligt ud fra opgørelserne præcist at se, hvor mange der ansøgte om førtidspension med høreprøblemer som ansøgningsgrundlag. Ovenstående tal indbefatter således også personer med synsproblemer og personer med sygdomme i nervesystemet som fx epilepsi, lammelser, Parkinson eller hjernehindebetændelse.

Tallene indikerer alligevel, at en vis del af førtidspensionisterne har ansøgt om denne på grund af problemer med hørelsen. Det kan dermed tænkes, at tiltag møntet direkte på afhjælpningen af denne funktionsnedsættelse kan forbedre arbejdslivet for hørehæmmede på arbejdsmarkedet og eventuelt holde dem på arbejdsmarkedet i flere år.

Efterløn og problemer med hørelsen

Efterløn er i modsætning til førtidspension ikke nødvendigvis forbundet med et forringet helbred eller andre forhold, der forhindrer den enkelte i at arbejde. Alligevel er det vigtigt at undersøge, i hvor høj grad afgang fra arbejdsmarkedet gennem efterløn hænger sammen med et reelt ønske herom, og i hvor høj grad det er afstedkommet af en række udløsende faktorer, som mere eller mindre har tvunget den enkelte til at vælge denne løsning. Spørgsmålet er således, om tilbagebetalingen fra arbejdsmarkedet i form af efterlønsmodtagelse er tvungen eller frivillig. Bliver efterlønsordningen anvendt som en eksistensstrategi fra arbejdsmarkedet på grund af en nedsat funktionsevne og forringede betingelser på arbejdsmarkedet, eller har en eventuel forringet høreevne intet at gøre med valget om at gå på efterløn? Er førstnævnte tilfældet, kan det også her tænkes, at specifikke tiltag rettet mod personer med nedsat hørelse, deres omgivelser og deres arbejdsplads kan forbedre den hørehæmmedes arbejdsliv i en sådan grad, at denne forbliver på arbejdsmarkedet i en længere årrække end ellers.

Antal på førtidspension og efterløn i undersøgelsen

11 pct. af personerne i nettostikprøven er på førtidspension, mens 14 pct. er på efterløn eller en anden form for overgangsydelse.¹ Dette svarer til

1. At være på efterløn eller en anden form for overgangsydelse vil efterfølgende udelukkende blive betegnet som værende på efterløn. Da der i spørgeskemaet ikke stikkes mellem de forskellige ordninger, er det ikke til at se, hvor mange i gruppen der er på en anden ordning end efterløn. Der er imidlertid seks personer under 60 år, som har placeret sig inden for efterløns-kategorien. Da disse

hhv. 275 og 326 personer. En større andel af kvinderne end af mændene er på førtidspension (164 kvinder og 111 mænd), hvilket også gør sig gældende i forhold til efterløn (204 kvinder og 122 mænd) ($p < 0,0001$ og $p < 0,0001$). Samtidig er der naturligvis en klar sammenhæng mellem alder og efterløn/førtidspension, idet flere vil tiltræde en af de to ordninger, efterhånden som de bliver ældre, mens ingen fratræder ordningerne igen. Derudover er det udelukkende personer over 60 år, der kan modtage efterløn.

Frivillig tilbagetrækning¹

I et indledende forsøg på at belyse i hvilket omfang førtidig tilbagetrækning foregår på en 'frivillig' basis, eller om mange ser sig nødsaget til at forlade arbejdsmarkedet på grund af fx nedslidning, forringet helbred eller manglende jobmuligheder, er personer, der har trukket sig tilbage, blevet spurgt, om de syntes, de trak sig tilbage i en passende alder. Hele 54 pct. (312 personer) giver en negativ tilkendegivelse herpå. Kun 3 personer ud af disse 312 personer mener, at de trak sig for sent tilbage. De øvrige svarpersoner synes derimod, at deres tilbagetrækning var for tidlig. Dermed tyder noget på, at op mod halvdelen af de personer, der har trukket sig tilbage, ikke forlod arbejdsmarkedet ud fra et personligt ønske, men at de til en vis grad så sig nødsaget til at stoppe.

Der er stor forskel på holdningen til eget tilbagetrækningstidspunkt mellem førtidspensionister og efterlønsmodtagere. Blandt personer på førtidspension er det 83 pct., der mener, at de var nødsaget til at trække sig tilbage for tidligt, mens det blandt efterlønsmodtagere er 26 pct.

Ikke overraskende tilslutter yngre svarpersoner sig oftere udsagnet end ældre svarpersoner ($\chi^2 = 131,19$ df=13, $p < 0,0001$). Der er ingen forskel mellem de to køn.

At en så relativt stor andel finder, at de trak sig for tidligt tilbage, kan dog også hænge sammen med, at de har fortrudt deres tidligere valg.

seks personer grundet deres alder ikke kan være på efterløn, må man regne med, at de modtager en anden form for overgangsydelse. Alt i alt anses gruppen, som modtager en anden form for overgangsydelse end efterløn, dog for at være relativt lille, hvorfor der ikke vil blive gjort mere ud af at beskrive andre former for overgangsydelse end efterløn i rapporten. Af *Rapport fra Udvalget vedr. længere tid på arbejdsmarkedet* (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003) fremgår det da også, at "sandsynligheden for at gå på efterløn er stort set identisk med sandsynligheden for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet for de 60-årige." (s. 94)

Nogle personer savner måske livet på arbejdsmarkedet og vil gerne tilbage om muligt.

Sammenhæng mellem førtidig tilbagetrækning og nedsat høreelse

Der er umiddelbart en tydelig sammenhæng mellem tildeling af førtidspension og nedsat høreelse, uanset hvilket af de tre mål for høreelsen der anvendes. Mønsteret for efterløn er imidlertid noget anderledes. Om end sammenhængen mellem en klinisk målt høreneedsættelse og efterløn er ganske markant, ses en sådan sammenhæng ikke i forhold til de to mål for den funktionelle høreelse i dagligdagen. Dette kunne tyde på, at personer, som *fynges* dårligt med deres høreelse, eller som har andre høreproblemer end et behov for et øget styrkeniveau, har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet inden, de blev gamle nok til at kunne gå på efterløn. Denne tese vil blive behandlet nærmere senere i kapitlet.

REGRESSIONSANALYSE

For at få et mere detaljeret billede af horelsens betydning for førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet har vi foretaget en regressionsanalyse, hvor karakteristika forbundet med tilbagetrækning undersøges. Endnu en gang foretages separate analyser for mænd og kvinder. I modsætning til analyserne i de tidligere kapitler er *både* personer på førtidspension og personer på efterløn inddraget i analysen samtidig med personer, der stadig er på arbejdsmarkedet. Dette har vi valgt for i højere grad at kunne undersøge en eventuel sammenhæng mellem de to tilbagetrækningsordninger – hvad der fører til et valg af den ene form frem for den anden, og hvorvidt horelsen spiller en rolle herfor.

I de følgende afsnit vil vi gennemgå mændenes mønster for tilbagetrækning. Karakteristika forbundet med mændenes positioner som hhv. førtidspensionister, efterlønsmodtagere og arbejdsmarkedsdeltagere analyseres simultant, men resultaterne vil blive illustreret i hver deres tabel. Dette sker for at forbedre overskueligheden af tabellerne samt lette læserens forståelse. Denne illustrationsmetode betyder dog, at selv om et bestemt karakteristikum udelukkende er forbundet med den ene type af førtidig tilbagetrækning, vil dette karakteristikum optræde i begge tabeller og i forhold til begge typer af førtidig tilbagetrækning. Dette skal holdes for øje i læsningen af tabellerne.

Table 9.1

Nettostikprøven fordelt på arbejdsmarkedstilknøytning, særskilt efter klinisk målt hørenedsættelse, funktionelle høregenskaber og vanskeligheder ved at føge en samtale, når flere er samlet. Procent.

| | Beskæftigede | På førtids- pension | På efterløn | I alt | Antal |
|--------------------------------------|--------------|------------------------|----------------|-------|-------|
| Samtlige | 75 | 11 | 14 | 100 | |
| <i>Klinisk målt hørenedsættelse*</i> | | | | | |
| Ingen | 82 | 10 | 8 | 100 | 739 |
| Meget let | 77 | 10 | 13 | 100 | 765 |
| Let | 71 | 11 | 18 | 100 | 575 |
| Moderat | 63 | 18 | 19 | 100 | 215 |
| Middelsvært/svært | 59 | 19 | 22 | 100 | 75 |
| Meget svært/døvt | 46 | 31 | 23 | 100 | 13 |
| <i>Funktionelle høregenskaber**</i> | | | | | |
| 0 – ingen problemer | 78 | 9 | 13 | 100 | 1.350 |
| 1 | 74 | 11 | 15 | 100 | 644 |
| 2 | 66 | 19 | 15 | 100 | 236 |
| 3 | 66 | 21 | 13 | 100 | 128 |
| 4 | 73 | 17 | 10 | 100 | 29 |
| 5 – svære problemer | 50 | 50 | 0 | 100 | 4 |
| <i>Følge med i en samtale**</i> | | | | | |
| Ingen vanskeligheder | 77 | 10 | 13 | 100 | 1.742 |
| Nogle vanskeligheder | 71 | 13 | 16 | 100 | 547 |
| Mange vanskeligheder | 64 | 26 | 10 | 100 | 106 |

* $\chi^2 = 68,01$, $df=10$, $p<0,0001$

** $\chi^2 = 43,32$, $df=10$, $p<0,0001$

*** $\chi^2 = 32,20$, $df=4$, $p<0,0001$

Samme gennemgang vil efterfølgende blive foretaget i forhold til kvinderne i undersøgelsen.

Følgende variable er inddraget i regressionsanalyserne:

Afhængig variabel:

- Arbejdsmarkedstilknøytning opdelt i tre kategorier: på arbejdsmarkedet,² på førtidspension og på efterløn.

2. At være på arbejdsmarkedet dækker i denne forbindelse over personer i arbejde, arbejdsløse, personer under uddannelse, længevarende sygemeldte samt personer, der har angivet deres hørevdeskæftigelse som 'andet'. Der er også foretaget regressionsanalyser, hvor kategorierne længevarende sygemeldt og 'andet' er udeladt. Resultaterne i disse analyser blev dog ikke anderledes end resultaterne i de her rapporterede regressionsanalyser. Forskellen i antallet af personer, som er medtaget i de to analyser, udgør da også kun hhv. 15 mænd og 9 kvinder.

Uafhængige variable:

- *Baggrundsvariable:* Alder, civilstand, uddannelse og stillingstype. I modsætning til de tidligere analyser er en dummyvariabel for, om svarpersonen er over eller under 60 år ligeledes inddraget. Dette skyldes, at ingen personer under 60 år har haft mulighed for at gå på efterløn.
- *Variable ombehandlende helbred:* Samlede antal helbredsproblemer, samt en række specifikke helbredsproblemer (jf. tabel 4.7).
- *Variable ombehandlende problemer med hørelsen:* Klinisk målt hørenedsættelse, de funktionelle høregenskaber, vanskeligheder i en samtale samt forekomsten af tinnitus, Ménière, overfølsomhed over for støj, vanskeligheder ved at skelne mellem forskellige lydtyper og andre problemer med hørelsen.
- *Interaktionseffekter:* Klinisk målt hørenedsættelse* alder, klinisk målt hørenedsættelse*helbred, funktionelle høregenskaber*alder og funktionelle høregenskaber*helbred.

MÆNDS FØRTIDIGE TILBAGETRÆKNING

Førtidspension

En række af de faktorer, som tidligere har vist sig at have betydning for mændenes relation til arbejdsmarkedet, har også indflydelse på mændenes sandsynlighed for at være på førtidspension. Dette gælder alder, civilstand, stillingstype, uddannelsesmæssig baggrund samt problemer med helbredet. I modsætning til resultaterne for de tidligere analyser viser problemer med hørelsen sig også at have betydning for, om mændene modtager førtidspension. Høreproblemer som tinnitus, overfølsomhed over for støj og nedsat skelneevne har ikke nogen selvstændig sammenhæng med modtagelse af førtidspension.

Nedenstående tabel viser odds for at være på førtidspension kontra på arbejdsmarkedet.

Alder

Sandsynligheden for at være på førtidspension stiger, des ældre svarpersonen er. Der er dog ingen selvstændig effekt af at være over eller under 60 år. Dermed sker der ikke nogen markant stigning eller noget markant fald i antallet af førtidspensioner, når mændene kommer over de 60 år.

Table 9.2

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for førtidspension for mænd.

| Førtidspension | Maksimum likelihood- estimat | Stan- dardfejl | Odds- ratio | P-værdi |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------|----------------|---------|
| Konstant | -7,8095 | 1,07 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0,1790 | 0,07 | 1,1960 | ** |
| Under eller over tres | 0,0388 | 0,48 | 1,0396 | - |
| Civilstand: | Reference | | | |
| Skilt/separeret | 1,2986 | 0,37 | 3,6640 | *** |
| Enkemand | 1,7447 | 0,79 | 5,7240 | * |
| Ugift | 1,4664 | 0,38 | 4,3335 | ** |
| Stillingsstype | Reference | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | Reference | | | |
| Funktionær/tjenestemand | 0,1660 | 0,41 | 1,1806 | - |
| Faglært | 1,2504 | 0,47 | 3,4916 | ** |
| Ufaglært | 0,7128 | 0,47 | 2,0397 | - |
| Uddannelse: | Reference | | | |
| Grundskole | 1,1929 | 0,37 | 3,2966 | ** |
| Gymnasial | 2,1608 | 0,84 | 8,6781 | * |
| Fagligt | Reference | | | |
| Kort videregående | 0,7579 | 0,57 | 2,1339 | - |
| Mellemlang videregående | 0,2427 | 0,50 | 1,2747 | - |
| Lang videregående | 1,1935 | 0,51 | 3,2987 | * |
| Helbred: | Reference | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 1,0075 | 0,16 | 2,7387 | *** |
| Problemer med ... | | | | |
| Ryg eller nakke | -0,6096 | 0,31 | 0,5436 | * |
| Ordblindhed | -1,2494 | 0,39 | 0,2867 | ** |
| Sygdomme ¹ | 0,7342 | 0,34 | 2,0838 | * |
| Hørelse: | Reference | | | |
| Klinisk målt hørelsesættelse | 0,0350 | 0,02 | 1,0357 | * |
| Funktionelle høregenskaber | 0,6683 | 0,34 | 1,9509 | * |
| Mange vanskeligheder ved samtale | Reference | | | |
| Nogle vanskeligheder ved samtale | -1,2999 | 0,48 | 0,2726 | ** |
| Ingen vanskeligheder ved samtale | -0,6642 | 0,49 | 0,5147 | - |
| Klinisk målt hørelse*Helbred | -0,0090 | 0,00 | 0,9910 | 0,019* |

Anm.: - ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001. LR chi2 (44) =621,76, p=0,0001. Antal observationer: 1138

1. Variablen omhandler problemer med sygdomme dækker over personer, som har minimum ét af de følgende helbredsproblemer: problemer med hudlidelser/allergi, åndedrætsbesvær, hjerte/blodtryk/nyreslæbe, mave/lever/nyrer/fordøjelse, sukkersyge, epilepsi, en fremadskridende sygdom eller andre længevarende helbredsproblemer.

Civilstand

Skilt/separerede, enkemænd samt ugifte har markant højere odds for at være førtidspensionister end mænd, som er gift eller lever i et partnerskab. Der er ingen interne forskelle mellem de tre førstnævnte kategorier.

Stillingsstype

Faglærte har markant højere odds for at være på førtidspension end både selvstændige og funktionærer/tjenestemænd. Ufaglærte placerer sig midt mellem de to grupper.

Uddannelse

Mænd med en faglig uddannelse har lavere odds for at være på førtidspension end mænd med grundskole eller en gymnasial uddannelse som det højest gennemførte uddannelsesniveau. Tidligere undersøgelser har da også påvist, at personer med relativt korte uddannelsesforløb har en markant højere sandsynlighed for at være på førtidspension end personer med et længere uddannelsesforløb (Kjøller & Rasmussen, 2002). At mænd med en lang videregående uddannelse også har højere odds for at være på førtidspension end mænd med en faglig uddannelse, er dog et noget overraskende og uforklarligt resultat.

Helbred

Ikke overraskende stiger odds for at være på førtidspension markant, des flere helbredsproblemer den enkelte har at slås med. Mænd, der har problemer med fx hjertet, maven, åndedrættet eller fremadskridende sygdomme, har ligeledes en større sandsynlighed for at være på førtidspension end mænd uden disse helbredsproblemer.

Derimod har mænd med ryg- eller nakkeproblemer større sandsynlighed for at være i arbejde end mænd uden disse problemer. Denne sammenhæng skyldes sandsynligvis, at mange mobilitetsproblemer opstår i forbindelse med arbejdet og på grund af de belastninger, den enkelte udsættes for her. I det øjeblik man holder op med at arbejde, fjernes en stor del af årsagen – og helbredsproblemer lettes. Hvorfor ordblind mænd ligeledes har en større sandsynlighed for at være i arbejde, er derimod uforklarligt. Dog vil ordblindhed i sig selv ikke være nok for tildelingen af en førtidspension, hvorfor en øget grad af førtidspensionering heller ikke var at forvente for de ordblind mænd.

Klinisk målt hørenedsættelse

Både den klinisk målte hørelse og de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen har betydning for mændenes sandsynlighed for at være på førtidspension.

Skalaen for den klinisk målte hørenedsættelse går fra -10 til 90 dB. Odds for at være på førtidspension stiger med 3,6 pct. for hver værdi på skalaen. Dette betyder, at en mand, som har en høretærskelværdi på fx 60 og dermed har en middelsvær hørenedsættelse, har 178,5 pct. højere odds for at være på førtidspension end en mand, der har en høretærskelværdi på 10 og dermed ingen hørenedsættelse har. Dermed er selve det objektive høreniveau af betydning – jo dårligere hørelse, des større sandsynlighed for førtidspensionering, uanset om hørenedsættelsen er erkendt eller ej, og uanset hvordan den enkelte fungerer med sin hørelse i dagligdagen.

Interaktion mellem klinisk målt hørelse og helbred

Det viser sig endvidere, at interaktionen mellem den klinisk målte hørelse og helbredet har betydning for, om mændene går på førtidspension. At parameterestimatet er negativt, betyder, at i de tilfælde, hvor helbredet er meget dårligt med mange forskellige sideløbende helbredsproblemer, vil hørelsen ikke have samme indvirkning i forhold til førtidspensioneringen, som i de tilfælde hvor helbredet giver færre problemer.

Udregnes estimatet med inddragelse af helbred, den klinisk målte hørenedsættelse samt interaktionen mellem de to variable, er estimatet stadig positivt for mænd med mange helbredsproblemer og en svær hørenedsættelse. Dermed har disse mænd stadig en større sandsynlighed for at være på førtidspension end mænd uden helbreds- og høreprøblemer.

Funktionel hørenedsættelse

Hvad angår de funktionelle høregenskaber i dagligdagen, har mænd, som har angivet at have problemer i mere end en lyttesituation i dagligdagen, et 95 pct. større odds for at være på førtidspension end mænd, som højst har problemer i en enkelt situation. Samtidig har også mænd med *mange* vanskeligheder med at følge en samtale, hvor flere er samlet, signifikant højere odds for at være på førtidspension end mænd, som kun har *nogle* vanskeligheder.

Dette betyder, at ikke blot en rent objektivt konstateret hørenedsættelse har betydning for tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af førtidspensionering. Måden, hvorpå den enkelte fungerer med sin hørelse, er ligeledes af betydning. Således har mænd, som ikke får målt nogen

specielt dårlig hørelse rent klinisk, alligevel en forøget sandsynlighed for at være på førtidspension, hvis de har en funktionelt dårlig hørelse. Hvordan hørelsen opleves, og hvor god taleforståelsen er, spiller dermed også ind i forhold til denne form for førtidig tilbagetrækning. Andre former for høreprøblemer som tinnitus, overfølsomhed over for støj, Ménière og nedsat skelneevne slår ikke selvstændigt ud i forhold til sandsynligheden for førtidspension, men mænd, som lider af disse former for høreprøblemer, har i høj grad også funktionelle høreprøblemer, hvorfor dette mål fanger en stor del af indflydelsen fra de andre former for høreprøblemer.

Mænd, som både rent klinisk målt har en nedsat hørelse og som oplever en nedsat funktionel hørelse, har en ekstra forøget sandsynlighed for at være på førtidspension. De to mål forstærker hinanden.

Høreapparat

Det er ikke muligt statistisk at undersøge, hvilken betydning anvendelsen af et høreapparat har for førtidspensioneringen, da blot 10 mandlige førtidspensionister bruger et sådant.

Mændenes sandsynlighed for at være på førtidspension

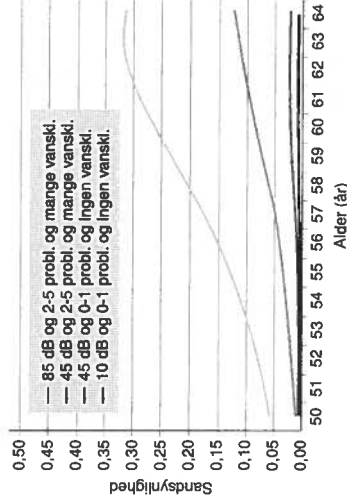
Omrægningsresultaterne i regressionsanalysen til sandsynligheder for at mændene er gået på førtidspension, ses det tydeligt, at sandsynligheden for at være på førtidspension er lavest for mænd, der hverken har problemer med den klinisk målte eller funktionelle hørelse. Heller ikke mænd med en moderat klinisk målt hørenedsættelse, men funktionelt god hørelse, har nogen markant sandsynlighed for at være på førtidspension. Dette billede ændrer sig derimod for mænd, som oplever adskillige funktionelle høreprøblemer i dagligdagen. Værst ser det ud for de mænd, som også får målt en meget svær hørenedsættelse i den audiologiske test. For de to sidstnævnte grupper spiller alderen ligeledes en afgørende rolle: jo ældre, des større sandsynlighed for at være på førtidspension. Alle tre mål for hørelsen indgår i nedenstående tabel, da både den klinisk målte hørenedsættelse og begge de to mål for den funktionelle hørelse har en signifikant sammenhæng med mændenes odds for at være på førtidspension.

Herefter har vi inddraget andre personkarakteristika i beregningerne, idet vi har udregnet tilbagetrækningsandsynligheder for hhv. en mandlig funktionær/tjenestemand og en mandlig faglært.

Den første mand er 62 år, gift, har en mellemlang videregående uddannelse, er funktionær/tjenestemand og har ingen helbredsmæssige

Figur 9.1

Sandsynlighed for førtidspension for mænd i forskellige aldre i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



problemer. Den anden mand er også 62 år, gift og uden helbredsproblemer, men han har en faglig uddannelse og har arbejdet som faglært.

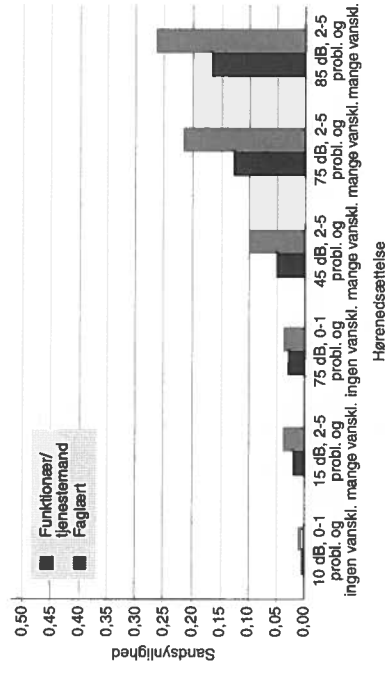
Mændenes sandsynlighed for at være på førtidspension influeres af alle tre mål for høreproblemer. I et ønske om at illustrere betydningen af alle disse forskellige typer hørenedsættelse, er de tre mål for hørenedsættelse blevet kombineret på forskellig vis i nedenstående figur. Dermed udregnes sandsynligheden for en førtidspension for seks typer af hørenedsættelse:

- En mand, der hverken har nogen hørenedsættelse i den audiologiske test eller nogen af de to funktionelle mål.
- En mand, der ikke har nogen hørenedsættelse i den audiologiske test, men som har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En mand, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En mand, der får målt en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En mand, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En mand, der får målt en sværere hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.

Det fremgår tydeligt af figuren, hvorledes sandsynligheden for en førtidlig tilbagetrækning øges, des kraftigere en hørenedsættelse, der ses. En mandlig funktionær/tjenestemand, der hverken får målt nogen hørenedsættelse i den audiologiske test eller oplever nogen funktionelle problemer i hverdagen, har således en sandsynlighed på blot 0,3 pct. for at være førtidspensioneret. For en mand i samme type arbejde, men med en kraftig klinisk målt hørenedsættelse og store funktionelle problemer, ses derimod en sandsynlighed på 17 pct.

Figur 9.2

Sandsynlighed for førtidspension for en 62-årig mandlig funktionær/tjenestemand og en 62-årig mandlig faglært i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



Sandsynligheden for, at en faglært er på førtidspension, er en del højere end for en funktionær/tjenestemand, når de forskellige niveauer for hørenedsættelse sammenlignes. For eksempel er en faglært, som både får målt en høj tærskelværdi i den audiologiske test, og som har adskillige funktionelle problemer, helt oppe på en sandsynlighed for førtidspension på 27 pct.

Selvurderet betydning af den nedsatte høreelse

De mænd i undersøgelsen, der selv angiver, at de oplever problemer ved at følge med i en samtale, når flere er samlet – og dermed til en vis grad erkender, at de har problemer med høreelsen – er endvidere blevet spurgt,

om deres høreproblemer har haft betydning for, at de har fået tildelt førtidspension. Dette svarer kun 3 pct. bekræftende på, mens de resterende 97 pct. ikke mener, at deres høreproblemer har haft betydning for, at de nu er på førtidspension. Det er et resultat, som er i klar overensstemmelse med tilkendegivelserne i de kvalitative interview.

Selvom mændene i langt overvejende grad ikke selv finder, at deres høreproblemer har haft betydning for tildelingen af deres førtidspension, kan det alligevel på baggrund af vore statistiske analyser konstateres, at nedsat hørelse spiller en rolle herfor. Man har i lignende undersøgelser også fundet, at hørelsen sjældent angives som den direkte årsag til en førtidspensionering eller langtidssygemelding, også selvom høreproblemerne ligger som en bagvedliggende faktor, der i høj grad påvirker arbejdslivet (HIRE, 2003).

At mændene ikke selv angiver deres høreproblemer som en årsag til førtidspensioneringen, skyldes dermed ikke, at høreproblemerne ikke udgør en belastning, men at den nedsatte hørelse er medvirkende til at forværre og forstærke andre helbredsproblemer, der dermed kommer til at fremstå som den afgørende årsag. At høre dårligt er opmærksomhedskravende og udmattende, hvorfor den generelle trivsel nedsættes, men det er den manglende trivsel, der opfattes som problemet – ikke hørelsen.

En del af diskrepansen kan derudover hænge sammen med spørgsmålsformuleringen, der ikke tydeliggør, i hvilket omfang den nedsatte hørelse skal have *ligget til grund for* selve tildelingen eller om hørelsen i samspil med andre faktorer kan have været *medvirkende* til, at en førtidspensionering var nødvendig.

Der er dermed alt i alt statistisk belæg for at konkludere, at problemer med hørelsen har en finger med i spillet, når mændene bliver førtidspensioneret. Mænd, der har problemer med hørelsen, *bliver* i højere grad førtidspensioneret end mænd, der ikke har problemer med hørelsen. Også selvom de ikke selv ser deres hørelse som værende af betydning herfor, ikke har erkendt deres høretab eller ikke selv mener at opleve de store funktionelle høreproblemer i dagligdagen.

Mændenes sandsynlighed for at gå på efterløn bliver undersøgt i det følgende afsnit. Først herefter ses på hørelsens samlede betydning for mændenes førtidige tilbagetrækningsmønstre.

Efterløn

Kun ganske få karakteristika er forbundet med mændenes valg om at gå på efterløn, idet udelukkende alder, stillingstype samt uddannelse er af signi-

fikant betydning. Nedsat hørelse, andre former for høreproblemer, det generelle helbredsbillede og civilstanden er dermed umiddelbart uden betydning for mændenes valg om efterløn.

At helbredet tilsyneladende er uden betydning står noget i kontrast til resultaterne i flere tidligere undersøgelser, ifølge hvilke der er sammenhæng mellem tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet og forringet helbred (Pedersen & Tranæs, 2004; Larsen, 2002; Quaade, 2001; Danø et al., 2000; Christensen & Gupta, 2000). I Velfærdskommissionens rapport *Fremtidens velfærd – vores valg* (2005b) påpeges det imidlertid, at selvom mange førtidspensionister har måttet forlade arbejdsmarkedet på grund af dårligt helbred, gælder dette kun for en lille del af efterlønsmodtagerne. Efterlønsmodtagerne har dermed kun en anelse forringet helbred i forhold til personer, der fortsætter på arbejdsmarkedet i efterlønsalderen (Kjøller et al., 2005; Der Økonomiske Råd, 2005).

Civilstand er ligeledes en faktor, der ofte synes at hænge sammen med tilbagetrækningsmønstret. Her viser det sig imidlertid, at der ikke blot er forskel mellem personer, der lever i parforhold, og personer, som lever alene. I stedet påvirkes sammenhængen mellem tilbagetrækningsstidspunktet og civilstand af forhold som indtjening, helbred samt ægtefællens tilbagetrækningsstidspunkt (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003; Larsen, 2002; Christensen & Gupta, 2000). Dette er oplysninger, som ikke foreligger i denne undersøgelse, hvorfor betydningen af civilstand og karakteristika forbundet med selve parforholdet og ægtefællen ikke kan undersøges til bunds.

Alder

Odds for at gå på efterløn stiger, des ældre svarpersonen er. I tillæg hertil er også opdelingen mellem personer under og over 60 år af betydning. Dette skyldes naturligvis, at ingen personer under 60 år er gået på efterløn.

Stillingstype

Faglærte og ufaglærte har markant højere odds for at være på efterløn end selvstændige. Funktionærer/tjenestemænd placerer sig midt mellem de to grupper. Dette resultat underbygger tidligere undersøgelser, som viser, at selvstændige trækker sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet end lønmodtagerne (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003), mens der er en anden kulturelle for tilbagetrækning blandt funktionærer/tjenestemænd i forhold til faglærte og ufaglærte (Larsen, 2002; Pedersen & Tranæs, 2004).

Table 9.3

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for efterløn for mænd.

| | Maksimum likelihood estimat | Standardfejll | Odds-ratio | P-værdi |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------|------------|---------|
| Konstant | -13.6150 | 1.69 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0.6240 | 0.10 | 1.8665 | *** |
| Under eller over tres | 2.5824 | 1.11 | 13.2289 | * |
| <i>Civilstand:</i> | | | | |
| Gift/partnerskab | Reference | | | |
| Skilt/separeret | -0.2621 | 0.52 | 0.7695 | - |
| Enkemand | 0.9770 | 0.91 | 2.6565 | - |
| Ugift | 0.2112 | 0.53 | 1.2352 | - |
| <i>Stillingsstype</i> | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | Reference | | | |
| Funktionær/tjenestemand | 0.9193 | 0.41 | 2.5075 | * |
| Faglært | 1.6653 | 0.47 | 5.2873 | *** |
| Ufaglært | 1.6774 | 0.48 | 5.3339 | ** |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | |
| Grundskole | Reference | | | |
| Gymnasial | -0.9090 | 1.29 | 0.4029 | - |
| Faglært | -0.6199 | 0.38 | 0.5380 | - |
| Kort videregående | 0.6460 | 0.64 | 1.9078 | - |
| Mellemlang videregående | -0.7914 | 0.52 | 0.4532 | - |
| Lang videregående | -1.2616 | 0.61 | 0.2832 | * |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0.2113 | 0.19 | 1.2352 | - |
| Problemer med ... | | | | |
| Ryg eller nakke | -0.6069 | 0.36 | 0.5450 | - |
| Ordblindhed | 0.4752 | 0.41 | 1.6084 | - |
| Sygdomme | 0.4045 | 0.34 | 1.4985 | - |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | 0.0171 | 0.01 | 1.0173 | - |
| Funktionelle høregenskaber | -0.1455 | 0.37 | 0.8646 | - |
| Mange vanskeligheder ved samtale | Reference | | | |
| Nogle vanskeligheder ved samtale | 1.0796 | 0.69 | 2.9436 | - |
| Ingen vanskeligheder ved samtale | 1.0303 | 0.71 | 2.8018 | - |
| Klinisk målt hørelse*Helbred | -0.0084 | 0.00 | 0.9916 | - |

Ann.: - ikke signifikant; * P<0.05; ** P<0.01; ***P<0.001. LR chi2 (44) =621.76, p=0.0001. Antal observationer: 1.138.

Uddannelse

Mænd med en lang videregående uddannelse har et lavere odds for at være gået på efterløn end mænd, der har grundskole som højeste fuldførte uddannelsesnivea. Samtidig har mænd med en kort videregående uddannelse et højere odds for at være på efterløn end både fagligt uddannede og mænd med en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Dermed betyder uddannelsen noget ud over den stillingstype, der senere bestrides på baggrund heraf. Noget tyder altså på, at der også inden for de enkelte stillingstyper er stor forskel på selve arbejdets art, idet mænd med forskellige uddannelser vil bestride forskellige typer af arbejde inden for den samme stillingstype. Dette resultat understøttes af tidligere analyser på området (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003).

Klinisk målt hørenedsættelse

Det fremgår af ovenstående regressionsanalyse, at hørelsen ingen betydning har i forhold til valget om at gå på efterløn. Foretager vi imidlertid en selvstændig regressionsanalyse, hvor kun mænd på efterløn og mænd, som stadig er på arbejdsmarkedet, inddrages, modificeres dette resultat. Det viser sig gennem en sådan analyse, at den klinisk målte hørelse har en betydning i forhold til valget om at gå på efterløn, idet odds stiger med 2 pct. for hver dB, hørelsen forværres (p=0,038). Den funktionelle hørelse har derimod ingen statistisk sammenhæng med valget om at gå på efterløn. Der er altså en forskel på modellen, hvor alle tre tilstande – førtidspension, efterløn og på arbejdsmarkedet – er med, og modellen hvor kun arbejdsmarkedet og efterløn er med.

Det vil i 'virkelighedens verden' være sådan, at nogle er udelukket fra at forlade arbejdsmarkedet via førtidspension, og i denne gruppe er efterløn derfor en mere åbenlys mulighed. Statistisk set kommer den 'udelukkelseeffekt' måske ikke ordentligt med i estimationen med tre tilstande. Den anvendte logistiske model (der i øvrigt udmærker sig ved sin enkle og anvendelige form) har nemlig en velkendt egenskab: 'uafhængighed af irrelevante alternativer' ('independence of irrelevant alternatives') (Nash, 1950). Den siger – oversat til vores tilfælde – at sandsynligheden for at gå på efterløn i forhold til sandsynligheden for at være på arbejdsmarkedet, ikke påvirkes af, om det er muligt at få førtidspension. Denne antagelse kan sagtens være urimelig og er måske årsag til, at der ikke estimeres en positiv sammenhæng mellem hørenedsættelse og efterløn i modellen med tre tilstande. Når der i stedet foretages en statistisk beregning, hvor kun mulighederne for at være på arbejdsmarkedet eller på

efterløn inkluderes, mens muligheden for førtidspension udelukkes, tages der i højere grad højde for, at det ikke er alle, der har mulighed for at gå på førtidspension.

Omvendt er tre-tilstandsmodellen god til at give et samlet billede, der altså siger, at for mænd påvirker nedsat hørelse først og fremmest tilbagetrækning via førtidspension. Tre-tilstandsmodellen er dermed god, fordi vi er sikre på, at vi har hele populationen med og ikke en delpopulation, der måske har særlige egenskaber.

Helbred

Ovennævnte problematikker forbundet med den simultane inddragelse af førtidspension og efterlønsmodtagelse gør sig også gældende i forhold til helbredets betydning for mændenes valg om at gå på efterløn. I modellen, hvor både efterlønsmodtagelse og førtidspensionering er inddraget, fremstår helbredet som insignifikant i forhold til valget om efterløn. Foretager vi imidlertid efterfølgende en analyse, hvor udelukkende personer på arbejdsmarkedet og personer på efterløn inddrages, ser helbredet alligevel ud til at spille en vis rolle i forhold til valget om at gå på efterløn ($p=0,0001$).

Disse forskellige resultater bundet endnu en gang i den 'udelukkelseseffekt', som ligger implicit i regressionsanalysen med alle tre tilstande. Som det gør sig gældende i forhold til nedsat hørelse, vil også størsteparten af de mænd, som har det dårligste helbred, have trukket sig førtidigt tilbage gennem førtidspension, inden de fylder 60 år. Fjernes disse personer fra analysen ved slet ikke at inddrage mænd på førtidspension, viser det sig, at de mænd, som har det dårligst rent helbredsmæssigt blandt den resterende gruppe, også vil have et højere odds for at gå på efterløn end mænd, som har det bedre rent helbredsmæssigt. Helbredet spiller dermed alligevel en vis rolle i forhold til efterlønsmodtagelse.

Interaktion mellem klinisk målt hørelse og helbred

Interaktionen mellem helbred og nedsat hørelse målt gennem den audiologiske test fremstår signifikant i den mere simple regressionsanalyse, men med et negativt parameterestimat. Det betyder, at en dårlig hørelse ikke har betydning for valget af at gå på efterløn for mænd med adskillige helbredsproblemer. Mænd med mange helbredsproblemer og store hørebproblemer har stadig et større odds for at gå på efterløn end mænd uden samme grader af helbredsproblemer.

Høreapparat

Blot 12 mandlige efterlønsmodtagere anvender et høreapparat, hvorfor betydningen af at anvende et høreapparat i forhold til valget om at gå på efterløn ikke kan undersøges rent statistisk.

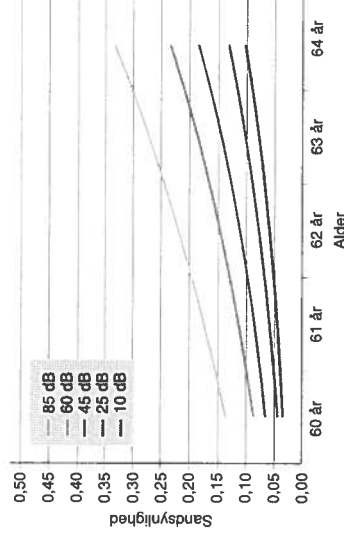
Mændenes sandsynlighed for at være på efterløn

Da det har vist sig, at kun den klinisk målte hørelse har betydning i forhold til mændenes valg om at gå på efterløn, er det udelukkende dette høremål, som inddrages i beregningerne af mændenes sandsynlighed for at være gået på efterløn. Derudover optræder kun mænd over 59 år i figur 9.3, da det først er muligt at gå på efterløn, når man fylder 60 år.

Figuren illustrerer med al tydelighed, hvorledes mændenes sandsynlighed for at være på efterløn stiger, des dårligere hørelse der er målt i den audiologiske test.

Figur 9.3

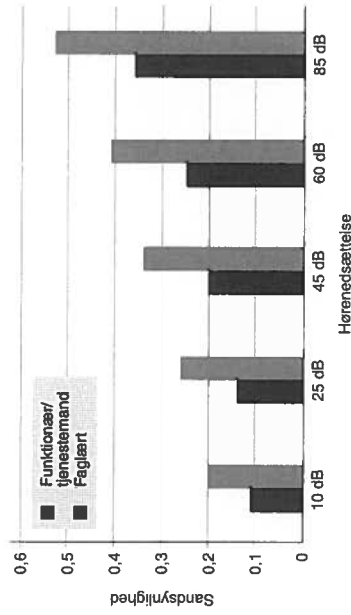
Sandsynlighed for at være på efterløn for mænd i forskellige aldre i henhold til forskellige grader af hørenedsættelse.



Inddrager vi endnu en gang de to forskellige mandtyper med hver deres uddannelsesmæssige baggrund og stillingstype, ser vi, hvorledes disse karakteristika influerer på mændenes sandsynlighed for at være gået på efterløn. Faglærte mænd med en faglært uddannelse har således en markant højere sandsynlighed for at være på efterløn i forhold til funktionærer/tjenestemænd med en mellemlang videregående uddannelse på tværs af samtlige grader af hørenedsættelse.

Figur 9.4

Sandsynlighed for at være på efterløn for en 62-årig mandlig funktionær/tjenestemand og en 62-årig mandlig faglært i henhold til forskellige grader af hørenedsættelse.



Selvurderet betydning af den nedsatte hørelse

Som det også gjorde sig gældende i forhold til førtidspensionering, mener de mænd, der selv har angivet at have problemer med hørelsen, ikke at deres høreprøblemer har haft betydning for deres valg om at gå på efterløn.

En forklaring på dette kan være, at der som resultat af høreprøblemerne opstår en forringet trivsel på arbejdspladsen og i arbejdet. Samtidig er den nedsatte hørelse udmattende og opmærksomhedskrævende, hvorfor andre helbredsmæssige problemer kommer til at fremslå klarere. Dette kan øge sandsynligheden for, at man vælger efterløn. Dermed bliver hørelsen *i sig selv* ikke set som udløsende, men den har været en medvirkende årsag til en generel forringelse af arbejdslivet – og dermed tilvalget om at gå på efterløn.

HØRELSENS BETYDNING FOR MÆNDENES FØRTIDIGE TILBAGETRÆKNING

Resultaterne i de hidtidige kapitler har tydet på, at nedsat hørelse ingen betydning har for mændenes tilknytning til arbejdsmarkedet. Gennem regressionsanalyserne i dette kapitel ændres dette billede dog noget. Det

viser sig således, at nedsat hørelse i særlig grad kan afstedkomme et behov for førtidspensionering.

Ikke blot en klinisk mælelig hørenedsættelse er af betydning for førtidspensioneringen, men også problemer med at oversætte lydindtryk til ord og sætninger, og i hvilken grad den pågældende føler sig besværet af sine høreprøblemer, er af betydning. I dette tilfælde er det endog begge mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen, der slår ud som værende af signifikant betydning.

At der ikke umiddelbart ses nogen sammenhæng mellem nedsat hørelse og førtidig tilbagetrækning gennem efterløn, skyldes for en stor dels vedkommende det samspil, som findes mellem de to former for førtidig tilbagetrækning. Mænd, som har store problemer med deres hørelse, vil have trukket sig tilbage gennem førtidspension inden, de når 60 år og har mulighed for at gå på efterløn. Dermed vil de mænd i nettostikprøven, som har de sværeste hørenedsættelser, ikke have mulighed for at vælge efterløn, da de allerede står uden for arbejdsmarkedet som 60-årige.

Omvendt er det måske ikke alle mænd, der har muligheden for at blive tildelt førtidspension. Der ses derfor også en vis sammenhæng mellem nedsat hørelse og valget om at gå på efterløn. Selvom en del af de mænd, der har de største høreprøblemer, vil have forladt arbejdsmarkedet allerede inden de fylder 60 år, vil ikke alle have trukket sig tilbage. Blandt denne gruppe øges sandsynligheden for at vælge efterløn, jo dårligere hørelsen er. Analyserne illustrerer dermed på udmærket vis, at der er afgørende forskel på, hvilke typer mænd der vælger/har mulighed for at modtage hhv. den ene og den anden form for tilbagetrækning.

KVINDERNES FØRTIDIGE TILBAGETRÆKNING

Der har indtil nu vist sig at være afgørende forskelle mellem mænds og kvinders arbejdsmarkedstilknnytning og den betydning, hørelsen har herfor. Hvorvidt disse forskelle går igen i forhold til førtidig tilbagetrækning, vil vise sig i det følgende. Vi har som for mændene fortaget en logistisk regression, hvor sandsynligheden for at være på førtidspension og efterløn holdes op imod sandsynligheden for stadig at være på arbejdsmarkedet afhængigt af en række personspecifikke karakteristika. Først gennemgår vi karakteristika, der forøger sandsynligheden for, at kvinderne er førtidspensionister, hvorefter karakteristika forbundet med efterløn behandles. Endelig sammenholder vi de to måder for førtidig tilbagetrækning.

Førtidspension

Alder, civilstand, stillingstype samt helbred har betydning for, om kvinderne er på førtidspension. Derimod har hørelsen umiddelbart ingen signifikant indflydelse på kvindernes førtidspensionering – hverken når det ses på måtene for nedsat hørelse eller de andre former for høreproblemer som tinnitus, overfølsomhed over for støj, Ménière eller nedsat skelneevne.

Alder

Jo ældre svareperson, des større sandsynlighed for at være på førtidspension.

Civilstand

Kvinder, der er gift eller lever i et parforhold, har lavere odds for at være på førtidspension end kvinder, der lever alene grundet separation eller skilsmisse. Dette kunne tyde på, at idet en eller begge parter i et parforhold får fysiske, psykiske eller sociale problemer, øges risikoen for, at parforholdet går i stykker. Resultatet kan dog ligeledes være udtryk for, at skilsmisse eller separation belaster den enkelte i en sådan grad, at der indtræder visse psykiske eller sociale problemer, som kan medføre en førtidspensionering. I modsætning til resultatet for mændene har ugifte kvinder og enker ikke en signifikant større sandsynlighed for at blive førtidspensionister end gifte kvinder.

Stillingstype

Ufaglærte kvinder har højere odds for at være på førtidspension end kvinder, der er selvstændige eller funktionærer/jenestemænd. Faglærte kvinder placerer sig mellem de to grupper.

Helbred

Jo dårligere helbred, des større odds for at være på førtidspension.

Klinisk målt hørenedsættelse

De statistiske og analysemessige problematikker, som blev påpeget i forbindelse med analysen af mændenes førtidige tilbagetrækning og den simultane inddragelse af de to former for førtidig tilbagetrækning, gør sig også gældende i forhold til analysen af kvindernes førtidige tilbagetrækning. Hvor analyserne for mændenes vedkommende blev påvirket af den selektionsmekanisme, som forekommer i forbindelse med tildelingen af førtidspension, og at en del af de 'hårdst' ramte mænd vil have forladt

Table 9.4

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for førtidspension for kvinder.

| | Maksimum likelihood estimat | Standard fejl | Odds-ratio | P-værdi |
|------------------------------------|-----------------------------|---------------|------------|---------|
| Konstant | -5,3113 | 0,64 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0,1191 | 0,05 | 1,1264 | * |
| Under eller over 60 | 0,9184 | 0,40 | 2,5053 | * |
| <i>Civilstand:</i> | | | | |
| Gift/partnerskab | Reference | | | |
| Skilt/separeret | 1,1536 | 0,28 | 3,1697 | *** |
| Enke | 0,7442 | 0,44 | 2,1047 | - |
| Ugift | 0,7679 | 0,45 | 2,1989 | - |
| <i>Stillingstype</i> | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | Reference | | | |
| Funktionær/tjenestemand | -0,0470 | 0,41 | 0,9541 | - |
| Faglært | 0,2089 | 0,56 | 1,2323 | - |
| Ufaglært | 0,9955 | 0,44 | 2,7061 | * |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | |
| Grundskole | Reference | | | |
| Gymnasial | -1,3122 | 0,96 | 0,2692 | - |
| Fagligt | -0,1084 | 0,31 | 0,8972 | - |
| Kort videregående | -0,4996 | 0,46 | 0,6068 | - |
| Mellemlang videregående | -0,4851 | 0,40 | 0,6156 | - |
| Lang videregående | -0,9422 | 0,58 | 0,3898 | - |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,6088 | 0,07 | 1,8383 | *** |
| Problemer med hudlidelser/allergi | -0,6449 | 0,27 | 0,5247 | * |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | 0,0142 | 0,01 | 1,0143 | - |
| Funktionelle høregenskaber | 0,7247 | 0,56 | 2,0640 | - |
| Funktionelle høregenskaber*Helbred | -0,1113 | 0,14 | 0,8946 | - |

Anm.: - Ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001. LR chi2 (36) =785,20, p=0,0003. Antal observationer: 1.117.

arbejdsmarkedet inden de fylder 60 år og har mulighed for at gå på efterløn, ses en noget anden problematik for kvinderne. Da ikke alle kvinder har været på arbejdsmarkedet og har indbetalt til efterlønssordningen i et tilstrækkeligt antal år, vil der være en vis selektion i forhold til modtagelse

af efterløn for kvinderne.³ Ikke alle kvinder har således mulighed for at vælge efterløn. Foretager vi derfor en regressionsanalyse, hvor udelukkende kvinder, der enten er på arbejdsmarkedet eller er på førtidspension, inddrages, mens kvinder på efterløn udelukkes fra analysen, viser det sig, at hørelsen alligevel spiller en vis rolle for tildelingen af førtidspension. Odds for at være på førtidspension stiger således med 2 pct. for hvert trin på tærskelskalaen, hørelsen forværrer. Den funktionelle hørelse er derimod uden betydning.

Høreapparat

Der ses en klar sammenhæng mellem manglende anvendelse af et høreapparat og odds for at være på førtidspension. Blandt kvinder med samme grad af hørenedsættelse har dem, der ikke bruger et høreapparat, således en langt større sandsynlighed for at være på førtidspension i forhold til kvinder, der benytter et høreapparat. Betydningen af et høreapparat stiger, des dårligere hørelsen er.

Kvindernes sandsynlighed for at være på førtidspension

Det er ovenfor konstateret, at odds for førtidspension stiger med 2 pct. for hvert trin på tærskelskalaen. Denne effekt af høreproblemer er i figur 9.5 omregnet til sandsynligheden for, at kvinderne i undersøgelsen er på førtidspension.

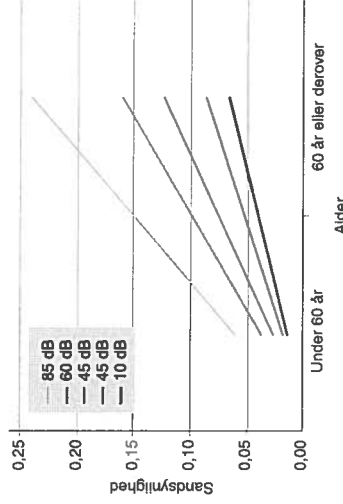
Kvinder med en tærskelværdi på 85 dB og dermed en meget svær hørenedsættelse har den klart højeste sandsynlighed for at være på førtidspension. Sandsynligheden falder gradvist, efterhånden som tærskelværdien målt i den audiologiske høretest falder.

Kun ganske få karakteristika synes at spille ind på kvindernes sandsynlighed for at blive førtidspensioneret, jf. tabel 9.4. I figur 9.6 inddrages stillingstypen og alder, idet sandsynligheden for førtidspension udregnes for hhv. en kvindelig funktionær/tjenestemand og en kvindelig faglært med forskellige grader af hørenedsættelse. I begge tilfælde sættes alderen til 60 år eller derover. Det gælder for begge stillingstyper, at sand-

3. Dette er naturligtvis en problematik, som også kan gøre sig gældende i forhold til mændene. Omfanget må dog forventes at være meget mindre for mændenes vedkommende, da mænd generelt har en meget højere arbejdsmarkedsdeltagelse end kvinder. Der skal samtidig huskes på, at populationen i denne undersøgelse udelukkende dækker over 50-64-årige. Det er en aldersgruppe, hvor de kønsmæssige forskelle i arbejdsmarkedsdeltagelsen er større, end de er for yngre generationer på arbejdsmarkedet.

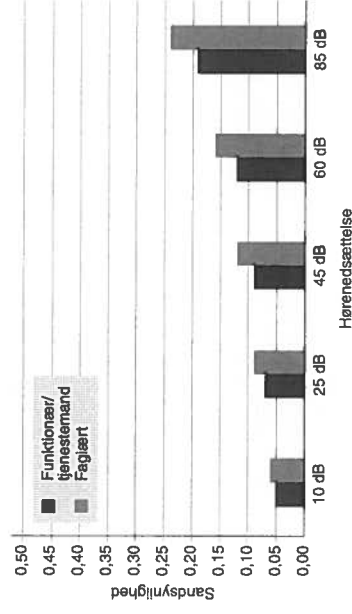
Figur 9.5

Sandsynlighed for førtidspension for kvinder i forskellige aldre i henhold til forskellige grader af hørenedsættelse.



Figur 9.6

Sandsynlighed for førtidspension for en kvindelig funktionær/tjenestemand og kvindelig faglært i henhold til forskellige grader af hørenedsættelse.



synligheden for førtidspension stiger, jo dårligere hørelsen er, men kvindelige faglærte har en generelt højere sandsynlighed for at blive førtidspensioneret på tværs af alle grader af hørenedsættelse.

Selvurderet betydning af den nedsatte hørelse

Kun ganske få af de kvinder, der har angivet at have problemer med hørelsen, finder, at deres høreproblemer har haft betydning for tildelingen af førtidspension. Dette stemmer udmærket overens med resultaterne af de kvalitative interview.

Efterløn

Præcis som for mændene har alder, stillingsstype samt uddannelse betydning for valget om at gå på efterløn. Helbredet er derimod uden betydning. Nedsat hørelse har en sammenhæng med valget om efterløn. Andre former for høreproblemer som fx tinnitus, overfølsomhed over for støj og nedsat skelneevne har ingen selvstændig betydning, men disse former for høreproblemer opfanges i høj grad af målet for de funktionelle høreproblemer.

Alder

Jo ældre kvinde des større sandsynlighed for at hun har valgt at gå på efterløn. Skellet mellem at være over eller under 60 år er naturligvis af afgørende betydning, da ingen personer under 60 kan være på efterløn.

Stillingsstype

Selvstændige kvinder har et lavere odds for at gå på efterløn end kvinder, hvis stilling befinder sig inden for en af de tre øvrige stillings typer. Specielt faglærte og ufaglærte kvinder har et højere odds for at gå på efterløn.

Uddannelse

Det ser ud til, at des højere uddannelsesniveau kvinderne har, des lavere odds har de for at vælge at gå på efterløn. Dette hænger udmærket sammen med den øgede sandsynlighed for at vælge efterløn blandt faglærte og ufaglærte kvinder, men man skal være opmærksom på, at uddannelsesniveauet ser ud til at spille en rolle, uanset hvilken stillings type kvinden har efter sin uddannelse. Dette indikerer, at uddannelsesvalget har afgørende betydning for, hvilken art arbejde der udføres inden for de forskellige stillingskategorier. Samtidig siger det også noget om 'typen' af kvinde, idet kvinder, der fx vælger en lang videregående uddannelse, sandsynligvis har nogle andre forventninger til deres arbejde og arbejdsindsats end kvinder med kortere uddannelser.

Table 9.5

Logistisk regressionsanalyse af faktorer af betydning for efterløn for kvinder.

| | Maximum likelihood estimat | Standardfejll | Odds-ratio | P-værdi |
|------------------------------------|----------------------------|---------------|------------|---------|
| Konstant | -9,8459 | 0,95 | | *** |
| Alder 50-64 år | 0,5679 | 0,08 | 1,7646 | *** |
| Under eller over 60 | 2,0674 | 0,59 | 7,9039 | *** |
| Civilstand: | | | | |
| Gift/partnerskab | Reference | | | |
| Skilt/separeret | 0,0250 | 0,36 | 1,0253 | - |
| Enke | -0,3455 | 0,42 | 0,7079 | - |
| Ugift | -0,4948 | 0,54 | 0,6097 | - |
| Stillings type | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | Reference | | | |
| Funktionær/tjenestemand | 0,6004 | 0,35 | 1,8228 | - |
| Faglært | 0,9744 | 0,51 | 2,6496 | - |
| Ufaglært | 0,9114 | 0,41 | 2,4879 | * |
| Uddannelse: | | | | |
| Grundskole | Reference | | | |
| Gymnasial | -1,0551 | 0,76 | 0,3482 | - |
| Fagligt | 0,6403 | 0,32 | 0,5271 | * |
| Kort videregående | -0,6091 | 0,44 | 0,5439 | - |
| Mellemlang videregående | -1,2495 | 0,41 | 0,2866 | ** |
| Lang videregående | -2,0268 | 0,61 | 0,1318 | ** |
| Helbred: | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,0928 | 0,08 | 1,0972 | - |
| Problemer med hudlidelse/allergi | 0,0004 | 0,30 | 1,0004 | - |
| Hørelse: | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | 0,0185 | 0,01 | 1,0187 | * |
| Funktionelle høregenskaber | 1,2915 | 0,50 | 3,6382 | * |
| Funktionelle høregenskaber*Helbred | -0,5170 | 0,19 | 0,5963 | ** |

Anm.: - Ikke signifikant; * P<0,05; ** P<0,01; ***P<0,001. LR chi2 (36) =785,20, p=0,0003. Antal observationer: 1.117.

Klinisk målt hørenedsættelse

Både den klinisk målte hørenedsættelse og de funktionelle høregenskaber hænger sammen med kvindernes valg om at gå på efterløn. Således stiger odds for at være på efterløn med 1,8 pct. for hvert trin på høretærskel-skalaen, kvinderne bevæger sig opad.

Funktionel hørenedsættelse

Odds for at være på efterløn er 264 pct. højere for kvinder, som har problemer i to eller flere af dagligdagens lyttesituationer end for kvinder, som højst har problemer i en enkelt lyttesituation.

Interaktion mellem funktionel hørelse og helbred

Interaktionen mellem de funktionelle høregenskaber og helbred er delvist signifikant og med et negativt estimat. Det betyder, at de funktionelle høregenskaber udelukkende spiller en rolle i forhold til valget om at gå på efterløn for kvinder med et relativt godt helbred. Har kvinden mange helbredsproblemer, er det således disse og ikke den nedsatte funktionelle hørelse, der er afgørende for den beskæftigelsesmæssige position.

Blandt kvinder uden helbredsproblemer har kvinder *uden* funktionelle høreprøblemer en mindre sandsynlighed for at gå på efterløn end kvinder *med* høreprøblemer. Kvinder med mange helbredsproblemer og store høreprøblemer har imidlertid en endnu mindre sandsynlighed for at gå på efterløn. Dette resultat kan forekomme noget overraskende, men det skyldes sandsynligvis den selektion, som sker i populationen af kvinder, inden de når til efterlønsalderen, og at modellen på grund af antagelsen om 'uafhængighed af irrelevante alternativer' ikke fanger denne selektion (jf. afsnittet om mændenes afgang til efterløn).

Kvinder, som er meget generede af deres helbredsproblemer – herunder problemer med hørelsen – og som gerne vil væk fra arbejdsmarkedet, har muligheden for at gå på førtidspension, inden de fylder 60 år. Det betyder, at de kvinder, som føler sig mest belastet af deres helbredsproblemer, allerede står uden for arbejdsmarkedet, når de fylder 60 år og ville have mulighed for at gå på efterløn. Tilbage på arbejdsmarkedet er så de kvinder, som ikke har så store helbredsproblemer, og kvinder, som har helbredsproblemer, men som meget gerne vil blive på arbejdsmarkedet på trods heraf. Sidstnævnte gruppe af kvinder har således valgt en tilværelse på arbejdsmarkedet, selvom de har haft muligheden for at vælge førtidspensionen.

Blandt kvinderne uden helbredsproblemer er der formentlig en del, som gerne vil trække sig tilbage, når de får den mulighed. Det har de imidlertid først, når de fylder 60 år og kan gå på efterløn.

Dermed kommer det til at se ud, som om personer med helbredsproblemer og funktionelle høreprøblemer har en mindre sandsynlighed for at vælge efterløn end personer uden disse problemer. Det har de i og for sig også, men det skyldes altså hovedsageligt, at de kvinder, som blev mest

genereret af deres helbredsproblemer, sandsynligvis allerede har trukket sig tilbage, inden de fylder 60 år, og at de resterende kvinder med helbredsproblemer i vid udstrækning ønsker at blive på arbejdsmarkedet.

Høreapparat

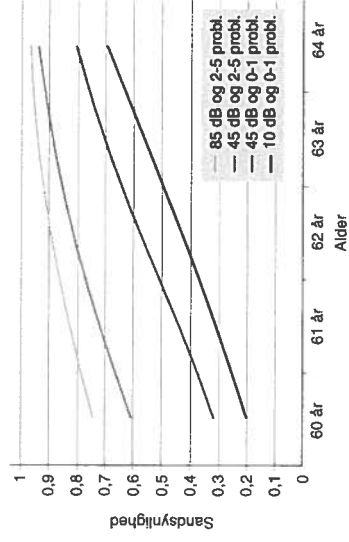
Blandt kvinder med samme grad af hørenedsættelse falder sandsynligheden for efterlønsmodtagelse, hvis kvinden anvender et høreapparat. Jo dårligere hørelse des mere betyder anvendelsen af et høreapparat for fravalget af efterløn.

Kvindernes sandsynlighed for at gå på efterløn

Igen omregnes odds for at være på efterløn til kvindernes samlede sandsynlighed for efterløn alt efter forskellige grader og typer af hørenedsættelse. Jf. figur 9.7 er det tydeligt, hvorledes sandsynligheden for efterløn stiger, jo større problemer kvinden har med hørelsen. Kvinder, der både får målt en nedsat hørelse i den audiologiske test, og som fungerer dårligt med deres hørelse i dagligdagen, har således en meget høj sandsynlighed for at være på efterløn. Igen stiger sandsynligheden naturligvis også med alderen.

Figur 9.7

Sandsynlighed for at være på efterløn for kvinder i forskellige aldre i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



Endnu en gang udregnes sandsynlighederne for en kvindelig funktionær/tjenestemand og en kvindelig faglært arbejder. Den kvindelige funktionær/tjenestemand er 62 år, gift, har en mellemlang videregående uddannelse og

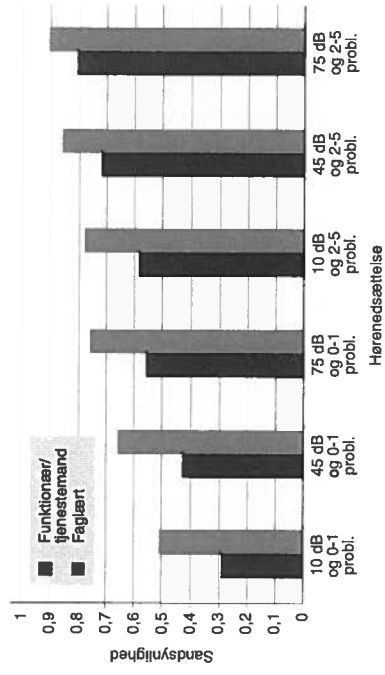
ingen helbredsmæssige problemer. Den kvindelige faglærte er ligeledes 62 år, gift og uden helbredsproblemer, men hun har en faglig uddannelse og har arbejdet som faglært.

De forskellige typer høreproblemer dækker over:

- En kvinde, der hverken har nogen hørenedsættelse i den audiologiske test eller funktionelt i dagligdagen
- En kvinde, der har en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, men som ikke har funktionelle problemer i dagligdagen.
- En kvinde, der ikke får målt nogen hørenedsættelse i den audiologiske test, men som har adskillige funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der får målt en moderat hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen
- En kvinde, der får målt en svær hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har funktionelle problemer i dagligdagen.

Figur 9.8

Sandsynlighed for at være på efterløn for en 62-årig kvindelig funktionær/tjenestemand og en 62-årig kvindelig faglært i henhold til forskellige grader og typer af hørenedsættelse.



Sammenhængen mellem hørelsen og valget af at gå på efterløn fremgår tydeligt i figur 9.8. Jo flere høreproblemer, des højere sandsynlighed for at

kvinden er gået på efterløn. Samtidig har den kvindelige faglærte arbejder en større sandsynlighed for at have valgt at gå på efterløn end den kvindelige funktionær/tjenestemand på tværs af de forskellige grader af hørenedsættelse.

En kvindelig funktionær/tjenestemand uden hverken en klinisk målt eller funktionel hørenedsættelse har således en sandsynlighed på 29 pct. for at være på efterløn, mens en kvindelig funktionær/tjenestemand, der både får målt en kraftig hørenedsættelse i den audiologiske test, og som har mange funktionelle høreproblemer i dagligdagen, med 81 pct. sandsynlighed er på efterløn. De samme tal for den faglærte kvindelige arbejder er hhv. 51 pct. og 91 pct.

Selvvrødet betydning af den nedsatte hørelse

Kvinderne i undersøgelsen vurderer, at deres hørelse har været uden betydning for valget om at gå på efterløn, idet blot 2 pct. svarer bekræftende på spørgsmålet. Igen må det dog konstateres, at selvom kvinderne ikke selv mener, at der er en sammenhæng, kan det på baggrund af de statistiske beregninger konkluderes, at kvinder med nedsat hørelse, har en større sandsynlighed for at gå på efterløn end kvinder, som ingen problemer har. Igen henvises til den indirekte effekt, høreproblemer kan have i forhold til arbejdsmarkedstilnyttningen, idet der ofte sker en forringelse af arbejdslivet, når hørelsen forværres. Det er dermed den forringede oplevelse af arbejdslivet, som umiddelbart fører til den førtidige tilbagetrækning – med hørelsen som en underliggende eller bagvedliggende uerkendt årsag.

HØRELSENS BETYDNING FOR KVINDERNES FØRTIDIGE TILBAGETRÆKNING

Det kan konstateres, at hørelsen bevidst eller ubevidst påvirker kvindernes valg om at gå på efterløn. Samtidig spiller hørelsen også en vis rolle i forhold til tildeling af førtidspension. At hørelsen spiller en mere markant rolle i forhold til efterløn skyldes først og fremmest, at dette er en mere 'attraktiv' tilbagetrækningsform end førtidspension. Da langt de fleste kvinder først får en hørenedsættelse, når de kommer op i tresserne, betyder det, at de hovedsageligt vil vælge at gå på efterløn frem for på førtidspension. Det er imidlertid ikke alle kvinder, som har mulighed for at gå på efterløn. Analyserne viser således, at for de kvinder, som ikke har mulighed

for at gå på efterløn, øges sandsynligheden for at blive førtidspensioneret i takt med at hørelsen forringes.

Det ser umiddelbart ud til, at kvinder med mange helbredsproblemer og store høreproblemer har en lavere sandsynlighed for at gå på efterløn end kvinder uden disse problemer. Dette resultat skyldes dog hovedsageligt, at det helbreds-mæssige niveau er stærkt korreleret med alderen og førtids-pension. Dermed vil en stor del af de kvinder, som har mange helbredsproblemer, allerede stå uden for arbejdsmarkedet, når de fylder 60 år og ellers ville have mulighed for at gå på efterløn. De kvinder med mange helbredsproblemer, som er tilbage på arbejdsmarkedet, når de fylder 60 år, har således en stærk motivation for at blive i arbejdet på trods af deres helbredsproblemer. De vil derfor også være mindre tilbøjelige til at vælge efterløn end de kvinder, som ikke har mulighed for at trække sig tilbage, før de kan gå på efterløn.

FORSKELLIG KØNSMÆSSIG BETYDNING AF NEDSAT HØRELSE

Men hvorfor ses de køns-mæssige forskelle i tilbagetræknings-mønstret? Vi ved, at mænd generelt har flere problemer med deres hørelse, end kvinder har, og at disse problemer sætter tidligere ind for mænd end for kvinder. Det betyder, at en del af kvinderne i undersøgelsen først vil blive besværet af deres hørelse, efter de er fyldt 60 år. Da personer over 60 år med overvejende sandsynlighed vil vælge at gå på efterløn i stedet for at blive førtids-pensioneret, hvis de har den mulighed, vil kun få kvinder blive førtids-pensioneret på grund af høreproblemer. Hørelsen spiller dog en vis rolle i forhold til tildelingen af førtids-pension for de kvinder, som ikke har mulighed for at gå på efterløn.

Der er imidlertid flere af mændene under 60 år, som har problemer med hørelsen. En del af disse mænd vil derfor, som resultaterne for regressionsanalysen viser, blive tvunget til at lade sig førtids-pensionere. At hørelsen derimod har en noget mere moderat indflydelse på mændenes valg om at gå på efterløn, grunder sandsynligvis i flere ting. De mænd, som har den største høre-nedsættelse, og som i højeste grad har følt sig besværet af deres høreproblemer, vil være blevet førtids-pensionister inden de fylder 60 år. Dermed vil de mænd, som er mest udsatte i forhold til en førtidig tilbagetrækning, allerede være 'sorteret fra', når de når til en alder, hvor efterløn er en mulighed. Personer, som har mange fysiske helbredsproble-

mer – herunder problemer med hørelsen – står således allerede uden for arbejdsmarkedet i det øjeblik, de fylder 60 år og har mulighed for at vælge efterløn.

Samtidig tyder resultaterne fra de tidligere kapitler på, at mænd i det hele taget *følger* sig mindre besværet af deres høre-nedsættelse og *fyngere* bedre med denne. Det blev således allerede i kapitel 4 påvist, at mænd har langt højere tærskelværdier end kvinder målt i den audiologiske høretest, og dermed hører dårligere end kvinderne, men at en stor del af denne kønsforskell forsvinder, når der spørges til den mere subjektive *funktionelle* hørelse. Kvinder bliver således tilsyneladende mere påvirket af deres høretab, end mænd gør. I tillæg hertil kan man fremsætte den påstand, at mænd i mindre udstrækning erkender et påbegyndt høretab (Kricos, 2000; Uchida et al., 2003). Dette kan ligeledes være medvirkende til, at mændenes hørelse ikke spiller en mere markant rolle i forhold til valget om at gå på efterløn. Som en underbygning af denne påstand kan det nævnes, at det inden for gruppen af personer, som i den audiologiske test får målt en moderat til meget svær høre-nedsættelse, men som højst oplever problemer i én enkelt af dagligdagens lyttesituationer, selvom de ikke har noget høreapparat, befinder sig 115 mænd og blot 29 kvinder.⁴ Samtidig er det blandt mænd med minimum en moderat høre-nedsættelse 29 pct., der har et høreapparat. Der er derimod hele 45 pct. af kvinderne med minimum en moderat høre-nedsættelse, som har høreapparat.

Denne køns-mæssige forskel på i hvor høj grad nedsat hørelse besværet den enkelte, skal ikke nødvendigvis tages som udtryk for, at kvinder er mere 'pylrede og sensitive' end mænd. Det objektive mål for nedsat hørelse, som anvendes i denne undersøgelse, er blot en bestemt måde at måle hørelsen og problemer med hørelsen på. Det fremgår således ikke af den audiologiske test, i hvilken grad der opleves andre høre-relaterede problemer, som har lige så stor indvirkning på den måde, hvorpå man fungerer med sin hørelse. Det kunne fx være problemer med lydoverfølsomhed eller en nedsat evne til at opfatte det sagte. Det kan være noget, som kvinder måske lider af i lige så høj grad som eller i højere grad end mænd, hvilket de funktionelle mål for høreproblemer tyder på. Denne tese underbygges af, at personer, der arbejder inden for det pædagogiske felt, i højere grad lider af lydoverfølsomhed grundet den type af størpåvirkning,

4. Det synes at være en generel tendens til, at kvinder er mere villige til at rapportere om helbredsproblemer end mænd (Bangfors & Isaacson, 2004; Kricos, 2000; Unruh, 1996).

de udsættes for her. Da vi samtidig ved, at dette er et felt, der hovedsageligt er bemandet af kvinder, taler det for, at kvinders høreproblemer i nogle tilfælde har en anden karakter end mænds.

I de ekstra spørgsmål, som er stillet i forhold til problemer med hørelsen, er det da også hovedsageligt i forhold til forekomsten af tinnitus, at kønsforskellene opretholdes, mens også nogle flere mænd end kvinder har vanskeligheder med at skelne forskellige lydkilder fra hinanden. I de øvrige spørgsmål omhandler andre former for høreproblemer set vi derimod ingen kønsforskelle. Da mænd ellers generelt har flere hørevan-skeligheder end kvinder, er det påfaldende, hvor lille en forskel der er mellem kønnene i forhold til disse 'alternative' former for høreproblemer. Her 'indhenter' kvinderne altså mændene.

Samtidig viser undersøgelser, at der er kønsmæssige forskelle i den måde, hvorpå mænd og kvinder bearbejder sætninger. Hvor mænd hoved-sageligt anvender den venstre hjernehalvdel, anvender kvinder både den højre og venstre. Genetisk disposition har ligeledes betydning i forhold til forekomsten af en hørenedsættelse. Det ser dermed ud til at være et bio-logisk aspekt forbundet med hørelse, taleopfattelse og talebearbejdning (Christensen et al., 2001; Kansaku & Kitazawa, 2001; Phillips et al., 2001; Sininget et al., 1998).⁵

Samtidig kan de forskellige påvirkningsgrader af nedsat hørelse mellem de to køn bunde i en forskellig afhængighed af hørelsen og evnen til at kommunikere uproblematisk med kolleger og omgivelser. Kvinder udfylder andre roller på arbejdsmarkedet og bestrider i højere grad job, hvor kommunikation er en nødvendighed – mens kvinder måske også på det personlige plan er mere 'kommunikerende væsener', der har et større behov for kontakt med andre mennesker. Er dette tilfældet, vil en nedsat hørelse både opleves som og være et større handicap for kvinder end for mænd, hvorfor kvinder relativt oftere end mænd rapporterer om funkti-

onelle høreproblemer (HRF, 2005; Bingfors & Isacson, 2004; Kricos, 2000; Indeklimaportalen, 2006).

Endelig kan man påstå, at mænd er underlagt andre udefrakom-mende sociale og samfundsmæssige påvirkninger, som fordrer at mænd bliver på arbejdsmarkedet i flere år. Indarbejdede psykologiske- og sociale forventninger kan være med til at forme synet på eget helbred og konse-kvenserne af de helbredsmæssige problemer (Bingfors & Isacson, 2004; Hoffmann & Tarzian, 2001; Unruh, 1996). Kvinder trækker sig således i gennemsnit tilbage fra arbejdsmarkedet et år før mænd (Beskæftigelsesmi-nisteriet et al., 2003). Mænds identitet er i højere grad knyttet op på deres position på arbejdsmarkedet, de er gerne hovedforsørgeren i hjemmet, og der er andre samfundsmæssige forventninger til mænd end til kvinder. Dermed kan mænd måske se sig nødsaget til at blive i et arbejde, selvom dette besværes af deres problemer med hørelsen.

En del af de kønsmæssige forskelle i den nedsatte hørelses betyd-ning for førtidig tilbagetrækning grunder dermed i det faktum, at mænd objektivt set har flere problemer med hørelsen, og at nogle mænd derfor er nødt til at trække sig tilbage, før kvinderne er det. Men samtidig tyder resultaterne på, at kvinder i højere grad end mændene bliver påvirket af deres høretab, og at dette i højere grad medfører et exit fra arbejdsmarke-det for kvindernes vedkommende, når høreproblemet først er tilstrødt.

HØRELSENS INDIREKTE EFFEKT PÅ DEN FØRTIDIGE TILBAGETRÆKNING

Der er statistisk belæg for at konkludere, at nedsat hørelse påvirker møn-stret for tilbagetrækning for både mænd og kvinder, om end det er på forskellig vis. Samtidig afviser langt størstedelen af svarpersonerne imid-ler tid, at deres tilbagetrækning havde noget med deres høregenskaber at gøre – også selvom de har erkendt, at de har problemer med hørelsen. Der er ligeledes kun ganske få af de svarpersoner, der erkender, at de har problemer med hørelsen, som mener, at tiltag på arbejdspladsen relateret til deres hørenedsættelse kunne have holdt dem længere tid i beskæftigelse. Således svarer kun mellem 2 og 5 pct. ja til, at større opmærksomhed på deres høreproblemer fra kolleger eller arbejdsleder, rådgivning og vejled-ning i forhold til de arbejds-mæssige konsekvenser af hørenedsættelsen, anvendelsen af forskellige hjælpemidler eller en anderledes indretning af arbejdspladsen, så problemerne med hørelsen blev mindre, ville have haft

5. Der kan i denne forbindelse nævnes, at nyere forskning har påvist en stor forskel i mænds og kvinders smertepfattelse, idet kvinder på mange måder oplever smerter kraftigere end mænd. En stor del af denne kønsmæssige forskel kan relateres til de biologiske, genetiske og hormonelle forskelle mellem mænd og kvinder. Dermed skal det kønsmæssige aspekt måske i højere grad indtages i undersøgelser angående helbred og fysiologi, da biologien i høj grad synes at indvirke på feiter. Mænd og kvinder kan dermed være forskelligt disponeret for forskellige helbredsmæssige problematikker (Bingfors & Isacson, 2004; Jones et al., 2004; Rollman et al., 2004; Fillingim & Gear, 2004; Keogh & Arendt-Nielsen, 2004; Craft et al., 2004; Arendt-Nielsen et al., 2004; Arendt-Nielsen, 2003, 2004; Hoffman & Tarzian, 2001; Unruh, 1996). Da høretab derudover ofte er arveligt, tyder meget på, at gener og biologi spiller en ikke ubetydelig rolle i forhold til høreproblemer og resultater forbundet hermed (Tranebjærg & Rømer, 2004).

nogen betydning i forhold til deres førtidige tilbagetrækning – og på nogen måde kunne have udskudt denne.

Som nævnt viser de statistiske analyser imidlertid, at hørerelaterede problemer har en effekt i forhold til førtidig tilbagetrækning. Dermed tyder noget på, at problemer med hørelsen alligevel påvirker arbejdslivet og dermed også tilbagetrækningen herfra.

For i højere grad at spore os ind på hvad der påvirker valget om førtidig tilbagetrækning ud over de allerede påviste personlige karakteristika som køn, alder, stillingstype osv. har vi stillet en række spørgsmål angående årsagen til, at den førtidige tilbagetrækning har fundet sted. De forskellige spørgsmål favner bredt og henviser både til årsager relateret til helbredet, selve arbejdsituationen, fying, omstruktureringer på arbejdspladsen, familie og fritid.

Det er primært personlige omstændigheder, der betinger tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet. De oftest anvendte begrundelser er helbredsmæssige årsager (62 pct.), problemer med ikke længere at kunne klare arbejdet (42 pct.) samt et ønske om i højere grad selv at kunne bestemme over sin tid (32 pct.) og hellige sig fritidsinteresser (27 pct.). Disse begrundelser har også været dominerende i andre undersøgelser (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003). Det er dog i langt overvejende grad førtidspensionister, der anvender de helbredsmæssige begrundelser, mens begrundelser relateret til fritid og familie vejer tungest blandt efterlønsmodtagerne.

Der viser sig i analyserne af disse spørgsmål nogle tydelige tendenser i retning af, at problemer med hørelsen alligevel spiller en vis rolle i forhold til afgang fra arbejdsmarkedet. Hørelsen ses måske ikke som den primære og grundlæggende årsag, men alligevel har den en indirekte betydning.

I tabel 9.6 er sammenhængen mellem forskellige årsager til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet og problemer med nedsat hørelse illustreret. Da der endnu en gang ser ud til at være forskel mellem mænd og kvinder, er sammenhængen mellem de selvangivne årsager til tilbagetrækningen og nedsat hørelse illustreret separat for de to køn i tabellen.

Da det hovedsageligt er de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen, der har en sammenhæng med de selvangivne årsager til tilbagetrækningen, er det kun resultaterne for disse analyser, der er inkluderet i tabellen. Tilbagetrækningsårsager, der har en signifikant sammenhæng med en klinisk målt hørenedsættelse, nævnes i teksten.

Tabel 9.6

Nettositkprøven fordelt på køn og positive tilkødbegivelser i forhold til forskellige årsager til at have trukket sig tilbage, særskilt for funktionelle høreegenskaber og vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet. Procent.

| Køn | Arbejdsituationer: Helbredsmæssige årsager Kunne ikke klare arbejdet | Funktionelle høreegenskaber | | | Vanskeligheder i en samtale | | |
|---------|--|-----------------------------|---------------|-------|-----------------------------|-----------------|--|
| | | 0-1 probl. | 2-5 probl. | Ingen | Nogle | Mange | |
| Mænd | | - | - | 66 | 55 | 86 ¹ | |
| | Kunne ikke klare arbejdet | - | - | 46 | 34 | 71 ¹ | |
| | <i>Familie og fritid:</i> | | | | | | |
| | Selv bestemme over sin tid | 33 | 18 | 27 | 37 | 10 ¹ | |
| | Have planlagt økonomi | 36 | 19 | 30 | 39 | 14 ¹ | |
| | Mere tid til fritidsinteresser | 26 | 13 | 21 | 30 | 4 ¹ | |
| | Mere tid til familien | - | - | 18 | 18 | 0 ¹ | |
| | Ægtefælle holdt op | 8 | 2 | 6 | 7 | 0 ¹ | |
| Kvinder | | | | | | | |
| | <i>Arbejdsituationen:</i> | | | | | | |
| | Helbredsmæssige årsager | - | - | 55 | 73 | 76 | |
| | Kunne ikke klare arbejdet | 37 | 50 | 36 | 40 | 76 | |
| | <i>Fying:</i> | | | | | | |
| | Blev fyret | 13 | 24 | - | - | - | |

Arnt.: Udelukkende sammenhænge, som er signifikante på et 5 procentniveau, er medtaget i tabellen.

1. Personer med mange vanskeligheder adskiller sig fra personer med nogen/ingen vanskeligheder på et 5 procent signifikansniveau.

Det fremgår af tabellen, hvorledes personer med nedsat hørelse begrundes deres afgang fra arbejdsmarkedet noget anderledes end personer, som ikke har problemer med hørelsen. Personer med funktionelle høreproblemer angiver oftere årsager relateret til deres arbejdsituation som grund for deres tilbagetrækning. Hørehæmmede anvender derimod sjældnere begrundelser, som relaterer sig til familie og fritid.

Årsager relateret til arbejdsituationen

Helbredsmæssige årsager

Der er i undersøgelsen inkluderet to spørgsmål omhandlende sammenhængen mellem helbred og førtidig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, idet der både spørges, om den enkelte så sig *nødsaget* til at holde op grundet dårligt helbred, og om tilbagetrækningen skyldes frygt for at *forværre* helbredet. Tallene i tabel 9.6 refererer til et akkumuleret mål for de to spørgs-

mål, hvor der minimum skal være svaret ja til ét af de to spørgsmål. Som det kan ses i tabellen, gælder det både for mænd og kvinder, at specielt personer, som har mange vanskeligheder med at følge med i en samtale, hvor flere er samlet, angiver helbredsmæssige årsager som baggrunden for deres førtidige tilbagetrækning.

Vi ved fra tidligere analyser, at der er en klar sammenhæng mellem den funktionelle høreoplevelse og helbredet. Man kunne dermed forandres til at tro, at det er et generelt dårligt helbred, der spiller ind i forhold til sammenhængen mellem førtidig tilbagetrækning og angivelsen af helbredsmæssige årsager til tilbagetrækning. Det er imidlertid ikke tilfældet. Der generelle helbred har naturligvis også en klar betydning i forhold til besvarelsen af spørgsmålet, men analyserne viser, at hørelsen betyder noget i sig selv. Opleves der vanskeligheder i en samtale, øges sandsynligheden for, at helbredet er brugt som grundelse for den førtidige tilbagetrækning uanset øvrige forekommende helbredsproblemer. Aldersmæssige forskelle bortforklarer heller ikke ovenstående sammenhæng.

Kunne ikke længere klare arbejdet

At det ikke længere var muligt at klare arbejdet, er en oftere anvendt grundelse for tilbagetrækning blandt personer med nedsat hørelse end blandt personer uden høreproblemer. Igen gælder dette både for mænd og kvinder. Samtidig er det specielt personer, der har mange vanskeligheder ved at følge med i en samtale, hvor flere er samlet, der har trukket sig tilbage, fordi de ikke længere kunne klare deres arbejde. Derudover giver kvinder, som har problemer i 2-5 lyttesituationer i højere grad denne grundelse end kvinder med problemer i færre lyttesituationer.

Samtidig angiver kvinder, der får målt en høretærskel på over 40 dB og dermed som minimum har en moderat hørenedsættelse, at de har trukket sig tilbage, fordi deres arbejde blev for krævende i forhold til det lønmæssige udbytte ($\chi^2=14,30$ $df=1$, $p=0,0002$).

Kontrolleres der for indflydelse fra det generelle helbreds billede består også disse sammenhænge. Dermed har personer med nedsat hørelse stadig større sandsynlighed for at have givet ovenstående grundelser, uanset hvordan deres helbred i øvrigt ser ud. Heller ikke alderen bortforklarer sammenhængen.

Give plads til unge

Samtidig begrunder kvinder med minimum en let hørenedsættelse i langt højere grad end kvinder med en meget let eller ingen hørenedsættelse deres

afgang fra arbejdsmarkedet med ønsket om i højere grad at give plads til de unge ($\chi^2=16,55$ $df=1$, $p<0,0001$). Hverken alder eller helbred influerer på denne sammenhæng.

Årsager relateret til fyring

Kvinder, der har problemer med hørelsen i flere af dagligdagens lyttesituationer, angiver i højere grad end kvinder uden problemer i dagligdagens lyttesituationer, at årsagen til deres tilbagetrækning skyldes fyring ($\chi^2=6,32$ $df=1$, $p=0,0119$). Alder og helbred influerer ikke på denne sammenhæng.

Årsager relateret til familie og fritid

Mænd med høreproblemer angiver i langt mindre grad familie og fritidsinteresser som årsag til deres førtidige tilbagetrækning. Det gælder både i forhold til antallet af høreproblemer i dagligdagens lyttesituationer samt vanskeligheder i en samtale. Specielt mænd med mange vanskeligheder ved at følge en samtale, når flere er samlet, anvender relativt set sjældent disse grundelser.

Samtidig ses også visse sammenhænge mellem den klinisk målte hørenedsættelse og familiemæssige årsager til tilbagetrækningen. Mænd, der maksimalt har en høretærskel på 25 dB, og som derfor højest har en meget let hørenedsættelse, begrunder i højere grad end mænd med en sværere klinisk målt hørenedsættelse deres afgang fra arbejdsmarkedet med ønsket om at have mere tid til familien, eller at det var et ønske fra deres ægtefælle side ($\chi^2=4,13$ $df=1$, $p=0,0420$ og $\chi^2=6,38$ $df=1$, $p=0,0115$).

Endnu en gang består sammenhængene, selvom der kontrolleres for alder og helbred.

Hvem benytter hvilke grundelser?

Der viser sig således at være en klar sammenhæng mellem en funktionel nedsat hørelse og årsagerne til den førtidige tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Også den klinisk målte hørenedsættelse har en sammenhæng med enkelte af grundelserne. Selvom der er visse kønsmæssige forskelle, ses tydelige indikationer på, at personer, som har problemer med hørelsen, i højere grad trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet fordi de ikke længere kan klare deres arbejde og føler sig belastet gennem arbejdsituationen. Personer (mænd) med en normal hørelse trækker sig derimod oftere end personer uden høreproblemer tilbage af lyst, og fordi de i højere grad vil hellige sig familien og fritidsinteresserne. Dermed begrunder de såkaldte 'push-faktorer' i højere grad de hørtehæmmedes tilbagetrækning, mens det

for personer med en normal hørelse i højere grad er 'pull-faktorer', der ligger til grund for tilbagetrækningen: Hvor de hørehæmmede oftere føler sig 'skubbet' ud af arbejdsmarkedet, er det livet uden for arbejdsmarkedet, der 'trækker' i personer uden høreprøblemer.

Spørges der til, hvad der kunne have holdt den enkelte længere tid på arbejdspladsen, underbygges dette mønster, idet en større andel af de personer, som ikke har problemer med hørelsen, mener at et mere udfordrende arbejde kunne have holdt dem på arbejdsmarkedet i længere tid. Dette gælder både mht. de funktionelle høregenskaber i dagligdagen samt den klinisk målte hørelse. Dermed indikeres det, at personer, der har nedsat hørelse, i høj grad føler sig udfordret i deres arbejde.

Alt i alt tyder disse ekstra analyser altså på, at selvom personer med nedsat hørelse ikke selv angiver deres hørelse som en årsag til deres tilbagetrækning, er der en klar sammenhæng mellem den måde, arbejdslivet opleves på, og problemer med hørelsen. Dermed er det måske ikke *selv* høreprøblemerne, der afstedkommer tilbagetrækningen, men de lader til indirekte at belaste arbejdslivet i en sådan grad, at en førtidig tilbagetrækning bliver at foretrække.

Det er endvidere ganske interessant, at det hovedsageligt er de funktionelle mål for en hørenedsættelse, der slår igennem i forhold til begrundelserne for den førtidige tilbagetrækning. Der synes således at være en vis sammenhæng mellem det at *erkende* sin hørenedsættelse og opleve, at den giver problemer, og en handling i forhold til hørenedsættelsen. Dette er i sig selv ikke så mærkeligt, men samtidig viser de tidligere statistiske analyser, at personer som objektivt set *har* en nedsat hørelse også i højere grad trækker sig førtidigt tilbage, uanset om de erkender hørenedsættelsen eller ej. Samtidig tyder forskellene mellem de funktionelle mål og høremålet opnået gennem den audiologiske test på, at fysiologiske høreprøblemer, der ikke blot relaterer sig til lydstrykeniveauet, men også til taleoptagelsen, i høj grad influerer på arbejdslivet.

HØRELSENS BETYDNING FOR DEN FREMTIDIGE TILBAGETRÆKNING FRA ARBEJDSMARKEDET

I ovenstående afsnit er de selvrapporterede *årsager* til den førtidige tilbagetrækning blevet behandlet. En ting er dog de personer, der *har* trukket

sig tilbage. En anden er de tanker, personer, som stadig er på arbejdsmarkedet, gør sig i forhold til deres *fremtidige* tilbagetrækning.

Heller ikke blandt personer, som endnu ikke har trukket sig tilbage, anses problemer med hørelsen som en faktor, der vil spille ind i forhold til deres fremtidige tilbagetrækning. Blot 2 pct. af de personer, der selv angiver at have problemer med hørelsen, og som stadig er på arbejdsmarkedet, mener, at deres høreprøblemer vil få dem til at stoppe med at arbejde tidligere. De resterende 98 pct. mener ikke, at deres høreprøblemer vil have betydning i forhold til deres tilbagetrækning.

Størstedelen af svarpersonerne (65 pct.) mener derimod, at tidspunktet for deres tilbagetrækning afhænger af den økonomiske situation, og at de vil trække sig tilbage i overensstemmelse med deres økonomiske planlægning. Som det gjorde sig gældende for personer, der allerede havde trukket sig tilbage, angiver også en stor del af de personer, som stadig er på arbejdsmarkedet, at deres tilbagetrækning vil grunde i et ønske om selv at kunne bestemme, hvad de vil foretage sig (64 pct.), og for at få tid til andre interesser (57 pct.). Hvor de helbredsmæssige aspekter vægtede højest for personer, der allerede har trukket sig tilbage, er dette ikke den mest anvendte begrundelse blandt personer, der stadig er på arbejdsmarkedet. Alligevel angiver også 49 pct. af disse, at deres tilbagetrækning sandsynligvis vil grunde i et dårligt helbred eller ønsket om ikke at forværre den nuværende helbredssituation.

Der ses visse sammenhænge mellem nedsat hørelse og det, svarpersonerne mener, der vil ligge til grund for deres fremtidige tilbagetrækning. I modsætning til resultaterne for personer, der allerede har trukket sig tilbage, ses dog kun enkelte sammenhænge for personer, der endnu er på arbejdsmarkedet.

Årsager relateret til arbejdsituationen

Helbredsmæssige årsager

Både for mænd og kvinder ser vi en klar sammenhæng mellem de funktionelle høregenskaber og angivelse af, at den fremtidige tilbagetrækning vil være grunder i helbredsmæssige årsager. Der er således 47 pct. af de mænd, der højest har problemer i en enkelt lyttesituation, der nævner helbredet som en årsag, mens det blandt mænd med problemer i flere lyttesituationer er 58 pct. ($\chi^2=6,40$ df=1, $p=0,0114$). De tilsvarende tal for kvinderne er 20 og 40 pct. ($\chi^2=18,85$ df=1, $p<0,0001$).

Muligheden for et lettere job

Derudover er niveauet for vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet, af afgørende betydning for, om kvinderne vil trække sig tilbage, hvis de ikke kan få et lettere job. Blandt kvinder, der ingen vanskeligheder har med at følge med i en samtale, når flere er samlet, benytter 14 pct. denne begrundelse. 23 pct. af de kvinder, der har nogle vanskeligheder, benytter begrundelsen, mens andelen blandt kvinder med mange vanskeligheder er 31 pct. ($\chi^2=8,14$ df=2, $p=0,0170$). Noget tyder altså på, at jo flere problemer, høreisen giver i forhold til kommunikationen med andre, des større behov har man for et mindre krævende arbejde – og kan dette ønske ikke indfries, vælges tilbagetrækningen i stedet. De nævnte sammenhænge relateret til arbejdssituationen består, selvom der kontrolleres for alder og det generelle helhedsbillede.

Give plads til de unge

Mænd, der har problemer i mere end en af dagligdagens lyttesituationer, forventer i højere grad end mænd med færre problemer, at de vil trække sig tilbage for at give mere plads på arbejdsmarkedet til de unge. Henholdsvis 24 og 18 pct. af mændene giver denne begrundelse ($\chi^2=3,72$ df=1, $p=0,0537$; $\gamma=0,20$, $p=0,0380$).

Årsager relateret til familie og fritid

Det gælder for mænd såvel som for kvinder, at sandsynligheden for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet, når også ægtefællen holder op med at arbejde, er større for personer, der kun har vanskeligheder i få af dagligdagens lyttesituationer. Henholdsvis 22 og 25 pct. af de mænd og kvinder, der højst har problemer i en enkelt af dagligdagens lyttesituationer regner således med at trække sig tilbage samtidig med ægtefællen. Andelen er derimod på hhv. 15 pct. af mændene og 16 pct. af kvinderne, når der ses på personer med problemer i flere lyttesituationer ($\chi^2=4,13$ df=1, $p=0,0420$; $\gamma=0,24$, $p=0,0126$ og $\chi^2=3,71$ df=1, $p=0,0541$; $\gamma=0,27$, $p=0,0159$).

Hvem benytter hvilke begrundelser?

De tegn, vi så i forhold til personer, der allerede har trukket sig tilbage, går igen i forhold til personer, som stadig er på arbejdsmarkedet – om end i lavere grad. Vi ser en tendens til, at personer, som har problemer med deres høreise, i højere grad end personer uden høreproblemer forventer at trække sig tilbage som følge af helbredsmæssige hensyn, mens personer uden

høreproblemer i højere grad anvender begrundelser relateret til familien. Det er løbende blevet kontrolleret for indflydelse fra det generelle helhedsbillede og alder, men høreisen ser ud til at have betydning for ovenstående sammenhænge på tværs af de forskellige aldersgrupper, og uanset hvordan helbredet ellers tager sig ud.

At der ikke synes at være lige så klare sammenhænge mellem hørerelaterede problemer og den forventede tilbagetrækningsgrund, som det er tilfældet for personer, der allerede har trukket sig tilbage, skyldes sandsynligvis, at der er store forskelle mellem de to grupper. For der første vil de personer, der hører dårligst og er mest besværet af deres høreise, allerede have trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Samtidig må det andet lige være lettere at forholde sig til *baggrunden* for ens allerede fortagne tilbagetrækning end at skulle svare på, hvad man *forventer*, vil ligge til grund for ens fremtidige tilbagetrækning.

SAMMENFATNING

Det er i dette kapitel blevet påvist, at høreisen er af betydning i forhold til både mænds og kvinders førtidige tilbagetrækning. Måden, hvorpå høreisen indvirker, og de konsekvenser, den afstedkommer, er dog forskellig for de to køn. Hvor høreproblemer først og fremmest er en medvirkende årsag til mændenes førtidspensionering – og i mindre grad deres valg om at gå på efterløn – er det hovedsageligt valget om at gå på efterløn, der influeres af høreproblemer for kvindernes vedkommende. Både i de kvalitative interview og i spørgeskemaet afviser langt størstedelen af svarpersonerne imidlertid, at deres høreproblemer har haft indflydelse på den førtidige tilbagetrækning. Dermed tyder meget på, at høreisens indflydelse på arbejdsmarkedstilnytningen og den førtidige tilbagetrækning er af en indirekte karakter. Når problemerne med høreisen sætter ind, afstedkommer de – i samspil med andre faktorer – en forringelse af arbejdslivet. Det er denne samlede forringelse af arbejdslivet, som i sidste ende fører til den førtidige tilbagetrækning.

En tese som underbygges af de selvrapporterede årsager til den førtidige tilbagetrækning, hvor personer med høreproblemer i højere grad end personer uden høreproblemer angiver såkaldte 'push-faktorer' som grund til deres tilbagetrækning. Omvendt angiver normalt hørende ofre end personer med høreproblemer 'pull-faktorer' som grund for tilbagetrækningen. Lignende sammenhænge gør sig gældende, når vi beder per-

soner, der stadig er på arbejdsmarkedet, om at angive deres forventede tilbagebetrækningsgrund.

SAMFUNDSØKONOMISKE OMKOSTNINGER VED NEDSAT HØRELSE

HØREPROBLEMERS SAMFUNDSØKONOMISKE BETYDNING

Vi har i de tidligere kapitler påvist, at nedsat hørelse er en medvirkende faktor til reduceret arbejdsmarkedsdeltagelse, bl.a. i form af førtidig tilbagetrækning. Det betyder, at en vis del af befolkningen bliver nødsaget til at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet på grund af et fysisk helbredsproblem, der forringer deres arbejdsliv og arbejdsindsats. Det er imidlertid ikke blot den enkelte person med nedsat hørelse, som påvirkes af hørelseproblemerne. På det samfundsmæssige plan medfører problemer med hørelsen øgede økonomiske omkostninger.

Vi giver i dette kapitel et groft skøn over de samfundsmæssige udgifter forbundet med hørelseproblemerne i den danske befolkning i alderen 50-64 år. Vi inddrager imidlertid ikke alle samfundsmæssige omkostninger forbundet med hørelseproblemer, hvorfor det estimerede tal ikke er fuldt dækkende.

Til beregning af de samfundsmæssige konsekvenser ved nedsat hørelse anvender vi en såkaldt *cost-of-illness* (COI)-analyse.

Cost-of-illness

COI-analyser har en lang tradition inden for sundhedsøkonomien med rødder tilbage til 1950'erne og 1960'erne. Gennem analyserne opnås in-

formation om forbrug og tab af ressourcer i forbindelse med en specifik sygdom eller funktionsnedsættelse. Disse ressourcer eller omkostninger antager to former i analyserne: direkte og indirekte.

De *direkte* omkostninger omfatter de samfundsøkonomiske behandlings- og forebyggelsesomkostninger forbundet med helbredsproblemet. Altså de økonomiske udgifter, som opstår i forbindelse med behandling eller mestring af den pågældende sygdom, uanset om det er offentlige, private personer eller virksomheder, der afholder udgifterne. Det kunne i dette tilfælde fx være udgifter til høreapparater, tekniske hjælpemidler, lægebesøg eller kurser til forbedring af livssituationen.

De *indirekte* omkostninger omfatter derimod forhold som de hørehæmmedes 'svie og smerte' som følge af høretabet og tabt arbejdsproduktion. De psykosociale effekter ved et høretab er imidlertid meget vanskelige at opgøre og måle. Derfor koncentrerer analyser af de indirekte omkostninger ofte om den tabte produktion, der ses som følge af sygdommen eller funktionsnedsættelsen. Her ses normalt på tre hovedgrupper: beskæftigelsesgrad, sygefravær og dødsfald, der indtræder i den erhvervsaktive alder og er relateret til det specifikke helbredsproblem. Den økonomiske virkning beregnes ved at se på mistet erhvervsindkomst i den erhvervsøkonomiske restlevetid. Erhvervsindkomsten repræsenterer således værdien af den tabte produktion på grund af helbredsproblemet.

Der kan anvendes to forskellige strategier til måling af de direkte og indirekte omkostninger: incidens- eller prævalensmetoden. Ved incidensmetoden beregnes omkostningerne fra begyndelsen af funktionsnedsættelsen, eller fra sygdommen sætter ind, til de helbredsøkonomiske problemer forsvinder igen (ved helbredelse eller død). Man opgør således den mistede arbejdsproduktion, når fx en 58-årig førtidspensioneres, ud fra følgende ræsonnement: Den erhvervsøkonomiske restlevetid er i gennemsnit fire år, da de fleste fragår deres erhvervsarbejde som 62-årige. Dette svarer til, at der mistes produktion svarende til fire gange den årlige erhvervsøkonomiske indkomst, men beregnet som nutidsværdi dvs. indkomst som 61-årig tæller mindre.

I det følgende anvendes dog den noget simple metode: prævalensmetoden. Gennem denne metode beregnes omkostningerne ved helbredsproblemet i en bestemt periode – typisk et år (Pedersen & Wørr-Jensen, 2006; Yazdani, 2002).

En COI-analyse kan derudover gennemføres ud fra flere forskellige perspektiver, der hver især medtager lidt forskellige omkostninger. Det kan fx være omkostninger for samfundet, sundhedssystemet, regeringen

eller individet selv og dennes familie. Denne analyse tager et samfundsperspektiv, idet der ses på omkostninger for alle medlemmer af samfundet. Der ses derimod ikke på udbetalingen af overførselsindkomster, idet disse udelukkende repræsenterer en omfordeling af samfundets ressourcer (Sege, 2006). For eksempel medregner man ikke førtidspension i den samfundsøkonomiske kalkule, men medtager alene den erhvervsøkonomiske indkomst, der alternativt kunne have været optjent. Havde der været tale om en 'kassøkonomisk analyse' – fx at man alene ser på virkningen af hørenedsættelse på de offentlige budgetter – ville man have medtaget førtidspensionen, men ikke den mistede erhvervsindkomst.

Ideen med en COI-analyse er at vise den samfundsøkonomiske 'byrde' ved en lidelse, dvs. hvor mange ressourcer beslaglægger den, og hvor megen produktion går man glip af. COI-analysen giver et skøn over disse omkostninger. Man skal imidlertid være forsigtig med at drage for vidtgående konklusioner ud fra en COI-analyse. Den kan ikke isoleret bruges til at argumentere for, at det er en god ide at øge indsatsen på et område, fx gennem interventioner, som nedbringer høretab. For at kunne foretage sådanne slutninger skal man også have viden om virkningen af interventionen på forekomsten af høreproblemer. Det indeholder en COI-analyse i sig selv og ikke information om. Vil man belyse en sådan problemstilling, bruger man normalt en omkostnings-effekt-analyse. COI-analysen er således kun én blandt flere sundhedsøkonomiske analysemetoder (Pedersen et al., 1990).

Beregning af de direkte omkostninger ved nedsat hørelse

Der er ikke inkluderet spørgsmål i spørgeskemaet angående nettostrukturens brug af sygehusvæsenet, praktiserende læger eller andre behandlingssteder. Omkostninger forbundet med fx tildeling, vedligeholdelse og reparation af høreapparater eller andre tekniske hjælpemidler er heller ikke indkredset i undersøgelsen. Da oplysninger om brugen af ovenstående sundhedsydelser samt prisen på disse er nødvendige for at kunne estimere de direkte omkostninger forbundet med nedsat hørelse, har vi ikke mulighed for at foretage disse beregninger. Vi vælger derfor at se bort fra denne del af COI-analyserne og udelukkende koncentrere os om de indirekte omkostninger forbundet med et høretab.

Beregning af de indirekte omkostninger ved nedsat hørelse

En måde, hvorpå byrden ved at have et høretab – graden af 'svie og smerte' – kan måles, er ved målinger af 'villigheden til at betale' (willingness to

pay). Gennem denne metode estimeres byrden ved sygdommen som den værdi, individet er villig til at betale for at reducere sandsynligheden for sygdommen. Det er ikke værdien for den enkelte med en specifik sygdom, der fastsættes, men i stedet værdien for et ukendt og statistisk individ (Segel, 2006; Access Economics, 2006). Der kan dermed opstilles forskellige værdibeløb for byrden ved at have høreproblemer alt efter graden af hørenedsættelse.

Som tidligere påpeget kan høreproblemer udgøres af meget mere end blot en øget høretærskel, som den måles i den audiologiske høretest. Der er stor forskel på, hvor generende høreproblemerne opleves, og hvordan de mestres. Villighed til at betale -metoden kan dermed forekomme meget rigid og unuanceret. Der vil derfor ikke blive foretaget analyser af de hørehæmmedes 'svie og smerte' som følge af deres høreproblemer, da en måling heraf kræver et bedre datagrundlag og yderligere oplysninger, end det foreligger i spørgeskemaet.

Som nævnt benyttes opgørelser over den tabte arbejdsproduktion på grund af den specifikke sygdom ofte som mål for de indirekte omkostninger. Til måling af produktionsstab anvender vi en human-capital-tilgang, som også er den mest anvendte i COI-analyser (Yazdani, 2002; Rice, 2000, 1966; Becker, 1964). Her repræsenterer de indirekte omkostninger tabet i erhvervsindkomst på grund af sygdommen. Der er i litteraturen en vis diskussion af dette (Koopmanschap, 1998; Koopmanschap & Rutten, 1996; Koopmanschap et al., 1995), men vi har valgt at benytte den klassiske opgørelsesmetode.

Produktionstab måles ved at se på forøget sygefravær, nedsat beskæftigelsesgrad eller dødsfald forårsaget af helbredsproblemet. Netto-stikprøvens antal af sygedage er imidlertid ikke opgjort i undersøgelsen. Derudover har vi naturligvis heller ikke opgørelser over dødsfald forårsaget af høreproblemer, da deltagerne skal være i live for at kunne deltage i denne undersøgelse. Problemer med hørelsen er dog heller ikke et helbredsproblem, som afstedkommer dødsfald i sig selv. Vores analyser af produktionsstab som følge af nedsat hørelse vil derfor alene koncentrere sig om hørebens indflydelse på beskæftigelsesgraden, forstået som høreproblemernes effekt i forhold til førtidspension, valget om at gå på efterløn samt ledighedsgrad. Derudover inddrages hørebens effekt på den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid, da de hidtidige analyser har vist en sammenhæng herimellem, jf. kapitel 5. Analysen giver dermed ikke et fuldt dækkende billede af de samfundskonomiske omkostninger, men det er det bedste billede ud fra det foreliggende datamateriale.

Beregning af tabet i arbejdsproduktion

For at få et mål for den tabte arbejdsproduktion på grund af høreproblemer udregner vi den samlede arbejdsindkomst i to samfund – et faktisk med forekomsten af forskellige grader af hørenedsættelse og et hypotetisk, hvor der ikke findes nogen høreproblemer. Forskellen mellem disse to beløb bliver således lig med den maksimalt mistede erhvervsindkomst på grund af høreproblemer. Selve arbejdsproduktionen er kort beskrevet et mål for beskæftigelsesgraden gange en passende lønssats. Først ses på produktionen, som den ser ud i vores faktiske befolkning med de forskellige grader af hørenedsættelse, som er at finde her. Derefter udregnes produktionen for en hypotetisk befolkning uden nogen høreproblemer. Forskellen herimellem giver den potentielle gevinst i et samfund, hvor ingen 50-64-årige har problemer med hørelsen – og dermed også tabet i arbejdsproduktion på grund af høreproblemer og de indirekte samfundskonomiske omkostninger, som høreproblemerne afstedkommer.

Strengt taget gælder beregningerne af tabt arbejdsproduktion kun i et samfund med fuld beskæftigelse – en situation, som det danske arbejdsmarked formodentlig også er tæt på at være i – eller i hvert fald et samfund, hvor de, der 'genvinder hørevnen', kan få beskæftigelse.

Da vi imidlertid ikke vil påstå, at samtlige høreproblemer kan afhjælpes eller fuldstændig elimineres, skal kapitlers beregninger ikke ses som tal for, hvor meget der kan spares, hvis man interverner. De to verdener, som sammenlignes, er den reelle og en ideel og noget utopisk verden. For at vide, hvor meget der reelt kan spares ved at mindske høreproblemer, kræver det viden om de forventede sundhedsmæssige effekter og nettoomkostninger, og der skal foretages specifikke økonomiske evalueringer (Tarricone, 2006). Dette kapitel skal i stedet indgå i en debat om de effekter, problemer med hørelsen har for samfundet, og hvad man praktisk kan gøre for at mindske høreproblemer til gode for både den enkelte hørehæmmede, men naturligvis også samfundet som helhed. Afhjælpningen kan både ske gennem øget opmærksomhed på tildelingen af hjælpemidler som fx høreapparater eller teleslyngere, men også gennem øget information om det at have nedsat hørelse, og de tiltag, som arbejdsgivere, kolleger og venner kan gøre for at afhjælpe høreproblemerne på arbejdspladsen og i fritiden.

Dermed er meningen med kapitlet at påvise det problemfelt, nedsat hørelse udgør – ikke blot for den hørehæmmede, men for hele samfundet – og dermed det potentiale, der ligger i en øget opmærksomhed på nedsat hørelse, og de konsekvenser, en sådan kan have.

Som tidligere skrevet inkluderer vi ikke beregninger af omkostninger til behandling eller afhjælpning af høretabet. Man skal dermed huske på, at øgede tiltag i forhold til at begrænse betydningen af høreprøblemer i den danske befolkning naturligvis ikke vil være gratis, men vil medføre udgifter til en forhøjet tildeling af hjælpemidler samt oplysningskampagner og information. Det spørgsmål, som besvares i dette kapitel, er således udelukkende, hvor stort et tab i arbejdsproduktion høreprøblemer afstedkommer. Vi skeler ikke til de økonomiske udgifter forbundet med afhjælpningen af høreprøblemerne eller til de sideløbende gevinster, som en afhjælpning af høreprøblemer på arbejdsmarkedet kan afstedkomme for den hørehemmedes generelle velbefindende og fritidsliv.

I det følgende redegøres nærmere for den anvendte metode til udregningen af den tabte arbejdsproduktion, høreprøblemer afstedkommer på det samfundsmæssige plan.

VÆRDI AF TABT ARBEJDSPRODUKTION – TEORI

Der er to led i beregningen. Først beregnes værdien af den tabte arbejdsproduktion i stikprøven – altså blandt de personer, som indgår i denne undersøgelse. Derefter gives et skøn for hele den danske population i alderen 50 til 64 år.

I nettostikprøven

Værdien af arbejdsproduktionen måles – ud fra en human-capital-tilgang – som den indkomst, arbejdsindsatsen giver anledning til. Ifølge traditionel økonomisk teori kan lønindtagten anvendes som mål for værdien af en persons arbejde, da det forudsættes, at ansatte aflønnes svarende til værditilvæksten i forbindelse med deres arbejde. Tabet i lønsrum som følge af høreprøblemer kan beregnes ud fra formlerne vist i boks 10.1.

I befolkningen

Beregningerne i boks 10.1 gælder for nettostikprøven – altså de personer, som deltager i selve undersøgelsen. Da vi imidlertid ønsker at opnå et overblik over effekten på hele samfundet, skal der foretages en opregning til den samlede danske befolkning i aldersklassen 50-64 år.

Hvis vi antager, at nettostikprøven er repræsentativ, er dette ganske enkelt. Tabet for beregnet i ligning (3), jf. boks 10.1, kan ganske enkelt

Boks 10.1

Hvis lønnen eller indkomsten fra selvstændig virksomhed pr. tidsenhed er på W_i for person i , og hvis person imarkeres som værende i beskæftigelse, når dummyvariablen D_i er 1 og ellers 0, kan værdien af arbejdsindsatsen skrives som:

$$(1) \quad S = \sum_i W_i D_i$$

Dermed er S summen af alle personers arbejdsindkomst og variabelen S er bud på en måling af værdien af samfundets samlede produktion. I ligning (1) er målet således at beregne bruttolønsummen for hele samfundet. Der fokuseres dermed ikke på den indkomst, som person i opnår personligt, men udelukkende på værdien af arbejdskraften (i modsat fald skulle lønnen fratrækkes skatter og ved ikke-beskæftigelse, $D = 0$, skulle der tillægges en indkomstoverførsel fra det offentlige).

Løn og beskæftigelse for individ i afhænger af en lang række forhold, hvorunder vi jo er særligt interesserede i hørenedsættelsen. Lad variabelen h betegne hørenedsættelse, således at $h = 0$ svarer til ingen høreprøblemer, og stigende h svarer til stigende høreprøblemer. Den sandsynlighed for beskæftigelse, der er estimeret i de øvrige kapitler, kan derfor for en person med hørenedsættelse h meget abstrakt skrives som:

$$(2) \quad \Pr(D_i = 1|h_i)$$

Ligningen viser sandsynligheden for beskæftigelse, $D_i = 1$, givet den hørenedsættelse, som person i har: h_i . Hvis i ikke havde haft hørenedsættelse, ville sandsynligheden for beskæftigelse skrives $\Pr(D_i = 1|0)$. Vi har i data desværre ingen information om, hvordan lønnen påvirkes af hørenedsættelsen. Hvis vi antager, at lønnen W er den samme for alle, kan tabet af produktionsværdien S som følge af hørenedsættelse i nettostikprøven derfor skrives som:

$$(3) \quad dS = \sum [W \Pr(D_i = 1|0) - W \Pr(D_i = 1|h_i)]$$

Første led angiver S , hvis ingen i nettostikprøven havde haft hørenedsættelse. Andet led angiver den faktiske værdi af S i nettostikprøven. Som andel af den faktiske værdi af arbejdsindkomsten kan tabet skrives som:

$$\begin{aligned} \frac{dS}{S} &= \frac{\sum_i [W \Pr(D_i = 1|0) - W \Pr(D_i = 1|h_i)]}{\sum_i W \Pr(D_i = 1|h_i)} \\ (4) \quad &= \frac{\sum_i [Pr(D_i = 1|0) - Pr(D_i = 1|h_i)]}{\sum_i Pr(D_i = 1|h_i)} \end{aligned}$$

Vi kan altså se bort fra lønsatsen, hvilket ikke er så mærkeligt al den grund, at vi har antaget (nødsaget af data), at lønnen er uafhængig af hørenedsættelse.

Hidtil har vi antaget, at man enten er beskæftiget eller ej. I virkeligheden verden varierer arbejdstiden en del, og en hørenedsættelse kan tænkes at påvirke arbejdstiden. Lad derfor $t(h)$ være antal timer, en person med hørenedsættelse h arbejder, givet han/hun er beskæftiget. Den samlede løn er dermed:

$$(2') \quad S = \sum_i W t(h_i) D_i(h_i)$$

Og værditabet som følge af hørenedsættelse:

$$(3') \quad dS = \sum_i [t(0)W \Pr(D_i = 1|0) - t(h_i)W \Pr(D_i = 1|h_i)]$$

Når man inddrager arbejdstiden i beregningen, er der altså en ekstra gevinst ved, at hørenedsættelsen forsvinder, idet der allerede er blevet påvist en vis sammenhæng mellem nedsat hørelse og formindsket arbejdstid.

Det relative tab fremgår af ligning 5.

$$(5) \quad \frac{dS}{S} = \frac{\sum_i [t(0) \Pr(D_i = 1|0) - t(h_i) \Pr(D_i = 1|h_i)]}{\sum_i t(h_i) \Pr(D_i = 1|h_i)}$$

Inddrager vi også lønforskelle, foretages beregningerne således: Hvis $W(X_i)$ er timelønnen for person i med karakteristika X_i (fx besejnt køn, alder og uddannelse), kan gevinsten ved at undgå hørelseproblemer skrives:

$$(6) \quad \frac{dS}{S} = \frac{\sum_i W(X_i)t(0) \Pr(D_i = 1|0) - t(h_i) \Pr(D_i = 1|h_i)]}{\sum_i W(X_i)t(h_i) \Pr(D_i = 1|h_i)}$$

Hvis der især er personer med et lavt uddannelsesniveau, der har en hørenedsættelse, trækker det nedad i tælleren, fordi disse får en relativt lav timeløn.

opregnes med udvalgsbrøken (dvs. størrelsen af nettostikprøven i forhold til størrelsen af den relevante befolkning). Alternativt kan det procentvise tab i ligning (4) ganges med den samlede arbejdsindkomst i landet for personer i alderen 50-64 år.

Vores stikprøve er jo ikke repræsentativ for hele befolkningen af den enkle grund, at den kun omfatter 50-64-årige. Vi kan derfor kun beregne effekten af høretab på de 50-64-åriges arbejdsindsats.

I kapitel 2 har vi diskuteret, om nettostikprøven er repræsentativ for de 50-64-årige. Dette er tvivlsomt mht. uddannelse og aldersfordelingen. Disse to parametre vil derfor blive vægget i de følgende beregninger. Det betyder, at idet den ældre del af aldersgruppen fra 50-64 år er noget overrepræsenteret, og den yngre del noget underrepræsenteret i denne undersøgelse i forhold til befolkningen generelt, vil resultaterne for de yngre deltagere tælle mere i sammenregningerne end resultaterne for den ældre del. Dermed kommer de forskellige aldersgrupper til at være repræsenteret i samme udstrækning i denne undersøgelse, som de er i den danske befolkning fra 50-64 år. Samme teknik anvendes i forhold til uddannelsesniveau.

RESULTATER

Vi har tidligere i rapporten set, at der er væsentlig forskel på forekomsten af de forskellige typer af indkomstoverførsler, og at en hørenedsættelse har forskellig indvirkning på sandsynligheden for at være på en bestemt type af overførselsindkomst.

Da vi kun er interesseret i det tab, som skyldes manglende beskæftigelse, er der imidlertid ikke grund til at sondre mellem, hvilken type af indkomstoverførsel personen tildeles: Tabet udgøres alene af den manglende beskæftigelse og den dermed forbundne erhvervsindkomst. Vi baserer derfor beregningerne på et estimat af, om svarpersonerne er i beskæftigelse eller ej. Det kan bemærkes, at hvis man ville fordele samfundets produktionstab på den enkelte hørehæmmede og på resten af samfundet (via stat og kommuner) kunne der være mening i at opdele 'ikke-beskæftigelse' på forskellige typer af offentlig indkomstoverførsel og på egen forsørgelse, da disse forskellige forsørgelsesgrundlag jo påvirker den enkelte og det offentlige forskelligt. Dette ville i givet fald føre til en 'kassøkonomisk' analyse, dvs. af de respektive offentlige kasser. Formålet her er som nævnt at foretage en samfundøkonomisk analyse.

Som i kapitel 7-9 opdeler vi estimaterne mellem mænd og kvinder, og vi bruger omtrent de samme forklarende variable som i disse kapitler.

Det første sæt estimater er vist i tabel 10.1. og tabel 10.2. Det er estimater af ligning (2) i boks 10.1.

Parametrene vedrørende hørenedsættelse er insignifikante for mænds vedkommende, men signifikante for kvinder, hvilket stemmer overens med resultaterne i kapitel 7.

Nu kan sandsynligheden for at være i beskæftigelse beregnes for hver person i netstøtkprøven. For eksempel bliver ligningen for mændene på baggrund af tabel 10.1:

(1)

$$\text{Pr}(\text{'beskæftigelse' funktionel, klinisk}) = \frac{\exp^{3.66-0.0001 \text{ klinisk}-0.4 \text{ funktionel} + \dots}}{1 + \exp^{3.66-0.0001 \text{ klinisk}-0.4 \text{ funktionel} + \dots}}$$

Dermed kommer de forskellige grader af hørenedsættelse og høreproblemer til at indgå, som de optræder i undersøgelsen. Dernæst skal opstilles en alternativ eller hypotetisk situation, hvor forekomsten af høreproblemer

Tabel 10.1

Logistisk regression af faktorer af betydning for beskæftigelsesgraden for mænd.

| I beskæftigelse | Maksimum likelihood estimat | Standardfejl | Chi-Square | Wald | P-værdi |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------|------------|------|---------|
| Konstant | 3.6629 | 0.4151 | 77.8719 | | <.0001 |
| Alder 50-64 år | -0.2057 | 0.0429 | 22.9798 | | <.0001 |
| Under eller over 60 | -0.5847 | 0.3186 | 3.3672 | | 0.0665 |
| <i>Civilstand:</i> | | | | | |
| Gift/partnerskab | 0.6965 | 0.1950 | 12.7570 | | 0.0004 |
| Skilt/separeret | -0.1096 | 0.2510 | 0.1906 | | 0.6624 |
| Enkemand | -0.2658 | 0.4748 | 0.3136 | | 0.5755 |
| Ugift | Reference | | | | |
| <i>Sillingstype</i> | | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | 0.8817 | 0.1940 | 20.6573 | | <.0001 |
| Funktionær/tjenestemand | 0.1707 | 0.1437 | 1.4114 | | 0.2348 |
| Faglært | -0.5905 | 0.1750 | 11.3842 | | 0.0007 |
| Ufaglært | Reference | | | | |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | | |
| Grundskole | -0.0695 | 0.2312 | 0.0903 | | 0.7638 |
| Gymnasial | -0.4195 | 0.5052 | 0.6897 | | 0.4063 |
| Fagligt | 0.3807 | 0.1777 | 4.5906 | | 0.0321 |
| Kort videregående | -0.1200 | 0.3021 | 0.1579 | | 0.6911 |
| Mellemlang videregående | 0.0544 | 0.2336 | 0.0543 | | 0.8157 |
| Lang videregående | Reference | | | | |
| <i>Helbred:</i> | | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | -0.4577 | 0.0577 | 62.9239 | | <.0001 |
| Probl. m. hudsygdomme | 0.4982 | 0.2223 | 5.0214 | | 0.0250 |
| <i>Hørelse:</i> | | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | -0.00011 | 0.00594 | 0.0003 | | 0.9859 |
| Funktionelle høreegenskaber | -0.4174 | 0.3390 | 1.5166 | | 0.2181 |
| Funktionelle høreegenskaber*Helbred | 0.1207 | 0.1024 | 1.3902 | | 0.2384 |

N=1141. Logistisk model.

Tabel 10.2

Logistisk regression af faktorer af betydning for beskæftigelsesgraden for kvinder.

| I beskæftigelse | Maksimum likelihood estimat | Standardfej | Chi-Square | Wald | P-værdi |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------|------------|------|---------|
| Konstant | 4.3000 | 0.4001 | 115.4931 | | <.0001 |
| Alder 50-64 år | -0.2292 | 0.0411 | 31.0622 | | <.0001 |
| Under eller over 60 | -0.9296 | 0.2952 | 9.9194 | | 0.0016 |
| <i>Civilstand:</i> | | | | | |
| Gift/partnærskab | 0.3643 | 0.1485 | 6.0141 | | 0.0142 |
| Skilt/separeret | -0.3600 | 0.1971 | 3.3352 | | 0.0678 |
| Enkemand | 0.2253 | 0.2684 | 0.7046 | | 0.4013 |
| Ugift | Reference | | | | |
| <i>Stillingstype</i> | | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | 0.4262 | 0.2041 | 4.3611 | | 0.0368 |
| Funktionær/tjenestemand | 0.2934 | 0.1417 | 4.2879 | | 0.0384 |
| Faglært | -0.2214 | 0.2408 | 0.8459 | | 0.3577 |
| Reference | | | | | |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | | |
| Grundskole | -0.8013 | 0.2148 | 13.9091 | | 0.0002 |
| Gymnasial | 0.2436 | 0.5216 | 0.2181 | | 0.6405 |
| Faglgt | -0.3578 | 0.1755 | 4.1565 | | 0.0415 |
| Kort videregående | -0.2160 | 0.2408 | 0.8048 | | 0.3697 |
| Mellemlang videregående | 0.0623 | 0.2152 | 0.0838 | | 0.7722 |
| Lang videregående | Reference | | | | |
| <i>Helbred:</i> | | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | -0.4088 | 0.0512 | 63.8042 | | <.0001 |
| Probl. m. hudsygdomme | 0.5536 | 0.2096 | 6.9766 | | 0.0083 |
| <i>Hørelse:</i> | | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | -0.0146 | 0.00679 | 4.6048 | | 0.0319 |
| Funktionelle høregenskaber | -0.9781 | 0.3515 | 7.7450 | | 0.0054 |
| Funktionelle høregenskaber*Helbred | 0.2389 | 0.1060 | 5.0771 | | 0.0242 |

N=1117. Logistisk model.

er udeladt. Her kan opstilles flere forskellige scenarier, da vi har flere mål for hørelsen. Man kan for det første forestille sig, at alle hører perfekt både funktionelt og klinisk målt, dvs. at variablene omhandler den funktionelle hørelse og den klinisk målte hørelse er 0 for alle personer. Der kan for det andet opstilles et scenarium, hvor der udelukkende er den klinisk målte hørelse, der bliver sat til at være perfekt for alle personer. Vi vælger imidlertid den tredje mulighed og antager, at det er den funktionelle hørelse,

som fremstår problemfri.¹ Dermed sættes funktionel hørelse=0 for alle, hvilket endvidere indebærer, at kombinationen med andre helbreds-faktorer udgår (funktionel hørelse*helbred=0). Den klinisk målte hørenedsættelse fortsætter med at være som i data. Beslutningen om udelukkende at se på situationen, hvor netto-stikprøven ikke har nogen funktionelle hørelse, men stadig kan have en klinisk målt hørenedsættelse, er valgt, da dette forekommer at være den mest realistiske mulighed af de tre – om end det naturligvis stadig betegner en ideel situation. Man kan for illustrationens skyld fx forestille sig dette som det perfekte høreapparat, der fuldkommen korrigerer for alle typer af hørelsesproblemer.

Sandsynligheden for beskæftigelse bliver da for mændene:

(II)

$$Pr(\text{'beskæftigelse' (funktionel)=0, klinisk,...}) = \frac{\exp^{3.66-0.0001 \cdot \text{klinisk} + 0.41 \cdot X + \dots}}{1 + \exp^{3.66-0.0001 \cdot \text{klinisk} + 0.41 \cdot X + \dots}}$$

Den gennemsnitlige værdi af forskellen på (II) og (I) udgør den beskæftigelsesgevinst for mænd, der ville følge, hvis alle funktionelle hørelsesproblemer forsvandt. Størrelsen er målt i nettostikprøven og udtrykt som en andel/sandsynlighed. Produktionstab ved hørelsesproblemer beregnes således som gevinsten ved ikke at have dem. Det har den fordel, at beregningerne kan tage udgangspunkt i den faktiske situation – den, hvor hørelsesproblemerne eksisterer. En tilsvarende opgørelse foretages for kvinder.

Opgørelsen til værdien af beskæftigelsesgevinsten for hele befolkningen i alderen 50-64 år sker som nævnt via den samlede erhvervsindkomst, der tjenes af de 50-64-årige, fordi vi ikke i spørgeskemaet har indsamlet oplysninger om respondenternes erhvervs-mæssige indkomst, hverken på interviewtidspunktet eller ved overgang til pensionering. Beregningen foretages for mænd og kvinder hver for sig. Den relevante fordeling af erhvervsindkomst fremgår af tabel 10.3.

Den arbejdsmarkeds-mæssige gevinst ved elimination af mændenes hørelsesproblemer beregnes som forskellen i beskæftigelses-sandsynligheden (II minus I) gange de 50-64-årige mænds lønsrum. En tilsvarende opgørelse foretages for kvinder. Bemærk at vi her kun ser på, hvad der sker, hvis de 50-64-årige hørelsesproblemer forsvinder. Den yngre del af befolkningens hørelsesproblemer er antaget uændret. Tabel 10.4. viser resultaterne.

1. Med en problemfri hørelse må man højst opleve hørelsesproblemer i én enkelt af dagligdagens lyttesituationer.

Table 10.3

Befolkningens samlede primærindkomst¹, fordelt på aldersgrupper og køn, 2003 (1.000 kr.).

| | Mænd | Kvinder | I alt |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Alle | 439.644.970 | 284.814.973 | 724.459.943 |
| 50-64-årige | 139.176.602 | 84.975.684 | 224.152.286 |

Kilde: Danmarks Statistik (2006b).

1. Primærindkomst udgøres af lønindkomst og indkomst fra egen virksomhed.

Table 10.4

Arbejdsræssig gevinst af flere i beskæftigelse, hvis funktionelle hørelseproblemer ikke fandtes blandt 50-64-årige.

| Mænd | | |
|--|----------|--|
| Beskæftigelsesandel med hørelseproblemer inkluderet | 0,775 | |
| Beskæftigelsesandel med hørelseproblemer ekskluderet | 0,776 | |
| Stigning uden funktionelle hørelseproblemer | 0,001559 | |
| Gevinst for mænd, millioner kr. | 217 | |
| Kvinder | | |
| Beskæftigelsesandel med hørelseproblemer inkluderet | 0,605 | |
| Beskæftigelsesandel med hørelseproblemer ekskluderet | 0,612 | |
| Stigning uden funktionelle hørelseproblemer | 0,007257 | |
| Gevinst for kvinder, millioner kr. | 617 | |
| Begge køn | | |
| Samlet gevinst, millioner kr. | 834 | |

Tabellen viser, at beskæftigelsesandsynligheden stiger med 1,559 og 7,257 promille for hhv. mænd og kvinder. Forskellen mellem mænd og kvinder skyldes dels forskellen i de estimerede parametre (jf. tabel 10.1 og 10.2), dels den forskellige udbredelse af hørelseproblemer blandt de to køn. 'Om-kostningerne' dvs. COI'ens indirekte omkostninger på grund af førtidspensionering, efterlønsmodtagelse eller ledighed udgør således maksimalt 834 millioner kr. svarende til ca. 1 promille af den samlede erhvervsindkomst, jf. tabel 10.3.

Beregning med timer inddraget

Det er imidlertid ikke blot selve erhvervsdeltagelsen, der påvirkes af hørelseproblemer. Således arbejder personer med nedsat hørelse gennemsnitligt færre timer om ugen end personer uden hørelseproblemer. Der skal derfor ikke blot tages højde for, at beskæftigelsesandsynligheden falder i det

øjeblik, personen har funktionelle hørelseproblemer. Andelen af personer på nedsat arbejdstid vil ligeledes stige. Hvis der igen antages ens løn for alle, kan det relative tab i lønsum fx beregnes som i ligning (5) i boks 10.1.

Table 10.5 viser den gennemsnitlige arbejdstid for personer med og uden funktionelle hørelseproblemer.

Table 10.5

Nettostikprøvens gennemsnitlige arbejdstid fordelt på køn og funktionelle hørelseegenskaber.

| Køn | Funktionelle hørelseproblemer | Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid |
|---------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Mænd | Nej | 40,38 |
| | Ja | 39,55 |
| Kvinder | Nej | 34,83 |
| | Ja | 31,34 |

Tabellen viser en relativt stor forskel på den gennemsnitlige arbejdstid for kvinder med og uden funktionelle hørelseproblemer, men kun en lille (in-signifikant) forskel for mændene.

I tabel 10.6 og 10.7 vises estimater over ugentlig arbejdstid, kontrolleret for de samme parametre som i beskæftigelsesmodellerne.

For mænd er langt størstedelen af parametrene insignifikante, og fortegn for parameteren til de funktionelle hørelseegenskaber er ikke som ventet. Man skal dog bemærke, at de funktionelle hørelseegenskaber også indgår i en interaktion med helbredsvariablen. Det betyder, at i praksis vil større funktionsnedsættelse give mindre timetal for de fleste personer. Udelades interaktionsvariablen i estimationen, får parameteren til de funktionelle hørelseegenskaber det forventede negative fortegn (men er fortsat insignifikant). For kvinder er parameteren til den klinisk målte hørelsesnedsættelse insignifikant og med fortegn modsat det forventede. Parametervariablen er desuden temmelig lille. Parameteren til de funktionelle hørelseegenskaber er derimod signifikant og som forventet.

Generelt set er der således væsentlige ligheder mellem estimaterne for arbejdstid og estimaterne for beskæftigelsesandsynligheden: De funktionelle hørelseegenskaber betyder generelt mere end den klinisk målte hørelsesnedsættelse, og de har større betydning for kvinder end for mænd.

Table 10.8 viser den samlede effekt af en forbedret funktionel hørelse i forhold til beskæftigelsesandsynligheden og arbejdstiden. Også her beregnes tabet ved hørelseproblemer som gevinsten ved ikke at have dem.

Tablet 10.6

Logistisk regression af faktorer af betydning for de beskæftigede mænds arbejds-
tid.

| Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid | Maksimum likelihood estimat | Standardfejld | Wald Chi-Square | P-værdi |
|--|-----------------------------|--------------------|-----------------|------------------|
| Konstant | 40,70978 | 1,74124 | 23,38 | <.0001 |
| Alder 50-64 år Under eller over 60 | -0,10941 0,12035 | 0,12939 1,09020 | -0,85 -0,11 | 0,3980 0,9121 |
| <i>Civilstand:</i> | | | | |
| Gift/partnerskab | 1,18578 | 1,09467 | 1,08 | 0,2790 |
| Skilt/separeret | -0,73888 | 1,51174 | -0,49 | 0,6251 |
| Enkemand | -1,14595 | 3,09971 | -0,37 | 0,7117 |
| Ugift | Reference | | | |
| <i>Stillingstype</i> | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | 7,77965 | 1,15209 | 6,75 | <.0001 |
| Funktionær/tjenestemand | 1,64564 | 1,03601 | 1,59 | 0,1126 |
| Faglært | -0,69823 | 1,19464 | -0,58 | 0,5591 |
| Ufaglært | Reference | | | |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | |
| Grundskole | -2,68070 | 1,30634 | -2,05 | 0,0405 |
| Gymnasial | -2,28751 | 2,32883 | -0,98 | 0,3263 |
| Faglgt | -1,90474 | 0,97008 | -1,96 | 0,0499 |
| Kort videregående | -2,17144 | 1,48561 | -1,46 | 0,1442 |
| Mellemlang videregående | -2,52319 | 1,11002 | -2,27 | 0,0233 |
| Lang videregående | Reference | | | |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | 0,19233 | 0,24296 | 0,79 | 0,4288 |
| Probl. m. hudsygdomme | -0,95631 | 0,82854 | -1,15 | 0,2487 |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | -0,02138 | 0,02212 | -0,97 | 0,3340 |
| Funktionelle høregenskaber | 1,01082 | 1,23198 | 0,82 | 0,4122 |
| Funktionelle høregenskaber*Helbred | -0,76092 | 0,48789 | -1,56 | 0,1192 |
| r ² = 0,1183 n=867. OLS-regression. | | | | |

Inddragelse af modellen for arbejdstid betyder, at skønnet for det arbejdsmæssige 'tab' på grund af høregenskaber mere end tredobles (2,724 millioner kr. mod 834 millioner kr., jf. tabel 10.4).

Tablet 10.7

Logistisk regression af faktorer af betydning for de beskæftigede kvinders arbejds-
tid.

| Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid | Maksimum likelihood estimat | Standardfejld | Wald Chi-Square | P-værdi |
|---|-----------------------------|--------------------|-----------------|------------------|
| Konstant | 43,07015 | 2,35078 | 18,32 | <.0001 |
| Alder 50-64 år Under eller over 60 | -0,24303 0,28758 | 0,15745 1,34299 | -1,54 0,21 | 0,1232 0,8305 |
| <i>Civilstand:</i> | | | | |
| Gift/partnerskab | -1,85419 | 1,47954 | -1,25 | 0,2105 |
| Skilt/separeret | 1,52433 | 1,71776 | 0,89 | 0,3752 |
| Enkemand | -0,41796 | 2,20476 | -0,19 | 0,8497 |
| Ugift | Reference | | | |
| <i>Stillingstype</i> | | | | |
| Selvstændig/medhjælpende | 1,04268 | 1,68853 | 0,62 | 0,5371 |
| Funktionær/tjenestemand | -1,42643 | 1,32857 | -1,07 | 0,2833 |
| Faglært | -2,33619 | 2,00522 | -1,17 | 0,2444 |
| Ufaglært | Reference | | | |
| <i>Uddannelse:</i> | | | | |
| Grundskole | -3,95449 | 1,73371 | -2,28 | 0,0229 |
| Gymnasial | 2,93727 | 3,07636 | 0,95 | 0,3400 |
| Faglgt | -4,08926 | 1,41109 | -2,90 | 0,0039 |
| Kort videregående | -5,16835 | 1,57203 | -3,29 | 0,0011 |
| Mellemlang videregående | -2,09542 | 1,45777 | -1,44 | 0,1511 |
| Lang videregående | Reference | | | |
| <i>Helbred:</i> | | | | |
| 0-10 Helbredsproblemer | -0,41993 | 0,27882 | -1,51 | 0,1325 |
| Probl. m. hudsygdomme | 0,57686 | 0,95371 | 0,60 | 0,5455 |
| <i>Hørelse:</i> | | | | |
| Klinisk målt hørenedsættelse | 0,00436 | 0,03741 | 0,12 | 0,9072 |
| Funktionelle høregenskaber | -4,93688 | 1,72123 | -2,87 | 0,0043 |
| Funktionelle høregenskaber*Helbred | 0,51602 | 0,60245 | 0,86 | 0,3920 |
| r ² =0,0747 n=715. OLS-regression. | | | | |

Beregning med vægget løn

Som nævnt er det antaget i de foregående beregninger, at lønnen/erhvervsindkomsten er den samme for personer med nedsatte funktionelle høregenskaber som gennemsnittet for den danske befolkning i alderen 50-64 år. Der er to problemer ved denne antagelse. Det ene er, at hørenedsættelse måske påvirker timelønnen. Det kan vi ikke kalkulere med i denne un-

Table 10.8

Arbejdsmarkedsmæssig gevinst af flere i beskæftigelse og ændret arbejdstid, hvis funktionelle høreproblemer ikke fandtes blandt 50-64-årige.

| | Inklusiv høreproblemer | Eksklusiv høreproblemer | Ændring | Relativ stigning |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------|------------------|
| <i>Mænd</i> | | | | |
| Beskæftigelse | | | | 0,001599 |
| Gns. arbejdstid for beskæftigede | 39,74 | 39,92 | 0,17 | 0,00436 |
| Timer og beskæftigelse ¹ | | | | |
| <i>Kvinder</i> | | | | |
| Beskæftigelse | | | | 0,007257 |
| Gns. arbejdstid for beskæftigede | 34,12 | 34,62 | 0,51 | 0,02491 |
| Timer og beskæftigelse ¹ | | | | |
| <i>Begge køn</i> | | | | |
| Værdien af gevinsten i millioner kr. | | | | 2,724 |

1. Beregnet som i formel (5) i boks 10.1.

dørsøgelse, da vi ikke har oplysninger om timeløn. Det andet er, at personer med hørenedsættelse måske typisk har andre særlige karakteristika, der også påvirker lønnen. Det kunne fx være stillingstypen eller uddannelsesniveauet. Det kan vi til en vis grad tage højde for i undersøgelsen, idet vi kan skaffe lønopslysninger fra anden side. Når vi også inddrager lønforskelle, kan det relative tab i lønsum beregnes som i ligning (6) i boks 10.1.

Table 10.9 indeholder de anvendte lønopslysninger.

Table 10.9

Befolkningens timelønninger fordelt på alder, køn og uddannelse, 2003.

| | Grundskole | Gymnasial | Faglig videreg. | Kort videreg. | Mellem- lang videreg. | |
|----------------|------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------------|--------|
| | | | | | videreg. | dereg. |
| <i>Mænd</i> | | | | | | |
| 50-54 år | 196,03 | 254,88 | 213,34 | 243,07 | 296,86 | 339,92 |
| 55-59 år | 192,23 | 259,52 | 213,2 | 235,5 | 294,12 | 332,46 |
| 60+ år | 187,4 | 255,91 | 208,73 | 228,9 | 283,62 | 315,7 |
| <i>Kvinder</i> | | | | | | |
| 50-54 år | 177,19 | 231,46 | 199,23 | 215,85 | 231,95 | 305,42 |
| 55-59 år | 173,27 | 227,51 | 196,65 | 220,46 | 227,89 | 287,78 |
| 60+ år | 171,98 | 219,21 | 194,93 | 217,14 | 227,55 | 292,46 |

Kilde: Danmarks Statistik (2006c).

Anm: Lønningerne er for lønmodtagere uden ledelsesansvar i den private sektor.

På baggrund af tabel 10.9 og ligning (6) kan vi derfor foretage en ny beregning. Vi beregner den procentvise gevinst ved ikke at have høreproblemer og opregner som i de foregående to afsnit til hele befolkningen i aldersklassen fra 50 til 64 år via de 50-64-åriges samlede erhvervsindkomst fordelt på mænd og kvinder.

Man kan benytte lønstatistikken i tabel 10.9 til at beregne gennemsnitlige estimerede lønninger i nettostikprøven. Det er gjort i tabel 10.10.

Table 10.10

Gennemsnitlig skønnet løn fordelt på køn og funktionelle høreegenskaber.

| Køn | Funktionelle høreproblemer | Gennemsnitlig lønindkomst |
|---------|----------------------------|---------------------------|
| Mænd | Nej | 219,70 |
| | Ja | 214,71 |
| Kvinder | Nej | 199,00 |
| | Ja | 199,48 |

Mænd med nedsatte funktionelle høreegenskaber får således en noget lavere løn end mænd uden funktionelle høreproblemer. Der er ingen signifikant lønforskel mellem kvinder med og uden funktionelle høreproblemer.

I tabel 10.11 er den arbejdsmarkedsmæssige gevinst beregnet med inddragelse af disse lønninger. Igen erindres om, at tabellen ikke inddrager en effekt af nedsat hørelse på lønningerne, men blot 'skalere' beregningerne, så der tages højde for, at dem med nedsat hørelse i udgangspunktet har en lavere løn end gennemsnittet.

Når lønforskelle inddrages i beregningen, falder skønnet over det arbejdsmarkedsmæssige produktionsstab som følge af funktionelle høreproblemer – men det er dog kun en smule: Fra 2.724 millioner kroner, jf. tabel 10.8, til 2.667 millioner kroner.

Tab af fuldtidsstillinger

Men hvad svarer 2.667 millioner kroner i tabt arbejdsproduktion egentlig til? For at anskueliggøre beløbet kan man omregne de 2.667 millioner til antallet af fuldtidsstillinger, som går fra på arbejdsmarkedet på grund af høreproblemer i den undersøgte befolkningsgruppe. Aldersgruppen fra 50 til 64 år har en gennemsnitlig erhvervsårlig indkomst på ca. 237.400

Tabel 10.11

Arbejdsmarkedsmæssig gevinst af flere i arbejde og ændret arbejdstid, hvis funktionelle høreproblemer ikke fandtes blandt 50-64-årige – korrigeret for lønforskelle.

| | Inklusiv høreproblemer | Eksklusiv høreproblemer | Ændring | Relativ stigning |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------|------------------|
| <i>Mænd</i> | | | | |
| Beskæftigelse | | | | 0,001559 |
| Gns. arbejdstid for beskæftigede | 39,74 | 39,92 | 0,17 | 0,00417 |
| Timer, beskæftigelse og løn | | | | |
| <i>Kvinder</i> | | | | |
| Beskæftigelse | | | | 0,007257 |
| Gns. arbejdstid for beskæftigede | 34,12 | 34,62 | 0,51 | 0,02455 |
| Timer, beskæftigelse og løn | | | | |
| <i>Begge køn</i> | | | | |
| Værdien af gevinsten i millioner kr. | | | | 2,667 |

kr.² (Danmarks Statistik, 2006c). Dividerer vi herefter den gennemsnitlige indtjening på 237.400 kr. op i de 2.667 millioner i tabt arbejdsproduktion, får vi et vurderet tab af fuldtidsstillinger på ca. 11.234 på landsplan.

Det er vigtigt at understrege, at dette tal for det første dækker over en utopisk situation med eliminering af de funktionelle høreproblemer i aldersgruppen 50-64 år. For det andet gengiver tabet af 11.234 fuldtidsstillinger ikke et potentielt antal 'nye' stillinger, som umiddelbart ville kunne besættes ved eliminationen af høreproblemerne. Tallet er således fx opgjort på baggrund af forskelle i ugentlig arbejdstid mellem normalt hørende og hørehæmmede – og indeholder dermed også et tab i erhvervsindkomsten for personer, som er i arbejde, men blot med en nedsat arbejdstid.

Boks 3.1 i kapitel 3 viser det vurderede antal personer med høreproblemer i den danske befolkning mellem 50-64 år. Det vurderes her, at ca. 180.000 personer inden for aldersgruppen har problemer i to-fem af

de lyttesituationer, der er spurgt til i undersøgelsen. 11.234 nye fuldtidsstillinger ville dermed svare til, at over 8 pct. af disse hørehæmmede skulle besætte en fuldtidsstilling, hvor de ellers ville have trukket sig tilbage.

De 11.234 fuldtidsstillinger er således hovedsageligt en måde, hvorpå en nedsat arbejdsproduktion på 2.667 millioner kr. kan anskueliggøres.

Effekt på kommunalt plan

Med et vurderet tab på 11.234 fuldtidsstillinger på landsplan vil problemer med hørelsen berøre et tab på ca. 104 fuldtidsstillinger i en mellemstor kommune med omkring 50.000 indbyggere.³ I en lille by med omkring 10.000 indbyggere vil tabet af fuldtidsstillinger på grund af høreproblemer i aldersgruppen 50-64 år være på ca. 21. Disse fordelinger er dog meget grove og tager ikke højde for de forskellige fordelinger i forhold til fx alder, køn og uddannelsesgrad, som er at finde i forskellige kommuner.

Som i det foregående afsnit skal der gøres opmærksom på, at det vurderede antal tabte fuldtidsstillinger på kommunalt plan ikke dækker over et reelt antal af nye fuldtidsstillinger, som umiddelbart kan besættes.

Omkostninger, hvis også den klinisk målte hørenedsættelse inddrages i beregningerne

De 2.667 millioner kr. er som forklaret tidligere i kapitlet udregnet på baggrund af tabt arbejdsproduktion som følge af funktionelle høreproblemer i befolkningen fra 50-64 år, da vi anså dette som det mest realistiske scenarium i forhold til afhjælpningen af høreproblemer. Dermed findes der stadig forskellige grader af klinisk målelige hørenedsættelser, men folk fungerer upåklageligt med deres hørelse.

Man kan imidlertid også foretage beregninger på den tabte arbejdsproduktion på grund af både de funktionelle høreproblemer og den klinisk målelige hørenedsættelse. Vi anvender samme metode, som det er blevet gennemgået tidligere i kapitlet. Her blev værdierne for den funktionelle hørelse sat til 0 for alle personer i det hypotetiske samfund, hvorved vi kunne foretage beregninger på arbejdsproduktionen i et samfund uden funktionelle høreproblemer.

Når vi sammenligner vores reelle samfund med et hypotetisk samfund uden nogen former for høreproblemer eller hørenedsættelser, hver-

3. Den danske befolkning talte i år 2003 5.383.507 personer (Danmarks Statistik, 2006a).

ken funktionelle eller kliniske, sættes den funktionelle hørelse stadig til 0 i det hypotetiske samfund. I tillæg hertil sættes den kliniske hørenedsættelse til en lav værdi svarende til ingen hørenedsættelse for alle personer.⁴

Når vi udregner den tabte arbejdsproduktion på grund af både de funktionelle høreproblemer og den kliniske hørenedsættelse, stiger de løbsmæssige omkostninger for samfundet til 4.688 millioner kr. Det skal understreges, at dette beløb ikke dækker en mulig gevinst for samfundet, men blot viser, hvor meget høreproblemer koster samfundet i indirekte udgifter.

Ved også at inddrage de klinisk målte hørenedsættelser i beregningerne tager man højde for, at arbejdsproduktionen også berøres for personer, som har et uerkendt høretab, og at en klinisk målt hørenedsættelse betyder noget for beskæftigelsesgraden i sig selv. Samtidig skal det dog bemærkes, at der er en risiko for, at tallet for den tabte arbejdsproduktion bliver en anelse overvurderet, da mange personer både har funktionelle høreproblemer og en klinisk målelig hørenedsættelse. Dette tager regressionsanalyserne som udgangspunkt højde for, men alligevel bliver den samlede effekt måske noget overvurderet alt i alt.

Der skal derudover gøres opmærksom på, at udregningerne er behæftet med store usikkerheder.

De kasseøkonomiske konsekvenser af tildeling af førtidspension og efterløn som følge af høreproblemer

Der er i kapitlet ikke foretaget særskilte beregninger af udgifter til tildeling af overførselsindkomster. Disse udgifter er imidlertid heller ikke interessante i en overordnet udregning af omkostningerne ved høreproblemer i det danske samfund. Ved at se på betydningen af høreproblemer i forhold til indkomst og tab i arbejdsproduktion opnås et billede af effekten på hele samfundet uden at tage stilling til fordeling mellem individ og det offentlige.

For illustrationens skyld vil vi alligevel søge at give et billede af

høreproblemernes betydning i forhold til tildeling af førtidspension og efterløn samt de udgifter, som er forbundet hermed. Det giver et indtryk af belastningen på de offentlige finanser som følge af høreproblemer, skønt en sådan beregning ikke inkluderer den effekt på de offentlige finanser, der følger af fx tabte skatteindtægter på grund af de hørehæmmedes lavere beskæftigelsesgrad.

Ligesom i beregningerne af den tabte arbejdsproduktion som følge af høreproblemer i aldersgruppen 50-64 år, kan vi foretage en række beregninger, der viser effekten af funktionelle høreproblemer i forhold til hhv. tildelingen af førtidspension og efterløn. Som tidligere sammenlignes to typer af samfund: Det reelle med forskellige grader af funktionelle høreproblemer og et hypotetisk, hvor der ikke findes nogen funktionelle høreproblemer. Forskellen mellem andelen af personer på førtidspension og efterløn i de to samfund viser os, hvilken betydning høreproblemerne har for modtagelsen af førtidspension og efterløn.

Førtidspension

8,55 pct. af mændene og 15,26 pct. af kvinderne i vores nettostikprøve er på førtidspension. Andelen på førtidspension i et samfund helt uden funktionelle høreproblemer ville være på 7,68 og 14,57 for hhv. mænd og kvinder. Opregnet til den samlede aldersgruppe fra 50 til 64 år i det danske samfund, svarer forskellene mellem andelen i de to samfund til i alt ca. 4.667 mænd og ca. 3.759 kvinder. Med en gennemsnitlig årlig førtidspension på 137.724 kr. (Kommuneinformation, 2003) giver det en udgift til tildeling af førtidspension på ca. 1.160 millioner kr.

Da sammenhængen mellem tildeling af førtidspension og funktionelle høreproblemer imidlertid ikke er signifikant for kvinderne ($p=0,5325$), kan der argumenteres for, at udgifterne til kvindernes øgede andel på førtidspension ikke skal medtages i beregningerne. Hermed står vi tilbage med en udgift til førtidspension på ca. 643 millioner kr. for mændenes vedkommende.

Efterløn

Ser vi herefter på høreproblemernes betydning for afgangens til efterløn, får vi et lidt andet billede. Foretager vi en analyse efter samme principper som i de foregående analyser, viser resultatet, at der faktisk bliver sparet på udgifterne til efterløn, fordi en vis del af befolkningen fra 50 til 64 år lider af funktionelle høreproblemer.

Som det blev påpeget i kapitel 9 med analyserne af sammenhængen

4. Tærskelværdien for den klinisk målte hørelse sættes ikke til 0 i beregningerne, da dette er en urealistisk lav tærskelværdi selv for normalt hørende uden nogen hørenedsættelse. Vi har i stedet udregnet den gennemsnitlige værdi på det kliniske høremål. Den er lig med 18,80. Vi har herefter anvendt de 18,80 som tærskelværdi i det hypotetiske samfund uden klinisk målelige høreproblemer. Personer, som fik målt en tærskelværdi under 18,80 i høretesten, beholder denne værdi i udregningen for det hypotetiske samfund og får dermed ikke en højere tærskelværdi, end de reelt ser har.

gen mellem høreproblemer og førtidig tilbagebetaling, sker der imidlertid en selektion i nettestikprøven, inden valget af efterløn bliver aktuelt. Kaptilet viste, at helbredet har en stor betydning for valget af førtidspension, hvilket i sig selv ikke er overraskende, da førtidspension netop tildeles på baggrund af helbredsmæssige problemer. Jo flere helbredsproblemer, des større sandsynlighed for at gå på førtidspension.

Det betyder, at personer som er meget generede af deres helbredsproblemer – herunder problemer med hørelsen – og som gerne vil væk fra arbejdsmarkedet, allerede står uden for arbejdsmarkedet, når de fylder 60 år og ville have mulighed for at gå på efterløn. Tilbage på arbejdsmarkedet står så personer, som ikke har så store helbredsmæssige problemer, og personer, som har helbredsmæssige problemer, men som meget gerne vil blive på arbejdsmarkedet på trods heraf. Sidstnævnte gruppe har således valgt en tilværelse på arbejdsmarkedet, selvom de har haft muligheden for at vælge førtidspensionen.

Inden for gruppen af personer uden helbredsmæssige problemer findes en del mennesker, som gerne vil trække sig tilbage. Disse personer har imidlertid først muligheden for tilbagebetaling, når de fylder 60 år og kan gå på efterløn – hvilket mange så vælger i det øjeblik, de har mulighed for det.

Dermed kommer det til at se ud, som om personen med mange helbredsmæssige problemer og store funktionelle høreproblemer har en mindre sandsynlighed for at vælge efterløn end personer uden sådanne problemer – og at høreproblemer er et gode for samfundet, hvis vi gerne vil undgå, at folk vælger efterløn.

At der findes en selektionsmekanisme i forhold til valget om efterløn og førtidspension underbygges, hvis vi udelukkende ser på personer uden helbredsproblemer. Her har personer med høreproblemer en større sandsynlighed for at være på efterløn end personer uden høreproblemer. Høreproblemer er dog i sig selv sjældent nok til at kunne få tildelt førtidspension. Men da problemer med hørelsen påvirker arbejdslivet, vil flere af de hørehæmmede uden helbredsproblemer end af de normalt hørende uden helbredsproblemer gå på efterløn, når de får den mulighed.

For at omgå de betegnsmæssige problemer, selektionsmekanismen afstedkommer, vælger vi udelukkende at foretage estimater af afgangen til efterløn for personer uden helbredsproblemer. Det viser sig herefter, at udgifterne til tildeling af efterløn er større for kvinder uden helbredsproblemer, men med høreproblemer, end for kvinder uden hverken helbreds- eller høreproblemer.

For personer uden helbredsproblemer er de reelle andele på efterløn på 9,05 og 20,15 for hhv. mænd og kvinder. I et samfund, hvor ingen personer har funktionelle høreproblemer (eller helbredsproblemer), er andelen derimod på 9,11 og 18,97. Der sker således stadig en lille stigning i andelen på efterløn i et samfund uden høreproblemer for mændenes vedkommende, mens der sker et fald på 1,18 for kvinder.

Vi kommer dermed ikke helt uden om problematikken for mændenes vedkommende, men da sammenhængen mellem den funktionelle hørelse og afgangen til efterløn er endog meget langt fra signifikant for mændene ($p=0,9126$), kan vi se bort fra dette resultat.

Sammenhængen er signifikant for kvinderne ($p=0,0108$), og faldet i andelen på efterløn svarer til i alt ca. 1.458 kvinder.⁵ Med en gennemsnitlig efterløn på 147.420 kr. om året (Kommuneinformation, 2003) giver de funktionelle høreproblemer en årlig udgift til efterløn svarende til ca. 215 millioner kr.

RESULTATERNES STATISTISKE ROBUSTHED

Resultaterne i de foregående afsnit er baseret på estimaterne i tabel 10.1 og 10.2 samt 10.6 og 10.7. Der er imidlertid knyttet store usikkerheder til disse estimater, som det kan ses af signifikanstestene. Dette betyder, at selv hvis modellen grundlæggende er rigtig, kan de beregnede arbejdsmarkeds-mæssige effekter udmærket være større eller mindre end vist ovenfor.

Skal der i stedet gives et mere forsigtigt bud på de arbejdsmarkeds-mæssige effekter af nedsat hørelse, kan man for det første notere sig, at effekten af de funktionelle høreegenskaber ikke er signifikant på mænds arbejdsmarkeds-mæssige deltagelse (tabel 10.1). For det andet er standard-afvigelsen⁶ på den tilsvarende effekt for kvinder med et groft skøn omkring en tredjedel af den estimerede parameter (tabel 10.2). Man kan derfor give et konservativt/forsigtigt skøn ved at se bort fra effekten på mændene og nedjustere effekten fra kvinderne med fx en tredjedel. Når man derudover tager hensyn til, at effekten som udgangspunkt er relativt størst for kvinder

5. Beregningerne er foretaget ud fra 23 pct. af den kvindelige danske befolkning i alderen 50-64 år, da det udelukkende er 23 pct. af kvinderne i nettestikprøven, der ikke har nogen helbredsproblemer.

6. Standardafvigelsen er et mål for, hvordan en række målinger fordeler sig omkring deres eget gennemsnit.

(tabel 10.2), mens kvinder på den anden side tjener en mindre del (40 pct.) af den samlede indkomst (tabel 10.3), kan et konservativt skøn måske udgøre godt en tredjedel af skønnet i foregående afsnit. Usikkerheden forbundet med estimater for kvinderne kunne dog lige så vel tale for en lille opjustering af de 2.667 millioner kr.

Usikkerheden til trods er det værd at huske på, at estimaterne i foregående afsnit *er* bedste bud på en effekt.⁷

SAMMENFATNING

Der er i kapitlet foretaget beregninger af samfundsomkostningerne ved problemer med hørelsen i den danske befolkning fra 50-64 år. Omkostningerne er opgjort som værdien af den tabte arbejdsproduktion. Beregningerne inkluderer ikke omkostninger til behandling af høreproblemerne eller de individuelle velfærdsomkostninger, høreproblemer kan give. Der suppleres dog med et groft skøn over merudgifterne til efterløn og førtidspension som følge af høreproblemer.

I kapitlet har vi sammenlignet den nuværende situation med de forskellige grader af en klinisk målt hørenedsættelse og nedsatte funktionelle høregenskaber blandt de 50-64-årige med en utopisk verden, hvor der ikke eksisterer nogen funktionelle høreproblemer.

Ved at medtage de hørehæmmedes lavere beskæftigelsesgrad samt lavere gennemsnitlige ugentlige arbejdstid, ser det ud til, at problemer med hørelsen resulterer i et produktionstab blandt de 50-64-årige på ca. 2.667 millioner kr. om året.

Et noget mere forsigtigt bud kan dog lyde på en tredjedel heraf, svarende til 889 millioner kr. Med dette noget mere forsigtige bud tages der højde for, at beregningerne over de funktionelle høreproblemers indflydelse på mændenes beskæftigelsesgrad ikke er signifikante på et 5 pct-niveau, mens standardafvigelsen for kvinderne med et groft skøn er omkring en tredjedel af det estimerede parameter. På trods af disse forbehold, skal det understreges, at de 2.667 millioner er det bedste bud på de indirekte omkostninger ved produktionstab.

Vi har derudover beregnet produktionstab som følge af både de

funktionelle høregenskaber og den klinisk målte hørenedsættelse. Når den klinisk målte hørenedsættelse inddrages i beregningerne, stiger omkostningerne ved tabt arbejdsproduktion til 4.688 millioner kr.

Der skal huskes på, at beregningerne i kapitlet udelukkende dækker over situationen for de 50-64-årige.

7. Helbredet ser også i andre studier ud til at have en betydelig effekt på økonomien, se fx Dalgaard (2003).

SAMMENFATNING

Denne rapport belyser sammenhængen mellem nedsat hørelse og arbejds-markedstilknytning for den danske befolkning i alderen 50-64 år. Vi har undersøgt, i hvilket omfang problemer med hørelsen er en medvirkende årsag til arbejdsløshed og førtidig tilbagetrækning gennem enten førtids-pension eller efterløn. Som en del heraf har vi undersøgt effekten af hø-reproblemer på selve arbejdslivet. Vi har derudover givet et skøn over den mistede arbejdsproduktion på samfundsplan som følge af høreproblemer i befolkningen inden for ovennævnte aldersgruppe. I et ønske om at ind-fange hørelsens videre effekt indeholder rapporten også et kort kapitel om hørelsens betydning for det sociale liv og de sociale relationer uden for arbejdsmarkedet.

BAGGRUND

Kommunikationen med andre mennesker er en altafgørende bestanddel af vores liv og velbefindende. Når kommunikationen besværliggøres, sættes der derfor betydelige krav til de faglige og sociale relationer i både arbejds-livet og det sociale liv. Nedsat hørelse er en funktionsnedsættelse, som relaterer sig til netop denne problematik, da omgangen med andre men-nesker bliver påvirket, når man ofte hører forkeret eller slet ikke hører, hvad

andre siger til én. Problemer med hørelsen kan derfor medføre en øget risiko for et kommunikationshandicap.

Da det meste arbejde forudsætter en problemfri kommunikation, kan en hørenedsættelse have stor betydning for arbejdslivet og tilknytningen til arbejdsmarkedet. Spørgsmålet er, om høreproblemer er en medvirkende årsag til, at nogle hørehæmmede fratræder arbejdsmarkedet før tid, og om en afhjælpning af høreproblemerne kunne have holdt dem på arbejdsmarkedet i en længere årrække – til gavn for den enkelte, men ligeledes for samfundet som helhed.

En forringet arbejdsmarkedstilknnytning er dermed ikke blot et problem, som berører det enkelte individ, der eventuelt tvinges til at forlade arbejdsmarkedet. Også samfundet er afhængigt af, at alle bidrager mest muligt til afholdelsen af samfundsudgifterne.

Undersøgellesdesign og metode

Rapporten bygger på kvantitativt datamateriale indsamlet blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 50-64 år. I alt 2.407 personer medvirker i undersøgelsen. Der stilles i spørgeskemaet en række spørgsmål om hørelse, helbred, arbejdsmarkedstilknnytning, tilbagebetaling, arbejdsliv og socialt liv. Svarpersonerne har samtidig fået foretaget en audiologisk høretest for klinisk at få fastlagt deres høretærskel.

Der er endvidere foretaget kvalitative interview med 39 personer, som alle har tilkendegivet at have problemer med deres hørelse. Resultaterne af de to undersøgelsesmetoder sammenholdes løbende i rapporten.

Mål for hørenedsættelsen

Undersøgelsen inkluderer tre forskellige mål for problemer med hørelsen – et klinisk mål opnået gennem en audiologisk høretest og to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen. Vi anvender flere forskellige mål, da høreproblemer kan antage flere former (konduktive og perceptive), have forskellige grunde og have forskellige konsekvenser.

Den klinisk målte hørenedsættelse

Først og fremmest har vi anvendt resultaterne af en audiologisk høretest, hvor høretærskelen måles. Testen giver et billede af, hvor meget lydstyrke (dB) der skal til, for at forskellige toner (Hz) kan høres (fra dybe til høje toner). Vi har foretaget målinger ved 500, 1.000, 2.000 og 4.000 Hz. Efterfølgende har vi fundet en gennemsnitlig tærskelværdi for det bedste

øre,¹ og denne gennemsnitlige tærskelværdi anvendes som mål for hørenedsættelsen. Jo højere gennemsnitlig tærskelværdi, des dårligere hørelse.

Høje toner versus dybe toner

Det er imidlertid kun gennemsnittet for tærskelværdierne ved 2.000 og 4.000 Hz, dvs. gennemsnittet for de høje toner, som anvendes i beregningerne. Dette skyldes for det første, at langt de fleste mennesker mister hørelsen i de høje toner før end i de dybe toner, og at en manglende hørelse på de høje toner i sig selv kan afstedkomme betydelige kommunikationsproblemer. Samtidig viser de statistiske analyser, at det netop er målet, hvor kun de høje toner inkluderes, der slår stærkest ud i forhold til arbejdsmarkedstilknnytningen.

Måden, hvorpå hørelsen måles, kan således have betydning i forbindelse med fx tildeling af høreapparater eller arbejdsskadeerstatninger. Hvis nedsat hørelse har en effekt i forhold til arbejdsmarkedstilknnytning og den funktionelle hørelse i dagligdagen alene ved de høje toner, skal valget af opgørelsesmetode overvejes nøje, da dette valg kan få bestemte implikationer.

Implikationen ved de to forskellige måder at opgøre hørelsen på kan eksemplificeres ved en simpel beregning. Gennem den måling, som udelukkende inkluderer de høje toner, får 306 personer målt en moderat eller sværere hørenedsættelse. Anvender vi derimod høremålingen med alle toner, er det blot 104, der får målt en moderat eller sværere hørenedsættelse. Ud af de 202 personer, som "skifter" til en sværere grad af hørenedsættelse, når der kun ses på de høje toner, angiver 67 personer, at de har problemer i to eller flere af dagligdagens lyttesituationer. De bliver dermed i høj grad generet af deres nedsatte hørelse på de høje toner. Dette kommer imidlertid ikke rigtigt til udtryk, hvis man blot anvender den klassificering, hvor målingerne ved alle toner medtages.

Ved tildelingen af fx arbejdsskadeerstatninger tages der højde for både en nedsat skelnevne og funktionsevne i dagligdagen og en audiologisk måling af høretærskelen (Arbejdsskadesstyrelsen, 2002). Et ændret syn på opgørelsesmetoden vil derfor ikke ændre tildelingsniveauet for alle,

1. Der lægges 5 dB til gennemsnittet for det bedste øre, hvis divergensen mellem de to ører overstiger 25 dB.

men det kunne måske komme enkelte til gode, som er meget generet af deres høretab i de høje toner.²

Hørenedsættelse i nettostikprøven

Ifølge resultater af den audiologiske høretest har 31 pct. af personerne i nettostikprøven ikke nogen hørenedsættelse. 32 pct. har en meget let hørenedsættelse, 24 pct. en let hørenedsættelse, 9 pct. en moderat hørenedsættelse og 3 pct. en svær hørenedsættelse. 1 pct. angiver selv, at de er helt døve.

De funktionelle høreproblemer

Da høreproblemer imidlertid kan skyldes andet end blot en øget høretærskel, og fx også være grundet i problemer med skelneevnen eller taleopfattelsen, har vi ligeledes opgjort hørelsen ved hjælp af to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen. For det første har vi spurgt til vanskeligheder ved at følge med i en samtale, når flere er samlet. Og for det andet er personerne i nettostikprøven blevet bedt om at angive, om de har problemer med hørelsen i seks forskellige af dagligdagens lyttesituationer. Ud fra svarene på de seks spørgsmål har vi dannet et indeks med antallet af situationer, som giver problemer.

Funktionelle høreproblemer i nettostikprøven

73 pct. har ingen vanskeligheder med at følge med i en samtale, når flere er samlet, 23 pct. har nogle vanskeligheder, og 4 pct. har mange vanskeligheder.

56 pct. af personerne i nettostikprøven har ikke problemer i nogen af de seks dagligdags lyttesituationer, 27 pct. har problemer i en enkelt situation, 10 pct. i to situationer, 5 pct. i tre situationer og 1 pct. i fire situationer. Under 1 pct. har problemer i fem situationer, og ingen har problemer i alle seks situationer.

Andre høreproblemer

7,3 pct. af populationen lider af tinnitus, 4,4 pct. har vanskeligheder med at skelne mellem forskellige lyd-kilder, 3,3 pct. er overfølsomme over for

støj, 0,5 pct. lider af Ménière, og 3,0 pct. angiver, at de lider af andre former for høreproblemer.

Høreapparat

Selvom hele 13 pct. af personerne i nettostikprøven som minimum har en moderat hørenedsættelse, er det kun ca. 5 pct. af nettostikprøven, der har et høreapparat. Blandt personer med en moderat eller sværere hørenedsættelse er det 38 pct., der har et høreapparat. 31 pct. af de personer, som har et høreapparat, anvender det sjældent eller aldrig.

Nedenstående tabel viser udbredelsen af de forskellige typer høreproblemer i nettostikprøven. De klare kønsmæssige forskelle fremgår ligeledes af tabellen.

Tablet 11.1

Andel af nettostikprøven med forskellige høreproblemer fordelt på køn. Procent og antal.

| | Mænd | Kvinder | Samtlige | Antal |
|--|------|---------|----------|-------|
| Minimum en let hørenedsættelse klinisk målt | 48 | 26 | 37 | 879 |
| Mange/nogle vanskeligheder ved at følge en samtale | 32 | 22 | 27 | 653 |
| Problemer i 2-5 lyttesituationer | 18 | 15 | 17 | 397 |
| Tinnitus | 10 | 4 | 7 | 175 |
| Nedsat skelneevne | 6 | 3 | 4 | 105 |
| Overfølsomhed over for støj | 3 | 4 | 3 | 79 |
| Andre høreproblemer | 3 | 3 | 3 | 72 |
| Ménière | 1 | 0 | 1 | 12 |
| Anvender høreapparat | 7 | 4 | 5 | 131 |
| Maksimum en meget let hørenedsættelse | 52 | 74 | 63 | 1505 |
| Ingen vanskeligheder ved at følge en samtale | 68 | 78 | 73 | 1747 |
| Problemer i 0-1 lyttesituation | 82 | 85 | 83 | 1998 |

Udbredelsen af høreproblemer i nettostikprøven i forhold til den danske befolkning i samme aldersgruppe

Selvom populationen i undersøgelsen er nogenlunde repræsentativ for den danske befolkning i aldersgruppen 50-64 år, ses alligevel visse forskelligheder. Den ældste del af aldersgruppen ser således ud til at være en anelse overrepræsenteret i undersøgelsen, mens den yngre del er noget underrepræsenteret. Uddannelsesniveauet ser endvidere ud til at være noget højere i nettostikprøven end i den samlede danske befolkning i samme aldersgruppe. Det betyder, at fordelingen af personer med en hørenedsættelse i

2. Fra 2001 til 2004 blev der årligt anmeldt mellem 1.571 og 1.925 sager om høresygdomme til arbejdsskadestyrelsen. Mellem 67 og 71 pct. af disse blev afvist (Arbejdsskadestyrelsen, 2006). Et grundlag for antagelsen er dog, at høretab er et erhvervsrelateret. Dermed afvises en del sager, da det ikke kan bevises, at skaden er opstået i arbejdsituationen.

denne undersøgelse ikke umiddelbart kan overføres på den danske befolkning som helhed. Opgørelsen giver dog alligevel et omtrentligt bud på udbredelsen af høreproblemer i den danske befolkning mellem 50 og 64 år.

HVEM HAR PROBLEMER MED HØRELSEN?

Ikke overraskende stiger sandsynligheden for nedsat hørelse med alderen. Derudover har flere mænd end kvinder problemer med hørelsen. Kønforskellene slår stærkest igennem i den audiologiske høretest, hvilket tyder på, at mænd og kvinder påvirkes forskelligt af deres høreproblemer og har forskellige mestringsstrategier. Mændene ser fx ud til at have sværere ved at erkende deres høreproblemer. Samtidig tyder noget på, at mænd og kvinder ikke lider af helt samme typer af høreproblemer, idet kvinders høreproblemer relativt oftere er af perceptiv karakter.

Vi ser endvidere en sammenhæng mellem den funktionelle hørelse og helbred. Måden, hvorpå den enkelte lever med sine høreproblemer, påvirkes således af det generelle velbefindende. Sammenhængen kan dog være dobbeltsidet, idet et dårligt helbred kan forøge generne ved en dårlig hørelse, mens en dårlig hørelse også kan få helbredsproblemer til at fremstå mere alvorlige og besværende. Det er påfaldende, at specielt sammenhængen mellem den funktionelle hørelse og psykiske problemer er ganske stærk.

Vi påviser i undersøgelsen en sammenhæng mellem nedsat hørelse og uddannelsesniveau samt stillingstype. Disse sammenhænge skyldes imidlertid hovedsageligt, at personer med bestemte uddannelser og bestemte typer af stillinger vil blive udsat for en højere grad af støjpåvirkning i deres arbejde. Det er således for langt de fleste arbejdet, der afstedkommer hørenedsættelsen, og ikke hørenedsættelsen, der afstedkommer arbejdsvalget.

SOCIALT LIV OG HØREPROBLEMER

Det er tilsyneladende først og fremmest i det sociale liv og i fritiden, at problemerne i nettostikprøven generes af deres høreproblemer. Det understreges af flere i de kvalitative interview, at den nedsatte hørelse hovedsageligt sætter grænser i forbindelse med deres sociale liv og familieliv – og

specielt i situationer, hvor mange mennesker er samlet. Et lignende resultat opnås i den kvantitative undersøgelse. Her finder personer med nedsatte funktionelle høregenskaber i højere grad end andre, at de er uønsket alene og ikke er tilstrækkeligt sammen med andre, de kan tale med. Samtidig tyder resultaterne på, at personer med funktionelle høreproblemer er mere udsatte i forhold til at udvikle psykosociale problemer. Der ses således en overrepræsentation af personer med symptomer som stærk træthed, dårlige nerver og dårligt humør blandt hørehæmmede i forhold til personer uden høreproblemer.

Både de kvalitative interview og den kvantitative spørgeskemaundersøgelse viser dog overordnet set, at personer med høreproblemer er glade for deres liv og har en udmærket tilværelse. Hørenedsættelsen sætter blot *visse* begrænsninger.

ARBEJDSLIV OG HØREPROBLEMER

På spørgsmål om høreproblemernes betydning for arbejdslivet er den umiddelbare reaktion fra mange af respondenterne i de kvalitative interview, at hørelsen ikke har spillet eller spiller nogen nævneværdig rolle i forhold til udformningen af dette. I den kvantitative spørgeskemaundersøgelse fremstår personer med nedsat hørelse da også som akkurat lige så tilfredse med deres arbejde som normalt hørende, og de tillægger arbejdet en lige så positiv værdi.

Der viser sig alligevel i den kvantitative spørgeskemaundersøgelse at være en række områder af arbejdslivet, hvor hørehæmmede skiller sig ud i forhold til normalt hørende.

Indflydelse, autonomi og relationen til ledelsen

Personer med nedsat funktionel hørelse oplever i mindre grad at have indflydelse på deres arbejdsopgaver samt blive taget med på råd i forhold til udførelsen af dem. Og hørehæmmede har en større grad af tvivl angående deres overordnede forventninger til dem. Disse forhold forbedres i høj grad, hvis den hørehæmmede har fortalt sin overordnede om høreproblemerne. Sidstnævnte sammenhæng kan dog også skyldes, at det hovedsageligt er de hørehæmmede, der har et godt forhold til deres overordnede, som fortæller om hørevanskelighederne.

Socialt arbejdsmiljø

Langt størstedelen af svarpersonerne – hørehæmmede såvel som normalt hørende – har mange gode arbejdskolleger på deres arbejdsplads og fungerer godt her.

Alligevel er der en større del af de personer, som har en funktionel hørenedsættelse, der rapporterer, at de har været udsat for ubehagelige drillerier på deres arbejdsplads. Personer med funktionelle høreproblemer angiver ligeledes i noget højere grad, at de til tider føler sig ensomme på arbejdspladsen samt mangler støtte og opmuntring fra deres kolleger.

Problemer med hørelsen øger derudover sandsynligheden for psykisk udmattelse efter endt arbejdsdag. Mennesker med høreproblemer skal ofte anstrenge sig meget for at kunne følge med i almindelige samtaler og ved møder. Dette har naturligvis stor betydning for, hvor udmattet man føler sig, når arbejdsdagen er omme. Samtidig betyder et forringet socialt arbejdsmiljø, at man bliver mere psykisk udmattet. Personer, som føler sig ensomme på arbejdspladsen, som mangler støtte, eller som er usikre på deres arbejdsopgaver, er således mere udsatte for at blive psykisk udmattede – og det er netop disse forhold, som hørehæmmede i højere grad føler sig underlagt end personer med normal hørelse.

Ansættelsesforhold

Personer med nedsat hørelse arbejder gennemsnitligt færre timer om ugen end personer med normal hørelse. Ønsket om at få nedsat arbejdstid stiger da også, efterhånden som høreproblemerne øges. Sandsynligheden for at få sit ønske om nedsat arbejdstid opfyldt stiger, hvis man fortæller sin overordnede om den nedsatte hørelse.

Flere hørehæmmede end normalt hørende er ansat i et flexjob, skånejob eller en anden type job med løntilskud. Det er imidlertid hovedsageligt personer, som er meget svært hørehæmmede eller døve, der har en sådan ansættelsesform.

Hvor langt størstedelen af sammenhængene mellem arbejdslivet og nedsat hørelse relaterer sig til den funktionelle hørelse, gælder det for ansættelse i et flexjob eller lignende, at det er den klinisk målte hørelse, som har størst betydning herfor. Dermed ser det ud til fortrinsvis at være personer, som har dokumenterbare problemer med hørelsen, som opnår ansættelse med et løntilskud.

Indretning af arbejdspladsen

Kun yderst få personer har tekniske hjælpemidler som forstærkertelefoner, teleslyngere, alarmsystemer eller FM-anlæg til rådighed på deres arbejdsplads. En øget opmærksomhed på tildelingen af hjælpemidler har dermed et klart potentiale for at kunne nedsætte betydningen af høreproblemer hos medarbejderne.

Undersøgelsen viser samtidig, at støj på arbejdspladsen er en hyppigt forekommende årsag til den nedsatte hørelse. Adskillige af de personer, som er blevet interviewet kvalitativt, nævner selv, at de arbejdede i meget støjende omgivelser, og at det sandsynligvis er det, der har været årsagen til deres nuværende høreproblemer. Også i den kvantitative spørgeskemaundersøgelse ses en klar sammenhæng mellem udsættelse for støjpåvirkning på arbejdspladsen og hørenedsættelse.

ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING

Beskæftigelse

69 pct. af personerne i nettoстикprøven er i beskæftigelse, mens 31 pct. er uden beskæftigelse. Flere mænd end kvinder er i arbejde.

Det ser umiddelbart ud til, at det kun er for kvinderne, at nedsat hørelse har betydning for beskæftigelsesgraden. Både en klinisk målt hørenedsættelse og nedsatte funktionelle høregenskaber øger kvindernes sandsynlighed for at være uden arbejde. Andre forhold som alder, civilstand, stillingstype, uddannelsesmæssig baggrund og helbred spiller ligeledes en rolle i forhold til kvindernes sandsynlighed for at være i arbejde, men hørelsen ser alligevel ud til at have en selvstændig effekt.

Alder, civilstand, stillingstype og helbred har også indflydelse på mændenes beskæftigelsesmæssige situation.

Opdelingen mellem personer i arbejde og personer uden arbejde kan dog forekomme en anelse grov. Vi har derfor nuanceret resultatet ved at se på årsagen til den beskæftigelsesmæssige situation.

Arbejdsløshed

Vi har indledningsvist set på personer, som er uden beskæftigelse grundet arbejdsløshed. Blot 4 pct. af personerne i nettoстикprøven er arbejdsløse.

Endnu en gang viser det sig, at problemer med hørelsen udelukkende har en negativ effekt i forhold til kvindernes sandsynlighed for at være arbejdsløse. Både en klinisk målt hørenedsættelse og den funktionelle

hørelse har betydning for kvinderne. Et dårligt helbred samt ansættelse inden for bestemte stillingstyper øger ligeledes sandsynligheden for arbejdsløshed.

Jo dårligere helbred kvinderne har, des mindre betyder eventuelle høreproblemer for arbejdsløshedsrisikoen. Kvinder med mange helbredsmæssige problemer og store høreproblemer har en lavere sandsynlighed for at have i arbejdsløshed end kvinder uden disse problemer. Dette resultat skyldes dog formodentlig, at når kvinder med mange helbredsproblemer havner i arbejdsløshed, vælger de at trække sig tilbage – og udgår dermed fra vore analyser.

Høreproblemer ser derimod ud til ikke at have nogen betydning for mændenes risiko for arbejdsløshed. Et dårligt helbred øger derimod mændenes arbejdsløshedsrisiko, mens mænd, der ikke lever i et parforhold, har en højere sandsynlighed for at være arbejdsløse end mænd, der lever i et parforhold.

Problemer med hørelsen har ingen effekt for hverken kvindernes eller mændenes historik for arbejdsløshed, dvs. længden af arbejdsløshedsperioden, eller svarpersonernes følelse af sikkerhed i arbejdet.

Førtidig tilbagevækning

11 pct. af personer i nettostrupøven er på førtidspension, mens 14 pct. er på efterløn eller en anden form for overgangsydelse. Flere kvinder end mænd er på førtidspension, hvilket også gør sig gældende i forhold til valget om at gå på efterløn.

Førtidspension

Nedsat hørelse øger både mændenes og kvindernes sandsynlighed for at gå på førtidspension. Denne gang ser effekten endda ud til at være stærkest for mændenes vedkommende. For mændene er det således både den klinisk målte hørenedsættelse samt de to mål for den funktionelle hørelse i dagligdagen, der slår ud i forhold til sandsynligheden for at gå på førtidspension. Alder, civilstand, stillingstype, uddannelsesmæssig baggrund samt helbred spiller ligeledes en rolle.

For kvinderne er det udelukkende den klinisk målte hørenedsættelse, der forøger sandsynligheden for, at de er på førtidspension. Alder, civilstand, stillingstype samt helbred har ligeledes en sammenhæng med kvindernes førtidspensionering.

Efterløn

Hvor problemer med hørelsen slog stærkere ud for mændene, når det kom til førtidspension, ser høreproblemer ud til at have en mere markant effekt i forhold til kvindernes valg om at gå på efterløn. Både en funktionel dårlig hørelse og en klinisk målt hørenedsættelse øger således kvindernes sandsynlighed for at være gået på efterløn. Alderen, stillingstypen samt den uddannelsesmæssige baggrund kan have samme effekt.

Hørelsen har ikke samme betydning for valget om efterløn for kvinder med mange helbredsproblemer som for kvinder uden helbredsproblemer.

Alder, stillingstype og uddannelse har også betydning for mændenes valg af efterløn. For mændene spiller helbredet også en rolle. Det er dog udelukkende en klinisk målt hørenedsættelse, som forøger deres sandsynlighed for at være gået på efterløn.

Hvorfor kønsmæssige forskelle?

De påviste kønsmæssige forskelle skyldes hovedsageligt, at mænd har flere problemer med hørelsen, end kvinder har. Da mændenes hørenedsættelse sætter før ind og dermed også bliver problematisk tidligere, vil den være en medvirkende årsag til, at nogle mænd må gå på førtidspension, inden de fylder 60 år. For de fleste kvinder bliver høreproblemerne imidlertid først rigtigt alvorlige, når de er over 60 år og dermed har mulighed for at vælge efterløn frem for førtidspension.

Samtidig tyder resultaterne på, at mænd og kvinder reagerer forskelligt på deres høreproblemer, at de har lidt forskellige typer af høreproblemer og en forskellig afhængighed af hørelsen.

Betydningen af et høreapparat i forhold til den beskæftigelsesmæssige situation

Anvendelsen af et høreapparat betyder noget for kvindernes beskæftigelsesmæssige position. Sandsynligheden for, at en kvinde er enten på førtidspension eller på efterløn, falder således, hvis hun har et høreapparat. Jo stærkere hørenedsættelse des større betydning har brugen af et høreapparat. Det er ikke muligt statistisk at undersøge sammenhængen mellem brug af høreapparat og arbejdsmarkedstilknnytning for mændene, da kun 10 mandlige førtidspensionister og 12 mandlige efterlønsmodtagere har et høreapparat.

SVARPERSONERNES EGET SYN PÅ BETYDNINGEN AF DERES HØREPROBLEMER

Hverken når det kommer til risikoen for arbejdsløshed, førtidspension eller valget om at gå på efterløn, angiver svarpersonerne selv, at deres høreproblemer skulle have haft betydning for den nuværende arbejdsmarkedsposition. Dette fremgår både af den kvantitative spørgeskemaundersøgelse og de kvalitative interview. Men hvordan hænger det sammen med ovenstående resultater af hørrelsens betydning for arbejdsmarkedstilknyningen?

Da problemer med hørelsen meget sjældent vil gøre folk uarbejdsdygtige eller ude af stand til at udføre en arbejdsopgave, vil hørelsen i sig selv meget sjældent føre til en udelukkelse fra arbejdsmarkedet. Nedsat hørelse øger imidlertid – som flere gange fastslået – risikoen for kommunikationsproblemer, og derved bliver hørrelsens indflydelse på arbejdsmarkedstilknyningen af en mere indirekte karakter. Høreproblemer har således først og fremmest indflydelse på selve arbejdslivet. Men igen er det ikke nødvendigvis en effekt, som personer med høreproblemer er opmærksomme på.

Et forringet arbejdsliv som årsag?

Set vi på svarpersonernes besvarelser i forhold til spørgsmålene omhandlende deres arbejdsliv, erkender flere, at deres nedsatte hørelse har indflydelse på udførelsen af arbejdsopgaver, deres efteruddannelses- og videreuddannelsesmuligheder samt udbyttet af møder. Mere påfaldende er det imidlertid, at mange hørehæmmede har en anden opfattelse af deres arbejdsliv end personer med normal hørelse – vel at mærke når der spørges til arbejdslivet uafhængigt af hørelsen.

Deltagerne i undersøgelsen ser ikke deres høreproblemer som selve årsagen til den forringede arbejdsmarkedstilknyning, men alligevel udmærker de sig ved at have en delvist anderledes opfattelse af deres arbejdsliv i forhold til personer uden høreproblemer, som det er beskrevet tidligere i denne sammenfatning. Både relationen til ledelsen, udførelsen af arbejdsopgaver og det sociale arbejdsmiljø påvirkes således af problemer med hørelsen, og dette bevirker, at selve arbejdslivet bliver mindre tilfredsstillende. Når flere hørehæmmede føler sig psykisk udmattede efter endt arbejdsdag, må det udøve en vis indflydelse på fx valget af efterløn.

Det fremgår ligeledes af besvarelserne i spørgeskemaet, at personer med og uden høreproblemer angiver forskellige begrundelser for deres

tilbagetrækning – eller forventede tilbagetrækning for dem, som stadig er på arbejdsmarkedet.

Personer med nedsat hørelse angiver således i noget højere grad end andre dårligt helbred og besvær med at klare arbejdet som årsager til arbejdsmarkedsafgangen. Dette er såkaldte push-faktorer. Normalt hørende begrunder derimod oftere afgang fra arbejdsmarkedet med ønsker om mere tid til familien eller fritidsinteresser. Dette er de såkaldte pull-faktorer.

Det tyder dermed alt i alt på, at den indflydelse, en nedsat hørelse har i forhold til arbejdsmarkedstilknyningen, er af en indirekte karakter. At have problemer med hørelsen er med til at forringe oplevelsen af arbejdslivet, og det besværliggør livet på arbejdspladsen. Mange hørehæmmede er imidlertid ikke nødvendigvis opmærksomme på disse konsekvenser af høreproblemerne. Man stopper måske med at arbejde, fordi en tilværelse som førtidspensionist eller efterlønsmodtager forekommer mere attraktiv end livet på arbejdsmarkedet, men er ikke opmærksom på, i hvilket omfang den nedsatte hørelse kan have været medvirkende til oplevelsen af selve arbejdslivet.

Skal der arbejdes mere målrettet på at løse de problemer, en hørenedsættelse kan have for arbejdslivet og det sociale liv, kan det være, at det ikke bare er omgivelserne, men også de hørehæmmede selv, der skal sættes ind over for. Det er afgørende, at de hørehæmmede selv accepterer deres høreproblemer, forstærket på den måde, at de ikke blot har en viden om deres hørenedsættelse, men også medtænker den betydning, hørenedsættelsen har for deres liv på arbejdspladsen såvel som i fritiden.

DE SAMFUNDSMÆSSIGE OMKOSTNINGER

Når personer med nedsat hørelse har nedsat arbejdstid og forlader arbejdsmarkedet i utide på baggrund af et forringet arbejdsliv, er det ikke blot den enkelte hørehæmmede, som påvirkes heraf. På det samfundsmæssige plan bevirker problemer med hørelsen et tab af arbejdsproduktion og dermed øgede samfundsmæssige omkostninger. I rapporten foretager vi derfor et skøn over den samlede tabte arbejdsproduktion som følge af høreproblemer i befolkningsgruppen 50-64 år.

Beregningerne bygger på en sammenligning af to situationer. Den 'virkelige' situation hvor de 50-64-årige lider af bestemte grader af hørenedsættelse, og en utopisk situation hvor man forestiller sig, at alle funk-

tionelle høreprøblemer forsvandt. Vi har indledningsvist foretaget beregninger for populationen i undersøgelsen og efterfølgende opregnet dem til den samlede danske befolkning inden for samme aldersgruppe.

Analysen er vægteret i forhold til aldersfordelingen og den uddannelsesmæssige baggrund. Dette skyldes, at den ældre del af aldersgruppen er noget overrepræsenteret i selve undersøgelsen, mens den yngre del er underrepræsenteret. Nettostikprøven fremstår ligeledes noget højere uddannet end befolkningen generelt.

Tager vi højde for, at personer med nedsat hørelse har en lavere beskæftigelsesgrad og gennemsnitligt arbejder færre timer ugentligt, vurderer vi, at problemer med hørelsen koster samfundet ca. 2,7 milliarder kroner årligt. Og det vel at mærke, når der udelukkende ses på de 50-64-årige.

Man skal være opmærksom på, at udregningerne er behæftet med en del usikkerhed. Tager vi højde for, at sammenhængen mellem beskæftigelsesgraden og de funktionelle høregenskaber ikke er signifikant for mændene, mens standardafvigelsen for kvindernes vedkommende ligger på ca. 0,35, kan et meget forsigtigt bud på samfundsomkostningerne ligge på ca. en tredjedel af de estimerede 2.667 millioner kr. Usikkerheden forbandt med estimater for kvindernes vedkommende taler dog lige så vel for en lille opjustering af tallet.

Det skal dog understreges, at skønnet på 2,7 milliarder kr. rent statistisk er det bedste bud på en effekt.

PERSPEKTIVER

Hørelsen ser altså ud til at have en betydning i forhold til arbejdsmarkedstilknævningen og arbejdslivet – og hvad kan vi så gøre ved det?

Først og fremmest er det en god idé at forebygge frem for at symptombehandle. Under 1 pct. af svarpersonerne i undersøgelsen angiver, at deres problemer med hørelsen er medfødte, og kun 4 pct. angiver, at de har fået deres høreprøblemer, inden de fyldte 30 år. Nedsat hørelse er således i høj grad aldersbetinget. Men undersøgelsen viser også, at personer med høreprøblemer har en signifikant højere sandsynlighed end personer uden høreprøblemer for at have arbejdet i støjende omgivelser. Flere af de personer, vi har interviewet kvalitativt, angiver da også støj på arbejdspladsen som en sandsynlig årsag til deres høreprøblemer. Det er derfor vigtigt, at virksomhederne fortsætter arbejdet med at begrænse støj-

niveauet på arbejdspladserne – og at arbejdspladser inden for fx det pædagogiske felt også inddrages i denne forbindelse.

Når høreprøblemerne først er opstået, er det imidlertid andre tiltag, som må på banen. Her er det forbavsende få personer, der har forskellige typer af hjælpemidler til rådighed på arbejdspladsen, jf. tabel 6.8. En øget tildeling af sådanne mestringsværktøjer kunne måske hjælpe med til at holde flere i arbejde i længere tid.

Derudover viser undersøgelsen, at selvom der udelukkende ses en nedsat hørelse i de høje toner, kan det have betydning for den enkeltes hørekapacitet. Andre former for høreprøblemer end blot en øget høretærskel synes også at være udbredte i stikprøven og at have stor betydning for den funktionelle hørelse i dagligdagen.

Sidst, men absolut ikke mindst, er den enkeltes reaktion på høreprøblemerne afgørende. Fortæller man andre om problemerne, kan de være med til at afhjælpe konsekvenserne. Men undersøgelsen viser også, at personer med høreprøblemer ikke tilskriver deres høreprøblemer nogen betydning i forhold til deres arbejdsliv og nuværende beskæftigelsesmæssige situation. Her ser det ud til, at mange hørehæmmede bevidst eller ubevidst overser den betydning, deres hørelse har for trivslen på arbejdspladsen og oplevelsen af selve arbejdslivet. Dermed ligger opgaven ikke blot i at informere normalt hørende om de konsekvenser, en nedsat hørelse kan have, men ligeledes i at få hørehæmmede til selv at erkende deres høreprøblemer og reagere på dem.

LITTERATUR

- Access Economics (2006): *Listen Hear! The economic impact and cost of hearing loss in Australia*. www.access-economics.com.au/publications-reports/showreport.php?id=71&searchfor=Economic%20Consulting&searchby=area
- Andersen, B.J. (2003): *Udviklingen i befolkningens levkår over et kvart århundrede*. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 03:14.
- Andersson, G. (2002): Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. I *Clinical Psychology Review*, vol. 22, s. 977-990.
- Ankestyrelsen (2004): *Førtidspensioner. Årstatistik 2003*. København: Ankestyrelsen.
- Arbejdsskadestyrelsen (2006): www.ask.dk/graphics/Dokumenter/pdf/erhvervs sygdomme_fordelt_paa_diagnose_2005_tabel2.pdf
- Arbejdsskadestyrelsen (2002): *Vejledning om arbejdsbetingede høreskader*. www.ask.dk/sw6350.asp
- Arendt-Nielsen, L. (2003): Er mænd mere pylrede? I *Helse* årg. 49, nr. 10, s. 28-29, 31.
- Arendt-Nielsen, L. (2004): Oplever kvinder og mænd smerter forskelligt? *Fibromyalgi.dk*. Årg. 14, nr. 2, s. 4-7.

- Arendt-Nielsen, L., Bajaj, P. & Drewes, A.M. (2004): Visceral pain: gender differences in response to experimental and clinical pain. I: *European Journal of Pain*, vol. 8, s. 465-472.
- ASHA (2004): *Even Minimal, Undetected Hearing Loss Hurts Academic Performance, Research Shows*. www.asha.org/about/news/releases/2004/04ConvMinHrngLoss.htm
- Bason, C., Csonka, A. & Ejler, N. (2003): *Arbejdets nye ansigter: ledelse af fremtidens medarbejder*. København: Børsen.
- Bauman, N. (2000): *Hearing loss – Decibels or Percent? www.hearingloss-shelp.com/decibelspercent.htm*
- Beck, D.L. (red.) (2003): *A White Paper addressing the Societal Costs of Hearing Loss and Issues in Third Party Reimbursement*. www.audiologyonline.com/articles/atc_disp.asp?article_id=485
- Becker, G.S. (1964): *Human Capital*. New York: Columbia University Press.
- Becvarovski, Z. (2001): "Audiograms made easy". www.ent.com.au/audiograms%20made%20easy.htm.
- Bengtsson, S. (1997): *Handicap og funktionshæmning i halvøfemnerne*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 97:1.
- Bengtsson, S. (2005): *Princip og virkelighed – om sektorsvar i handicappolitikken*. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 05:11.
- Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet & Finansministeriet (2003): *Rapport fra Udvælget vedr. Løntegere tid på arbejdsmarkedet*. København: Finansministeriet.
- Bess, F., Lichtenstein, M.J., Logan, M. & Burger, M.C. 1989: Comparing criteria of hearing impairment in the elderly: A functional approach. I *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 32, s. 795-802.
- Bingfors, K. & Isacson, D. (2004): Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – a gender perspective. I: *European Journal of Pain*, vol. 8, s. 435-450.
- Blekesaune, M. & Barrett, A.E. (2005): Marital Dissolution and Work Disability. A longitudinal Study of Administrative Data. I: *European Sociological Review*, vol. 21, nr. 3, s. 259-271.
- Boolsen, M.W. (1992): *Hvor mange og hvem er hørehæmmede – nogle hovedtal*. København: Socialforskningsinstituttet. Arbejdsnotat 1992:3.
- Bovbjerg, K.M. (2003): Selvers disciplinering – en ny pagt i arbejdslivet. I *Tidskrift for arbejdsliv*. Årg. 5, nr. 3, s. 41-57.
- Brinckmann & Partners (2003): *Høretab og livskvalitet – Det aldersbetingede høretab og danskernes sociale liv*. Rapport fra Synoptik.
- Brodersen, E. et al. (1999): *Hvidbog – Den hørehæmmede i centrum*.
- Brooks, H.C. & Ellis, G.J. (1982): Self-esteem of hearing-impaired adolescents – Effects of labelling. I *YOUTH & SOCIETY*, vol. 14, nr. 1, s. 59-80.
- CABI. Center for Aktiv Beskæftigelses Indsats (2006): www.fleksjob2.dk/Lovgivning/AktivBeskaeftIndsats/Fleksjob/Fleksjob.htm
- Castbjerggård (2004): *Sparker døre ind – Fortællinger om samarbejdet med job- og udviklingscenter*. Hedensted: Castbjerggård.
- Chmiel, R. & Jerger, J. (1996): Hearing Aid Use, Central Auditory Disorder, and Hearing Handicap in Elderly Persons. I: *Journal of the American Academy of Audiology*, vol. 7, nr. 3, s. 190-202.
- Christensen, B.J. & Gupta, N.B. (2000): Effekten af pensionsreform på danske ægtepars udtreden af arbejdsmarkedet. I: *Nationaløkonomisk tidskrift*, bd. 138, nr. 2, s. 222-242.
- Christensen, K., Frederiksen, H. & Hoffmann, H.J. (2001): genetic and Environmental Influences on Self-Reported Reduced Hearing in the Old and Oldest Old. I: *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, nr. 11, s. 1512-1517.
- Christoffersen, M.N. (2004): *Familiens udvikling i det 20. århundrede – demografiske strukturer og processer*. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 04:07.
- Clark, K., Sowers, M., Wallace, R.B. & Anderson, C. (1991): The accuracy of self-reported hearing loss in women aged 60-85 years. I: *American Journal of Epidemiology*, vol. 134, s. 704-708.
- Clausen, T. (2001): *Hørehandicappedes tilknytning og vilkår i forhold til arbejde og uddannelse – Tendenser i litteraturen*. København: Socialforskningsinstituttet, Arbejdsrapport 8:2001.
- Clausen, T. (2003): *Når hørelsen svigter – Om konsekvenserne af hørehæmmedes sættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 03:01.
- Clausen, T., Pedersen, J.G., Olsen, B.M. & Bengtsson, S. (2004): *Handicap og beskæftigelse – Et forhindringsløb?* København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 04:03.

- Coren, S. & Hakstian, A.R. (1992): The Development and Cross-Validation of a Self-Report Inventory to Assess Pure-Tone Threshold Hearing Sensitivity. I: *Journal of Speech and Hearing Research*, vol. 35, s. 921-928.
- Craft, R.M., Mogil, J.S. & Aloisi, A.M. (2004): Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones. I: *European Journal of Pain*, vol. 8, s. 397-411.
- Crandell, C. (1998): Hearing aids: Their effects on functional health status. I: *The Hearing Journal*, vol. 51, nr. 2, s. 22-30.
- Crandell, C., Lewis, S.M., Valente, M., Enrietto, J., Kreisman, B.M. & Kreisman, N.V. (2003): Functional Health Benefits of Hearing Aid and FM Systems. I: Fabry, D.A. & DeConde Johnson, D. (red.) 2003: *ACCESS: Achieving Clear Communication Employing Sound Solutions 2003*. Warrenville, Illinois: Phonak. S. 53-59.
- Csonka, A. (2000): *Ledelse og arbejde under forandring – Om indholdet, udbredelsen og konsekvenserne af fleksible organisationsformer i danske virksomheder*. Ph.d.-afhandling. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 00:2.
- Dalgaard, C.J. (2003): Dansk Økonomisk Vækst og Helbredskapital. I *Samfundskøbenhavn*, nr.1, DJØF-forlag. S. 9-14.
- Danermark, B. & Gellerstedt, L.C. (2003): *Att höre till – Om hörselkaddas psykosociala arbetsmiljö*. Örebro: Örebro Universitet. Skriftserie 73.
- Danmark.dk (2006): www.danmark.dk/portal/page?portal/page?_pageid=34,328237&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Danmarks Statistik (2004): *Statistisk tiårsoversigt 2004 – Tema om arbejdsstyrken*. København: Danmarks Statistik.
- Danmarks Statistik (2005): www.statistikbanken.dk
- Danmarks Statistik (2006a): Statistikbanken tabel BEF1A. www.statistikbanken.dk.
- Danmarks Statistik (2006b): Statistikbanken tabel IB811. www.statistikbanken.dk.
- Danmarks Statistik (2006c): Statistikbanken tabel LON06. www.statistikbanken.dk.
- Danø, A.M., Ejrnæs, M. & Husted, L. (2000): Hvordan påvirker efterlønsreformen de ældres tilbagetrækningsalder?. I: *Nationaløkonomisk tidsskrift*, bd. 138, nr. 2, s. 205-221.
- Det Radikale Venstre (2005): www.radikale.dk
- Det Økonomiske Råd (2005): *Dansk Økonomi, forår 2005. Konjunkturvurdering. Indkomstoverførsler og velfærdstaten*. København: Det Økonomiske råd.
- Divaris, S. & Sørensen, O. (1996): *Døves beskæftigelsesituation – En undersøgelse af døves beskæftigelsesituation i 1995*. København: Danske Døves Landsforbund.
- Dye, C. J. & Peak, M. F. (1983): Influence of Amplification on the Psychological Functioning of Older Adults with Neurosensory Hearing Loss. I *J. Acad. Rehab. Aud.*, vol. 16, s.210-220.
- Ehima. European Hearing Instrument Manufacturers Association (1999): *Untreated hearing loss: costly for the individual – expensive for society*. Wemmel: Ehima.
- Eide, A.H. & Gundersen, T. (2004): *Hørselshemmede i arbeidslivet*. Oslo: SINTEF Helse.
- Eldredge, L. & Salamy, A. (1996): Functional auditory development in preterm and full term infants. I: *Early Human Development*, vol. 45, s. 215-228.
- Fillingham, R.B. & Gear, R.W. (2004): Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. I: *European Journal of Pain*, vol. 8, nr. 5, s. 413-425.
- Folmer, R.L. & Shi, Y.B. (2004): SSRI use by tinnitus patients: interactions between depression and tinnitus severity. I: *Ear, Nose & Throat Journal*, vol. 83, nr. 2.
- Gatehouse, S. & Noble, W. (2004): The Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ). I: *International Journal of Audiology*, vol. 43, s. 85-99.
- Gates, G.A., Murphy, M., Rees, T.S. & Fraher, A. (2003): Screening for handicapping hearing loss in the elderly. I: *The Journal of Family Practice*, vol. 52, nr. 1.
- Goffman, E. (1964): *Stigma – Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Gomez, M.I., Hwang, A., Sobotova, L. & Stark, A.D. 2001: A Comparison of Self-Reported Hearing Loss and Audiometry in a Cohort of New York Farmers. I: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 44, s. 1201-1208.
- Gullacksen, A. (2002): *När hörselen sviktar – om livsomställning och rehabilitering*. Malmö: hares.
- Hain, T.C. (2006): *Hearing loss*. American Hearing Research Foundation, www.american-hearing.org/name/hearing_loss.html

- Hallberg, L. R.M. (1992): *Hearing impairment, coping and perceived handicap – In middle-aged individuals with acquired hearing loss: An interactional perspective*. Göteborg: Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet.
- Hallberg, L.R.M. & Carlsson, S.G. (1992a): A Qualitative Study of Situations Turning a Hearing Disability into a Handicap. I: Hallberg, L.R.M. 1992: *Hearing impairment, coping and perceived handicap – In middle-aged individuals with acquired hearing loss: An interactional perspective*. Göteborg: Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet.
- Hallberg, L.R.M. & Carlsson, S.G. (1992b): A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment. I: Hallberg, L.R.M. 1992: *Hearing impairment, coping and perceived handicap – In middle-aged individuals with acquired hearing loss: An interactional perspective*. Göteborg: Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet.
- Harless, E. & McConnell, F. (1982): Effects of Hearing Aid Use on Self Concept in Older Persons. I: *Journal of Speech & Hearing Disorders*, vol. 47, s. 305-309.
- Hashimoto, H., Nomura, K. & Yano, E. (2004): Psychosomatic status affects the relationship between subjective hearing difficulties and the results of audiometry. I: *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 57, s. 381-385.
- Hébert, S., Paiement, P. & Lupien, S.J. (2004): A Psychological correlate for the intolerance to both internal and external sounds. I: *Hearing Research*, vol. 190, s. 1-9.
- Hiller, W. & Goebel, G (2004): Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. I: *International Journal of Audiology*, vol. 43 nr. 10, s. 600-604.
- Hoffmann, D.E. & Tarzian, A.J. (2001): The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. I: *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol 29, s. 13-27.
- Holt, H. (2003): Indflydelse på egen arbejdstid som løsningen på tilpasningen mellem arbejdsliv og familieviv. I: *Tidskrift for arbejdsliv*. Årg. 5, nr. 3, s. 23-40.
- Holt, H., Jørgensen, M.S., Jensen, S., Boll, J. & Pedersen, J.G. (2003): *Virksomheders social engagement Årbog 2003*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 03:17.
- HRF (2003): *På slak linja – om hörselskadades situation i Sverige. Årsrapport 2003*. www.hrf.se/upload/pdf/statistik/HRFrapport2003.pdf
- HRF (2005): *Sanning och konsekvens – om hörselskadades situation i Sverige. Årsrapport 2005*. www.hrf.se/upload/pdf/statistik/arsrapport2005.pdf
- Hällgren, M., Larsby, B., Lyxell, B. & Arlinger, S. (2005): Speech understanding in quiet and noise, with and without hearing aids. I: *International Journal of Audiology*, vol. 44, nr. 10, s 574-583.
- Hogelund, J. (2003): *In search of Effective Disability Policy. Comparing the Developments and Outcomes of Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Indeklimaportalen, (2006): *Bevar ditt arbete*. www.indeklimaportalen.dk/maanedenstermal/maj_06_hoeretab/interview_vibeke.asp
- ISO. International Organization for Standardization (1990): *ISO Standards Handbook 35 Acoustics*. Genève: International Organization for Standardization.
- Juul, S. (2002): *Modernitet, velfærd og solidaritet. En undersøgelse af danskernes moralske forpligtelser*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Johnson, C.E. & Danhauer, J.L. (2002): A Transdisciplinary Holistic Approach to Hearing Health Care. I: *Geriatric Times*, vol. 3, nr. 5.
- Jones, A., Zachariae, R. & Arendt-Nielsen, L. (2004): Dispositional anxiety and the experience of pain: gender-specific effects. *European Journal of Pain*, vol. 7, s. 387-395.
- Joore, M.A., Pojewij, J., Timmerman, A.A. & Anteuinis, L.J. (2002): Response shift in the measurement of quality of life in hearing impaired adults after hearing aid fitting. I: *Quality of Life Research*, vol. 11, nr. 4, s. 299-307.
- Kalayam, B., Meyers, B.S., Kakuma, T., Alexopoulos, G.S., Young, R.C., Solomon, S., Shotland, R., Nambudiri, D. & Goldsmith, D. (1995): Age at Onset of Geriatric depression and Sensorineural Hearing Deficits. I: *Biological Psychiatry*, vol. 38, s. 649-658.
- Kansaku, K. & Kirazawa, S. (2001): Imaging studies on sex differences in the lateralization of language. I: *Neuroscience Research*, vol. 41, s. 333-337.
- Keogh, E. & Arendt-Nielsen, L. (2004): Sex differences in pain (guest editorial). I: *European Journal of Pain*, vol. 8, s. 395-396.
- Kjøller, M., Rasmussen, N.K., Keiding, L., Petersen, H.C. & Nielsen, G.A. (1995): *Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987*. København: DIKE.

- Kjøller, M. & Rasmussen, N.K. (red.) (2002): *Sundhed & sygelighed i Danmark 2000 ... & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kjøller, M., Brønnum-Hansen, H., Hesse, U., Jacobsen, R. & Nielsen, K.G. (2005): *Helbredsstatus blandt erhvervsaktive, efterlønsmodtagere, og førtidspensionister*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Arbejdsnotat.
- Kochkin, S. & Rogin, C.M. (2000): Qualifying the Obvious: The Impact of Hearing Instruments on Quality of Life. I: *The Hearing Review*, jan. 2000.
- Kommuneinformation (2003): *Aktuelle beløb 1. juli 2003*. København: Forlaget Jurainformation.
- Koopmanschap, M.A. (1998): Cost-of-illness studies. Useful for health policy? I: *Pharmacoeconomics* 14, s. 143-148.
- Koopmanschap, M.A. & Rutten, F.F. (1996): A practical guide for calculating indirect costs of disease. I: *Pharmacoeconomics* 10, s. 460-466.
- Koopmanschap, M.A., Rutten, F.F., van Ineveld, B.M. & van Roijen, L. (1995): The friction cost method for measuring indirect costs of disease. I: *Journal of Health Economics*, vol. 14, nr. 2, s. 171-189.
- Kramer, S.E., Kapteyn, T.S., Festen, J.M. & Tobi, H. (1996): The Relationship between Self-reported Hearing Disability and Measures of Auditory Disability. I: *Audiology*, vol. 35, nr.5, s. 277-287.
- Kreiner, S. (1999): *Statistisk problemløsning – Premisser, teknik og analyse*. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- Kricos, P. (2000): The Influence of Nonaudiological Variables on Audiological Rehabilitation Outcomes. I: *Ear and Hearing*, vol. 21, nr. 4, s. 7-14.
- Kvam, M.H. & Tingvold, L. (2004): *Jeg er så utrolig sliten... Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet*. Oslo: SINTEF Helse.
- Larsby, B., Hällgren, M., Lyxell, B. & Arlinger, S. (2005): Cognitive performance and perceived effort in speech processing tasks: Effects of different noise backgrounds in normal-hearing and hearing-impaired subjects. I: *International Journal of Audiology*, vol. 44, nr. 3, s. 131-143.
- Larsen, M. (2002): *Hvordan fastholdes eldre på arbeidsmarkedet?* København: Socialforskningsinstituttet, Arbejdsrapport 4:2002.
- Larsen, M. & Miiller, M.M. (2006): *Rekruttering og fastholdelse af personer over 50 år – En kvantitativ undersøgelse på arbejdssteder*. Købehavn: Socialforskningsinstituttet, Arbejdsrapport 04:2006.
- Laursen Ellekrog, K. (1977): *Tunghøreforesorgens indhold. I Særforsørgers indhold*, Amtsrådsforeningens konference om særforsorgen den 25.-26. april 1977 på Den kommunale Højskole i Grenå.
- Lee, P., Smith, J.P. & Kington, R. (1999): The relationship of self-rated vision and hearing to functional status and well-being among seniors 70 years and older. I: *American Journal of Ophthalmology*, vol. 127, s. 447-452.
- Limborg, H.J. (2003): Risiko og forebyggelse i 'det nye arbejdsliv' set i et arbejdsmiljøperspektiv. I: *Tidskrift for arbejdsliv*, Årg. 5, nr. 3, s. 9-22.
- Lorentsen, Ø. & Berge, A.R. (2003): *Hørselshemmede og arbeid – En bruerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena*. Tomter: Rehab-Not.
- Lund, S.P. & Poulsen, O.M. (2001): *Organiske oplæringsmidler og støj som årsag til hørselskade. AMI Dokumentation 8*. København: Arbejds- miljøinstituttet.
- Madsen, P.K., Langager, K. & Ploug, N. (1997): Integration på arbejdsmarkedet – teoretiske, empiriske og arbejdsmarkedspolitiske synsvinkler på integration på arbejdsmarkedet. I: Zeuner, L. (red.) 1997: *Social integration*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 97:9.
- Mahar, S. (2005): *Influences on Health at Work Notes*. www.home.wiv.ac.uk/~in6070/1115w8.htm
- Mehr, A.S. (2005): *Understanding Your Audiogram*. www.pacificaudiology.com/audiogram/uya.html
- Monlet, T., Perrin E., Durrant, J.D., Lapillonne, A., Ferber, C., Duclaux, R., Putet, G. & Collet, L. (1996): Development of cochlear active mechanisms in human differs between gender. I: *Neuroscience Letters*, vol. 220, s. 49-52.
- MTF. Ménière og tinnitus foreningen (2005): www.mtf.dk
- Mulrow, C., Christine, A., Endicott, J., Tuley, M., Velez, R., Charlip, M., Rhodes, M., Hill, J. & DeNiro, L. (1990): Quality-of-life Changes and Hearing Impairment: Results of a Randomized Trial. I: *Annals of Internal Medicine*, nr. 113, s. 188-194.
- Nash, J. (1950): The Bargaining Problem. I: *Econometrica*, vol. 18, s. 155-162.

- NCOA. The National Council on the Aging (1999): *The Consequences of Untreated Hearing Loss in older Persons*. Washington DC: The National Council on the Aging.
- Netdoktor (2005): www.netdoktor.dk/sunderaad/fakta/tinnitus.htm
- Nielsen, N. & Samuelsen, A. (1994): Projekt Hørehæmmede i Arbejde. I: *Dansk Audiologi*, dec. 1994
- Noble, W. & Gatehouse, S. (2004): Interaural asymmetry of hearing loss, Speech, Spatial and Qualities of Hearing Scale (SSQ) disabilities, and handicap. I: *International Journal of Audiology*, vol. 43, s. 100-114.
- Nondahl, D.M., Cruickshanks, K.J., Tweed, T.L., Tweed, T.S., Klein, R. & Klein, B.E.K (1998): Accuracy of Self-reported hearing Loss. I: *Audiology* vol. 37, nr. 5, s.295-301.
- Olsen, B.K., Lissberg, M.V. & Kjerum, M. (2005): *Personer med funktionsnedsættelser i Danmark. Udrødning nr. 3* København: Institut for Menneskerettigheder.
- Olsen, C.B. (1999): "Bevar dit arbejde" – en evaluering af et arbejdsfastholdelsesprojekt for døve og hørehæmmede i arbejde. København: CASA, Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Olsen, H. (2000a): *Voknes holdninger til handicappede*. København: Det Centrale Handicapråd og Socialforskningsinstituttet, Piece 00:17.
- Olsen, H (2000b): *Holdninger til handicappede. En surveyundersøgelse af generelle og specifikke holdninger*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 00:14.
- Olsen, H (1998): *tallenes talende taushed. Måleproblemer i surveyundersøgelser* København: Akademisk Forlag.
- Palmer, K.T., Griffin, M.J., Syddall, H.E. & Coggon, D. (2006): Cigarette smoking, occupational exposure to noise, and self reported hearing difficulties. I: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, s. 340-344.
- Pavlovic, C.V. (1987): Derivation of primary parameters and procedures for use in speech intelligibility predictions. Melville: *Journal of the Acoustical Society of America*, vol. 82, nr. 2.
- Pedersen, K.M., Alban, A. & Danneskiold-Samsøe, B. (1990): Oversigt over økonomiske analysetyper i sundhedsøkonomien. I *Ugeskrift for læger*, vol. 152, nr. 3, s. 144-148.
- Pedersen, K.M. & Worre-Jensen, A.L. (2006): Adipositas og sundhedsøkonomi. I: *Ugeskrift for Læger*, vol. 168, nr. 2, s. 196-201.
- Pedersen, L. & Tranæs, T. (red.) (2004): *Det danske arbejdsmarked – Resultater og perspektiver fra Socialforskningsinstituttets forskning*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 04:12.
- Phillips, M.D., Lowe, M.J., Lurito, J.T., Dzemidzic, M. & Mathews, V.P. (2001): Temporal Lobe Activation Demonstrates Sex-based Differences during Passive Listening. I: *Radiology*, vol. 220, s. 202-207.
- Phonak (2005): www.phonak.dk/ccdk/consumer/consumer_hearing.htm
- Platz, M. (2003): Nogle helbredsaspekter. I: Andersen, Bjarne Hjort (red.) *Udviklingen i befolkningens levkår over et kvart århundrede*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 03:14. s. 148-166.
- Pope, S.K. & Sowers, M. (2000): Functional Status and Hearing Impairments in Women at Midlife. I: *The Journals of gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 55b, nr. 3, s. 190-194.
- Quaade, T. (2001): *Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 01:07.
- Rasmussen, N.K., Groth, M.V. & Bredkjær, S.R. (1988): *Sundhed og sygelighed i Danmark 1987 – En rapport fra DIKES undersøgelse*. København: DIKE.
- Rasmussen, P.V. (1978): *Hørelse og hørenedsættelse*. København: Statens skole for døve.
- Regeringen (2006): *Fremtidens velstand og velfærd – Velfærdsreformer og investeringer i fremtiden*. www.stm.dk/images/Upload/dokument/fremtidens20velstand%20og%20velfaerd_web_ny.pdf
- Regeringen (2003): *Handlingsplan for handicapområdet*.
- Rice, D.P. (1966): Estimating the cost of illness. I: *Health Economics Series*, nr. 6, s. 947-6. Washington DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Rice, D.P. (2000): Cost of illness studies: what is good about them? I: *Injury Prevention*, vol. 6, nr. 3, s. 177-179.
- Rollman, G.B., Abdel-Shahed, J., Gillespie, J.M. & Jones, K.S. (2004): Does past pain influence current pain: biological and psychosocial models of sex differences. I: *European Journal of Pain*, vol. 8, s. 427-433.
- Rosenstock, M., Jensen, S., Holt, H., Weatherall, C.D. & Jørgensen, M.S. (2005): *Virksomheders sociale engagement*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 05:13.

- Schiøler, G. & Dahl, T. (2003): *International klassifikation af funktionsevnen, funktionsnedsættelse og helbredstilstand*. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard Danmark.
- Schein, J.D. & Delk, M.T. (1974): *The Deaf Population of the United States*. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf.
- Segel, J.E. (2006): *Cost-of-Illness Studies – A Primer*. RTI International. rti.org/abstract.cfm?pubid=6042
- SIHI. Societal Impact of Hearing Impairment (1999): *The Maastricht Report*. Maastricht: University of Maastricht.
- SIHI. Societal Impact of Hearing Impairment (2000): *Cost and Benefits Analysis of Fitting Hearing Aids in the Netherlands. A Cost-Effectiveness Study Follow-up 18 months*. Maastricht: University of Maastricht.
- Sindhusake, D., Mitchell, P., Smith, W., Golding, M., Newall, P., Hartley, D. & Rubin, G. (2001): Validation of self-reported hearing loss. *The Blue Mountains Hearing Study. I: International Journal of Epidemiology*, vol. 30, s. 1371-1378.
- Sininger, Y.S. & Cone-Wesson, B. (2004): Asymmetric Cochlear Processing Mimics Hemispheric Specialization. I: *Science*, 10. September 2004, s.1581.
- Sininger, Y.S., Cone-Wesson, B. & Abdala, C. (1998): Gender distinctions and lateral asymmetry in the low-level auditory brainstem response of the human neonate. I: *Hearing Research*, vol. 126, s. 58-66.
- Socialdemokraterne (2005): *Velfærd. Udspil – september 2005*.
- Socialministeriet (2005): *Bekendtgørelse af lov om social pension. Kapitel 3. § 16, stk. 2*.
- Spretling, B.B., Lund, S.P. & Burr, H. (2002): *Hørelse – Arbejds miljø i Danmark 2000*. København: AMI.
- Sundhedsministeriet (1997): *Rapport fra udvalget vedrørende høreomsorgen i Danmark*. www.im.dk/publikationer/omsorg/index.htm
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Ung og støj. En kvantitativ undersøgelse udført af Epinion for Sundhedsstyrelsen*. www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/Oerme/Ung_stoj_rapport.pdf
- Tarricone, R., (2006): Cost-of-illness analysis: What room in health economics? I: *Health Policy*, vol. 77, nr. 1, s. 51-63.
- Thaulow, I. (1994): *At måle det udviklende arbejde – en empirisk analyse af udbredelsen og betydningen af det udviklende lønarbejde*. København: Socialforskningsinstituttet, Rapport 94:5.
- Toh, S.T, Lu, P. Ong, M. & Seet, B. (2002): Prevalence of Hearing Disorders in Singapore Military Conscripts: A Role for Routine Auditory Screening? I: *Singapore Medical Journal*, vol. 43, nr. 12, s. 622-627.
- Tranebjærg, L. & Rømer, L. (2004): *Ny forskning viser at høretab ofte er arveligt*. www.hoerelse.info/page.dsp?page=820
- Uchida, Y., Nakashima, T., Ando, F., Niino, N. & Shimokata, H. (2003): Prevalence of Self-perceived Auditory Problems and their Relation to Audiometric Thresholds in a Middle-aged to Elderly Population. *Acta Otolaryngol*, vol. 123, s. 618-626.
- UF News (1999): *Despite Effects On Perceived Health, Many Elderly Ignore Hearing Loss*. www.napa.ufl.edu/99news/hearing.htm
- Unruh, A.M. (1996): Gender variations in clinical pain experience. I: *Pain*, vol. 65, s. 123-167.
- Valere-Rosalino, C.M. & Rozenfeld, S. (2005): Auditory screening in the elderly: comparison between self-report and audiometry. I: *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, vol. 71, nr. 2, s. 193-200.
- VCDDH. Videncenter for døvblevne, døve og hørehæmmede (2005): www.vcddh.dk/html_sider_endelige/horehandicap/Total_Horenedsaettelse.htm
- VCDDH. Videncenter for døvblevne, døve og hørehæmmede (2006a): www.vcddh.dk/hoerelse_og_hoeretab/hyppighed/
- VCDDH. Videncenter for døvblevne, døve og hørehæmmede (2006b): www.vcddh.dk/om_hoerehandicap/hoerenedsaettelse2
- Velfærdskommissionen (2004): *Analysereport – Fremtidens velfærd kommer ikke af sig selv*. Maj 2004.
- Velfærdskommissionen (2005a): *Analysereport – Fremtidens velfærd – så dan gør andre lande*. Marts 2005.
- Velfærdskommissionen (2005b): *Fremtidens velfærd – vores valg*. December 2005.
- Vilstrup, K. (2001): *Ja, nej, ved ikke – om design, gennemførelse, rapportering og brug af repræsentative undersøgelser*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Wadensjö, E. (1985): *Disability policy in Sweden*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Wake, M., Hughes, E.K., Collins, C.M. & Poulakis, Z. (2004): Parent-reported health-related quality of life in children with congenital hearing loss: a population study. I: *Ambulatory Pediatrics*, vol. 4, nr. 5, s. 411-417.

- WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health. Introduction*. www3.who.int/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf
- Widell, J. (1988): *Den danske døvekultur*. København: Danske Døves Landsforbund.
- Wilson, D.H., Walsh, P.G., Sanchez, L., Davis, A.C., Taylor, A.W., Tucker, G. & Meagher, I. (1999): The epidemiology of hearing impairment in an Australian adult population. I: *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, s. 247-252.
- Wu, H.Y., Chin J.J. & Tong, H.M.H. (2004): Screening for Hearing Impairment in a Cohort of Elderly Patients Attending a Hospital Geriatric Medicine Service. I: *Singapore Medical Journal*, vol. 45, nr. 2, s. 79-84.
- Yazdani, S. (2002): *Cost of Illness Analysis*. www.atgci.org/ebm/31-Cost%20of%20Illness%20Analysis.ppt

SFI-UDGIVELSER SIDEN 2005

- 05:01 Dahl, K.M. & Jakobsen, V.: *Køn, etnicitet og barrierer for integration. Fokus på uddannelse, arbejde og foreningsliv*. 2005. 112 s. ISBN 87-7487-774-7. Kr. 90,00.
- 05:02 Geerdtsen, L.P., Koch-Nielsen, L., Vinther, H., Christensen, I. & Christensen, V.T.: *Ud af hjemløshed? Om livet efter ophold på en institution for hjemløse*. 2005. 207 s. ISBN 87-7487-776-3. Kr. 198,00.
- 05:03 Jørgensen, M.S., Larsen, M. & Rosenstock, M.: *Et længere arbejdsliv. Tilbagetrækningsordninger og arbejdspladens muligheder*. 2005. 64 s. ISBN 87-7487-777-1. Kr. 50,00.
- 05:04 Graversen, B.K. & Tinggaard K.: *Løft over ydelsen. Evaluering af loftet over ydelsen til kontakthjælpsmodagere*. 2005. 128 s. ISBN 87-7487-779-8. Kr. 110,00.
- 05:05 Christensen, E. & Sloth, D.A.: *Børn med anden etnisk baggrund ved skolestart. Fra tredje dataindsamling i forløbsundersøgelsen af børn med anden etnisk baggrund end dansk*. 2005. 105 s. ISBN 87-7487-782-8. Kr. 98,00.
- 05:06 Rasmussen, L.K., Espersen, L.D., Sørensen, M.L. & Thomsen, S.A.: *Ungdomssanktionen i kvantitativ bevisning. Ti unge og ni institutioner*. 2005. 106 s. ISBN 87-7487-783-6. Kr. 90,00.
- 05:07 Nielsen, A.M., Fink-Jensen, K. & Ringsmose, C.: *Skolen og den sociale arv*. 2005. 147 s. ISBN 87-7487-784-4. Kr. 145,00.

- 05:08 Jensen, B.: *Kan daginstitutioner gøre en forskel? En undersøgelse af daginstitutioner og social arv*. 2005. 163 s. ISBN 87-7487-785-2. Kr. 165,00.
- 05:09 Jensen, U.H. & Jensen, T.P.: *Unge uden uddannelse. Hvem er de, og hvad kan der gøres for at få dem i gang?* 2005. 143 s. ISBN 87-7487-787-9. Kr. 150,00.
- 05:10 Plog, N.: *Social arv. Sammenfatning* 2005. 53 s. ISBN 87-7487-789-5. Kr. 50,00.
- 05:11 Bengtsson, S.: *Princip og virkelighed. Om sektoransvar i handicappolitikken*. 2005. 206 s. ISBN 87-7487-786-0. Kr. 198,00.
- 05:12 Damgaard, B., Hohnen, P. & Madsen, M.B.: *Fokus på job? En analyse af kontaktførelsessamtaler i AF, kommuner og hos andre aktører* 2005. 107 s. ISBN 87-7487-789-5. Kr. 100,00.
- 05:13 Rosenstock, M., Jensen, S., Holt, H., Weatherall, C.D. & Jørgensen, M.S.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2005*. 2005. 168 s. ISBN 87-7487-791-7. Kr. 195,00.
- 05:14 Rosenstock, M.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2005 – Sammenfatning*. 2005. 30 s. ISBN 87-7487-792-5. Kr. 25,00.
- 05:15 Christoffersen, M.N., Hestbæk, A.D., Lindemann, A. & Nielsen, V.L.: *Nye regler for udsatte børn og unge. Ændringerne i Serviceloven 2001, delrapport I*. 2005. 261 s. ISBN 87-7487-794-1. Kr. 250,00.
- 05:16 Hestbæk, A.D., Lindemann, A., Christensen, E., Rebién, C. & Christensen, M.: *Kommuner i udvikling på børneområdet. Ændringerne i Serviceloven 2001, delrapport II*. 2005. 136 s. ISBN 87-7487-796-8. Kr. 130,00.
- 05:17 Fabricius, N., Tilia, G., Ramsbøl, H., & Villadsen, K.: *Fra hjemløshed til fast bolig. Samarbejde og metoder i arbejdet med hjemløse*. 2005. 248 s. ISBN 87-7487-797-6. Kr. 225,00.
- 05:18 Bonke, J. (red.), Borgeraas, E., Døving, R., Hjort, T., Hohnen, P., Montesino, N., Rysst, M. & Salonen, T.: *Udsathed og forbrug i de nordiske velfærdsstater*. 2005. 373 s. ISBN 87-7487-798-4. Kr. 298,00.
- 05:19 Olsen, B.M.: *Mænd, orlov og arbejdspladskultur. Fire danske virksomheder*. 2005. 125 s. ISBN 87-7487-801-8. Kr. 125,00.
- 05:20 Koch-Nielsen, I., Henriksen, L.S., Fridberg, T. & Rosdahl, D.: *Frivilligt arbejde. Den frivillige indsats i Danmark*. 2005. 163 s. ISBN 87-7487-799-2. Kr. 158,00.
- 05:21 Jespersen, C. & Sivertsen, M.B.: *Unge sociale problemer. En forskningsoversigt*. 180 s. Netpublikation. Kan downloades på www.sf.dk.
- 06:01 Egelund, T.: *Sammenbrud i anbringelser*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-802-6. Kr. 65,00
- 06:02 Holt, H., Geerdsen, L.P., Christensen, G., Klitgaard, C. & Lind, M.L.: *Det kønsopdelte arbejdsmarked. En kvantitativ og kvalitativ belysning*. 2006. 250 s., ISBN 87-7487-804-2. Kr. 228,00.
- 06:03 Rosdahl, A.: *Kommunale aktiveringsprojekter med produktion*. 2006. 51 s. ISBN 87-7487-805-0. Kr. 50,00.
- 06:04 Christensen, E.: *Opvækt med særlig risiko. Indledning af børn med behov for en tidlig forebyggende indsats*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-806-9. Kr. 85,00.
- 06:05 Jørgensen, M.S., Holt, H., Hohnen, P. & Schimmel, G.: *Job på særlige vilkår. Overblik over viden på området*. 2006. 83 s. ISBN 87-7487-807-7. Kr. 75,00.
- 06:06 Rasmussen, M.: *Kontanthjælpsmodtageres gæld. Eftergivelse af offentlig gæld*. 2006. 68 s. ISBN 87-7487-808-5. Kr. 55,00.
- 06:07 Møller, S.S. & Rosdahl, A.: *Indvandrere i job. Marginalisering og beskeftigelse blandt ikke-vestlige indvandrere og efterkommere*. 2006. 171 s. ISBN 87-7487-809-3. Kr. 160,00.
- 06:08 Bengtsson, S. & Kristensen, L.K.: *Serforsørgens udledning*. 2006. 96 s. ISBN 87-7487-810-7. Kr. 100,00.
- 06:09 Larsen, M.: *Fastholdelse og rekruttering af ældre. Arbejdspladser indsat*. 2006. 101 s. ISBN 87-7487-813-1. Kr. 100,00.
- 06:10 Hestbæk, A.-D., Lindemann, A., Nielsen, V.L. & Christoffersen, M.N.: *Nye regler – ny praksis. Ændringerne i servicelovens børneretler 2001. Afslutningsrapport*. 2006. 265 s. ISBN 87-91247-80-2. Rapporten er udgivet af Styrelsen for Social Service. Den kan downloades på www.sf.dk.
- 06:11 Olsen, H.: *Guide til gode spørgeskemaer. En manual*. 2006. 100 s. ISBN 87-7487-812-3. Kr. 100,00.
- 06:12 Bonke, J.: *Ludomani i Danmark. Udbredelsen af pengespil og problemspillere*. 2006. 79 s. ISBN 87-7487-811-5. Kr. 85,00.
- 06:13 Miilles, M.M.: *Arbejds miljø og indvandrere. Erfaringer i forhold til rekruttering og fastholdelse*. 2006. 92 s. ISBN 87-7487-816-6. Kr. 90,00.

- 06:14 Hansen, H.: *Time Series of APW-Calculations – Module for Great Britain 1991-2004*. 2006. 83 s. ISBN 87-7487-815-8. Netpublikation. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:17 Schimmel, G.: *LO-dokumentation nr. 2/2006. Barrierer for kvinder i fagligt arbejde. En kvalitativ undersøgelse af årsagerne til kvinders lavere repræsentation i LO-fagbevægelsen*. 2006. 120 s. ISBN-10: 87-7735-770-1, ISBN-13: 978-87-7735-770-1. Rapporten er udgivet af Landsorganisationen i Danmark. Den kan downloades på www.sfi.dk.
- 06:18 Boje, T.P.: *Frivillighed og nonprofitt i Danmark. Omfang, organisation, økonomi og beskæftigelse*. 2006. 275 s. ISBN 87-7487-821-2. Kr. 250,00.
- 06:19 Boje, T.P., Fridberg, T. og Ibsen, B. (redaktion): *Den frivillige sektor i Danmark. Omfang og betydning*. 2006. 172 s. ISBN 87-7487-822-0. Kr. 160,00.
- 06:20 Geerdsen, P.P., og Geerdsen, L.: *Fra aktivering til beskæftigelse. En gennemgang af aktiveringsindsatsen i det danske dagpengesystem*. 2006. 72 s. ISBN 87-7487-818-2. Kr. 70,00
- 06:22 Christensen, V.T.: *Uhørt? Betydningen af nedsat hørese for arbejdsmarkedsstilkytning og arbejdsliv*. 2006. 254 s. ISBN 87-7487-823-9. Kr. 248,00.

UHØRT?

BETYDNINGEN AF NEDSAT HØRELSE FOR ARBEJDSMARKEDSTILKNYTNING OG ARBEJDSLIV

En væsentlig del af den danske befolkning får på et tidspunkt problemer med hørelsen. Nedsat hørese kan gøre kommunikation sværere og dermed føre til social isolation og marginalisering fra arbejdsmarkedet. Og det kan have ganske store samfundsmæssige omkostninger.

Denne rapport sammenholder de 50-64-åriges oplevelse af deres arbejdsliv, deres egen vurdering af deres hørese og en klinisk måling af den. Det viser sig, at personer med høreproblemer har en forringet oplevelse af deres arbejdsliv i forhold til normalt hørende – og at det kan være afgørende for, om de trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet før pensionsalderen.

Socialforskningsinstituttet

06:22

248 kr. inkl. moms

ISSN: 1396-1810



**Audiologiassistentuddannelsen
Status og perspektivering
December 2005**

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Indholdsfortegnelse..... | 2 |
| Resumé..... | 4 |
| Arbejdsgruppens anbefalinger..... | 4 |
| Afrunding..... | 5 |
| Kapitel 1..... | 6 |
| Baggrund og rapportens opbygning..... | 6 |
| 1.1. Baggrund..... | 6 |
| 1.2. Rapportens opbygning..... | 7 |
| 1.3. Definitioner..... | 7 |
| Kapitel 2..... | 9 |
| Audiologien i Danmark - et kort historisk rids..... | 9 |
| Kapitel 3..... | 12 |
| Profil af brugerne, audiologiassistenterne og omverdenen..... | 12 |
| 3.1. Karakteristisk af brugerne..... | 12 |
| 3.2. Karakteristisk af audiologiassistent-gruppen..... | 13 |
| 3.3. Karakteristisk af andre faggrupper og samarbejdspartnere på området..... | 14 |
| Kilder..... | 16 |
| Kapitel 4..... | 17 |
| Tabel: Audiologiassistenternes arbejdspladser, september 2005..... | 17 |
| 4.1. Offentligt ansatte audiologiassistenter..... | 18 |
| 4.2. Privat ansatte audiologiassistenter..... | 21 |
| 4.3. Opsamling - det audiologiske arbejdsmarked..... | 24 |
| Tabel: Opsamling af arbejdsopgaver og kompetencekrav..... | 25 |
| Offentligt ansatte audiologiassistenter..... | 25 |
| Ansatte i privat audiologisk service..... | 26 |
| Ansatte i høreapparatvirksomheder..... | 26 |
| Ansatte hos øre-næse-halslæger..... | 27 |
| Kapitel 5..... | 28 |
| Audiologiassistentuddannelsen og behov for nyudvikling..... | 28 |
| 5.1. Nuværende uddannelser..... | 28 |
| 5.2. Krav til fremtidige uddannelser..... | 31 |
| 5.3. Sideløbende udvikling..... | 34 |
| 5.4. Opsamling..... | 35 |
| Appendiks..... | 37 |
| Audiologien i Danmark og i verden (1620-2003)..... | 37 |
| De døve organiserer sig..... | 37 |
| Der bygges og sælges høreapparater..... | 37 |
| De tunghøre organiserer sig..... | 38 |
| Den offentlige høreforsorg i Danmark bliver en realitet..... | 38 |
| De danske høreapparatfabrikker - nye idéer og fremgang..... | 39 |
| Døve bliver "hørende"..... | 40 |
| Audiologiassistenterne markerer sig som en uddannelses- og overenskomst gruppe..... | 41 |
| Udvikling af audiologiassistentens arbejde..... | 42 |
| Behov for bedre audiologiske uddannelser..... | 44 |
| Kilder..... | 44 |

|

Resumé

Landsudvalget for Audiologiassistenter, Teknisk Landsforbund, tog i efteråret 2002 initiativ til at nedsætte en arbejdsgruppe, hvis mandat er at afgive en rapport om fremtidens audiologiske arbejdsmarked og audiologiuddannelse.

Det overordnede formål for arbejdet har været at udarbejde en rapport, som skal danne grundlag for det videre arbejde med at påvirke uddannelsesinstitutioner og beslutningstagere i retning af at forny og forbedre audiologiassistentuddannelsen.

Rapporten viser, at audiologiassistentens arbejdsfelt har ændret sig drastisk over de seneste 20 år. Fra at være en profession af næsten 100% offentlig ansatte, er der nu en mere ligelig fordeling mellem offentlig og privat ansatte Audiologiassistenten arbejder indenfor diagnostik, høreapparattilpasning, forskning, udvikling, salg og marketing. På det tekniske område har udviklingen også været stor. Nye undersøgelsesmetoder er blevet indført samtidigt med, at nye avancerede typer af høreapparater er kommet på markedet. Udviklingen har betydet, at der er sket ændringer i krav til kompetencer og kvalifikationer hos audiologiassistenterne.

Der er stor efterspørgsel på audiologiassistenter. Det private marked er vokset betydeligt bl.a. på grund af muligheden for offentligt tilskud og fremkomsten af de mange private høreklinikker, har betydet, at mange stillinger permanent står ubesatte på de offentlige høreklinikker. Også høreapparatproducenterne ansætter audiologiassistenter indenfor forskning, udvikling, salg og marketing. Ventelisterne med hørehæmmede, som ønsker at få et høreapparat, vokser, mens mange stillinger står ubesatte. End ikke eksistensen af private høreklinikker har nedbragt antallet af hørehæmmede på ventelisterne. Ydermere er der ikke er tilstrækkeligt med praktikpladser til dem, som ønsker at uddanne sig til audiologiassistent.

Arbejdsgruppens anbefalinger

I forhold til uddannelsen på kort sigt

Arbejdsgruppen vurderer for det første, at den eksisterende erhvervsuddannelse til audiologiassistent skal udvides med et ½ år, hvor der lægges vægt på teoretiske færdigheder inden for sociale mekanismer, kommunikation, adfærd, holdninger, etik og ansvarlighed, internationalisering, aftrykstagning, rehabilitering samt kommercielle fag. Desuden bør audiologi-specialet skilles fra neurofysiologi-speciale. Endelig bør antallet af uddannede audiologiassistenter øges til min. 25 uddannede pr. år. Dette skal bl.a. sikres ved, at der indgås flere kombinationsaftaler mellem offentlige sygehuse og private klinikker.

Arbejdsgruppen finder, at det er nødvendigt at opretholde de nuværende krav til godkendelse af praktikpladser, herunder også krav til godkendelse af private praktikpladser til kombinationsaftaler. Manglen på praktikpladser må ikke betyde, at der slækkes på kravene, idet dette vil gå ud over kvaliteten af uddannelsen og dermed på sigt forringe behandlingen af de hørehæmmede.

Ud over den egentlige uddannelse bør der snarest se på mulighederne for at etablere efteruddannelse, både i regi af Arbejdsmarkedsuddannelse på teknisk skole, men også i regi af åben uddannelse på de videregående uddannelsesinstitutioner, som udbyder uddannelser inden for audiologi-området.

I forhold til uddannelsen på lidt længere sigt

Sideløbende med arbejdsgruppens arbejde har Syddansk Universitetscenter (SDU) udviklet to nye bacheloruddannelser inden for audiologi-området: en pædagogisk og en teknisk audiologuddannelse.

Arbejdsgruppen finder, at den nye bacheloruddannelse i teknisk audiologi i nogen grad lever op til de kompetencekrav, der er på det tekniske audiologiske arbejdsmarkedet. Det er dog vigtigt, at uddannelsen bliver forankret i det faglige miljø omkring audiologi både inden for det offentlige og det private arbejdsmarked. Ligeledes er det vigtigt, at uddannelsen er internationalt anerkendt.

For at sikre den faglige forankring står arbejdsgruppen gerne til rådighed med råd og vejledning i forbindelse med den løbende udvikling/justering af uddannelsen på området.

Afrunding

Arbejdsgruppen forestiller sig, at en fornyet audiologiassistentuddannelse og den nye bacheloruddannelse i teknisk audiologi sammen på sigt kan sikre den nødvendige og kompetente udførelse af arbejdsopgaverne inden for det audiologiske område. Ud over disse to uddannelser tager arbejdsgruppen det som en naturligvis forudsætning, at der stadig er et medicinsk speciale på området, samt at der uddannes ingeniører til høreapparatudviklingen og audiologpæder til at varetage opgaver inden for det pædagogiske område.

Kapitel 1

Baggrund og rapportens opbygning

1.1. Baggrund

Landsudvalget for Audiologiassistenter, Teknisk Landsforbund, tog i efteråret 2002 initiativ til at nedsætte en arbejdsgruppe, hvis mandat er at afgive en rapport om fremtidens audiologiske arbejdsmarked og audiologiuddannelse. Inden nedsættelsen af arbejdsgruppen afholdtes et seminar og ultimo november 2002 afholdte arbejdsgruppen sit første konstituerende møde.

Arbejdsgruppen består af:

- Ture Andersen (Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab)
- Michael Bille (Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab)
- Ivar Thomsen (Leverandørforeningen for Høreapparater)
- Lars von der Lieth (Københavns Universitet Amager)
- Torben Poulsen (Danmarks Tekniske Universitet)
- Carsten Daugaard (DELTA)
- Søren Dalmark (Landsforeningen for bedre hørelse)
- Per Nielsen (Center for Specialundervisning for Voksne)
- Henrik Haack (Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning)
- Anne Thomsen (Odense Tekniske Skole)
- Mariana Roslyng-Jensen (Landsudvalget for Audiologiassistenter, TL)
- Inge Andersen (Landsudvalget for Audiologiassistenter, TL)
- Steen Østergaard Olsen (Landsudvalget for Audiologiassistenter, TL)
- Marlene Skou Jørgensen og Per Hvenegaard (sekretærer for arbejdsgruppen, TL)

Mariana Roslyng-Jensen blev valgt som formand for arbejdsgruppen.

Amtsrådsforeningen var også inviteret til at deltage i arbejdsgruppen, men takkede nej på grund af begrænsede ressourcer. Amtsrådsforeningen ville dog gerne følge arbejde og resultaterne tæt. Referater, materiale og rapport(udkast) er derfor sendt løbende til Amtsrådsforeningen.

Arbejdsgruppens kommissorium

- Arbejdsgruppen vurderer og bearbejder de oplysninger, der kom frem på seminaret d. 10.09.2002.
- Arbejdsgruppen indhenter supplerende oplysninger på de områder, hvor problemstillingerne ikke er tilstrækkeligt belyst.
- På baggrund af ovenstående fremkommer arbejdsgruppen i en rapport med forslag til fremtidens audiologiuddannelse. Rapporten bør indeholde:
 - Historie
 - Profil af arbejdsgivere og brugere
 - Profil af den omverden der arbejdes i, herunder andre faggrupper og samarbejdspartnere på området
 - Beskrivelse af fremtidige arbejdsområder inden for forskellige brancher
 - Beskrivelse af EU-krav og gerne internationale krav

- Vurdering af det aktuelle behov for uddannede pr. år
- Beskrivelse af uddannelsens niveau og varighed
- Beskrivelse af uddannelsens nuværende indhold og anbefalinger til dens fremtidige indhold

Det overordnede formål for arbejdet er altså at udarbejde:

En rapport, som skal danne grundlag for det videre arbejde med at påvirke uddannelsesinstitutioner og beslutningstagere i retning af at forny og forbedre audiologiassistentuddannelsen.

Arbejdsgruppen har afholdt en række møder i perioden fra november 2002 til september 2005. Der har været nedsat undergrupper, som mellem møderne har udarbejdet skriftligt materiale, herunder bl.a. til denne rapport.

1.2. Rapportens opbygning

Rapporten er struktureret omkring 5 kapitler. Først er der en kort gennemgang af audiologiens historie i Danmark med fokus på elementer, som har haft betydning for audiologiassistentens uddannelse eller arbejdsmarked. En detaljeret beskrivelse af audiologiens historie i Danmark og verden fra 1620 til 2004 kan læses i appendiks. Dernæst er der forskellige beskrivelser af den verden audiologiassistenter befinder sig i, herunder brugere, andre faggrupper og det audiologiske arbejdsmarked. Sluttelig vil der være en kort beskrivelse af de nuværende uddannelser på området, både i Danmark og i nogle af de lande, vi normalt sammenligner os med, samtidig med at arbejdsgruppen kommer med bud på mulig(e) ny(e) uddannelse(r).

1.3. Definitioner

Hørelsen måles med et **audiometer**. Der findes ingen universelt accepteret definition på normal hørelse/hørenedsættelse. Ofte taler man om hørenedsættelse hos en person, hvis gennemsnittet af vedkommendes høretærskler, på det ene eller begge ører, målt ved frekvenserne 500, 1000, 2000 og 4000 Hz er ringere end 20 DB HL.

Hørenedsættelse er en funktionshæmning, der for personen kan medføre begrænsninger i aktivitet og begrænsninger i den sociale deltagelse, jf. WHO's miljørelaterede handicapbegreb.

En person er **hørehæmmet**, hvis han på et tidspunkt i livet mister en del af sin hørelse, men som ved hjælp af tekniske hjælpemidler (f.eks. høreapparat) fortsat kan opfatte tale eller i det mindste nogle talelyde. Der er godt 500.000 hørehæmmede i Danmark.

Døv er en person, der har en alvorlig hørenedsættelse og som på grund af dette har valgt at henhøre sig selv til døvegruppen. Det vil sige at vedkommende for eksempel er medlem af en døveorganisation, søger hjælp hos statens konsulenter for døve, og regner tegnsproget for sit primære sprog. Der er ca. 5.000 døve i Danmark.

Audiologi er læren om hørelsen og behandling af hørenedsættelse og døvhed. Traditionelt opdeles audiologien i tre hovedområder: **lægelig, teknisk og pædagogisk audiologi**.

Lægelig (medicinsk) audiologi beskæftiger sig med hørelsens fysiologi og diagnostik og med lægelig behandling af hørenedsættelser. Den **tekniske audiologi** beskæftiger sig med udvikling, reparation og kalibrering af apparatur som anvendes ved diagnostik, samt udvikling,

reparation og kontrolmålinger af høreapparater, og tilpasning af høreapparater til hørehæmmede. Den pædagogiske audiologi beskæftiger sig med undervisning og behandling af personer med kommunikationsproblemer.

Kapitel 2

Audiologien i Danmark - et kort historisk rids

I starten af år 1800 kan man registrere de første tiltag i forhold til døve/hørehæmmede i Danmark. Den første skole for døve børn med tilknytning til Danmark blev oprettet i Kiel, og i 1807 indførtes ved lov undervisning af døve børn i Danmark.

I 1892 blev det første høreinstitut i Danmark oprettet, og i 1912 oprettedes Tunghøres Vel (senere Landsforeningen for Bedre hørelse). Tunghøres Vel havde en høreapparatsamling, hvor hørehæmmede kunne låne høreapparater til afprøvning inden et eventuelt køb.

Igennem tiden har forskellige sociallove i Danmark været med til at sikre visse rettigheder for døve/hørehæmmede. Fra 1929 tillod invalide-forsikringsretten at hørehæmmede, som på grund af deres arbejde havde brug for et høreapparat, nu kunne få det på prøve direkte fra høreapparatsamlingen. I 1933 blev Steinckes sociallove vedtaget, men kun døve var omfattede af loven. Først i 1950 fik hørehæmmede samme rettigheder ved indførelsen af den nye sociallov.

De døve/hørehæmmede blev behandlet på offentlige hørerklinikker bl.a. af læger, audiometricer (ofte oplært HK-personale eller sygeplejersker) og høreopdagere. De audiometriske undersøgelser og høreapparattilpasning blev foretaget af audiometricer. Instruktion i brugen af høreapparater og tekniske hjælpemidler, undervisning i mund-hånd systemet mm. blev varetaget af høreopdagere på høreinstitutter.

I starten af 1900-tallet begyndte Hans Demant og hans søn, William Demant, at importere høreapparater og høreapparatdele, som blev samlet til høreapparater i København. I 1946 producerede de det første rent danske høreapparat.

Hørerklinikkernes ansatte var aktive forskere ved siden af deres virke med at behandle patienterne. Deres idéer blev omsat i nye apparater, der blev sendt på markedet af fabrikanterne af audiologisk måleudstyr. På den måde blev grunden for dansk audiologisk måleudstyre og høreapparater fremtrædende stilling på verdensmarkedet lagt.

Forskning og undersøgelser har løbende ført til nye måleparametre, måleudstyr og nye former for apparater. Og som følge af informationsteknologiens udvikling er dette løbende blevet forfinet. Det har bl.a. betydet, at helt nye behandlingsmetoder blev taget i brug, og at der dukkede flere danske fremstillere af audiometrisk måleudstyr og høreapparater op.

De mange nye specialundersøgelser skabte behov for specialiseret arbejdskraft. En overlæge på Gentofte Amtssygehus startede en 3-årig ikke offentligt godkendt audiologiassistentuddannelse. Der var 5 elever på det første hold, som blev færdige i 1972.

Efterfølgende blev der arbejdet på at opstarte en godkendt, kompetencegivende uddannelse. I 1982 startede den officielle uddannelse til audiologiassistent, og de første blev færdige i 1984. Uddannelsen var 2-årig og foregik på landets hørerklinikker, med teoretisk uddannelse på Frederiksberg Tekniske Skole. Samtidigt startede audiologopædagoguddannelsen på Københavns Universitet.

Indtil starten af 1980'erne indstillede man høreapparater på baggrund af brugernes tilbagemeldinger, hvorefter man supplerede med objektive målinger, så som "insertion gain"-målinger. Ofte blev høreapparatets effekt yderligere evalueret med måling af taleforståelse i baggrundsstøj. Høreapparaterne ofte blev tilpasset af audiologiassistenter med en teknisk baggrund, frem for hørepædagoger med en baggrund i undervisning. Audiologiassistenterne slog sig altså for alvor fast på de offentlige høreklinikker som en gruppe med bestemte arbejdsopgaver.

Uddannelsen fra 1982 var tilrettelagt mod beskæftigelse på offentlige høreklinikker og naturligvis målrettet de type af måleudstyr og apparater, der eksisterede på dette tidspunkt.

Meget har dog ændret sig siden. De nye og mere avancerede høreapparater, det store udbud af forskellige størrelser og varianter, nye høreapparat evalueringsmetoder, samt nye avancerede undersøgelsesmetoder, stillede nye og større krav til audiologiassistenternes kunnen.

Dertil er der kommet en række private høreklinikker – den første åbnedes i 1990, og der er skudt mange op (i alt ca. 70) ikke mindst, fordi Folketinget i 2000 med Lov om Social Service indførte et tilskud til høreapparater indkøbt hos private høreklinikker for at mindske presset på de offentlige høreklinikker.

Dette medførte, at mange audiologiassistenter søgte fra det offentlige over i private klinikker, som kunne tilbyde bedre arbejds- og ansættelsesforhold. På de private høreklinikker fik audiologiassistenterne nye og andre opgaver, end de havde haft indenfor det offentlige: Aftryks-tagning til øreprop, pædagogiske opgaver i forbindelse med instruktion i høreapparatets brug, fakturering m.v. På sygehusene er det primært oteteknikere, audiologopæder og hørepædagoger, som varetager disse opgaver.

Desuden er den del audiologiassistenter blevet ansat i de danske høreapparatfirmaers udviklings- og forskningsafdelinger, til at deltage i udvikling og test af idéerne. Audiologiassistenter blev også ansat til at sælge høreapparater og tilhørende viden, til dem der tilpasser høreapparaterne på høreklinikkerne. Også i denne branche varetager audiologiassistenten altså opgaver, som ligger uden for de færdigheder, de tilegner sig gennem uddannelsen.

Af andre tiltag, som også har betydning for audiologiassistenternes virke på arbejdsmarkedet, kan fx nævnes Folketingets beslutning om, at fra 2004 skal alle nyfødtes hørelse undersøges.

Ovenstående (teknologiens udvikling, arbejdsmarkedets udvikling og diverse lovgivninger) betyder, at der stilles andre og større krav til audiologiassistenternes kompetencer end de, der var gældende, da uddannelsen blev tilrettelagt i starten af 1980'erne. Løbende er der blevet revideret i uddannelsen, men det er vurderingen, at der nu er brug for en mere dybdegående ændring af uddannelsen for at sikre, at de færdiguddannede har de nødvendige kompetencer. I den forbindelse skal det overvejes hvilke nye elementer, der bør være i uddannelsen, og om det evt. vil være hensigtsmæssigt at placere uddannelsen på et højere uddannelsesniveau.

Den udvikling, som området har gennemgået og de deraf følgende nye krav til kompetencer og kvalifikationer, kan opsamles og fremstilles i følgende skema:

| Audiologiassistenterne blev uddannet til at: | Udviklingen har betydet: | Ændring i krav til kompetencer og kvalifikationer: |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • udføre specialiserede funktioner | <ul style="list-style-type: none"> • udvikling i indhold og metoder • deltage i forskningsopgaver | <ul style="list-style-type: none"> • øget kunnen og kvalifikationer • rolleskift fra udfører til også at kunne udvikle |
| <ul style="list-style-type: none"> • betjene relativt simpelt udstyr og apparater | <ul style="list-style-type: none"> • teknologisk udvikling | <ul style="list-style-type: none"> • øget kunnen og kvalifikationer |
| <ul style="list-style-type: none"> • arbejde i den offentlige sektor | <ul style="list-style-type: none"> • private høreklivnikker opstartes | <ul style="list-style-type: none"> • et større marked og øget funktionsvifte |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Folketingsbeslutninger (fx screening af børn) | <ul style="list-style-type: none"> • øget funktionsvifte og større "marked" |



Konsekvens for uddannelse og jobmarked

Kapitel 3

Profil af brugerne, audiologassistenterne og omverdenen

3.1. Karakteristisk af brugerne

I Danmark er der ca. 5.000 døve og godt 500.000 hørehæmmede. Af disse har cirka 5.000 været hørehæmmede fra førskolealderen. Nogle høretab kan behandles medicinsk eller ved kirurgiske indgreb, men for mellem 200.000 og 300.000 hørehæmmede er brug af høreapparat den bedste løsning. Med fremkomsten af nye typer høreapparater, der reducerer generne i forhold til den gavn man har ved brugen, kan man forudse at flere med lettere høretab, vil begynde at bruge høreapparat. Cirka halvdelen af dem som har problemer med at følge samtaler i grupper, er over 60 år. Men der er hørehæmmede i alle aldersgrupper lige fra nyfødte til den ældre population.

Størrelsen af hørehandicap varierer meget. Ifølge *"Når hørelsen svigter"* af Thomas Clausen kan hørehandicap deles op i følgende grupper:

- Den *hørehæmmede* har mistet så stor en del af hørelsen, at han har behov for lydforstærkende hjælpemidler
- Den *døve* er helt uden hørelsen eller har så beskeden en hørest, at den ikke kan anvendes til at opfatte tale.
- Den *døvblevne* er vokset op som hørende, men har senere oplevet så kraftig en hørenedsættelse, at almindelig talekommunikation ikke er mulig.

En af de største konsekvenser af en hørenedsættelse, er begrænsningen af den hørehæmmedes sociale samvær. Den hørehæmmedes selvværd og selvtillid undergraves langsomt. Ofte vil den hørehæmmede bevidst eller ubevidst undgå vanskelige høresituationer. Det kan være situationer hvor mange mennesker er samlet, eller hvor der er meget støj.

Hørehandicap har forskellige konsekvenser både i forhold til alderen og til høretabets størrelse. Når det drejer sig om behandling af en voksen, skal der ske en rehabilitering. Den voksne har et sprog, men har fået et socialt handicap. Ofte vil en optimal behandling være afgørende for, om den hørehæmmede kan forblive på arbejdsmarkedet.

Behandlingen af et barn kan defineres som en habilitering. Det er hele barnets udvikling som hæmmes af hørehandicappet. Antallet af børn med medfødt høretab er ikke så stort (cirka 0,2% af alle nyfødte), men behandlingen af dem kan være meget krævende og kompliceret. Behandlingen involverer mange faggrupper, er livsvarig og inddrager hele familien.

Ifølge rapporten *"Amternes tilbud på hørehandicapområdet"* er tilbuddet til hørehæmmede meget forskelligt alt efter, hvor man bor i landet og det kan være svært for den enkelte hørehæmmede at finde ud af systemet.

3.2. Karakteristisk af audiologiassistent-gruppen

Antallet af ansatte audiologiassistenter er omkring 250. Den anslåede procentvise fordeling af audiologiassistenter efter ansættelsestype ses i følgende figur:

Figur: Audiologiassistenternes ansættelsessted, september 2005

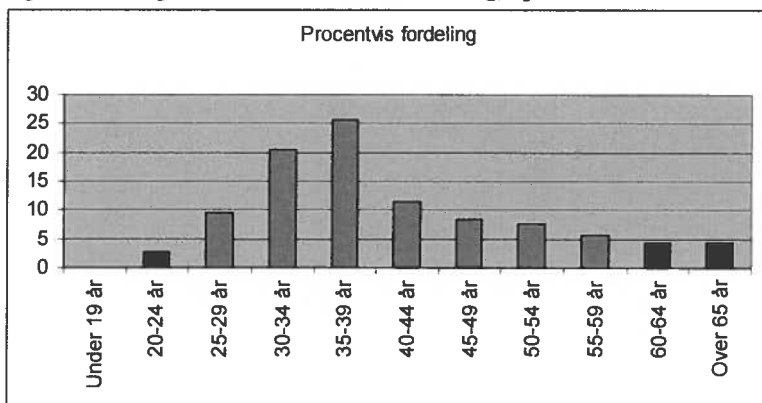
| | Offentlige høreklivniker | Private høreklivniker | Høreapparat virksomheder | Øre-, næse-, halslæge |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Antal steder | 18 | 80 | 6 | 168 praktiserende læger |
| Audiologiassistenter ansat | 100 | 98 | 36 | ca. 20 |

Kilde: Offentlig høreklivniker og Delta. Tallet for private høreklivniker ændres løbende og kan finde på www.delta.dk

Når det gælder ansættelsesforhold, er der tendens til at flere bliver ansat i private virksomheder, og at færre er offentlig ansatte. Denne udvikling vil højst sandsynligt fortsætte. I de senere år har der været konstant mangel på audiologiassistenter indenfor den offentlige sektor. Omkring 15% af de offentlige stillinger har i de senere år stået ubesatte.

Audiologiassistenter er organiseret i Teknisk Landsforbund, og på baggrund af medlemsstatistikken er det muligt at lave en karakteristisk af gruppen, i forhold til alder, uddannelsesår, samt hvor de er ansat. Af nedenstående figur fremgår den procentvise aldersfordeling af audiologiassistenterne.

Figur: Audiologiassistenternes aldersfordeling, april 2005:

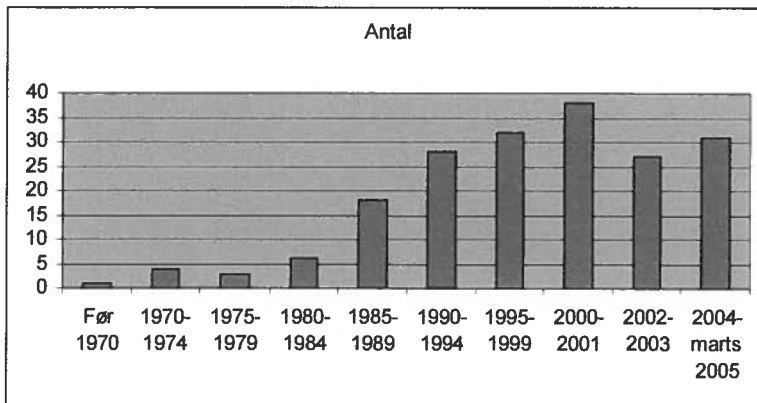


Kilde: TL's medlemsstatistik

Det fremgår af aldersfordelingen, at der for langt de fleste audiologiassistenters vedkommende endnu er mange år tilbage på arbejdsmarkedet. Således er næsten 80 pct. under 50 år.

Den procentvise fordeling af audiologiassistenterne efter uddannelsesår, kan ses i nedenstående figur. Indtil 1997 blev der kun uddannet audiologiassistenter hvert andet år, men siden 1998 er der uddannet audiologiassistenter hvert år. Dette er også årsagen til, at der er relativt flere audiologiassistenter, uddannet inden for de seneste år.

Figur: Audiologiassistenternes uddannelsesår



Kilde: indtil 1999 TL's medlemsstatistik, fra 2000 oplysninger fra Odense Tekniske Skole

3.3. Karakteristisk af andre faggrupper og samarbejdspartnere på området

Audiologien kan, som nævnt, opdeles i 3 hovedområder: lægelig, teknisk og pædagogisk audiologi. En lang række faggruppe arbejder inden for audiologien, og i det følgende er de beskrevet med udgangspunkt i den nævnte opdeling. Der er dog en faggruppe, som ikke umiddelbart passer ind i opdelingen. Det er lægesekretærerne, som vil blive betegnet som den administrative faggruppe.

De lægelige faggrupper:

Speciallæger i øre-, næse og hals sygdomme

Arbejdsområder: Diagnosticering, rådgivning og behandling indenfor hals-, næse- og ørespecialt.

Ansættelsessteder: Øreafdelinger, privat ørelægepraksis, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Foreningen af Speciallæger, Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation, Dansk Selskab for Otolaryngologi – Hoved- og Halskirurgi.

Medicinske audiologer

Arbejdsområder: Diagnosticering, rådgivning og behandling.

Ansættelsessteder: Audiologiske afdelinger, private høreklivniker, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab (DMAS), Lægeforeningen.

Sygeplejersker/social og sundhedsassistenter

Arbejdsområder: Bistår ørelæger ved undersøgelser.

Ansættelsessteder: Audiologiske afdelinger, øreafdelinger, speciallæger, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Sygepleje Råd. Foreningen af Offentlige Ansatte (FOA).

De tekniske faggrupper:

Elektronikteknikere

Arbejdsområder: Indkøb, vedligeholdelse og kalibrering af audiologisk udstyr, nogle steder ansvar for indkøb af høreapparater, forskning og udvikling.

Ansættelsessteder: Høreklivikker, høreapparat fremstillings virksomheder, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Metal, Teknisk Landsforbund.

Ingeniører

Arbejdsområder: Indkøb, vedligeholdelse og kalibrering af audiologisk udstyr, forskning og udvikling.

Ansættelsessteder: Høreklivikker, høreapparat fremstillings virksomheder, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Ingeniørforeningen i Danmark (IDA)

Oto-teknikere

Oto-teknikere er som regel uddannet som tandteknikere eller som guld- eller sølvsmede.

Arbejdsområder: Aftrykstagning til og fremstilling af ørepropper til bag-øret høreapparater. Fremstilling af skaller til og montering af i-øret apparater.

Ansættelsessteder: Audiologiske afdelinger, høreapparat fremstillings virksomheder, private øreprop laboratorier, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Metal, Tandtekniker Foreningen under Dansk Funktionær Forbund.

De pædagogiske faggrupper:

Audiologopæder

Audiologopæder uddannes på Københavns Universitet Amager, eller som et overbygningskursus på læreruddannelsen på Danmarks Pædagogiske Universitet.

Arbejdsområder: Kompenserende specialeundervisning, høreapparattilpasning, instruktion i brugen af høreapparat, rådgivning, tildeling af høretekniske hjælpemidler, forskning og udvikling.

Ansættelsessteder: Høreklivikker, høreinstitutioner, døveskoler, private høreklivikker, høreapparat fremstillings virksomheder, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Magisterforening, Specialpædagogisk forening af 1981, Foreningen af universitetsuddannede audiologopæder (FUA), Dansk Audiologopædisk Forening (ALF).

Psykologer

På enkelte høreklivikker er der ansat psykologer til audiologiske opgaver.

Arbejdsområder: Høreapparattilpasning, instruktion i brugen af høreapparat, rådgivning og forskning.

Ansættelsessteder: Høreklivikker, døveskoler, forsknings- og undervisningsinstitutioner.

Organisationer: Dansk Psykologforening

Den administrative faggruppe

Lægesekretærer

Arbejdsområder: Booking af undersøgelsestider, journalskrivning.

Ansættelsessteder: Audiologiske afdelinger, øreafdelinger, private ørelægekonsultationer, speciallæger

Organisationer: HK.

Ovenstående karakteristisk viser med al tydelighed, at mange faggrupper har del i det audiologiske arbejdsmarked. Fordelingen af arbejdsopgaver og –funktioner er i en vis udstrækning flydende og i konstant udvikling. Det betyder også, at de forskellige faggrupper – herunder især audiologiassistenterne – skal være i stand til at varetage nye arbejdsopgaver og –funktioner end dem, de har været vant til gennem tiden. Det stiller dermed hele tiden krav til de forskellige faggruppers kvalifikationer og kompetencer, herunder naturligvis også de forskellige uddannelsers niveau og indhold.

Kilder

Thomas Clausen: "Når hørelsen svigter – Om konsekvenserne af hørenedsættelse i arbejdslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd."

Udviklingscenter for specialrådgivning: "Rapport fra arbejdsgruppen om: Amternes tilbud på hørehandicapområdet. Med hovedvægt på rådgivning."

TLs medlemsstatistik.

Kapitel 4

Beskrivelse af arbejdsmarkedets krav til uddannede inden for audiologiområdet

Audiologiassistenterne er ansat på fire forskellige typer arbejdspladser: offentlige høreklinikker, private høreklinikker, høreapparatvirksomheder samt hos øre-, næse-, halslæger. Nedenstående tabel viser antallet af de forskellige typer arbejdspladser samt antallet af audiologiassistenter, der er ansat de forskellige steder.

Tabel: Audiologiassistenternes arbejdspladser, september 2005

| | Offentlige høreklinikker | Private høreklinikker | Høreapparatvirksomheder | Øre-, næse-, halslæge |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Antal steder | 18 | 80 | 6 | 168 praktiserende læger |
| Audiologiassistenter ansat | 100 | 98 | 36 | ca. 20 |

Kilde: Offentlig høreklinikker og Delta. Tallet for private høreklinikker ændres løbende og kan finde på www.delta.dk

Audiologiassistenternes arbejdsmarked har ændret sig markant over de sidste 5 år, både pga. ansættelsesmulighed i private høreklinikker; ændringer i den offentlige sektor, hvor der er lægemangel på de audiologiske afdelinger; den teknologiske udvikling osv. Disse faktorer betyder, at der stilles højere grad til audiologiassistentens kompetencer både når det gælder opfang af og dybden i opgaverne.

Da lægemanglen realistisk set kan anses for at være en fast faktor, i hvert fald over de næste 5 til 6 år, vil der i flere amter, enten allerede nu eller i løbet af de kommende 2 til 3 år, være audiologiske afdelinger uden audiologer, eller i bedste fald med ubesatte lægestillinger.

I nogle amter ses løsninger med audiologisk service i offentlig regi, via privat ørelægepraksis med enten otolog og/eller audiolog, samt med audiologiassistenter. Denne udgave af offentlig audiologisk service vil formentlig brede sig. Da der oftest vil være en otolog uden audiologisk specialisering i en sådan praksis, stiller det naturligvis øgede krav til audiologiassistenten.

En anden model som vi vil se fremover, bliver en audiologisk afdeling som enten er underbeholdt med audiologer (ubesatte stillinger) eller som lægeligt udelukkende serviceres med ikke-audiologiske otologer fra den stedlige otologiske afdeling. Der vil tilsvarende her blive tale om nye og øgede krav til audiologiassistenten.

Der har de senere år konstant været omkring 15 ubesatte fuldtids audiologiassistentstillinger, på de offentlige høreklinikker. Dette har betydet længere ventelister og dermed en øget vanding af patienter, fra det offentlige til de private høreklinikker. Dermed er der opstået et øget behov for at ansætte audiologiassistenter hos de private klinikker, som med gode lønninger og tilbud har forsøgt at tiltrække sig den fornødne arbejdskraft.

Det er kun muligt at tilvejebringe den fornødne arbejdskraft, til både det offentlige og private, ved at uddanne flere audiologiassistenter. Det er også først, når der er uddannet tilstrækkeligt mange audiologiassistenter, at det vil være en reel konkurrence mellem offentlige og pri-

vate klinikker om tilpasning af høreapparater. Samtidig med at det er nødvendigt med flere uddannede, bør niveauet i og kvaliteten af uddannelsen også evalueres.

4.1. Offentligt ansatte audiologiassistenter

Der findes 15 amtslige høreklivnikker i Danmark, hvor hørehammede undersoges og behandles for deres horetab. Desuden har Hovedstadens Sygehusfællesskab to høreklivnikker og der er ansat audiologiassistenter på Døveskolen i Fredericia. Det samlede antal offentlige ansatte audiologiassistenter er omkring 100.

I det følgende er de typiske arbejdsopgaver for audiologiassistenter, ansat på offentlige høreklivnikker, beskrevet.

Kliniske undersøgelser

Audiologiassistenten har ansvaret for selvstændigt at udføre følgende undersøgelser:

- Toneaudiometri
- Taleaudiometri
- Specielle audiologiske tests
- Impedansundersøgelse
- Hjernestammeaudiometri
- Hjernestammeaudiometri i narkose
- Vestibulærundersøgelser
- Undersøgelser til arbejdsskadestyrelsen
- Otoakustiske emissioner
- Cochleografi
- Undersøgelse af børn (ukonventionel audiometri, lege audiometri...).

Undersøgelserne danner grundlag for en vurdering af, om det er muligt at tilbyde en medicinsk eller kirurgisk behandling eller om et høreapparat kan kompensere for patientens høre- nedsættelse.

Hvis den bedste afhjælpning af horetabet er et høreapparat, klarlægges patientens ønsker. Audiologiassistenten vurderer disse ønsker, i forhold til horenedsettelsen og de muligheder der vurderes at være brugbare. Under denne samtale er det vigtigt, at audiologiassistenten viser forståelse for, at patienten kan opleve en horenedsettelse som en omfattende ændring i vedkommendes livssituation og at det giver anledning til bekymring og frustration hos patienten. Her er det endvidere væsentligt, at audiologiassistenten udviser den nødvendige omsorg, ved at forklare hvilke tiltag der kan iværksættes, for at horenedsettelsen føles mindre omfattende på livssituationen, samt ved at forklare, at disse følelser ofte opstår hos patienter med horenedsettelse.

Ofte ligger den audiologiske afdelingen i tilknytning til en øre-, næse-, halsafdeling. Audiologiassistenten vil da også undersøge den horehammede forud for en eventuel horeforbedrende operation. Audiologiassistenten vil dertil fortage horeprøver efter operationen, for at dokumentere dennes effekt. I de tilfælde hvor der efter operationen stadig er behov for horeapparat, ser audiologiassistenten igen patienten.

Audiologiassistenten skal have gode pædagogiske færdigheder for at opnå pålidelige måleresultater og vellykkede behandlingsforløb for alle patientkategorier (f.eks. psykisk syge, de-

Formateret: Punkttegn + Niveau: 1 +
Justeret: 0 cm + Tabulator efter:
0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm,
Tabulatorstop: Ikke med 0,63 cm

Formateret: Punkttegn + Niveau: 1 +
Justeret: 0 cm + Tabulator efter:
0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm,
Tabulatorstop: 0,75 cm, Listetabulator
+ Ikke med 0,63 cm + 1,9 cm

Formateret: Punkttegn + Niveau: 1 +
Justeret: 0 cm + Tabulator efter:
0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm,
Tabulatorstop: -0,63 cm,
Listetabulator + Ikke med 0,63 cm +

Formateret: Punkttegn + Niveau: 1 +
Justeret: 0 cm + Tabulator efter:
0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm,
Tabulatorstop: -0,63 cm,
Listetabulator + Ikke med 0,63 cm +

mente, alvorligt syge, meget handicappede, nervøse og bange), samt for patienternes pårørende.

Audiologiassistenten skal kunne oplære og rådgive andre personalegrupper, plejepersonale, skoler, børnehaver o. lign.

Tilpasning og udlevering af høreapparater.

Udvælgelsen af høreapparater er i sig selv en stor opgave, pga. den ny teknologi og de stramme budgetter.

Tilpasningen af høreapparaterne foretages af audiologiassistenten under hensyntagen til patientens ønsker og dennes form for hørenedsættelse. Det er vigtigt at motivere patienten til at bruge høreapparatet, og det er ofte problematisk, når patienten ikke forstår, hvorfor et givent høreapparat ikke kan kompensere tilstrækkeligt for det høretab, der er fundet. En væsentlig opgave for audiologiassistenten bliver da, at kunne forklare patienten, hvorfor et givent apparat er valgt til ham/hende, således det undgås at patienten ikke bruger apparatet. Herved fremgår det, at man skal besidde evnen til at forklare tingene på en pædagogisk måde, hvorved det bliver forståeligt for patienten. Tilpasning af høreapparater foregår ved hjælp af computerbaserede programmer, således at patientens høretab kan afhjælpes optimalt.

Tilpasningen omfatter:

- Tilpasning efter audiogram med finindstilling
- Instruktion i brugen af høreapparat
- Efterjustering af høreapparaterne efter behov
- Telefonisk kontakt til patienterne for at afhjælpe mindre problemer.

Formateret: Indrykning: Venstre: 1,27 cm, Punkttegn + Niveau: 1 + Justeret: 0 cm + Tabulator efter: 0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm

Eftersom alt der vedrører IT ofte fornyes, fordrer det til audiologiassistenten om at kunne erhverve sig ny viden indenfor dette område. Det optager en del tid, at sætte sig ind i såvel nye apparater som nye programmer til tilpasningen af dem.

Service på apparater

- Fejlfinding og afhjælpning af mindre fejl på høreapparater.

Cochlear Implant

- Mapping af brugbart høreområde
- Tuning af sound processor.

Kvalitetssikring

- Indsamling af data vedrørende
 - effekt af høreapparat behandling
 - brugertilfredshed
- Bearbejdning og rapportering af data.

Administrative opgaver

- Bestilling af høreapparater
- Bestilling af custom-made høreapparater
- Bestilling af høretekniske hjælpemidler
- Lagerregistrering af høreapparater på computer med stregkodelæser
- Fakturering af høreapparater til amtet ved udlevering til patienten
- Statistik over udleverede høreapparater
- Optælling af høreapparatlager
- Attestering af fakturaer fra høreapparatfirmaerne til sygehusets økonomiafdeling

Formateret: Indrykning: Venstre: 1,27 cm, Punkttegn + Niveau: 1 + Justeret: 0 cm + Tabulator efter: 0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm

- Tage beslutning og udarbejde ansøgninger til større ting til afdelingen (f.eks. indkøb af inventar som borde, stole og lamper, og teknisk udstyr som computere, audiometre, hjernestammeudstyr osv.)
- Administrere høreapparater der kommer retur fra patienter
- Finde journaler til egne telefon-efterkontroller.

Undervisning

- Praktisk og teoretisk undervisning af audiologiassistentelever
- Undervisning af læger og sygeplejepersonale.

Vedligeholdelse af udstyr

- Sørge for at alle pc'er er opdaterede med nyeste programmer. Vedligeholdelse af NOAH databasen, og øvrige IT relaterede opgaver
- Kalibrering af udstyr
- Alm. vedligeholdelse af alt teknisk udstyr (printere, cd-afspillere, Aurical, høretelefoner osv.).

Formateret: Indrykning: Venstre: 1,27 cm, Punkttegn + Niveau: 1 + Justeret: 0 cm + Tabulator efter: 0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm

Formateret: Indrykning: Venstre: 1,27 cm, Punkttegn + Niveau: 1 + Justeret: 0 cm + Tabulator efter: 0,63 cm + Indrykning: 0,63 cm

Vedligeholdelse af viden

Da der foregår en rivende udvikling inden for høreapparatområdet, er det vigtigt at audiologiassistenten er omstillingsparat, således at de nye hjælpemidler hurtigt videreformidles til patienterne. Det er i denne forbindelse centralt, at audiologiassistenten hele tiden følger med i, hvad der sker på markedet. Dette sker primært gennem deltagelse i internationale konferencer, ved selvstudium og ved deltagelse i kurser arrangeret af høreapparatfirmaerne.

Landsudvalget for audiologiassistenter, under Teknisk Landsforbund, afholder efteruddannelseskurser der er med til at sikre audiologiassistentens muligheder for vedligeholdelse og tilegnelse af ny viden.

Forskning i audiologi

På nogle audiologiske afdelinger og øreafdelinger foregår der forskning på det audiologiske felt. Forskningen ledes ofte af læger eller ingeniører, men kan også ledes af audiologiassistenter, audiologopæder eller psykologer med interesse for forskning.

Forskningsopgaver omfatter:

- Udarbejdelse af protokol
- Anmeldelse til den videnskabetiske komité
- Ansøgning om økonomiske midler
- Praktisk udførelse af forskningsprojektet
- Indsamling og behandling af data
- Udarbejdelse af rapport, foredrag eller videnskabelig artikel.

Afprøvning af nye høreapparater i samarbejde med firmaerne

Forud for eller i forbindelse med introduktion af nye høreapparater, ønsker høreapparatfirmaerne ofte at produktet testes under realistiske forhold. Sådanne afprøvninger henlægges ofte på de audiologiske afdelinger. Arbejdet med afprøvninger omfatter:

- Udarbejdelse af protokol i samarbejde med firmaet
- Om nødvendigt anmeldelse til den videnskabetiske komité
- Praktisk udførelse af forskningsprojektet
- Indsamling og behandling af data
- Udarbejdelse af rapport til firmaet
- Eventuelt holdes der et foredrag eller skrives en videnskabelig artikel om resultatet.

4.2. Privat ansatte audiologiassistenter

Private høreklivnikker

Finansministeriet og Amtsrådsforeningen aftalte i 1999 at indføre en regel om, at hørehæmmede der indkøber høreapparat hos en privat forhandler, får et tilskud på 3.000 kr. pr. høreapparat. Lovgivning på området har senere hævet tilskuddet til 5.000 kr. pr. apparat. Der stilles betingelser til høreapparatforretningerne for salg af høreapparater med tilskud. Salget kan f.eks. kun finde sted efter henvisning fra otolog, og forretningen skal have audiologiassistenter ansat.

Bl.a. ovenstående har været med til at der er sket en stigning i private forretninger/klinikker og i antallet af audiologiassistenter, der er ansat hos disse.

Der findes over 80 private høreapparatforretninger i Danmark med omkring 98 ansatte audiologiassistenter. Vi vil givet snart se private høreapparatforretninger i samtlige amter. Langt de fleste af disse forretninger vil være betjent udelukkende af audiologiassistenter. Ca. 15 forretninger drives af eller har tilknytning til en øre-, næse-, halslæge. Når der ses bort fra sidstnævnte gælder det, at patienten, som nævnt, skal være henvist af otolog for, at der kan opnås offentlig tilskud til apparaterne. Disse patienter vil altså være otologisk diagnosticeret, men har jo oftest ikke været undersøgt af en audiolog. Igen er der således her nye og øgede krav til audiologiassistenten.

Den sandsynligvis lille gruppe patienter, der ikke ønsker offentligt tilskud kan få tildelt apparater helt uden lægelig undersøgelse, afhængig af audiologiassistentens holdning. Man kan forestille sig, at der indføres fuld egenbetaling for høreapparater. Med de nugældende regler vil kravet til lægelig undersøgelse muligvis falde helt væk for de patienter, der ønsker privat apparattildeling.

Den selvstændigt arbejdende audiologiassistent i egen butik, vil naturligvis ud over de generelle faglige krav, som at foretage øregangsafttryk og slibe/tilpasse øreproppen/skallen, stå over for nye specielle driftmæssige udfordringer, som økonomi, bogføring, salgsteknik, reklame, kundebetjening mm.

Historisk set har høreforsorgen i Danmark været varetaget af den offentlige sektor. Imidlertid er der indenfor de sidste år sket et skred, således at en stadig større del af høreapparattilpasninger nu foretages i den private sektor. Det skal dog bemærkes, at nogle varetager en servicefunktion og dermed ikke fungerer som egentlige salgssteder.

Den kommende generation af ældre (68 generationen eller "the baby boomers") vil i stadig stigende grad stille krav til en øget service og vil ikke acceptere ventelister. Dette er en udfordring for hele vores velfærdssystem og derfor også når det drejer sig om rehabilitering med høreapparater.

Det primære jobområde for en offentlig ansat audiologiassistent er, i samarbejde med audiologen, at foretage målinger der kan danne baggrund for en diagnose med efterfølgende behandling. Man ser i stigende grad, at audiologiassistenten ligeledes varetager tilpasninger og efterjusteringer.

Herunder en opstilling af nogle af de elementer, der indgår i det arbejde en audiologiassistent udfører i en privat høreklub:

- Interview
- Audiologiske målinger
- Afprøvning af høreapparater
- Aftryksstagning
- Tilpasning og justeringer.

Høreapparat virksomheder

Høreapparatvirksomheder skal forstås som udviklere, producenter, og/eller markedsførere på engrosniveau, af høreapparater og beslægtet udstyr.

Der befinder sig på det danske marked 3 store internationale, dansk grundlagte, høreapparat virksomheder. Yderligere er der 3 internationale virksomheder, der har europæisk eller skandinavisk hovedsæde i Danmark. Derudover findes en række importører på markedet.

Der er ca. 36 audiologiassistenter beskæftiget på privat høreapparatvirksomheder. Dette er muligvis det aktuelle behov, da der er en vilje i firmaerne til at betale det der koster, for at få den arbejdskraft man ønsker. Ved en forbedret/opnormeret uddannelse kan der forventes flere privatansættelser.

Den danske høreapparatindustri har med en global markedsandel på over 40% en væsentlig betydning for det danske arbejdsmarked og samfund, og er højt estimeret i udlandet. Baggrunden for succesen kan findes i en historisk krævende og konkurrencepræget dansk høre-forsorg, med et højt fagligt niveau.

Udviklingen blev drevet for år tilbage af danske læger, ingeniører, hørepædagoger og audiologiassistenter. I dag er det danske marked nok mindre styrende, men stadig vigtigt for virksomhederne.

Audiologiassistentstillingerne befinder sig spredt over virksomhederne, hovedsageligt i 3 typer afdelinger, nemlig udvikling (forskning), marketing og salg.

Udvikling og forskning

Audiologiassistenten deltager i forsknings- og udviklingsmæssigt arbejde af nye audiologiske principper, produkter og software. Arbejdet kan typisk indeholde de traditionelle opgaver som audiologiske undersøgelser og høreapparattilpasninger, men også andre opgaver som statistik, rapportskrivning mv.

Arbejdet består ofte i at udføre tests af nye features i høreapparater, nye høreapparater eller ny software til indstilling af høreapparater. Sådanne undersøgelser kan foregå i firmaet eller som eksterne undersøgelser på universiteter og klinikker. Arbejdet omfatter:

- Udarbejdelse af protokol til forsøget
- Praktisk udførelse eller supervision af forskningsprojektet
- Indsamling og behandling af data
- Udarbejdelse af rapport
- Eventuelt holdes der et foredrag eller skrives en videnskabelig artikel.

Audiologiassistenten medvirker ved generering af idéer til nye produkter og med vurdering af forslag til nye produkter.

Til brug for interne feltforsøg opbygges og vedligeholdes databaser over interesserede forsøgs-personer.

I forbindelse med introduktion af nye produkter vil audiologiassistenten ofte deltage i træning af firmaets personale. Der kan også være tale om at give grundlæggende audiologisk træning til personale med teknisk baggrund, og til marketing- og salgspersonale. Træning omfatter:

- Udarbejdelse af træningsmateriale
- Gennemførelse af træning
- Rapportering om træningen.

Marketing

Audiologiassistenten indgår typisk i tværfaglige arbejdsgrupper der udarbejder dokumentation og markedsføringsmaterialer, statistikker og reklame. Der deltages i høj grad som partnere med kunders kliniske teknologivurderinger, forskning mv. Det er også typisk undervisningsopgaver, der bliver brugt tid på, internt såvel som eksternt.

Salg

Salgsarbejdet er hovedsageligt et arbejde hvor virksomhedernes viden om produkterne skal føres ud til kunderne. Altså et meget undervisningspræget arbejde. En høj grad af deltagelse i tilpasninger, er ligeledes i dag standarden i de fleste firmaer. I forbindelse med ITE produktion deltager mange audiologiassistenter i ordrebehandling og kundeservice. Mange salgsopgaver foregår på eksportmarkeder. Yderligere er en del audiologiassistenter beskæftiget med ledelse på forskellige niveauer.

Privat høreapparattilpasning via danske øre-næse-halslæger

En række audiologiassistenter er ansat hos privatpraktiserende øre-næse-halslæger.

Danske øre-næse-halslæger Organisation (DØNHO) tæller 321 medlemmer, hvoraf 164 arbejder i ørelægepraksis. DØNHO's bestyrelse arbejder på at få placeret hovedparten af den lette høreapparattilpasning i speciallægepraksis, under en allerede eksisterende rammeaftale.

Nogle øre-næse-halslæger kan ende i et dilemma, idet de både henviser patienter og samtidig ejer private høreklinikker, som sælger høreapparater. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at disse private klinikker skal underkastes samme etiske krav og krav til uddannede som den øvrige høreomsorg.

Audiologiassistenten har ansvaret for selvstændigt at udføre følgende undersøgelser:

- Tonoaudiometri på børn og voksne
- Taleaudiometri
- Impedansundersøgelser
- Otoakustiske emissioner
- Nogle steder også hjernestammeaudiometri og vestibulærundersøgelse.

Undersøgelserne danner grundlag for en vurdering af, om det er muligt at tilbyde høreapparatbehandling. Alt efter patientens ønsker og i forhold til hørenedsættelsen skal audiologiassistenten kunne give den korrekte vejledning og iværksætte den rigtige høreapparatbehandling.

Audiologiassistenten skal have gode pædagogiske færdigheder for at opnå pålidelige måleresultater og vellykkede behandlingsforløb for alle patientkategorier samt for deres pårørende.

Aftryk:

- Aftryk af øregang til fremstilling af øreprop eller custom-made høreapparat.

Tilpasning og udlevering af høreapparater:

- Kopi af afsnit med samme overskrift under offentligt ansatte audiologiassistenter.

Service på høreapparater:

- Fejlfinding og afhjælpning af mindre fejl på høreapparater.

Kvalitetssikring:

- Indsamling af data vedr. effekt af høreapparatbehandling og brugertilfredshed.
- Bearbejdning og rapportering af data.

Administrative opgaver:

- Bestilling af høreapparater og andre materialer.
- Bestilling af custom-made høreapparater.
- Lagerregistrering
- Fakturering af høreapparater.
- Optælling og statistik.
- Administration.

Vedligeholdelse af udstyr:

- Sørge for at pc'er er opdaterede med nyeste programmer.
- Vedligeholdelse af databaser og øvrige IT relaterede opgaver.
- Kalibrering af måleudstyr
- Vedligeholdelse af teknisk udstyr (audiometre, høretelefoner m.m.)

Vedligeholdelse af viden:

Da der foregår en rivende udvikling inden for høreapparatområdet, er det vigtigt at audiologiassistenten er omstillingsparat, således at de nye hjælpemidler hurtigt viderefremmes til patienterne. Det er i denne forbindelse centralt, at audiologiassistenten hele tiden følger med i, hvad der sker på markedet. Dette sker primært gennem deltagelse i internationale konferencer, ved selvstudium og ved deltagelse i kurser arrangeret af høreapparatfirmaerne.

Landsudvalget for audiologiassistenter, under Teknisk Landsforbund, afholder efteruddannelseskurser der er med til at sikre audiologiassistentens muligheder for vedligeholdelse og tilegnelse af ny viden.

4.3. Opsamling - det audiologiske arbejdsmarked

Audiologiassistenterne arbejder flere steder og løser mange forskellige arbejdsopgaver. Følgende tabel samler op på arbejdsområder og arbejdsopgaver samt hvilke kompetencekrav, der stilles til audiologiassistenterne for at løse opgaverne.

Som det fremgår af tabellen er der en lang række kompetencekrav, som er ens for audiologiassistenterne uanset hvor de arbejder. Der er dog også en række kompetencekrav, som er forskellige afhængig af, hvilken arbejdsplads audiologiassistenten er ansat på.

Tabel: Opsamling af arbejdsopgaver og kompetencekrav

| Offentligt ansatte audiologiassistenter | | |
|--|--|---|
| Arbejdsområde | Arbejdsopgave | Kompetencekrav |
| Kliniske undersøgelser | <ul style="list-style-type: none"> - forskellige former for audiometri - gennemførelse af test og undersøgelser | <ul style="list-style-type: none"> - viden om metoder og teknik - anatomi og fysiologi - psykologiske og pædagogiske færdigheder - formidling/kommunikation og etik - samarbejde |
| Tilpasning og udlevering af høreapparater | <ul style="list-style-type: none"> - udvælgelse - tilpasning - instruktion - efterjustering | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - budget kendskab - computer kendskab - samtale om ønsker/behov - motivation til brug - oplæring/formidling/kommunikation |
| Service på apparater | <ul style="list-style-type: none"> - fejlfinding - afhjælpning | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - computer kendskab - samtale/kommunikation |
| Cochlear Implant | <ul style="list-style-type: none"> - mapping af brugbart høreområde - turning af sound processor | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - anatomi og fysiologi |
| Kvalitetssikring | <ul style="list-style-type: none"> - indsamling af data - bearbejdning af data - rapportering af data | <ul style="list-style-type: none"> - analytiske evner - formidling/kommunikation |
| Administrative opgaver | <ul style="list-style-type: none"> - bestilling af diverse - lagerregistrering - fakturering - statistik - journalarbejde | <ul style="list-style-type: none"> - økonomi/regnskab - statistik - organisere - koordinere |
| Undervisning | <ul style="list-style-type: none"> - oplæring - undervisning | <ul style="list-style-type: none"> - formidling/kommunikation/ præsentation |
| Vedligeholdelse af udstyr | <ul style="list-style-type: none"> - opdatering af udstyr - kalibrering | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - måling |
| Vedligeholdelse af viden | <ul style="list-style-type: none"> - deltagelse i konferencer - faglitteratur | <ul style="list-style-type: none"> - analytiske evner - sprog |
| Forskning i audiologi | <ul style="list-style-type: none"> - udarbejdelse af protokol - videnskabsetiske komité - økonomi - praktisk udførelse - indsamling og behandling af data - rapportskrivning | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - produktudvikling - kommunikation - analytiske evner - formidling – skriftligt og mundtligt - projektarbejde/-ledelse |
| Afprøvning af nye høreapparater i samarbejde | <ul style="list-style-type: none"> - udarbejdelse af protokol | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - produktudvikling |

| | | |
|---|---|--|
| med firmaer | <ul style="list-style-type: none"> · evt. videnskabetiske komité · praktisk udførelse · indsamling og behandling af data · rapportskrivning · formidling | <ul style="list-style-type: none"> · kommunikation · analytiske evner · formidling – skriftligt og mundtligt · projektarbejde/ledelse |
| Ansatte i privat audiologisk service | | |
| Arbejdsområde | Arbejdsopgave | Kompetencekrav |
| Kliniske undersøgelser | <ul style="list-style-type: none"> · forskellige former for audiometri · gennemførelse af test og undersøgelser | <ul style="list-style-type: none"> · viden om metoder og teknik · anatomi og fysiologi · psykologiske og pædagogiske færdigheder · formidling/kommunikation og etik · samarbejde |
| Tilpasning og udlevering af høreapparater | <ul style="list-style-type: none"> · udvælgelse · tilpasning · instruktion · efterjustering | <ul style="list-style-type: none"> · teknisk kendskab · budget-kendskab · computer-kendskab · samtale om ønsker/behov · motivation til brug · oplæring/formidling/kommunikation |
| Service på apparater | <ul style="list-style-type: none"> · fejlfinding · afhjælpning | <ul style="list-style-type: none"> · teknisk kendskab · computer-kendskab · samtale/kommunikation |
| Administrative opgaver | <ul style="list-style-type: none"> · økonomi · bogføring · bestilling af diverse · lagerregistrering · fakturering · statistik | <ul style="list-style-type: none"> · økonomi/regnskab · statistik · organisere · koordinere |
| Salg | <ul style="list-style-type: none"> · salg · reklame · kundebetjening | <ul style="list-style-type: none"> · salgsteknik · markedsføring · service |
| Undervisning | <ul style="list-style-type: none"> · oplæring af kolleger | <ul style="list-style-type: none"> · formidling/kommunikation/ præsentation |
| Ansatte i høreapparatvirksomheder | | |
| Arbejdsområde | Arbejdsopgave | Kompetencekrav |
| Udvikling og forskning | <ul style="list-style-type: none"> · udarbejdelse af protokol · praktisk udførelse · indsamling og behandling af data · rapportskrivning · formidling af rapportens konklusioner | <ul style="list-style-type: none"> · teknisk kendskab · kommunikation · analytiske evner · idégenererende/produktudvikling · formidling – skriftligt og mundtligt · projektarbejde/ledelse |
| Marketing | <ul style="list-style-type: none"> · udarbejdelse af dokumentations- og markedsføringsmateriale | <ul style="list-style-type: none"> · projektarbejde/ledelse · tal og statistisk · markedsføring |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - udarbejdelse af statistikker - udarbejdelse af reklame - undervisning | <ul style="list-style-type: none"> - formidling/kommunikation |
| Salg | <ul style="list-style-type: none"> - undervisning - tilpasninger - ordrebehandling - kundeservice - eksportmarkeder - ledelse | <ul style="list-style-type: none"> - formidling/kommunikation - teknisk kendskab - økonomi/regnskab - samtale - sprog - ledelse |
| Ansatte hos øre-næse-halslæger | | |
| Arbejdsområde | Arbejdsopgave | Kompetencekrav |
| Kliniske undersøgelser | <ul style="list-style-type: none"> - forskellige former for audiometri og test | <ul style="list-style-type: none"> - viden om metoder og teknik |
| Måltagning | <ul style="list-style-type: none"> - aftrykstagning | <ul style="list-style-type: none"> - anatomi og fysiologi - psykologiske og pædagogiske færdigheder |
| Høreapparater | <ul style="list-style-type: none"> - udvælgelse - tilpasning - instruktion - service - fejlfinding - afhjælpning | <ul style="list-style-type: none"> - kommunikation og samarbejde - teknisk kendskab - motivation/formidling - IT-kendskab - budget kendskab |
| Kvalitetssikring | <ul style="list-style-type: none"> - dataindsamling - bearbejdning af data | <ul style="list-style-type: none"> - analytiske evner - formidling |
| Administrative opgaver | <ul style="list-style-type: none"> - bestilling af varer - lagerregistrering - fakturering | <ul style="list-style-type: none"> - økonomi/regnskab - statistik - organisere |
| Vedligeholdelse af udstyr | <ul style="list-style-type: none"> - opdatering - kalibrering | <ul style="list-style-type: none"> - teknisk kendskab - evner for måling |
| Vedligeholdelse af udstyr | <ul style="list-style-type: none"> - deltagelse i konferencer - anvende faglitteratur | <ul style="list-style-type: none"> - analytiske evner - sprog |

Kapitel 5

Audiologiassistentuddannelsen og behov for nyudvikling

5.1. Nuværende uddannelser

Audiologiassistentuddannelsen

Audiologiassistentuddannelsen er blevet revideret et par gange gennem tiden, senest pr. 1. juli 2005. I dag er uddannelsen et speciale på erhvervsuddannelsen Hospitalsteknisk assistent, hvor neurofysiologi er det andet speciale. Uddannelsen varer 2 år og 6 mdr., og består af henholdsvis skoleundervisning og praktik under erhvervsuddannelses-indgangen "Service". Skoleundervisningen i hovedforløbet foregår på Odense Tekniske Skole, mens praktikken typisk foregår på et sygehus.

Uddannelsen føres under betegnelsen Hospitalsteknisk assistent med følgende to specialer:

- På specialet **audiologiassistent** lærer eleven at foretage høreprøver, undersøge øret og tilpasse høreapparater. Eleven får viden om forskellige årsager til dårlig hørelse og lærer at finde ud af, om en patient eventuelt skal opereres eller have høreapparat.
- På specialet **neurofysiologiassistent** undervises i hvordan hjernen og nerverne fungerer. Eleverne er med til at undersøge patienter for epilepsi, betændelse, hjerneblødninger og andre hjernesygdomme. Eleven får kendskab til, hvordan elektroder anbringes på patientens hoved, at passe maskinen der aflæser resultater og at skrive journal til lægen.

Uddannelsen består af et grundforløb og et hovedforløb. Grundforløbet foregår på skolen, hvor nogle fag er fælles for flere af uddannelserne inden for Teknik, Sundhed og Service. Hovedforløbet veksler mellem praktik og skoleundervisning. Man kan kun starte på hovedforløbet, hvis man har en uddannelsesaftale med et godkendt praktiksted.

Grundforløbet indeholder følgende fag:

Arbejdsmiljø, dansk, ergonomi, førstehjælp og brandbekæmpelse, hygiejne, informationsteknologi, læring kommunikation og samarbejde, matematik, materialeforståelse, produktudvikling, produktion og service, psykologi, anatomi og fysiologi, engelsk samt teknik.

Hovedforløbet indeholder følgende fag:

Engelsk, fysik, sygepleje og sundhedsvæsen, sundhedsfaglig kommunikation og etik, teknik, audiometri, høreapparat, patologi, ørets anatomi og fysiologi samt specialefag (diagnostisk strategi, psykoakustik, tinnitus/cochlear implant, svimmelhed/balanceforstyrrelser, tekniske hjælpemidler, høreapparatteknik, hørenedsættelse hos børn, erhvervsøkonomi samt salg og service).

Uddannelsen veksler mellem skole og praktik. Eleven kan starte på skole eller i praktik. For at starte i praktik skal der foreligge en uddannelsesaftale med en arbejdsgiver. På uddannelsen får eleven en grundlæggende viden om behandling af hørenedsættelser. Eleven lærer at måle patienters hørelse og vurdere måleresultaterne. Herudover lærer eleven, hvordan resultaterne skrives ned i form af journaler, der overdrages til speciallæger. I samarbejde med læger, tages stilling til behandling af patienterne og om tilpasning af eventuelle hjælpemidler.

Uddannelsen er en ungdomsuddannelse, og adgangskravet er folkeskolens 9. eller 10. klasse. Elever med folkeskolens udvidede afgangsprøve i dansk, engelsk, fysik og matematik eller tilsvarende fag foretrækkes.

Praktik

I praktikperioderne arbejder eleven praktisk med alt det, der er undervist teoretisk indenfor. Eleven bliver fortrolig med faget og lærer at arbejde sammen med kolleger. Gennem praktikken får eleven efterhånden også en vis rutine i at måle og vurdere hørenedsættelser. Der arbejdes efter en uddannelsesplan, som eleven og skolen laver sammen med praktikstedet.

Eleverne er selv ansvarlige for at finde en praktikplads, hvilket kræver en stor personlig indsats. Eleven kan få hjælp af skolen. Praktikstedet skal være godkendt af Det Faglige Udvalg for Hospitalsteknisk Assistentuddannelse. På www.praktikpladsen.dk findes en oversigt over godkendte praktiksteder. Når eleven har fundet et godkendt praktiksted, skal der indgås en skriftlig uddannelsesaftale, der fungerer som ansættelseskontrakt. Der er ikke mulighed for at komme i skolepraktik. Fra 2005 er det blevet muligt at indgå kombinationsaftaler, hvor praktiktiden forledes mellem en offentlig og privat klinik. Det er faglig udvalgs forventning, at denne mulighed vil bidrage til at øge antallet af praktikpladser og dermed færdiguddannede audiologiassistenter.

Eksamen

Eleven skal til prøve i en række fag på grundforløbet. Efter grundforløbet udstedes et bevis, der giver adgang til hovedforløbet. På hovedforløbet er der prøver, hvor eleven får karakterer undervejs. Der afsluttes med eksamen, en tilfredsstillende erklæring fra praktikstedet og et uddannelsesbevis.

Videreuddannelsesmuligheder

Eleven har mulighed for at kunne videreudanne sig til Diplomingeniør eller IT & Elektronikteknolog. Der er mulighed for merit for dele af undervisningen, såfremt der foreligger dokumentation for en anden relevant uddannelse eller arbejde.

Andre danske uddannelser inden for audiologiområdet

På Københavns Universitet, Humaniora, kan man læse en bacheloruddannelse eller en kandidatuddannelse i audiologopædi. Bacheloruddannelsen giver kompetence enten som logopæd, audiologopæd eller som læsepædagog, mens en kandidatuddannelse giver kompetence inden for mindst to af områderne.

Bacheloruddannelsen er normeret til 3 års fuldtidsstudie, og cand.mag.-uddannelsen varer 2 år i forlængelse af bacheloruddannelsen. Begge uddannelser er videregående uddannelser, og adgangskravet er en gymnasial uddannelse.

På Danmarks Tekniske Universitet (DTU) kan man specialisere sig i Engineering Acoustics på enten diplomingeniør- eller civilingeniøruddannelsen. DTU har i maj 2003, etableret Center for Anvendt Høreforskning, der er en del af sektionen Akustik Teknologi i instituttet Ørsted-DTU. Formålet med centeret er at fremme forskning og uddannelse indenfor akustik kommunikation, med vægt på signalanalyse og signalbehandling i menneskets auditive system, hørehæmmedes lydopfattelse, anvendelse af auditive modeller i høreapparater, måling og analyse af hørelsens funktion i klinisk og teknisk audiologi, samt opfattelse af tale.

Uddannelserne på DTU er videregående uddannelser, og adgangskravet er en gymnasial uddannelse.

Internationale uddannelser

I hele uddannelsessystemet arbejdes der med temaet internationalisering. Vigtige grunde er dels den stigende internationalisering af jobbene, dels uddannelsespolitikens integration i den internationale politik. Der er på alle niveauer et behov for, at de danske uddannelser kan anerkendes i andre lande.

Når man undersøger de uddannelser som audiologi-faggruppen har i andre lande, er det kendetegnende, at de fleste af de lande vi typisk sammenligner os med, har en uddannelse på et højere niveau end den danske for at varetage audiologiassistentens opgaver.

Sverige

I Sverige har man en audionomuddannelse, som kan tages på flere institutioner. Uddannelsen er af 3 års varighed og indeholder både teori og praksis. På Universitetet i Lund er det muligt at forlænge denne 3-årige bacheloruddannelse med en kandidateksamen.

Finland

I Finland skal man have en sygeplejeuddannelse eller lign., og derefter kan man få 32 ugers uddannelse i audiologispecialitet.

Norge

I Norge har man i 2002/2003 ændret den gamle 2-årige audiograf uddannelse til en 3-årig bacheloruddannelse med titlen Audiolog. Derudover skal det være muligt efterfølgende at tage en 2-årig uddannelse på kandidatniveau. Uddannelsen er erhvervsrettet og kan tages ved Høgskolen i Sør-Trøndelag eller Oslo Universitet.

England

I England er der indført en ny uddannelse fra år 2002, som er en 4-årig uddannelse med først 2 år på Universitet (i Manchester eller Leicester), derefter 1 års praktik på klinikker og til sidst 1 år igen på universitetet. I England er der også en uddannelse til Assistent Technical Officer, som hovedsagligt består af uddannelse på jobbet, samt noget skoleundervisning som skal sikre at eleverne når et vist niveau i audiologi. Uddannelsen er på det danske erhvervsuddannelsesniveau.

USA

I USA er uddannelsen en 4-årig uddannelse (både teori og praksis) og svarer til en bacheloruddannelse. Det foregår lidt forskelligt i de forskellige stater.

Tyskland

I Tyskland er der uddannelser i Oldenburg og Akademie für Hörgeräte-Akustik in Lübeck. Hörgeräteakustiker(in) i Lübeck er en 3-årig uddannelse og svarer til audiologiassistentuddannelsen i Danmark.

I Oldenburg har man i samarbejde med European Federation of Audiological Societies (EFAS) udviklet uddannelsen General Audiologist, som består dels af en bacheloruddannelse (diplomingeniør) og af en kandidatuddannelse (master). Uddannelsen indeholder både teoretiske og praktiske semestre.

Den tyske uddannelsesinstitution i Lübeck er i samarbejde med 11 andre uddannelsesinstitutioner i EU-lande i et Leonardo Da Vinci-projekt i gang med at udvikle en uddannelse, som kan bruges i hele Europa.

5.2. Krav til fremtidige uddannelser

Indtil videre har rapportens fokus været at beskrive eksisterende forhold, som direkte eller indirekte påvirker audiologiassistentens uddannelse og arbejdsmarked. Det er bl.a. følgende forhold:

- den teknologiske udvikling
- mere specialiserede undersøgelser og behandlingsformer
- mangel på lægefagligt personale
- mangel på audiologiassistenter
- antallet af høreapparatbrugere vil stige i de kommende år
- de private høreklinikker er kommet for at blive

Ovennævnte forhold betyder, at det er nødvendigt med en revision af uddannelsen. Og arbejdsgruppen vil i den forbindelse komme ind på muligheder for at forbedre uddannelsen på kort sigt og over en længere periode.

Uddannelsen på kort sigt

Arbejdsgruppen vurderer for det første, at det vil være hensigtsmæssigt at revidere og styrke den eksisterende erhvervsuddannelse til audiologiassistent. Arbejdsgruppen støtter derfor, at den nuværende 2½-årige uddannelse udvides med et ½ år mere, hvor der lægges stor vægt på følgende teoretiske færdigheder:

- *Sociale mekanismer*, med orientering om sygdomsbegreb og hvordan sygdom opstår og udvikler sig i hverdagslivet. Herunder forståelse af mennesket (den syge, eller den der har symptomer), det enkelte menneskes daglige håndtering (dæmpning, regulering) af sygdomsprocessen, forståelse af de specifikke sociale mekanismer hvorved symptomer udvikler sig over tid.
- *Kommunikation*, eleven skal indføres i formidlingsteknik af de faglige budskaber, både mundtligt og skriftligt.
- *Adfærd, holdninger, etik og ansvarligheden*, eleven skal indføres i udvisning af respekt over for patienter, pårørende, kollegaer og andre samarbejdspartnere. Indsigt i både personlig og klinisk hygiejne. Erkende og overholde grænserne for sin egen kompetence.
- *Aftryksstagning*, herunder en meget grundig undervisning i ydre øre/ mellemørets anatomi/fysiologi/patologi
- *Rehabilitering*, herunder pædagogisk opfølgning
- *Internationalisering*, eleven bør introduceres til hvorledes høreforsorg udføres i andre lande og verdensdele. Ligeledes bør den vigtigste udenlandske litteratur præsenteres. Derudover vægt på international vidensudveksling og samarbejde.
- *Kommercielle fag*, hvor eleven indføres i økonomisk nøgletalsberegning, reklame og markedsføring, kvalitetssikringssystemer, organisations- og ledelsesteorier, samt købeloven.
-

Arbejdsgruppen finder det nødvendigt at skille audiologi-speciale fra neurofysiologi-specialet og evt. også fra nogle af de bindinger der er på fagene i service-indgangen og sundhedsfamilien. Årsagen hertil er, at mange af de fællesfag ikke er relevante for audiologi-speciale og disse timer kan således bruges mere hensigtsmæssigt på ovennævnte emner og for at sikre et vis niveau heri.

Arbejdsgruppen ser positivt på ændringer i kravene til godkendelse som praktiksted, som betyder, at private klinikker også kan tage del i at uddanne elever. Arbejdsgruppen finder dog også, at det er nødvendigt at opretholde de eksisterende krav til godkendelse af praktiksted i offentlig regi, og at elever, som er i praktik hos en privat klinik også skal i praktik i en periode på et offentlig sygehus.

Endelig finder arbejdsgruppen det hensigtsmæssigt at ændre uddannelsens titel. "Assistent-titlen" er misvisende fordi den uddannede ofte udfører selvstændigt arbejde både på offentlige og private høreklinikker.

Ud over den egentlige uddannelse, bør man snarest se på mulighederne for at etablere en efteruddannelse. Det er kritisk, at der ikke findes anden efteruddannelse end den firmaerne tilbyder, og de kurser man har mulighed for at deltage i på de forskellige kongresser rundt om i verdenen. Der skal arbejdes på at udvikle, etablere og gennemføre en række arbejdsmarkedsuddannelser, som er relevante for audiologiassistenter.

Uddannelsen på lidt længere sigt

For at leve op til de stigende krav og behov indenfor høreforsorgen i Danmark og den ligeså øgede internationalisering af forskning, behandling og produktudvikling, er det meget påkrævet, at der udvikles en ny og forstærket uddannelse; i første omgang som et supplement til den eksisterende erhvervsuddannelse. På den måde kan Danmark også tilbyde en uddannelse inden for audiologi med et tilstrækkeligt højt niveau til at blive internationalt anerkendt.

Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at der udbydes bachelor indenfor audiologi. Det sikrer for det første, at der stilles højere adgangskrav; en gymnasial baggrund, en erhvervsuddannelse med særlige gymnasiale fag på særlige niveauer.

For det andet er det stadig muligt at sikre en blanding af teori og praktik inden for rammerne af en bachelor. I sådanne uddannelser indgår der planlagte perioder med praktik på virksomheder. Arbejdsgruppen finder det vigtigt, at der stadig indgår praktik i en audiologi-uddannelse fordi kun ved praktisk uddannelse under supervision kan den studerende få rutine i korrekt udførelse af de audiologiske undersøgelser.

Den studerende skal opnå erfaring inden for en række områder, herunder:

- mulige fejl i udførelse og bedømmelse af resultater
- informationsproblemer med patienter, for at man kan få korrekt medvirken
- hvordan man som undersøger og behandler forholder sig over for pårørende.

Ikke mindst i forbindelse med undersøgelse af børn kan den studerende kun opnå rimelig sikkerhed og god fremgangsmåde ved at medvirke i rigtig mange undersøgelsesopgaver af forskellige sværhedsgrader.

Udvælgelse og tilpasning af høreapparater kræver ud over kendskab til de tekniske muligheder stor indsigt i de enkelte patienters behov, interesser og sindstilstand. Derfor er det vigtigt, at den studerende i praktik udfører dette og oplever resultater af egne valg og tilpasninger af høreapparater. Instruktion i brugen af høreapparater er også nødvendigt for at opnå erfaring i, da dette kan være af mange forskellige sværhedsgrader og ofte med store udfordringer både pædagogisk og psykologisk.

Ud over indlæring af disse basale faglige færdigheder får den studerende i praktiktiden også indsigt i mange andre almene ting, som kan være af stor vigtighed. Især kan nævnes samarbejde med kolleger og med de mange andre faggrupper, som arbejdsopgaverne løses sammen med.

For det tredje betyder en bachelor-uddannelse, at den teoretiske undervisning er på et så højt niveau, at det giver de audiologi-uddannede de nødvendige kompetencer for at udføre de – i højere grad – komplicerede og udvidede arbejdsfunktioner.

Arbejdsgruppen forestiller sig, at en fornyet audiologiassistent-uddannelse og en ny bachelor inden audiologi sammen kan sikre den nødvendige og kompetente udførelse af de arbejdsopgaver inden for det audiologiske område. Ud over disse to uddannelser tager arbejdsgruppen det som en naturlig forudsætning, at der stadig er et medicinsk speciale på området, samt at der uddannes ingeniører til høreapparatudviklingen og audiologopæder til at varetage opgaver inden for det pædagogiske område.

Arbejdsgruppen har fundet inspiration til foreslåede konstellation i det danske uddannelses-system, idet der er en parallel på det sundhedsfaglige område; nemlig henholdsvis social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken. Social- og sundhedsassistenten er en erhvervsuddannelse og uddannelsen til sygeplejersken er en professionsbachelor. Som social- og sundhedsassistent har man med nogle gymnasiale fag adgang til uddannelsen som sygeplejerske.

Arbejdsgruppen finder det væsentligt at denne nye uddannelse udbydes af en uddannelsesinstitution, som har andre uddannelser inden for blandingen: det tekniske, det medicinske og det menneskelige.

Inspirationen er, som nævnt, også hentet i nogle af de lande, vi sammenligner os med. I Sverige og Norge uddannes der professionsbachelor på dette område. I Tyskland er man sammen med 11 andre EU-lande i gang med at udvikle en bachelor, som kan godkendes i hele EU.

Projektet i Tyskland sker mellem 11 EU-lande, og arbejdsgruppen anbefaler, at Danmark snarest indgår i dette projekt for at få yderligere inspiration til at udvikle en uddannelse, som ligger inden for rammerne af det danske uddannelsessystem og samtidig vil være anerkendt i hele EU.

Arbejdsgruppen har følgende bud på elementer, som en bachelor inden for audiologi skal indeholde:

- fag inden for det tekniske, matematiske område
- fag inden for det medicinsk-audiologiske område
- virksomhedsfag
- sprogfag
- praktik
- bacheloropgave

5.3. Sideløbende udvikling

Sideløbende med arbejdsgruppens arbejde har Syddansk Universitetscenter været i gang med at udvikle to nye uddannelser, som udbydes fra efteråret 2005. De ligger inden for området: audiologi (studie og behandlingen af hørenedsættelser og følgerne deraf) og audiologopædi (kommunikationsvanskeligheder – studie af hørenedsættelser og sprog- og talevanskeligheder samt behandlingen deraf).

Audiologi-uddannelsen er en bachelor-uddannelse, hvor der er mulighed for at specialisere sig inden for **pædagogisk audiologi** eller **teknisk audiologi**. Et speciale inden for pædagogisk audiologi giver kompetencer til blandt andet undervisning af børn og voksne med hørenedsættelse. Et speciale inden for teknisk audiologi giver kompetencer til at undersøge og diagnosticere personer med hørenedsættelse, herunder audiolgiske målemetoder og tilpasning af høreapparater.

På den pædagogiske audiolgiske specialisering lægges hovedvægten på følgende elementer:

- pædagogisk audiologi
- klinik
- pædagogik og handicap
- psykologi
- teoretisk og anvendt sprogvidenskab
- psykolingvistik og sprogtilegnelse
- medicinsk audiologi

På den tekniske audiolgiske specialisering lægges hovedvægten på følgende elementer:

- teknisk akustik
- audiolgiske målemetoder og høreapparatbehandling/-tilpasning
- medicinsk audiologi
- klinik
- pædagogisk audiologi

På begge specialer sikres de studerende en tæt praktisk forankring, idet de tekniske audiologer skal igennem et halvt års praktik, og de pædagogiske audiologer skal gennemføre 7 ugers praktik.

Uddannelsen inden for audiologopædi er en kandidat-uddannelse, hvor det er muligt at specialisere sig i **audiologopædi**, **teknisk audiologi**, som **udviklingskonsulent** eller at følge en særligt **forskerrettet specialisering**.

Fælles for alle specialeretninger er følgende fag:

- metode og statistik
- perception, produktion og akustik
- sprog og kulturer
- vidensformidling
- patientkommunikation
- rehabilitering

Specialisering i audiologopædi indeholder følgende obligatoriske særfag:

- analyser af stemme- og taleledelser
- børneaudiologi
- videregående voksenlogopædi I

- videregående voksenlogopædi II
- videregående børnelogopædi
- tegnstøttet kommunikation

Specialisering i teknisk audiologi indeholder følgende obligatoriske særfag:

- børneaudiologi
- medicinsk audiologi
- psykoakustik
- teknisk akustik
- avanceret høreapparat teknik
- cochlear implantat: teknik

Specialisering som udviklingskonsulent indeholder følgende obligatoriske særfag:

- tosprogethed
- psykolingvistik og sprogtilegnelse
- måle- og evalueringsværktøj

Specialisering som forsker indeholder følgende obligatoriske særfag:

- måle- og evalueringsværktøj
- metode og statistik II
- videnskabsteori

Arbejdsgruppens vurdering af Syddansk Universitetscenters uddannelser

Arbejdsgruppen vurderer, at den nye uddannelse inden for teknisk audiologi på Syddansk Universitetscenter i nogen udstrækning lever op til de kompetencekrav, der er på det fremtidige audiologiske arbejdsmarked. Arbejdsgruppen finder det dog vigtigt, at uddannelsen i højere grad bliver forankret i det faglige miljø omkring audiologi.

Arbejdsgruppen finder, at de elementer, der indgår i den teknisk audiologiske specialisering og på kandidatuddannelsens særfag er yderst relevante. Samtidig finder arbejdsgruppen det optimalt, at der indgår et praktikophold i løbet af uddannelsen.

For at sikre at uddannelsen er internationalt anerkendt, anbefaler arbejdsgruppen Syddansk Universitetscenter til at indgå i internationale/europæiske samarbejder, fx Leonardo da Vinci programmet.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen, at der i den løbende udvikling/justering af uddannelse tages mere højde for det private arbejdsmarked og de kompetencekrav, som der er særlig gældende for dette markedet. Det bør også overvejes om dele af praktikperioden kan foregå på private høreklinikker.

5.4. Opsamling

Dette kapitel har dels beskrevet eksisterende uddannelser på området samt kommet med forslag til en forbedret ny audiologiassistent-uddannelse på kort sigt samt bud på en bacheloruddannelse på området. Arbejdsgruppen har desuden forholdt sig til det seneste uddannelsesudspil på området – uddannelsen inden for teknisk audiologi på Syddansk Universitetscenter.

På grund af situationen på de offentlige høreklinikker (mangel på audiologer og audiologiassistenter), de nye jobmarkeder (private høreklinikker og firmaer) samt de stadig større og flere

kompetencekrav til ansatte på dette arbejdsområde, finder arbejdsgruppen det tvingende nødvendigt, at der sker noget med uddannelserne nu. Audiologiassistentuddannelsen skal skilles fra neurofysiologiassistentuddannelsen og opgraderes, og den nye uddannelse på Syddansk Universitetcenter skal udvikles så den kan bruges på både det offentlige og private arbejdsmarked.

Arbejdsgruppen står gerne til rådighed med råd og vejledning i forbindelse med den løbende udvikling/justering af alle uddannelser på området.

Appendiks

Audiologien i Danmark og i verden (1620-2003)

De døve organiserer sig

Den spanske katolske præst, Juan Pablo Bonet (1579-1633), var en af de første der gav sig i kast med undervisning af døve mennesker. Han var ansat hos en spansk stormand i hvis familie der var en døvstum mand. Bonet tog sig af dennes undervisning. Resultatet med undervisningen af denne ene elev var relativt godt, og han forklarede sit system i bogen, "Reducción de las letras y arte para enseñar á hablar los mudos" (Madrid, 1620).

Jacob Rodrigues Pereire (1715-1780) var en portugisisk jøde, der på grund af jødeforfølgelserne i Portugal i 1741 udvandrede til Bordeaux, Frankrig. Her udviklede han omkring 1745 en metode, som gjorde det muligt at undervise døve i at læse og tale.

Charles-Michel de l'Épée (1712-1789) var ligesom Bonet, katolsk præst og havde læst dennes bog, da han i 1756 grundlagde en skole i Paris for døve. Her udvikledes et sprog.

I 1800 blev den første skole for døve børn med tilknytning til Danmark, oprettet i Kiel. Den danske konge var fra gammel tid hertug af Slesvig og Holsten, hvor Kiel er beliggende.

I 1807 indførtes ved lov undervisning af døve børn i Danmark og i 1866 dannedes "Døvstummes Forening af 1866" ved et møde i København.

Der bygges og sælges høreapparater

Omkring 1800 startede firmaet F.C. Rein i London produktionen af akustiske høreapparater. Skotske Alexander Graham Bell (1847-1922) havde en stærkt tunghør mor og 1871 blev han lærer på en døveskole i Boston, USA. Han giftede sig med en af eleverne på døveskolen og i 1876 opfandt han "talemaskinen" – telefonen. Bells telefon indeholdt de samme komponenter som siden blev anvendt i et elektronisk høreapparat, bygget i 1892 af Dr. Ferdinand Alt, på Piltzer klinikken i Wien. Disse komponenter var mikrofon, batteri og øretelefon. Dette var så vidt man ved, verdens første elektroniske høreapparat, og det blev sandsynligvis kun bygget i ét enkelt eksemplar. Verdens første kommercielle høreapparat kom på gaden i 1899 i USA. Tre år efter, i 1902, fik den danske prinsesse Alexandra et høreapparat ved sin kroning til Englands dronning (gift med Edward d. VII).

Det første danske høreapparatfirma opstår

I 1904 købte Hans Demant i England et amerikansk høreapparat af mærket "Acousticon" til sin tunghøre kone. Herefter importerede Hans Demant og fra 1910 hans søn, William Demant, høreapparater og høreapparatdele, som blev samlet til høreapparater i København. På dette tidspunkt afhang høreapparaternes forstærkning af det indbyrdes størrelsesforhold mellem mikrofon og øretelefon. Jo større mikrofonens membran var, i forhold til øretelefonens membran, jo større forstærkning fik man. I 1914 introducerede firmaet Siemens & Halske en lille øretelefon til at anbringe i øret. Høretelefonen (som blev kaldt "Hasselnødden") anvendtes sammen med et lommeapparat.

De første danske høreapparater produceres

Under Tysklands besættelse af Danmark (1940-1945) kneb det med at få komponenter frem til William Demants høreapparatsamlefabrik. Det gav måske stødet til, at William Demants firma i 1946 producerede det første rent danske høreapparat, Oticon model TA, som var et lommeapparat. Højtalerfabrikken Danavox var i 1943 begyndt at importere høreapparater og i

1947 producerede Danavox sit første høreapparat, også et lommeapparat ved navn Aditone model 410.

De tunghøre organiserer sig

Allerede i 1892 blev det første høreinstitut i Danmark oprettet. Det var Statens Mundaflæsnings Kursus i Fredericia. I 1903 forsvarede døveskoleforstander Georg Forchammer sin doktorafhandling. Doktorafhandlingen handlede om et "Mund-hånd-system" han selv havde opfundet, hvor mundaflæsningen understøttes ved hjælp af 14 håndstillinger.

I 1912 oprettedes Tunghøres Vel (senere Landsforeningen for Bedre høreelse). Tunghøres Vel havde en høreapparatsamling, hvor hørehæmmede kunne låne høreapparater til afprøvning inden et eventuelt køb. Fra 1929 tillod invalide forsikringsretten at hørehæmmede, som på grund af deres arbejde havde brug for et høreapparat, nu kunne få det på prøve direkte fra høreapparatsamlingen.

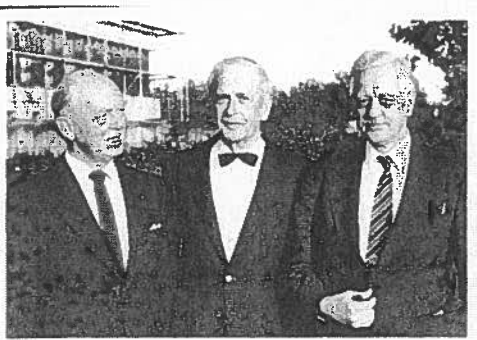
I 1933 blev Steinckes sociallove vedtaget, men kun døve (ikke hørehæmmede) var omfattede af loven. I 1937 åbnede lægen Dr. Phyllis Kerridge den første engelske høreapparatklinik på London University Hospital.

Den offentlige høreforsorg i Danmark bliver en realitet

I 1950 indførte den nye sociallov gratis udlån af høreapparater til de hørehæmmede og i 1951 blev der oprettet tre statslige hørecentraler: Én i København, én i Odense og én i Århus. Audiometriske undersøgelser og høreapparattilpasning blev foretaget af audiometricer, ofte oplært HK-personale eller sygeplejersker. Der anvendtes store audiometre af mærket P.O. Pedersen, til måling af hørelsen. Høretelefonerne sad på store rustfri stålkugler, som var anbragt på et stort tungt stativ. Ved hjælp af håndtag kunne kuglerne skrues tæt ind til hovedet.

Instruktion i brugen af høreapparater og tekniske hjælpemidler, undervisning i mund-hånd systemet mm. blev varetaget af høreopdagere på høreinstitutioner.

Høreklivkernes ansatte var aktive forskere ved siden af deres virke med at behandle patienterne. Deres idéer blev omsat i nye apparater, der blev sendt på markedet af fabrikanterne af audiologisk måleudstyr. Hermed blev grunden for dansk audiologisk måleudstyrs fremtrædende stilling på verdensmarkedet lagt. Overlæge Røjskjær, på Hørecentralen i Odense, indførte på denne tid taleaudiometri i Danmark. Talematerialet var indspillet på 78 rpm grammofonplader.



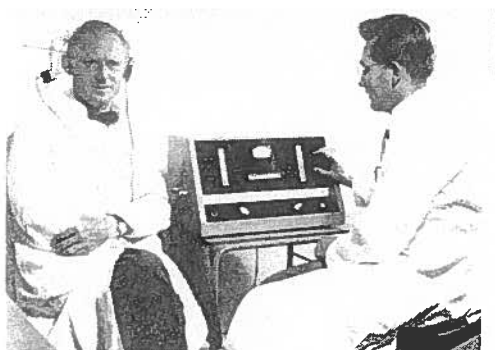
Audiologiens tre pionerer i Danmark: Harald Ewertzen, Christian Røjskjær og Ole Bentzen. Billedet er taget i 1983 i forbindelse med forsvaret af N.P. Skamris' disputats.

Professor Metz udførte sit banebrydende arbejde med den akustiske målebro på Bispebjerg hospital.



Otto Metz (1905-1993) med den oprindelige akustiske impedansmålebro.

Overlæge Terkelsen (Rigshospitalet) og ingeniør Scott-Nielsen (Bispebjerg Hospital) byggede den elektroakustiske målebro, der blev markedsført af Poul Madsen, grundlæggeren af firmaet Madsen Electronics A/S.



Ingeniør S. Scott Nielsen (t. v.) og Knud Terkildsen (t. h.) med den nykonstruerede elektroakustiske impedansmålebro. Billedet er fra begyndelsen af 1960'erne.

Hjernestammeaudiometri og Electrocochleografi blev indført i Danmark i 1967 af ingeniør Poul Osterhammel (Rigshospitalet), ingeniør Claus Elberling og overlæge Gerhard Salomon (Amtssygehuset i Gentofte).

De danske høreapparatfabrikker - nye idéer og fremgang

Naturligt nok forsøgte man at opnå favorable priser i forbindelse med statens store indkøb af høreapparater, og i 1952 udbød man for første gang indkøb af høreapparater i statslig licitation. Disse udbud betød, at de to danske høreapparatfabrikker fik et stort hjemmemarked som rygstød for deres fremtidige udvikling. Nordamerikanske høreapparatfirmaer sendte transistoriserede apparater på markedet i USA og i 1953 kom det første transistoriserede høreapparat på markedet i Danmark. Et af de første var Oticons model T3. Firmaet Ontario i USA byggede i 1954 den første hørebrille. Året efter blev den første hørebrille i Danmark produceret af Danavox. Danavox præsenterede de første, meget store, i-øret apparater. I Californien byggede Leslie P. Leale det første individuelt tilpassede i-øret-apparat til en patient.

To ingeniører fra Oticon brød i 1956 med firmaet og grundlagde firmaet Tøpholm & Westerman. Under navnet Widex lanceredes det første apparat, et lommeapparat med kælenavnet "Guldapparatet".

Laboratoriet for Teknisk Audiologisk Forskning blev oprettet i Odense i 1964, med Civilingeniør Stig C. Dalsgaard som den første leder. Det havde i nogen tid været diskuteret, at hørecentralerne trængte til en udbygning af den tekniske service, hvilket kunne ske ved at ansætte en civilingeniør med speciale i elektroakustik og med et teknisk audiologisk laboratorium bag sig. Ved etableringen i 1964 var det senere TAL et laboratorium, som var tilknyttet hørecentralerne under Socialministeriet.

Ansatte på hørecentralen i Århus byggede i 1957 verdens første ørehænger (med ekstern højttaler) som blev vist frem på et møde i København. Den første kommercielt fremstillede ørehænger blev sendt på markedet af Danavox. I 1959 kom de første kanal-apparater på markedet i USA. Det første ørehænger apparat med retningsmikrofon blev bygget i Tyskland i 1972, og samtidigt blev det første høreapparat med kompression produceret i USA. Omkring 20% af verdens høreapparater blev på dette tidspunkt produceret af danske firmaer.

TAL tog i 1974 fat på en række målinger af høreapparaters frekvenskarakteristik, når apparaterne blev brugt af individuelle forsøgspersoner. Det var blevet klart, at standardiserede målinger var velegnede til at beskrive et høreapparats objektive, elektroakustiske egenskaber. Men måleresultaterne havde kun beskeden klinisk relevans. Der var således et behov for målemetoder og måleinstrumenter, der bedre kunne beskrive et høreapparats funktion under realistiske forhold.

Undersøgelsen førte til en ny måleparameter, den såkaldte indskudsforstærkning (insertion gain, IG). IG er defineret som forholdet mellem lydtrykket i et givet punkt i øregangen med høreapparat, og lydtrykket i det samme punkt i øregangen, uden høreapparat. Målemetoden bestod kort fortalt i, at man med sondemikrofonen i det ubehandlede øre styrede tonegeneratoren, så lydtrykket i øregangen var konstant, uafhængigt af frekvensen. Signalet til højttaleren blev optaget på bånd, hvorefter høreapparatet blev anbragt med mikrofonen på nøjagtig samme sted. Ved afspilning af båndoptagelsen kunne høreapparatets indskudsforstærkning således registreres.

PC'ens fremkomst gjorde det senere muligt at forenkle måleproceduren. En række firmaer udviklede måleudstyr, således at målemetoden fandt vej ind i de audiologiske klinikker, hvor den i dag anvendes i stor udstrækning ved tilpasning af både lineære og ulineære høreapparater.

Døve bliver "hørende"

Helt nye behandlingsmetoder blev taget i brug. Personer som hidtil havde haft så svære høretab, at man ikke kunne behandle dem med høreapparat, blev nu forsøgsvis behandlet med enkeltkanals cochleært implantat. William House, Los Angeles USA, indopererede i 1961 guldelektroder i cochlea hos to svært hørehæmmede patienter. Begge implantater blev senere fjernet, men i perioden 1969-1975 blev tre patienter implanteret af House.

I 1975 fandt den første implantation i Danmark sted. Det var Ørelæge C.C. Hansen i Odense, der havde arbejdet med William House i Los Angeles, som foretog operationen. Implantatet var bygget af ingeniør Ole Mørk Lauritsen. Patienten havde gennem hele 1976 fire aktive elektroder, hvor igennem der kunne foretages en række psykoakustiske målinger. I 1977 byg-

gede Ole Lauridsen en 4 kanals "frequency spectrum vocoder", hvormed patienten kunne høre mange forskellige ting, dog ikke tale. I 1978 ved Nordisk Akustisk møde i Odense, blev der afholdt et særligt symposium om cochlear implants. Ole Lauridsen udviklede senere en 24-kanals elektrode, som overlæge Per Bonding og professor Mirko Tos indopererede i tindingebenen fra afdøde. Elektroden blev aldrig indopereret i en levende patient.

Den næste voksne fik indopereret et cochleært implantat i Gentofte i 1982, efter House-konceptet. I 1986 blev en voksen behandlet i Århus, og de første børn blev implanteret i Gentofte i 1993 og i Århus i 1996.

Audiologiassistenter var med i tilpasningsprocessen med at kortlægge det brugbare dynamiske område af elektriske spændinger, hvor lydprocessoren kan operere.

Audiologiassistenterne markerer sig som en uddannelses- og overenskomst gruppe

Indtil nu var udførelsen af audiometriske undersøgelser og høreapparattilpasning blevet varetaget af audiometricer, der hovedsageligt var HK personale og sygeplejersker, som var lært op til disse opgaver. De mange nye specialundersøgelser havde nu skabt behov for specialiseret arbejdskraft. Overlæge Gerhard Salomon havde arbejdet i England, og startede på Audiologisk Klinik, Gentofte Amtssygehus, en 3-årig ikke offentligt godkendt audiologiassistentuddannelse. Der var 5 elever på det første hold. I 1970 stiftedes Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark med Mogens Pullich som den første formand. Det første efteruddannelseskursus for audiologiassistenter, blev afholdt på LO-skolen i Helsingør. Endelig i 1982 startede den officielle uddannelse til audiologiassistent. Uddannelsen var 2-årig og foregik på landets høreklinikker, med teoretisk uddannelse på Frederiksberg Tekniske Skole. Samtidigt startede audiologopæd uddannelsen på Københavns Universitet.

I 1972 blev det første hold audiologiassistenter færdig med deres uddannelse fra Gentofte Amtssygehus. Dermed fandtes der en gruppe audiologiassistenter, som ikke havde en anden overenskomstdækket uddannelse. Der opstod derfor behov for overenskomstdækning af audiologiassistenternes arbejde og i 1975 blev audiologiassistenterne i Gentofte optaget i Teknisk Landsforbund. Der var omkring 80 medlemmer af Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark. Flest var fagligt organiseret i HK, derefter fulgte Dansk Sygeplejeråd, Landssammenlutningen af Hospitalslaboranter og Teknisk Landsforbund.

I 1976 udkom "Audiologiassistenten" for første gang med Leif Jensen (Amtssygehuset i Gentofte) som ansvarshavende redaktør. Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab indførte en autorisation af audiologiassistenter, efter retningslinjer aftalt med Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark.

For at blive accepteret som overenskomstpart af Amtsrådsforeningen, var det nødvendigt at Teknisk Landsforbund repræsenterede over 50% af de ansatte audiologiassistenter. Dette blev opnået bl.a. ved indgåelse af grænseaftaler med HK og Dansk Metal. Blandt andet blev der i 1977 indgået en aftale med Dansk Metal om, at øreproparbejde ikke udføres af audiologiassistenter.

I 1979 blev Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark opløst og afløst af Brancheklubben for Audiologiassistenter under Teknisk Landsforbund. Første formand er Ole Arndal, som også var den sidste formand i Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark. 57 af de 90 medlemmer af Foreningen af Audiologiassistenter i Danmark, havde stemt for indmeldelse i Teknisk Landsforbund, mens 9 havde stemt imod.

Udvikling af audiologiassistentens arbejde

Som et resultat af særforborgens udlægning, blev statens hørecentraler overført til amterne i 1980. Der fandtes nu høreklivnikker i amterne, én kommunal på Bispebjerg i København, én kommunal på Frederiksberg samt én statslig på Rigshospitalet.

Der var dukket flere danske fremstillere af audiometrisk måleudstyr op. Der fandtes nu fabrikkerne Danplex, Interacoustics, Rastronics og Madsen Electronics. Som før fik firmaerne meget af deres inspiration fra de offentlige høreklivnikker.

I-øret-apparater blev nu anvendt i Danmark. I første omgang var der tale om modulopbyggede apparater, som fyldte hele concha, men senere dukkede der halvmodulære kanalapparater op og til sidst indførtes individuelt byggede kanalapparater.

Hvor man hidtil på høreklivnikkerne havde indstillet høreapparater på baggrund af brugernes tilbagemeldinger, supplerede man nu med objektive målinger, så som insertion gain målinger. Ofte blev høreapparatets effekt yderligere evalueret, med måling af taleforståelse i baggrundsstøj. Dette markerede at høreapparaterne ofte blev tilpasset af audiologiassistenter med en teknisk baggrund, frem for høreopdagere med en baggrund i undervisning.

Audiologiassistenterne begyndte nogle steder at arbejde med otoakustiske emissions målinger på eksperimentelt udstyr. I 1983 publicerede 1. reservelæge Niels Jon Johnsen og kolleger på Amtssygehuset i Gentofte, som de første i verden, et videnskabeligt arbejde om otoakustiske emissioner på nyfødte. En af medforfatterne var audiologiassistent Jette Parbo.

I 1984 blev det første hold på den officielle uddannelse til audiologiassistent færdigt. Henrik Haack blev, som den første audiologiassistent, ansat i et privat firma, nemlig Oticon's forskningsafdeling, Eriksholm. Teknisk Landsforbund og Amtsrådsforeningen indgik overenskomst for audiologiassistentarbejde på det offentlige område.

University of Wisconsin og Nicolet Instrument Cooperation producerede i 1987 det første digitale høreapparat, en ørehænger som via en ledning var forbundet til et større lommeapparat. Apparatet fik aldrig kommerciel udbredelse.

Det schweiziske firma Bernafon og det danske Widex introducerede i 1988 næsten samtidigt, de første digitalt programmerbare høreapparater. Widex Quattro styres af en fjernkontrol og har fire komfort programmer. Samme år fortalte Mead Killion, USA, om det første CIC, et høreapparat som anbringes dybt i øregangen.

I 1986 indoperede overlæge Per Bonding, Glostrup, det første titan implantat til brug for Bone Anchored Hearing Aids (BAHA). Apparatet og implantater blev produceret af det svenske firma Nobel Pharma og den første implantation blev foretaget sammen med docent Anders Tjellström fra Göteborg. BAHA blev tilpasset til patienterne i starten af 1987 på Amtssygehuset i Gentofte.

De mere og mere avancerede høreapparater, det store udbud af forskellige størrelser og varianter, nye høreapparat evalueringsmetoder, samt nye avancerede undersøgelsesmetoder, stillede nye og større krav til audiologiassistenternes kunnen. I starten blev de programmerbare høreapparater indstillet ved hjælp af specielt designede programmeringsbokse, men senere blev der stillet PC programmer til rådighed for klivnikkerne. I 1993 stiftede de tre danske høreapparatfirmaer Danavox, Oticon og Widex sammen med det Schweiziske firma Phonak et

firma, HIMSA, som udviklede en fælles platform, NOAH, til afvikling af høreapparat fitting-software. NOAH er i dag blevet en defacto standard, som benyttes af omkring 50 høreapparatfirmaer verden over, samt af mange firmaer som har knyttet audiometriske moduler til NOAH.

I forbindelse med de mange introduktioner af nye og smarte høreapparater havde høreapparatfirmaerne skaffet sig omtale i medierne. Mange hørehæmmede havde derfor på forhånd et stærkt ønske om at få et bestemt høreapparat, når de henvendte sig til en offentlig høreklinik. Da disse apparater ofte var dyrere end dem man ellers brugte, vægrede klinikkerne sig i nogle tilfælde for at tilpasse de nye typer af apparater. Samtidigt var der mange steder opstået lange ventelister på de offentlige høreklinikker. Dermed var der dannet grundlag for private høreklinikker. Den første private høreklinik, Audiodan, blev åbnet af Leif Sejrup i 1990 i Gråsten. Leif Sejrup havde tidligere arbejdet som tekniker og audiologiassistent på høreklinikken på Sønderborg Sygehus.

Samme år havde Danavox som det første firma i verden, brugt digital processering i et bag-øret-høreapparat. I Genius 145 DFS anvendtes digital teknologi til at undertrykke akustisk feedback, mens forstærkningen stadig var analog. Mead Killion, USA, introducerede K-amp chippen, som blev solgt til anvendelse i mange høreapparatfabrikater verden over. Apparater med denne chip anvendte ulineær forstærkning og havde som oftest ingen volumen kontrol. Året efter (1991) sendte Oticon MultiFocus et apparat med to kanaler, hvoraf den ene var ulineær, på markedet og samtidigt kom Mead Killions K-Amp med en CIC version, på markedet i Danmark.

Rhode Island indførte i 1993 som den første stat i USA screening for høretab hos alle nyfødte børn. Universel screening for høretab hos nyfødte var indført i en del andre lande, men ikke i Danmark. I 2000 havde 32 stater i USA screening programmer.

De første digitale bag-øret og i-øret høreapparater introduceredes i 1996 af Oticon og Widex. I forbindelse med udviklingen af avancerede høreapparater, blev der udviklet idépakker omkring tilpasning af apparaterne. Man byggede på den nye viden om det normale og det syge indre øre. En del audiologiassistenter blev ansat i de danske høreapparatfirmaers udviklings- og forskningsafdelinger, til at deltage i udvikling og test af idéerne. Audiologiassistenter blev også ansat til at sælge høreapparater og tilhørende viden, til dem der tilpasser høreapparaterne på høreklinikkerne.

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra industri, fag- og interesseorganisationer udarbejdede i 1999 hvidbogen "*Den hørehæmmede i centrum*". I hvidbogen gives der forslag til, hvordan private høreapparatforhandlere kan arbejde side om side med den offentlige høreforsorg. Folketinget indførte i 2000 med Lov om Social Service, et tilskud til høreapparater indkøbt hos private høreklinikker, for at mindske presset på de offentlige høreklinikker. Dette medførte at mange audiologiassistenter søgte fra det offentlige over i private klinikker, som kunne tilbyde bedre arbejds- og ansættelsesforhold. Derfor øgedes antallet af ubesatte audiologiassistentstillinger på de offentlige høreklinikker, og dermed øgedes ventetiden hos det offentlige.

Tilskuddet til indkøb af høreapparat kunne kun gives, såfremt der var ansat en audiologiassistent i forretningen. Teknisk-audiologisk Laboratorium i Odense fik tilsynspligten med private høreklinikker for at sikre, at høreundersøgelser og høreapparattilpasninger blev udført af kvalificeret personale. På de private høreklinikker fik audiologiassistenterne nye og andre opgaver, end de havde haft indenfor det offentlige: Aftrykstagning til øreprop, pædagogiske opgaver i forbindelse med instruktion i høreapparatets brug, fakturering m.v.

Den innovative og fremadrettede audiologiske forskning på høreklivnikkerne var, med meget få undtagelser, gået i stå. Dette skyldtes muligvis, at man koncentrerede sig om at bringe ventelister ned frem for at forske. Det blev samtidigt sværere at tiltrække kvalificerede ansøgere, til de audiologiske lægestillinger.

Behov for bedre audiologiske uddannelser

Center for Anvendt Høreforskning ansætter professor Torsten Dau som leder og starter i 2003 sit virke på Danmarks Tekniske Universitet, Lyngby, Institutet Ørsted. Studieordningen på Audiologopædstudiet på Københavns Universitet Amager ændres i 2004.

De danske høreapparatfirmaer er stadig blandt verdens førende. Ved opkøb af andre firmaer og ved organisk vækst har de danske høreapparatfirmaer omkring 40% af verdensmarkedet. Firmaerne koncentrerer sig om at sælge de nyeste og dermed de dyreste produkter. Dette stiller øgede krav til forskning og udvikling.

Private høreklivnikker kommer i fokus i pressen. Én kæde beskyldes for at sælge høreapparater til normalthørende, en anden beskyldes for at snyde med faktureringen. Samtidigt hænges de offentlige høreklivnikker ud i pressen for at tage imod rejser og dyre middage, mod at købe firmaernes produkter. Amterne, som skal betale tilskuddene til privat indkøbte høreapparater, oplever voldsomt stigende udgifter på høreapparat området.

Folketinget sætter screening for hørenedsættelse hos nyfødte på finansloven. Folketinget har bestemt at fra 2004 skal alle nyfødtes hørelse undersøges. Der er afsat 15 mio. kr. på finansloven til et 2-årigt forsøg. Det vurderes, at 100 børn om året vil kunne hjælpes.

Danske øre-, næse-, halslæger indledte i foråret 2004 en lobbyvirksomhed overfor Amtsrådsforeningen for at overtage høreapparatbehandlingen af "ukomplicerede" høretab. Ørelægerne mener ikke at det er nødvendigt, at audiometriske undersøgelser og høreapparattilpasning udføres af personale med to års uddannelse, da undersøgelse og behandling foregår under ørelægens ansvar.

Kilder

Personlige meddelelser fra Per Bonding, Christian Brahe Petersen, Ole Mørch Lauridsen, Lars von der Lieth.

Folketinget sætter screening på finansloven. 12. november 2003 12:19 Inland DR-Nyheder, web site

Bentzen O, Ewertsen HW, Salomon G. Danish Audiology 1951-1976. Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk. København 1976.

Nyt fra Videnscenter for døvblevne, døve og hørehæmmede. Nr. 3. oktober 2001.

Kristian Eiberg, Oticon A/S. Det Digitale Danmark. Rapport fra Forskningsministeriet. Udkast til afsnit om høreapparatteknologiens udvikling i Danmark udfra et samfundsperspektiv Maj 1999 (Fra Internettet)

Eriksholms hjemmeside:

http://www.oticon.com/eprise/main/Oticon/com/SEC_AboutUs/AboutEriksholm/CNT04_EriksholmCollection_TimeTravel

Audiologiassistenten årgange: 1976 –1986.

Audiodans hjemmeside:

<http://www.audiodan.dk/omos.htm>

Erik Brodersen m.fl. Hvidbog. Den hørehæmmede i centrum.

Essential Highlights in the History of Hearing Instruments

<http://www.odc.state.or.us/tadoc/techha15.htm>

History of Audiology.

http://www.geocities.com/apta_pt/historyofaudiology.htm

Charles-Michel de l'Épée

<http://www.newadvent.org/cathen/05484b.htm>

http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/kh/kh_1068_p0.html


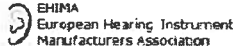
Juan Pablo Bonet

<http://www.newadvent.org/cathen/02655a.htm>

<http://216.239.51.104/search?q=cache:LBjdfuIjLjsJ:www.canalsocial.com/biografia/educacion/bonet.htm+juan+pablo+Bonet+&hl=da&ie=UTF-8&client=REAL-tb>

Cochleaimplantater til Børn. Charlotte Jespersen, IAAS, Københavns Universitet, 1997.


Flere oplysninger til den historiske oversigt kan findes i Hans Bergenstoffs: Hearing instruments from past to present. Proceedings, 15th Danavox Symposium, Kolding, Denmark, 1993, p. 13-38



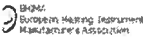



Summary

EuroTrak NORWAY 2012

1. Introduction
2. Market overview
3. Analysis of hearing aid owners
4. Analysis of hearing impaired non-owners

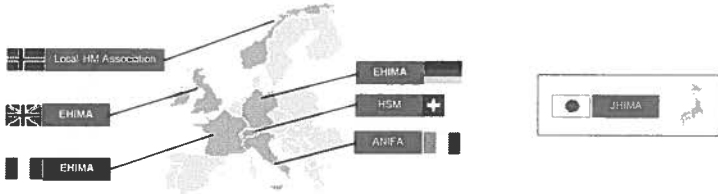








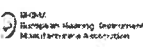
Summary

1. Introduction

- EuroTrak Norway 2012 was designed and executed by Anovum (Zurich) on behalf of GN Resound, Oticon, Phonak, Siemens and Widex Norway.
- Sample sizes Norway 2012:
 - Representative sample (sample 1): n=14'866 people
 - Hearing impaired (sample 2): n=1'309 people
 - Hearing impaired non-owners: n=618 people with hearing loss (HL)
 - HA owners: n=691 people with hearing aid (HA)
- EuroTrak Norway 2012 is part of the EuroTrak studies:




© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 2 


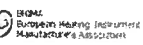
 

Summary

2. Market overview

- Stated hearing loss prevalence
 - Total: 8.8% (18+: 10.8%).
 - Binaural hearing loss: HA owners: 82%, HA non-owners: 65%.
 - Tinnitus prevalence 26% (self stated, sometimes or permanently).
 - Hearing Tests: 78% had a hearing test in the last 5 years.
- Hearing aid adoption rate (HA penetration)
 - Total: 42.5%.
 - Total age group 18+: 43.3 %.
 - 74% of HA owners have binaural treatment. Trend rising.
- The route to the hearing aid
 - 76% of the hearing impaired discussed hearing loss with an ENT doctor or family doctor.
 - 58% got hearing aids recommended from the ENT or family doctor (drop out rate = 23%).
 - 55% of the GP consultations referred to an ENT. 13% recommended no action.
 - 49% of ENT consultations referred to a audiologist, 39% recommended to get a hearing aid, 26% recommended no action.
- Potential social cost-savings due to the use of hearing aids
 - Hearing aids are believed to have a positive impact on the job.
 - People with hearing aids tend to have a slightly higher personal income.
 - Hearing aid owners have a lower risk of being depressed and a lower risk of being forgetful compared to impaired non-owners.


© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 3 



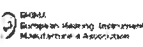
 

Summary

3. Analysis of hearing aid owners

- Hearing aid ownership and usage
 - 94% received some kind of 3rd party reimbursement.
 - 67% of the currently owned HAs were fitted in 2009 or later.
 - The average age of the currently owned HAs is 2.7 years.
 - The median age of hearing aids before replacement is 6 years.
 - On average, HAs are worn 7.9 hours a day.
 - 37% of hearing aid owners have never heard of wireless technology in connection with hearing aids. 32% rate wireless technology as very important.
- Satisfaction with HAs
 - 72% of the HA owners are satisfied with their HAs.
 - The more hours worn per day, the higher the satisfaction.
 - Satisfaction with HAs bought 2010 or after is higher than with HAs bought before.
- Positive impact of HAs
 - Significant positive impact of HAs on different aspects – especially communication, social life and sense of safety.

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 4 


  

Summary

4. Analysis of hearing impaired non-owners

- Reasons not to own/use HAS
 - Information deficit non-owners: 63% don't know whether any third party would pay, 10% assume no third party would pay (Insurance, Government,...).
 - The main reasons for not using hearing aids are that people say they do not work well in noisy situations, they hear well enough, their hearing loss was not severe enough and that hearing aids are uncomfortable.
 - In Norway, costs of hearing aids are not an issue.
 - 10% who own HAS don't use them at all; 24% use them less than one hour/day. Main reasons for this are: "They do not work well in noisy situations", "Hear well enough in most situations" "HAS do not restore hearing to normal" and "have tried and they do not work".

- Negative impact of hearing loss and buying intentions
 - Compared to Impaired hearing aid non-owners with significant hearing loss (Top 50% hearing loss-group), hearing aid owners feel less exhausted in the evenings.
 - 12% of non-owners intend to get a hearing aid within the next year.
 - The most important influencing factors are worsening hearing loss, ENT and significant others plus audiologist for the owners.

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 5 



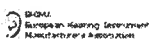
 

Results

EuroTrak NORWAY 2012


1. Introduction
2. Market overview
3. Analysis of hearing aid owners
4. Analysis of hearing impaired non-owners



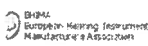
Creative Market Research 


Detailed Results: Roadmap



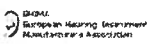
- 1. Introduction**
 - Objectives and organisation
 - Field research specification
- 2. Market overview**
 - Prevalence of hearing loss and hearing aid adoption rate
 - Hearing tests and prevalence of tinnitus
 - The route to the hearing aid: Drop-out rates and reasons for drop-outs
 - Potential social cost-savings due to the use of hearing aids: Work competitiveness, depressive and dementia symptoms
- 3. Analysis of hearing aid owners**
 - Hearing aid ownership, lifetime and usage
 - Awareness and importance of wireless technology
 - Satisfaction with hearing aids and drivers
 - Positive impact of hearing aids
- 4. Analysis of hearing impaired non-owners**
 - Reasons for not having a hearing aid
 - Negative Impact of hearing loss
 - Buying intentions
- 5. Appendix**
 - Demographics: Hearing instrument adoption rates and populations

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 7 



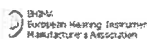
1. Introduction

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 8 

Objectives and organisation

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 9



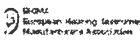
  

EuroTrak objectives

EuroTrak 2012

- **Generate baseline survey data for Norway**
 - Measure stated hearing loss prevalence and adoption rates of hearing aids (HA).
 - Analyse drop-outs on the "route/journey to the HA".
 - Identify potential social cost savings due to HA.
 - Analyse usage and satisfaction with HA.
 - Evaluate positive Impacts of HA.
 - Find reasons why impaired people don't use HA.
 - Discover triggers that make people get HA.
- **Comparison with other countries**

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 10

Organisation of EuroTrak 2012


Organisation



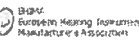
- Principal of the project EuroTrak Norway are GN Resound, Oticon, Phonak, Siemens and Widex Norway.
- Anovum Zurich developed the concept of EuroTrak, designed the questionnaire and conducted the fieldwork in cooperation with a panel company. Furthermore Anovum analysed the data and prepared the presentation.
- The European Hearing Instrument Manufacturers Association [EHIMA] approved the questionnaire in cooperation with Sergei Kochkin, Ph.D., Executive Director, Better Hearing Institute.

Use of the data

- GN Resound, Oticon, Phonak, Siemens and Widex Norway may use the anonymous delivered tables, charts, reports and conclusions of the survey for further research projects, for archiving and publication in any form whatsoever.
- The raw dataset remains at Anovum. If GN Resound, Oticon, Phonak, Siemens and Widex Norway use the anonymous data (delivered tables, charts, reports) and conclusions of the survey for publications the source of the data needs to be mentioned in the following way:
"Source: Anovum – EuroTrak – Norway / 2012 / n=[relevant sample size]"
- GN Resound, Oticon, Phonak, Siemens and Widex Norway can ask Anovum to further analyse the raw data in specific ways at their own expense.


© Anovum 2012 - EuroTrak 2012



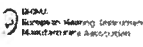
Page 11 

Field research specification

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012

Page 12 

Recruitment process: In search of hearing impaired people

Step 1: Screening interviews

Objective: Prevalence of hearing loss and hearing aid ownership

Process:

1. Representative sample with strict quotas that represent the overall population (Age/Gender interlocked; soft quota on region)
2. Contacts from panellist pools of more than 100'000 people
3. Screening questionnaire: Stated hearing loss and hearing aid usage + demographics
4. Result: Representative sample of n=14'866 people based on census data.



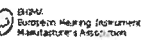
Step 2: Target population interviews

Objective: Details about satisfaction with hearing aids and reasons for non-adoption

Process:


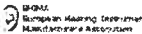
1. Main questionnaires: Owners and hearing impaired non-owners
2. Balancing through weighting according to representative screening interviews
3. Resulting sample: n=691 hearing aid owners and n=618 hearing impaired non-owners

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012
Page 13

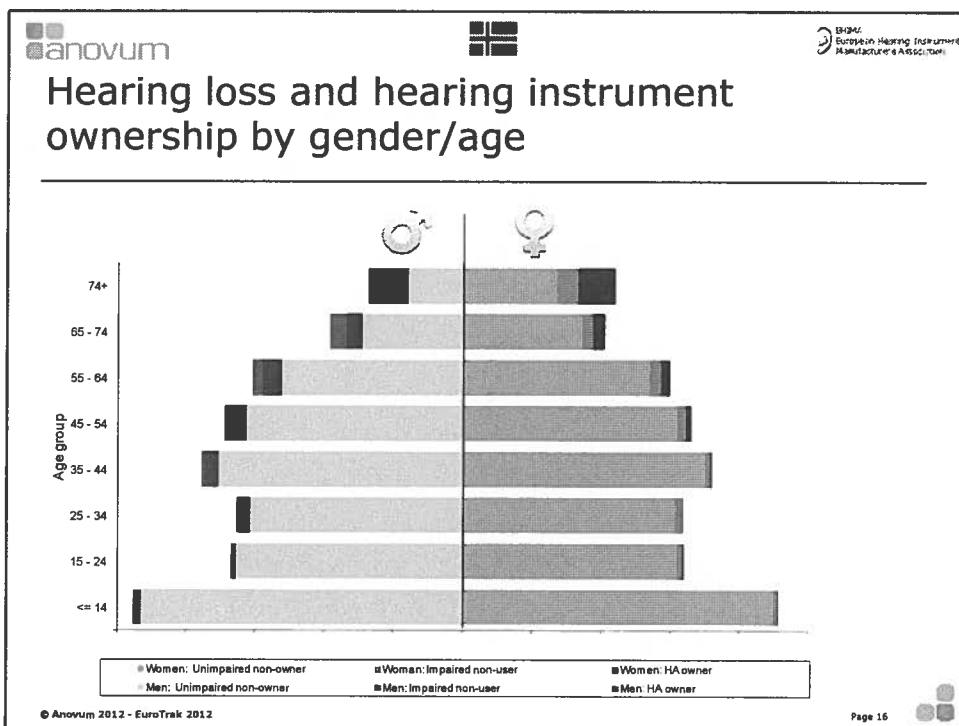
2. Market overview

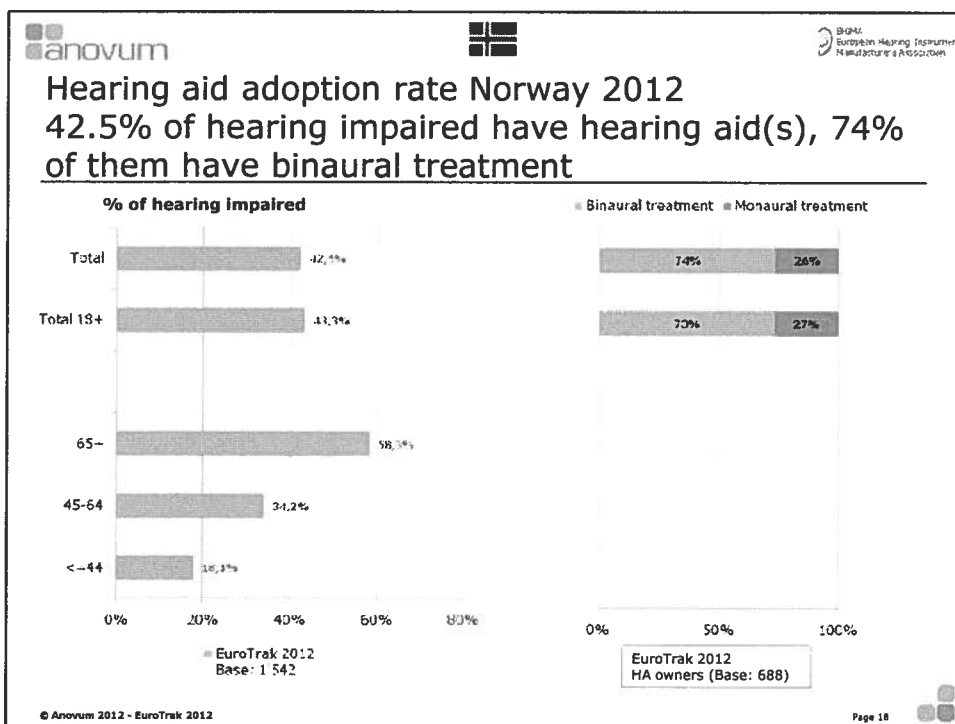
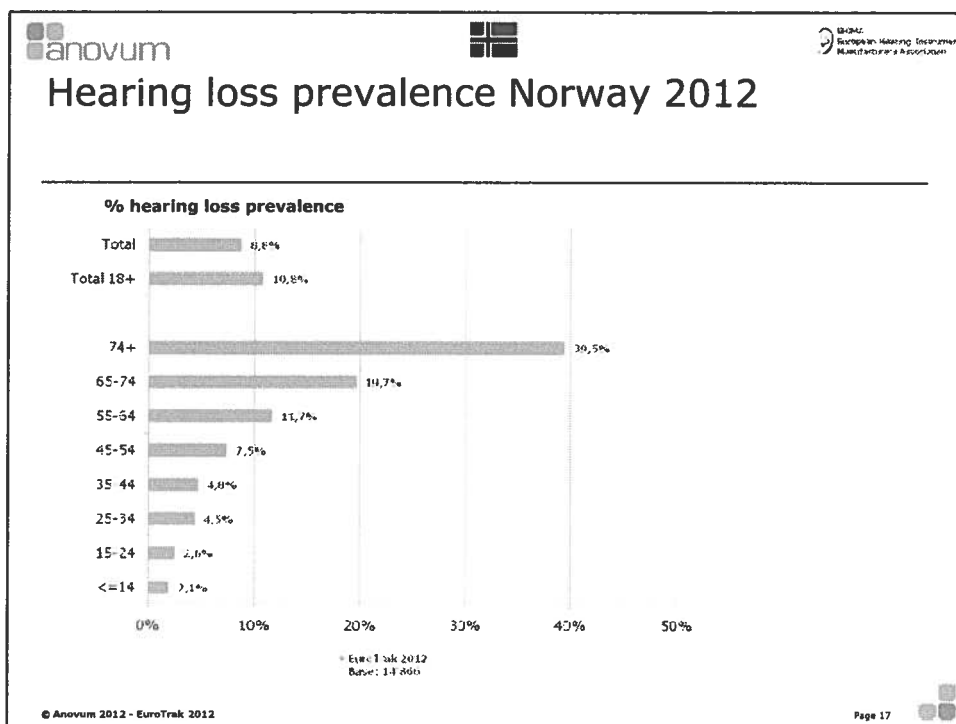
© Anovum 2012 - EuroTrak 2012
Page 14

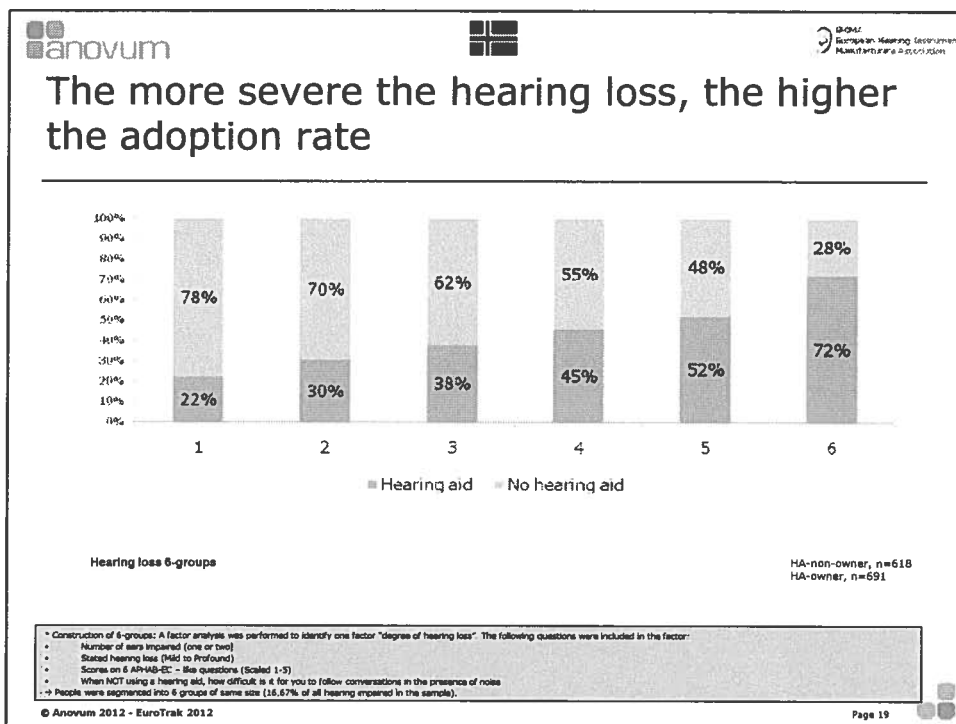
anovum  

Prevalence of hearing loss and adoption rate

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 15



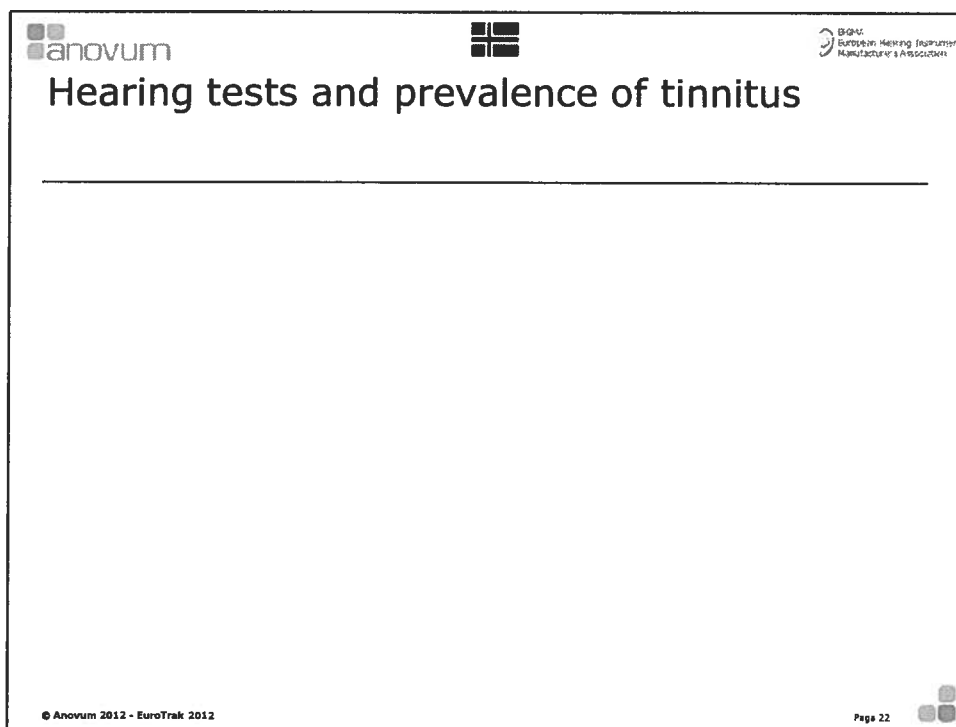
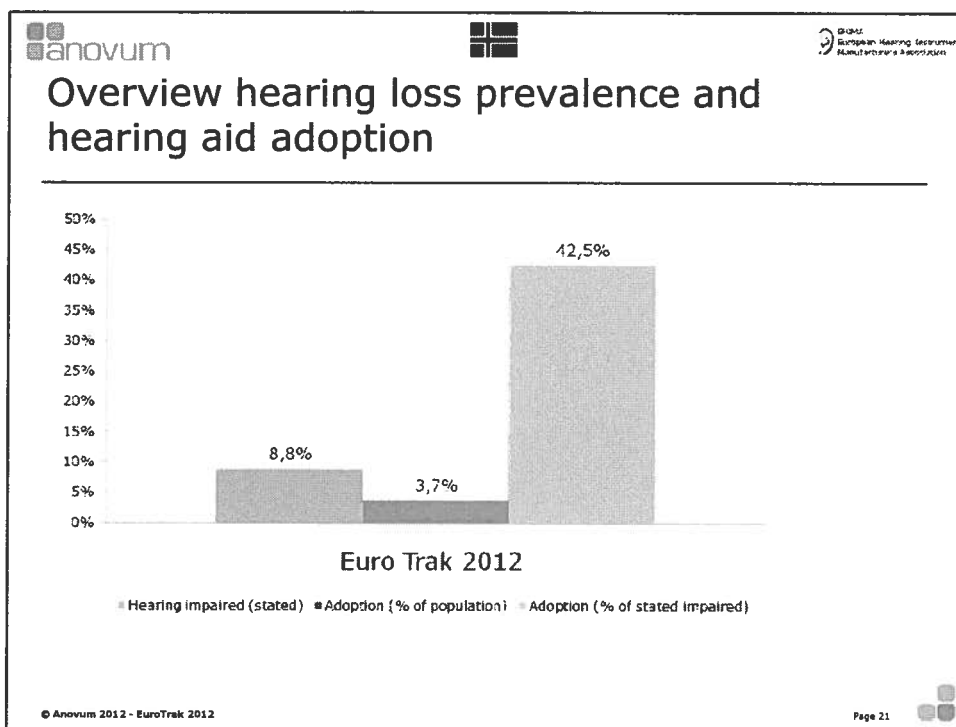


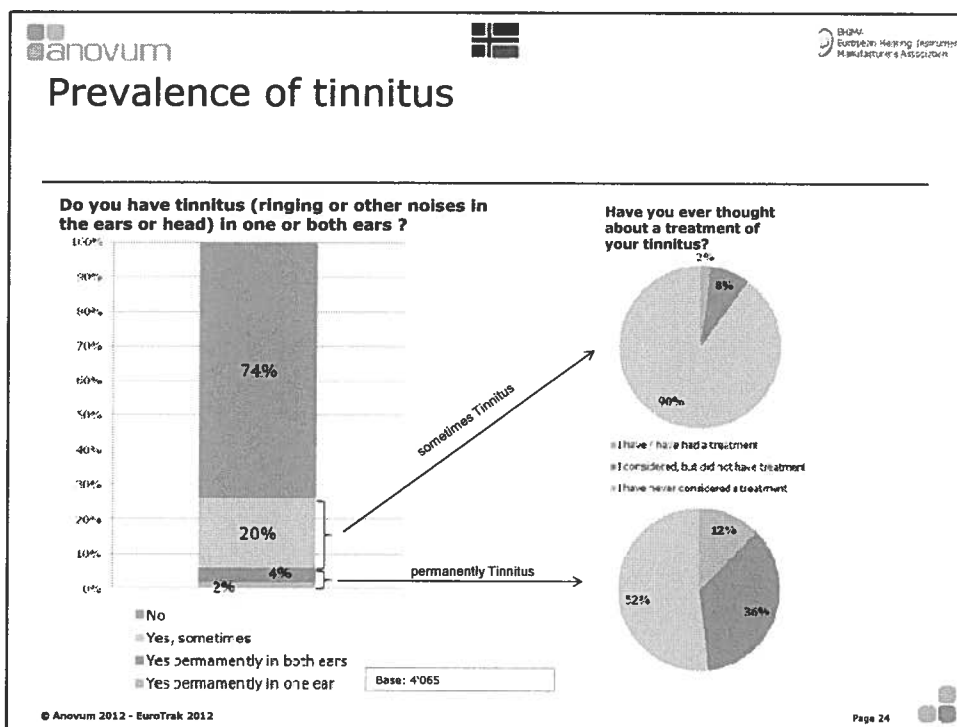
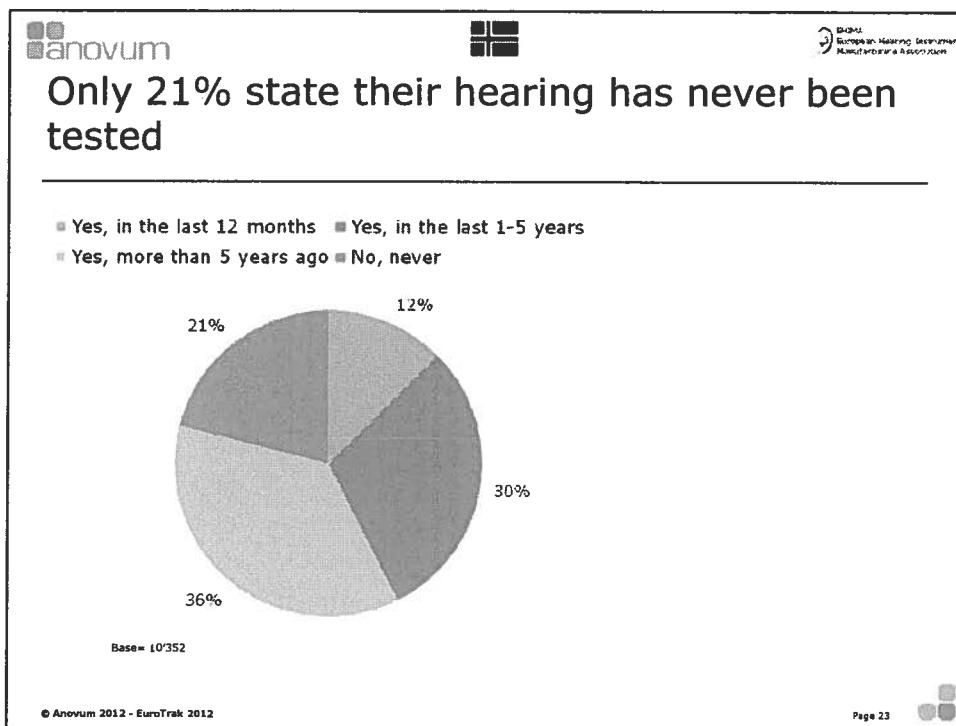



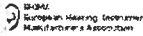
| | HA-Non-owner n=618 | HA Owner n=691 | Hearing Aid Adoption (%) |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------------|
| Ears impaired (stated) | | | |
| Unilateral loss | 35% | 18% | 29% |
| Bilateral loss | 65% | 82% | 50% |
| Perceived loss | | | |
| Mild | 33% | 17% | 26% |
| Moderate | 53% | 52% | 40% |
| Severe | 11% | 24% | 60%* |
| Profound | 3% | 7% | |

n's are unweighted whereas the shown results are weighted
 *combined "severe" and "profound" because n is too small

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 20


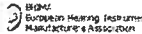




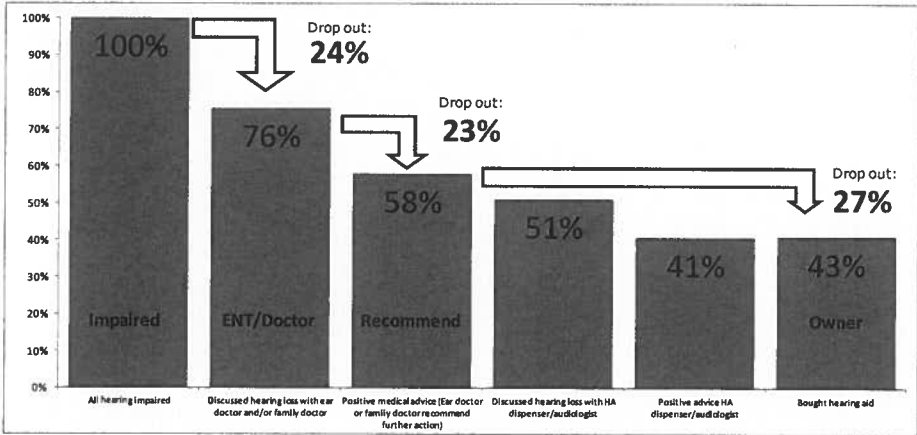
anovum  

The route to the hearing aid: Drop-out rates and reasons for drop-outs

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 25

anovum  

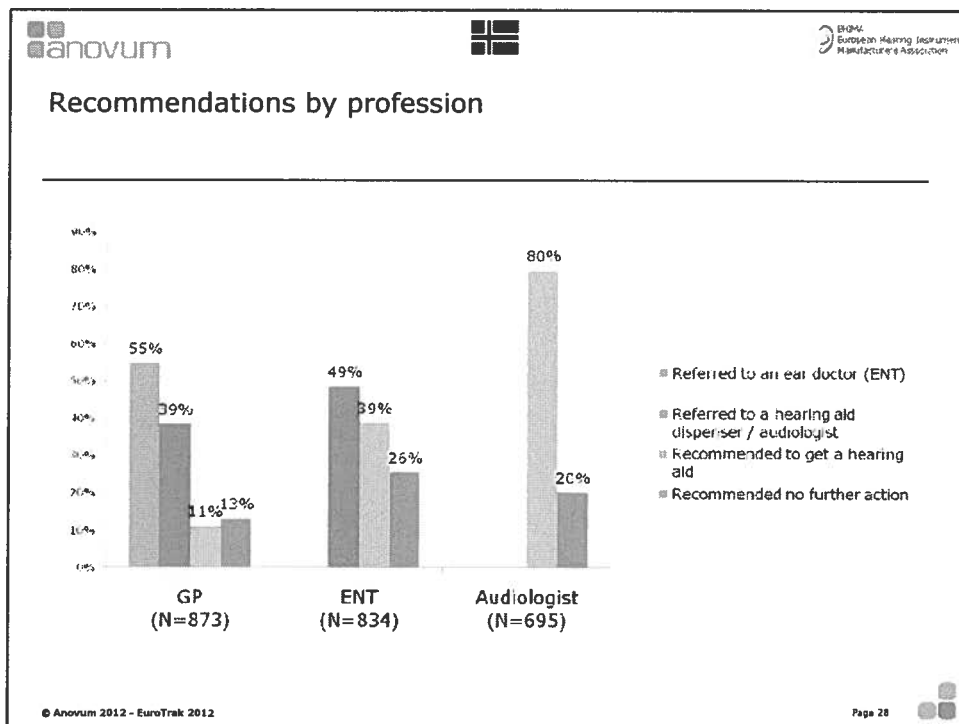
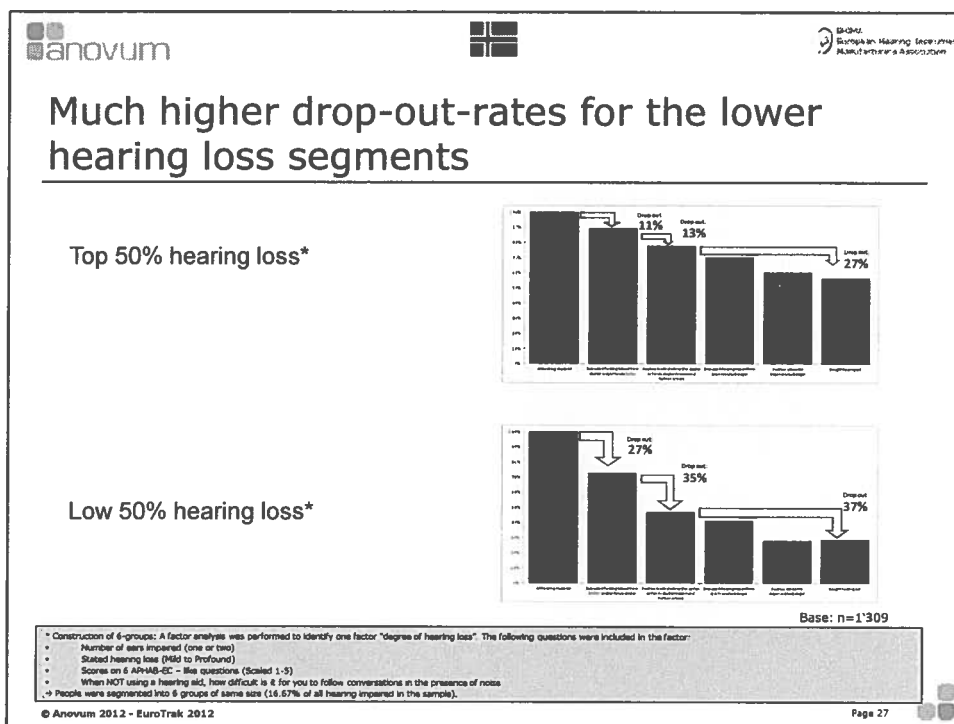
The route to the hearing aid: Overview

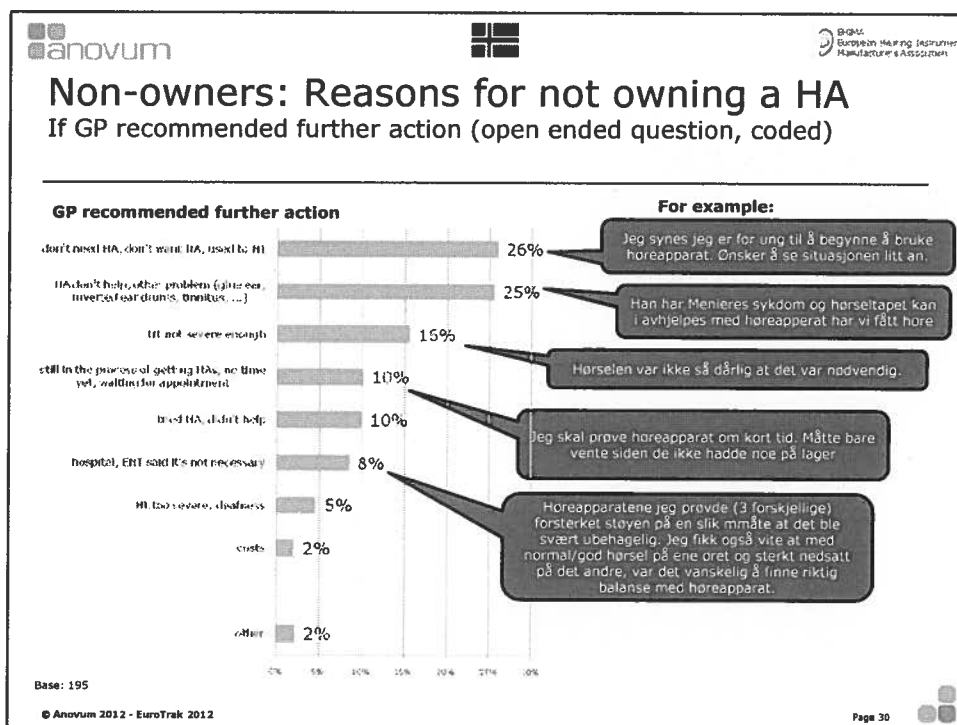
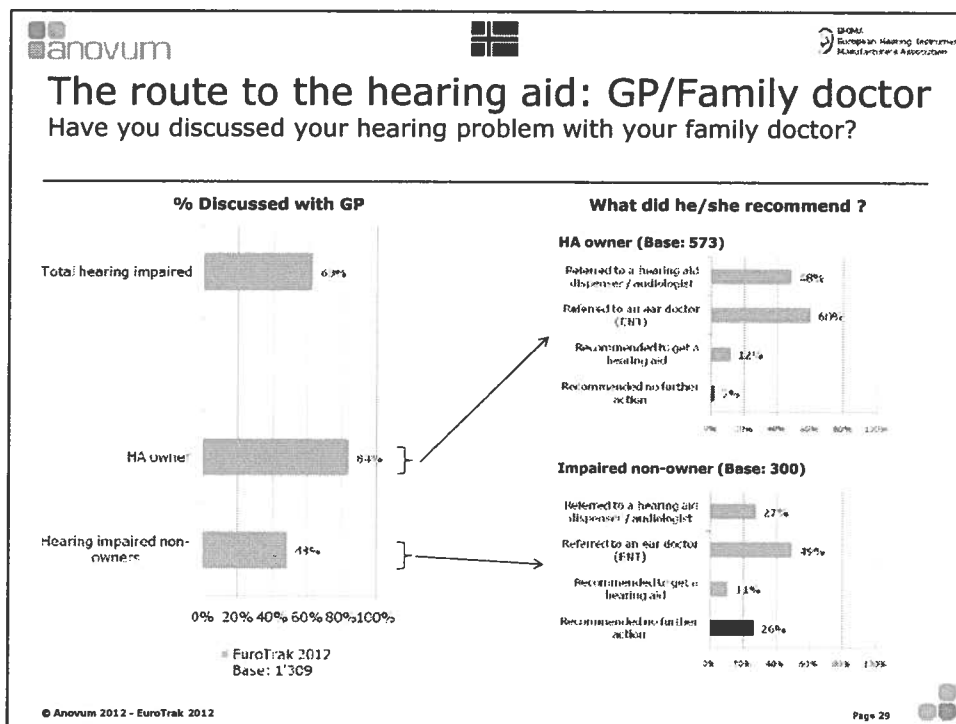


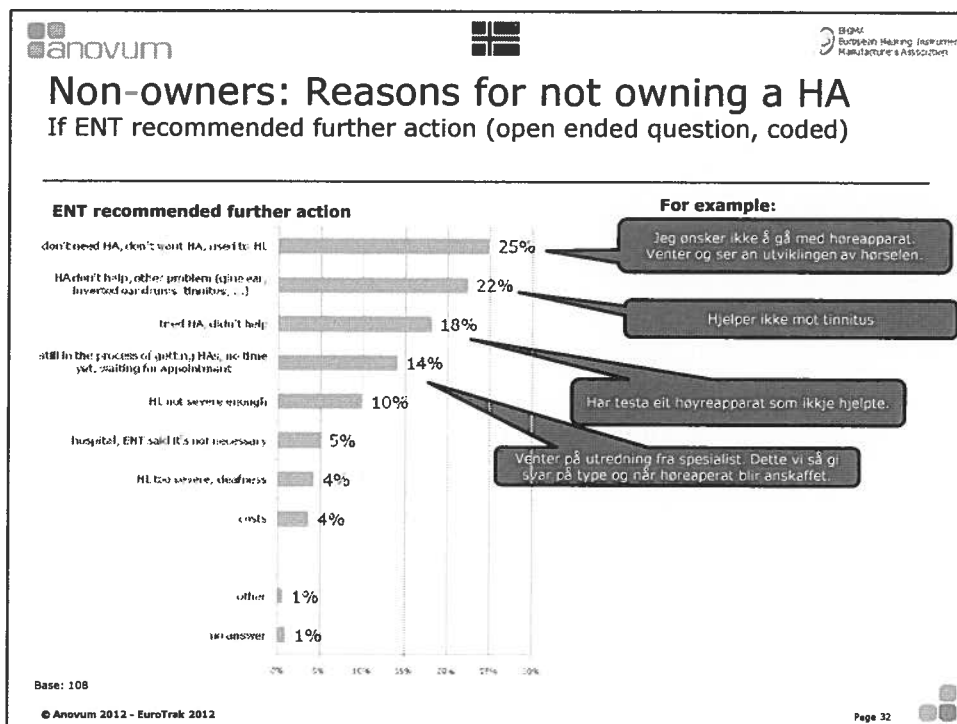
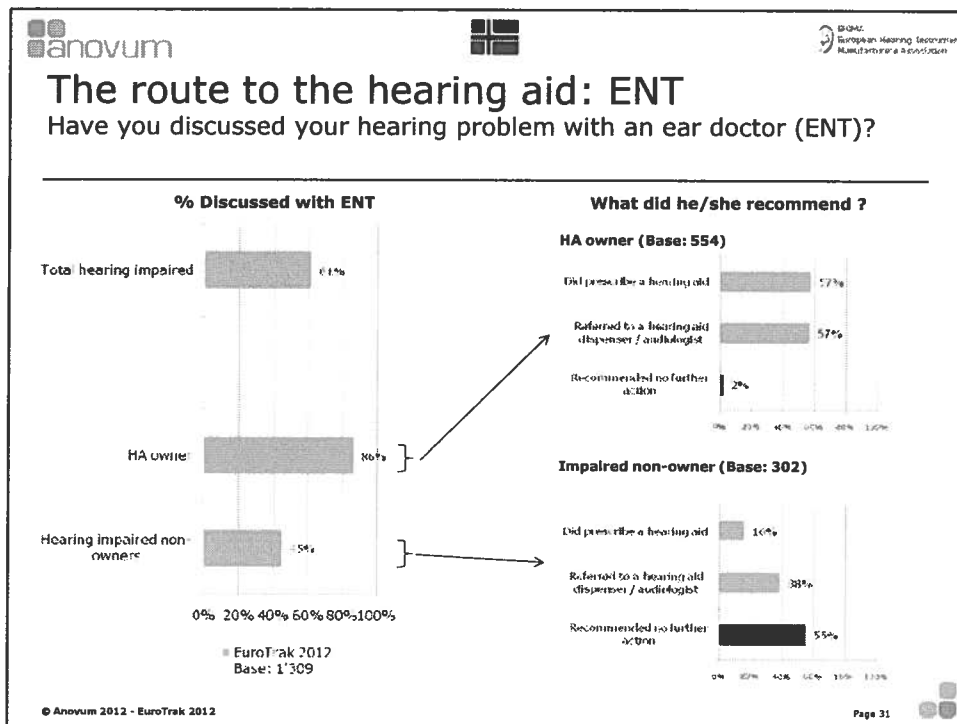
| Stage | Percentage | Drop out |
|--|------------|----------|
| All hearing impaired | 100% | - |
| Discussed hearing loss with ear doctor and/or family doctor | 76% | 24% |
| Positive medical advice (Ear doctor or family doctor recommend further action) | 58% | 23% |
| Discussed hearing loss with HA dispenser/audiologist | 51% | - |
| Positive advice HA dispenser/audiologist | 41% | - |
| Bought hearing aid | 43% | 27% |

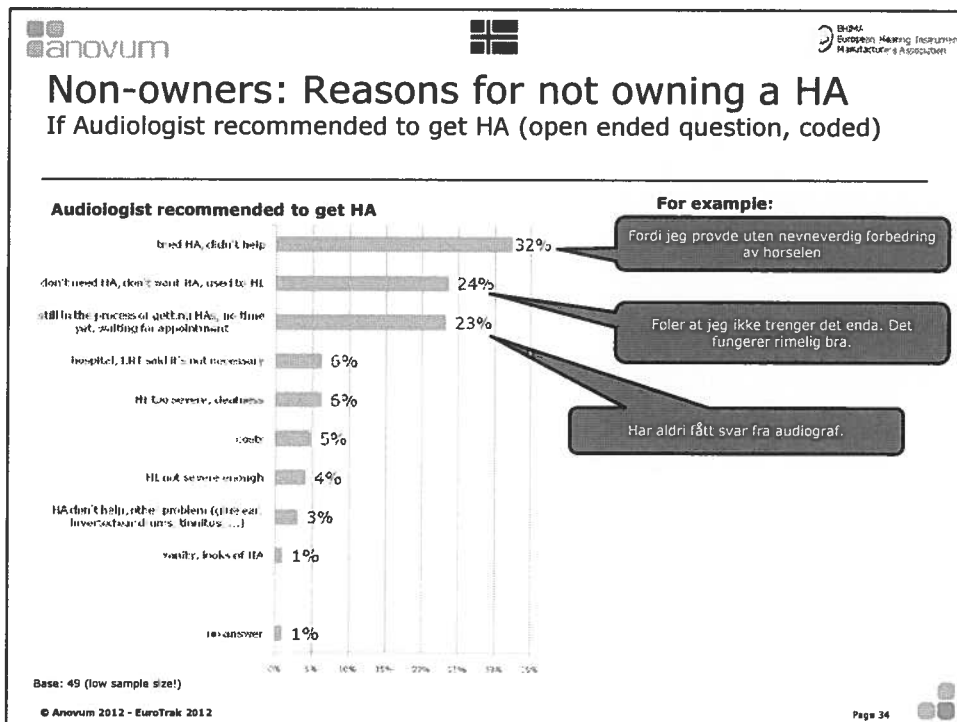
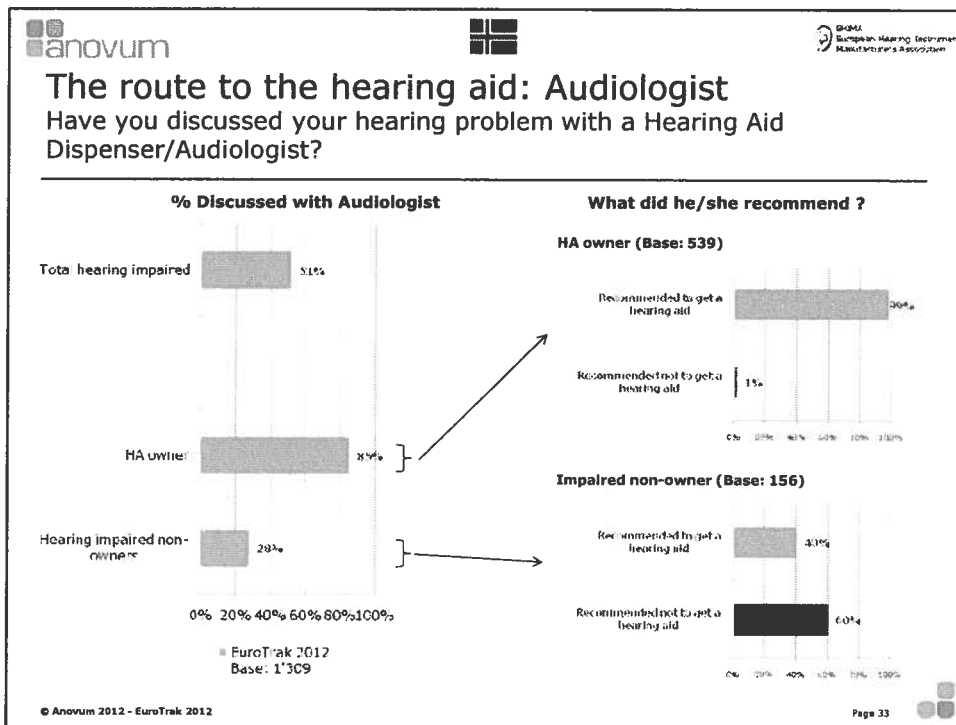
Base: n=1'309


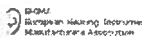
© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 26






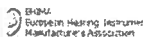




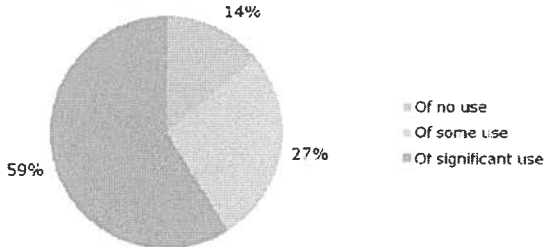
Potential social cost-savings due to the use of hearing aids: Work competitiveness, depressive and dementia symptoms

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 35

Work competitiveness: 86% of the working hearing aid owners state their hearing aid(s) are useful on their job.

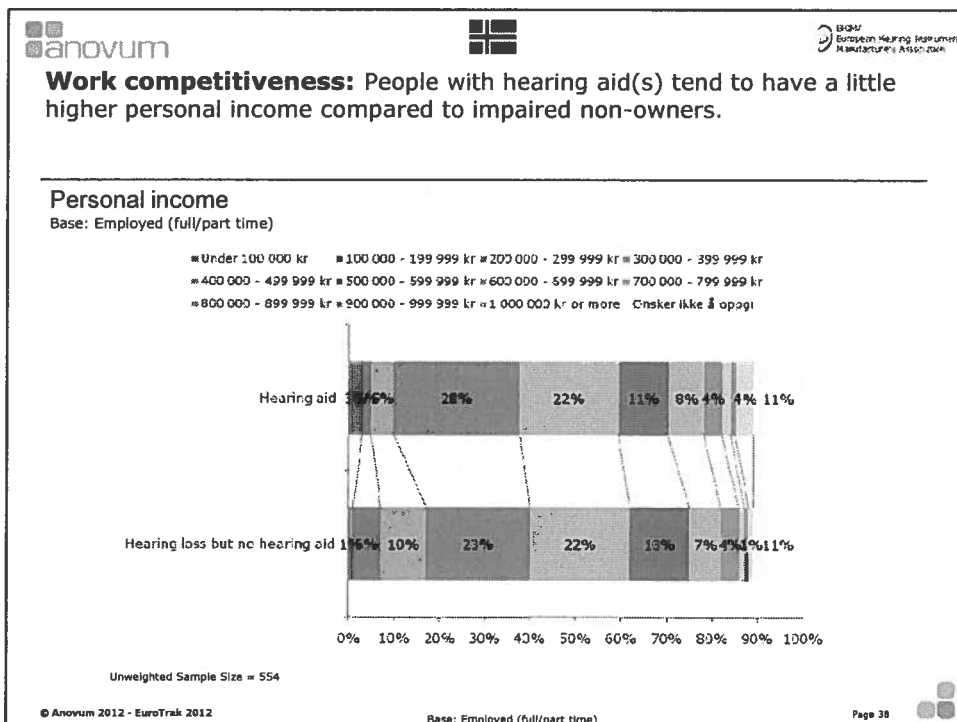
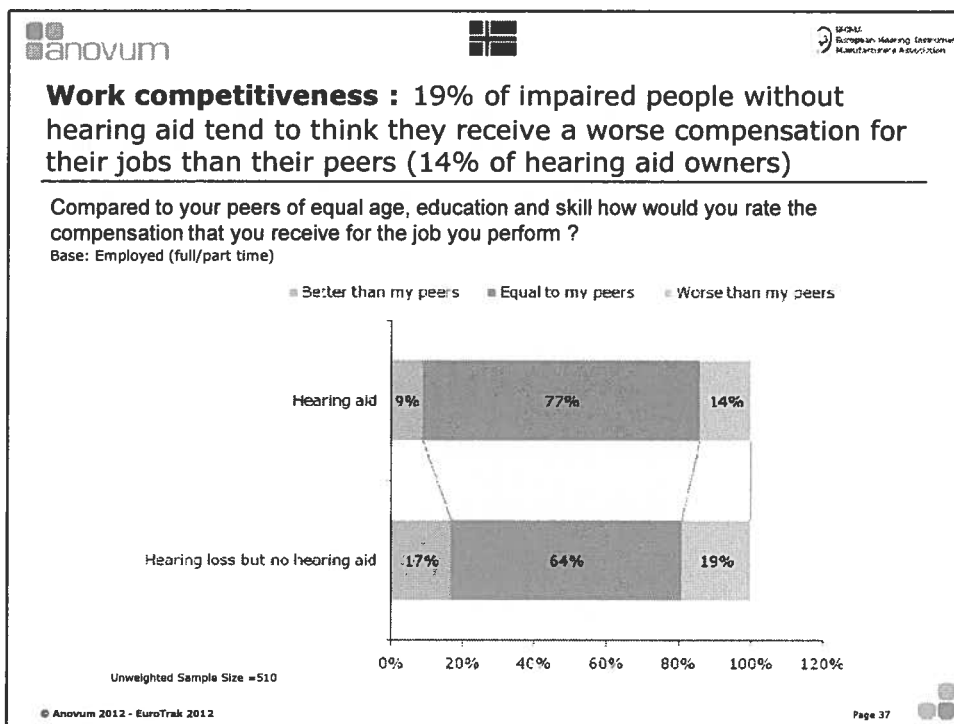
How useful are your hearing aids on your job?

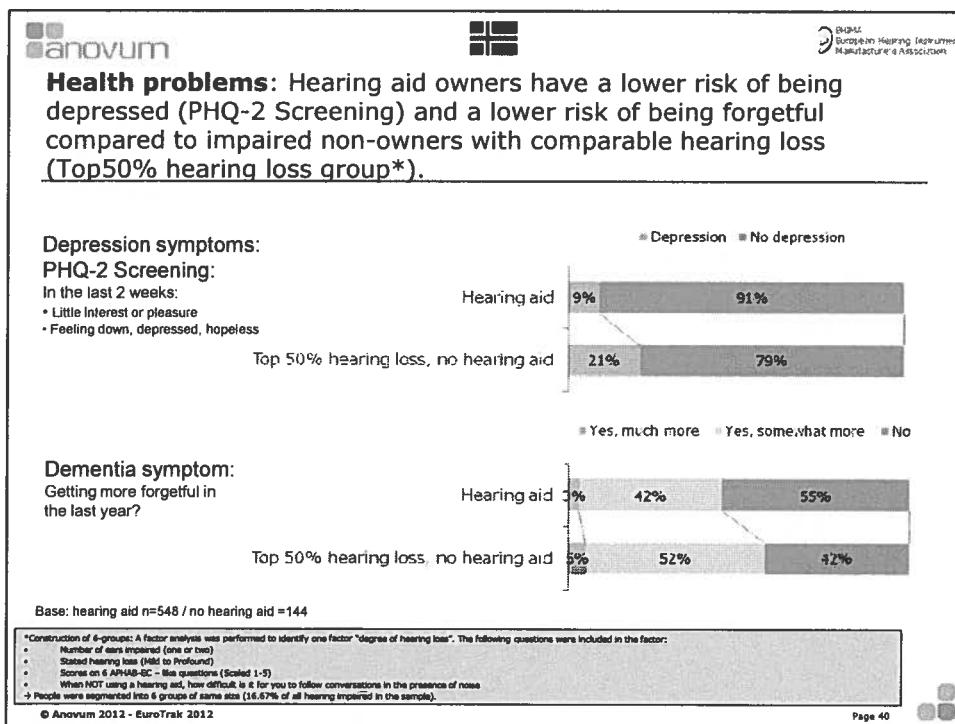
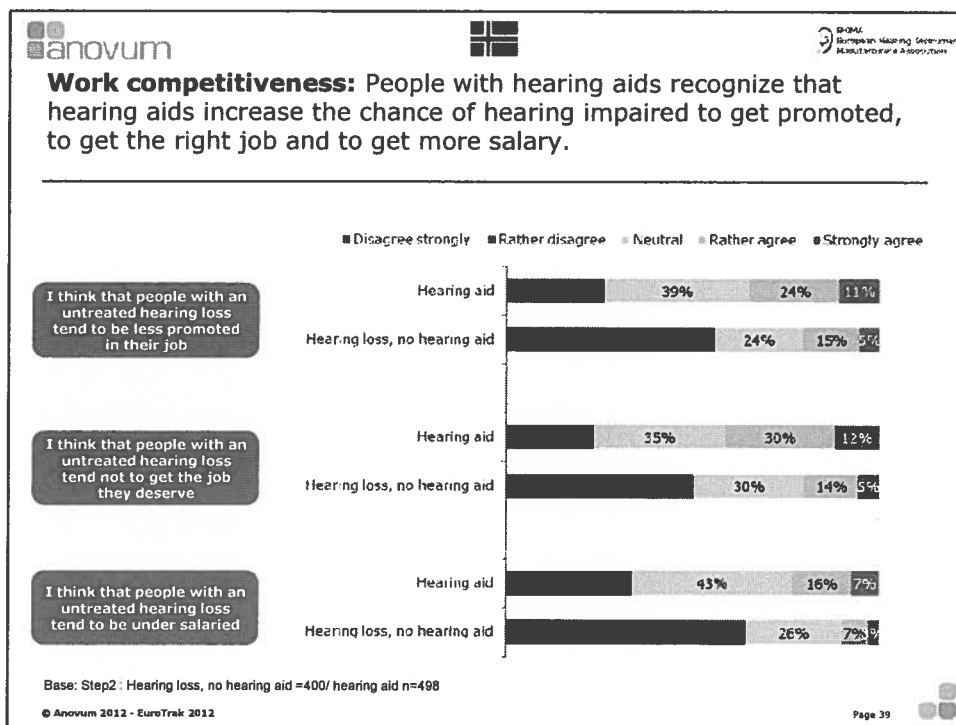




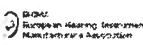
| Usefulness Category | Percentage |
|---------------------|------------|
| Of significant use | 59% |
| Of some use | 27% |
| Of no use | 14% |

Base: N=212


© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 36









  

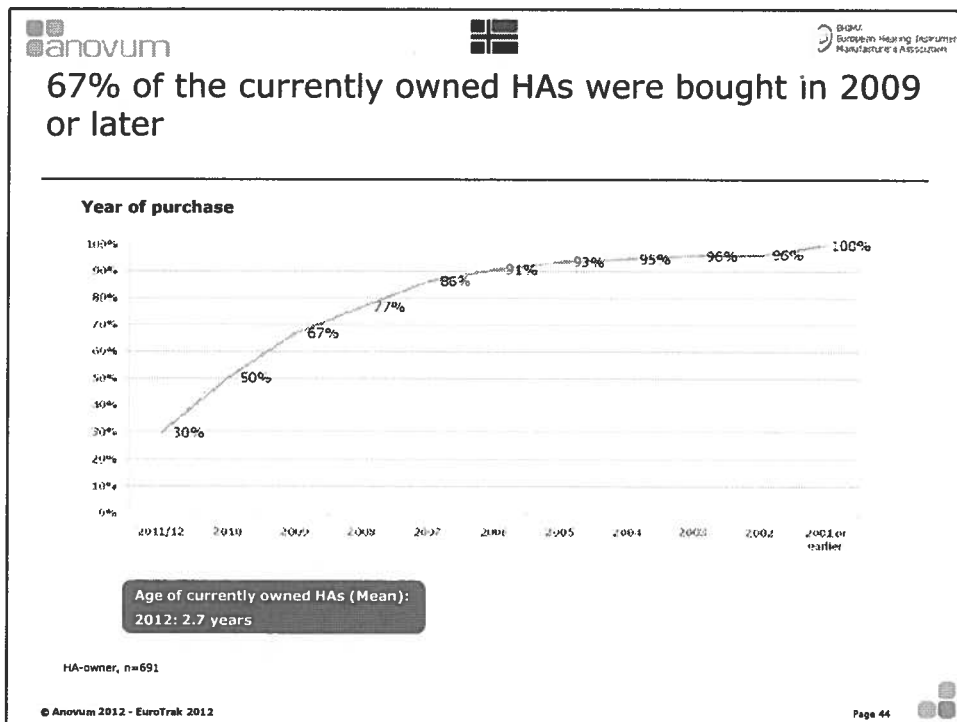
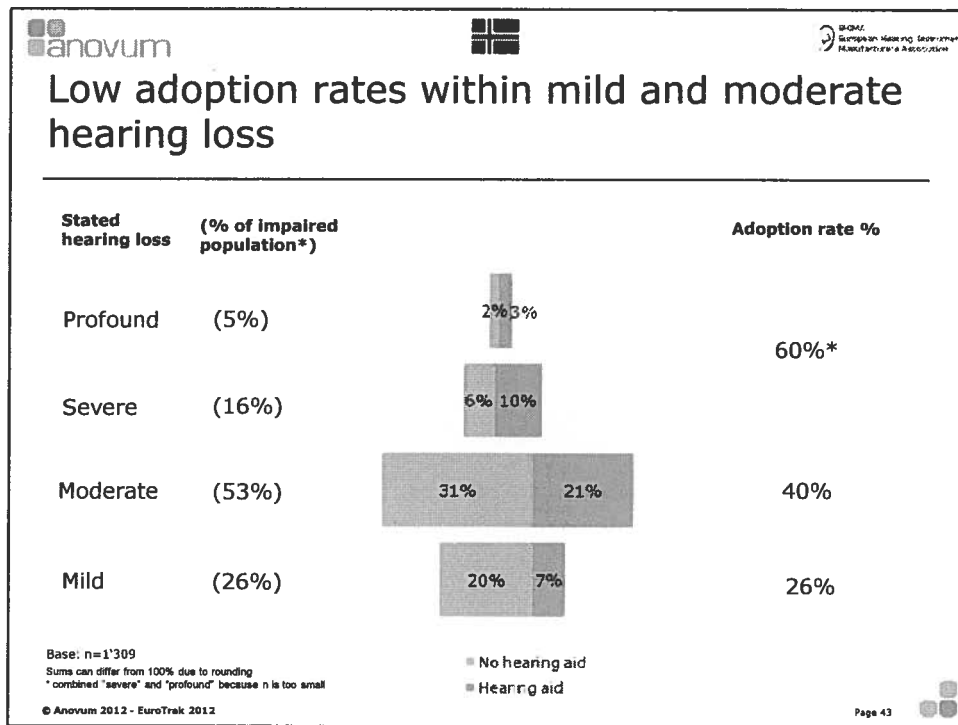
3. Analysis of hearing aid owners

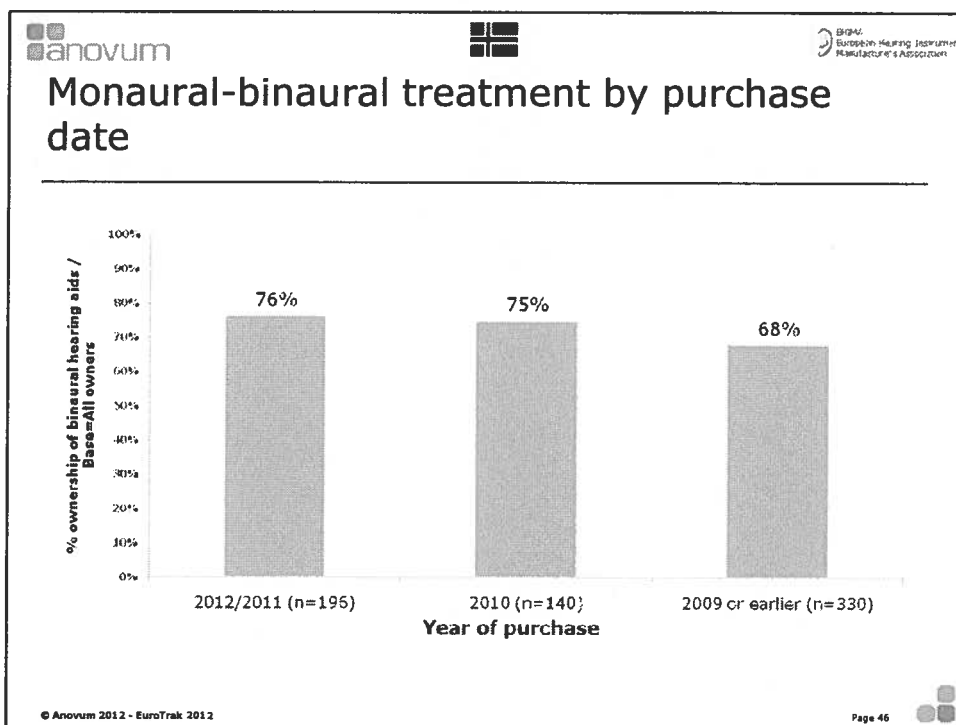
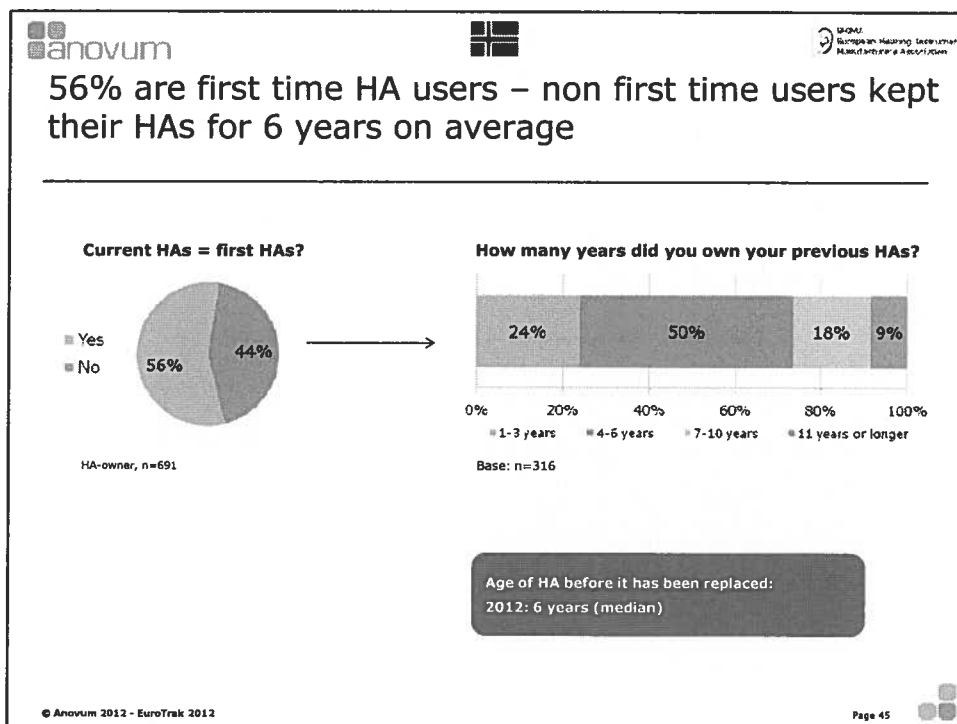
© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 41 

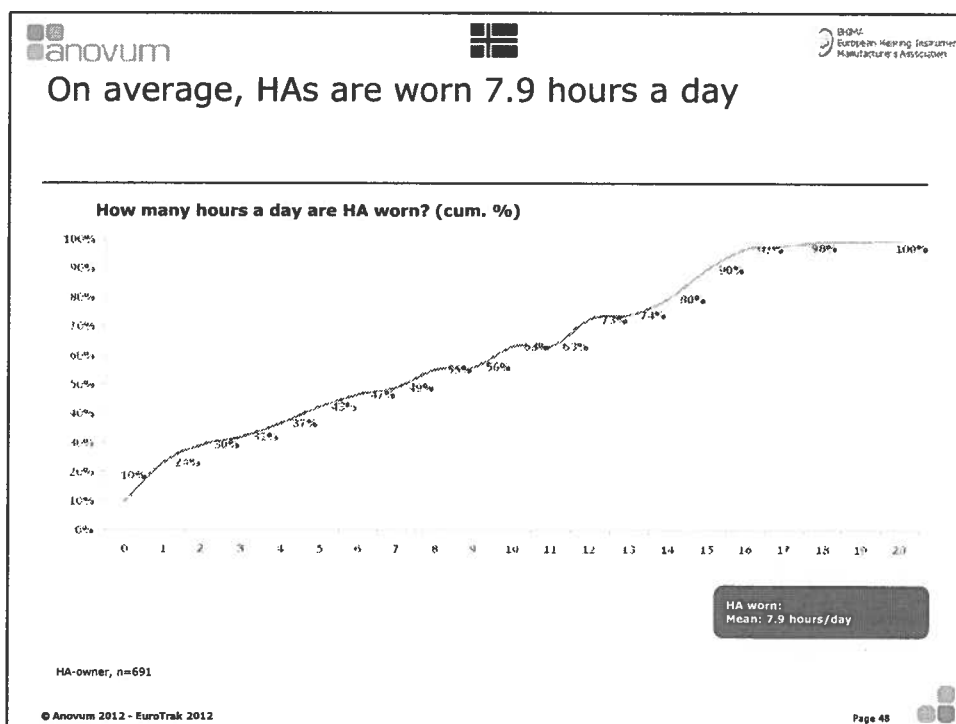
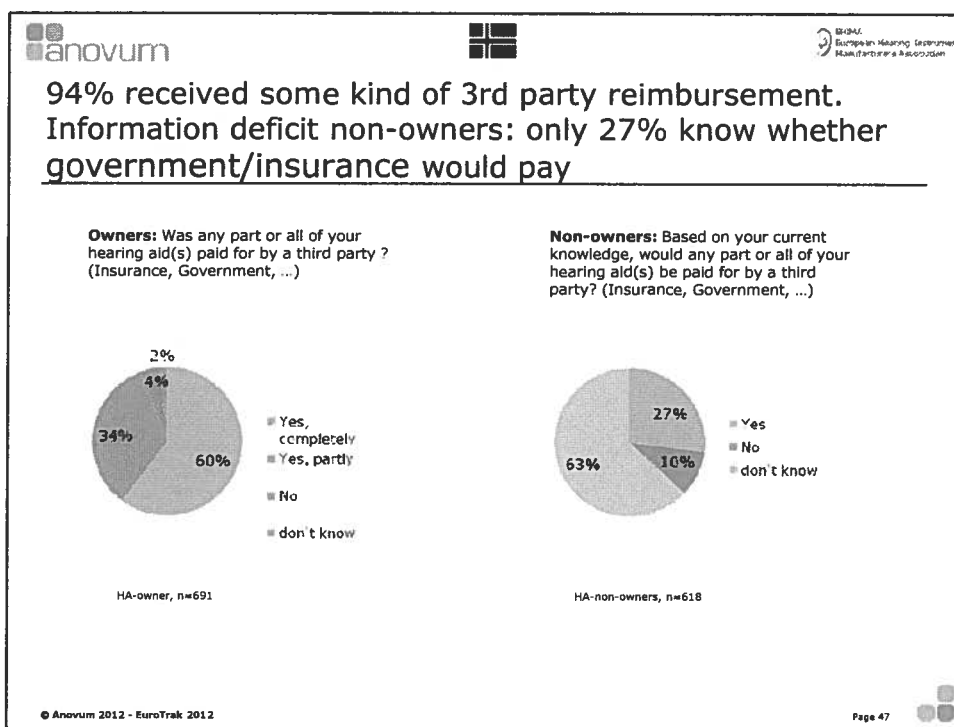
  

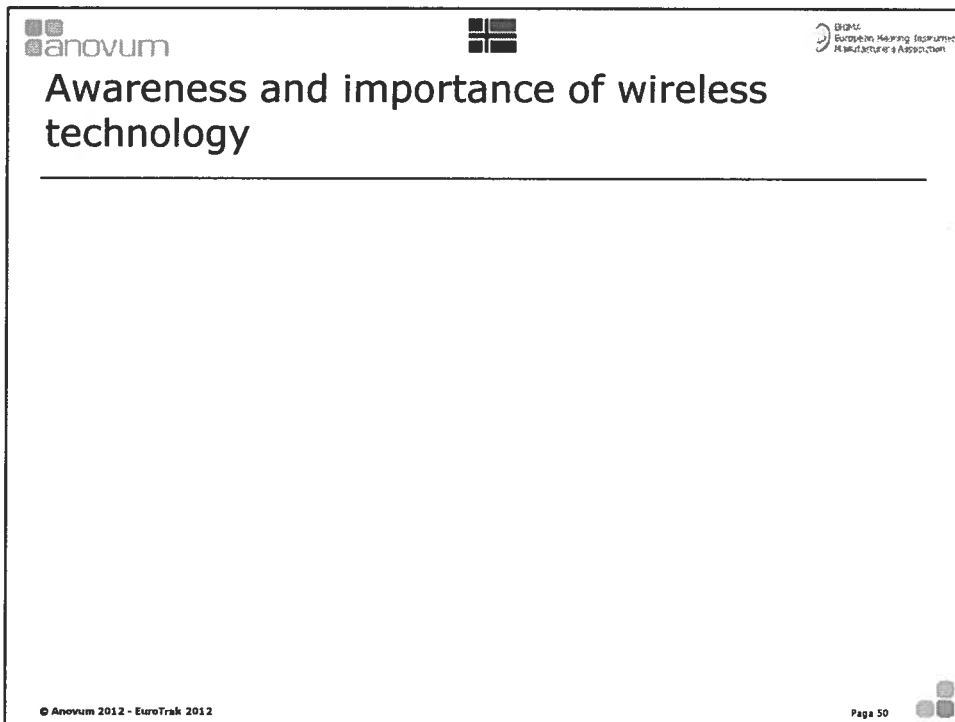
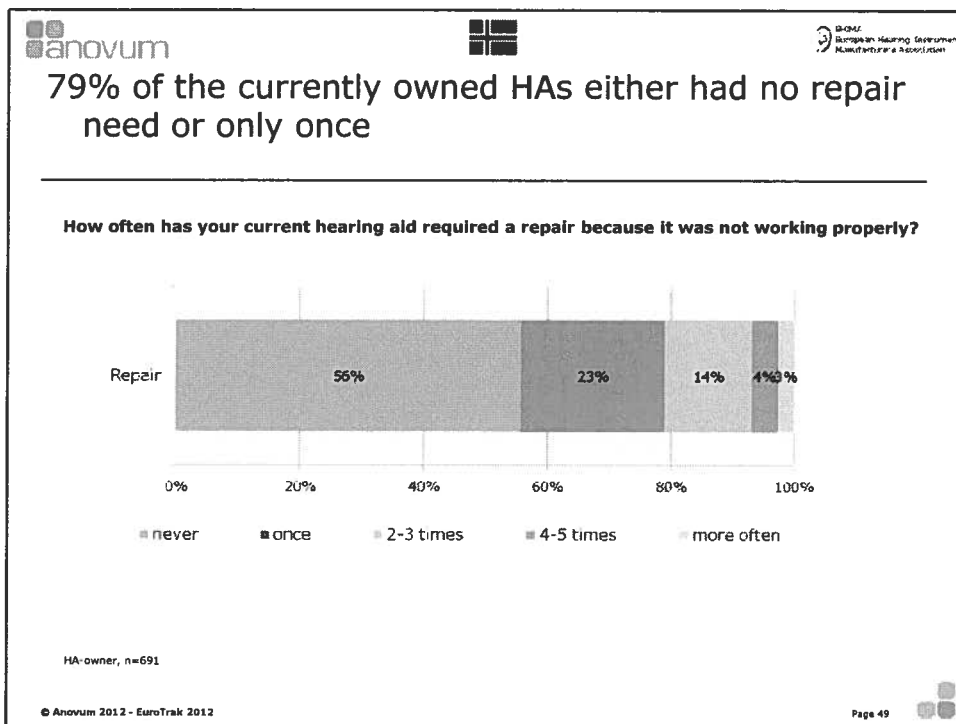
Hearing aid ownership and usage

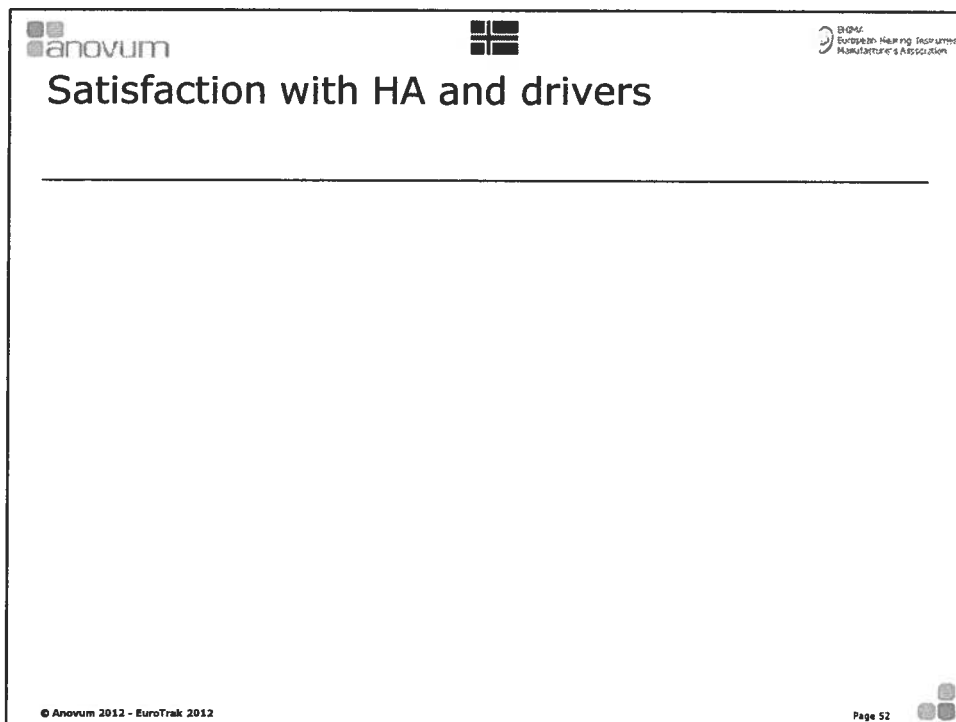
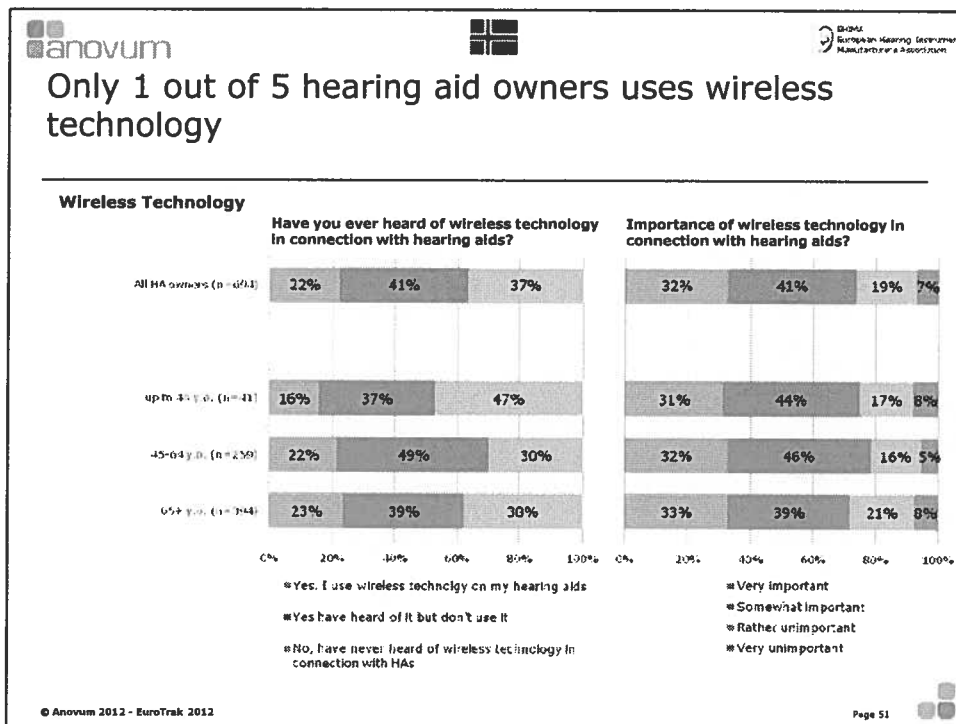
© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 42 

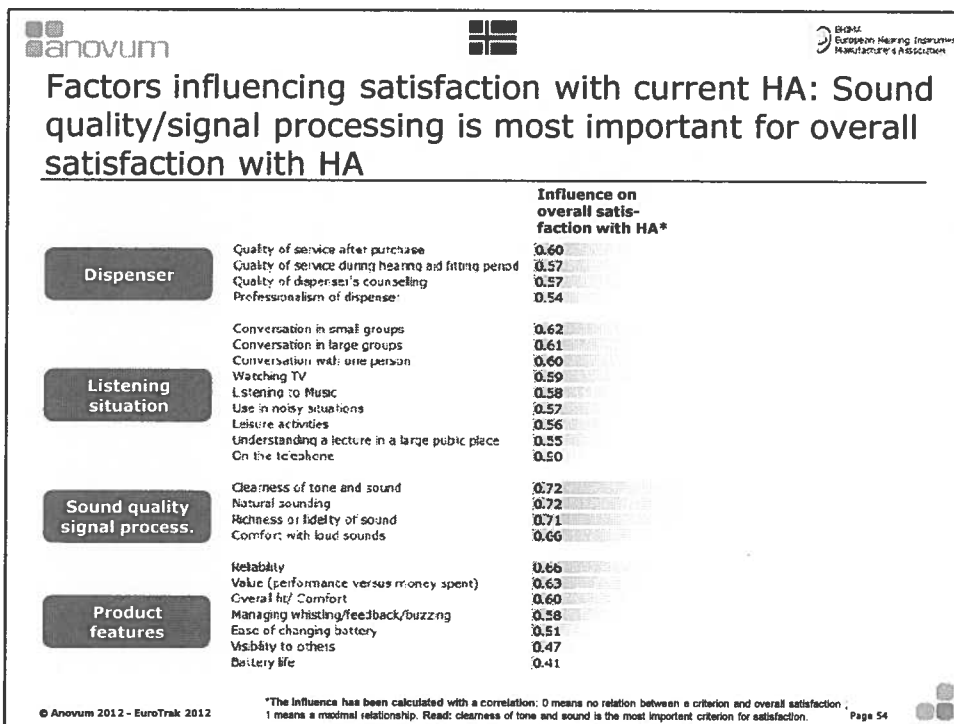
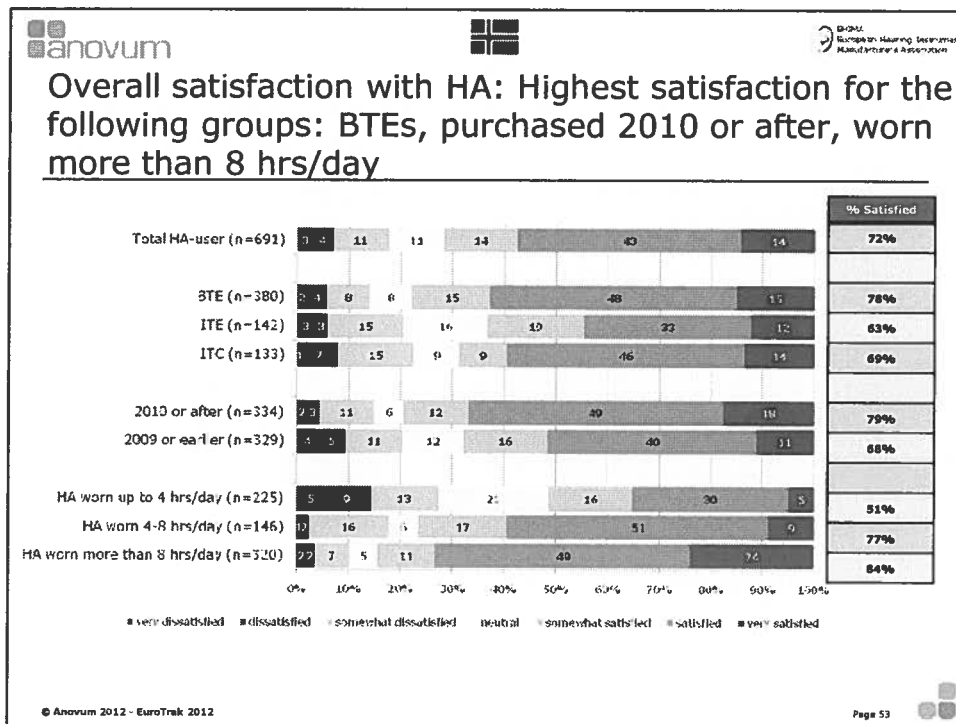


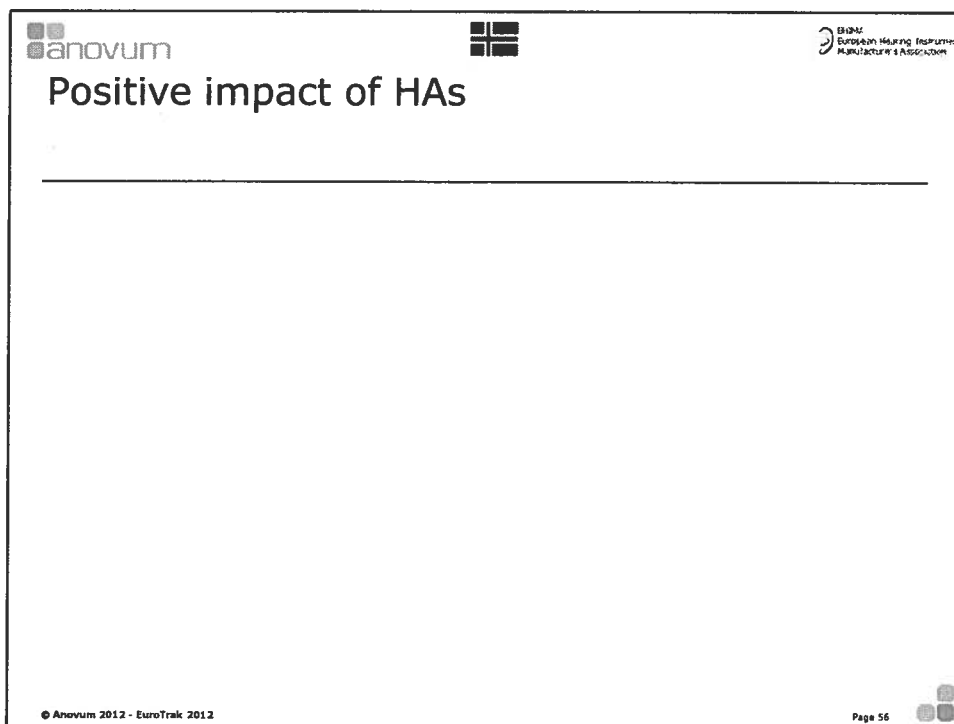
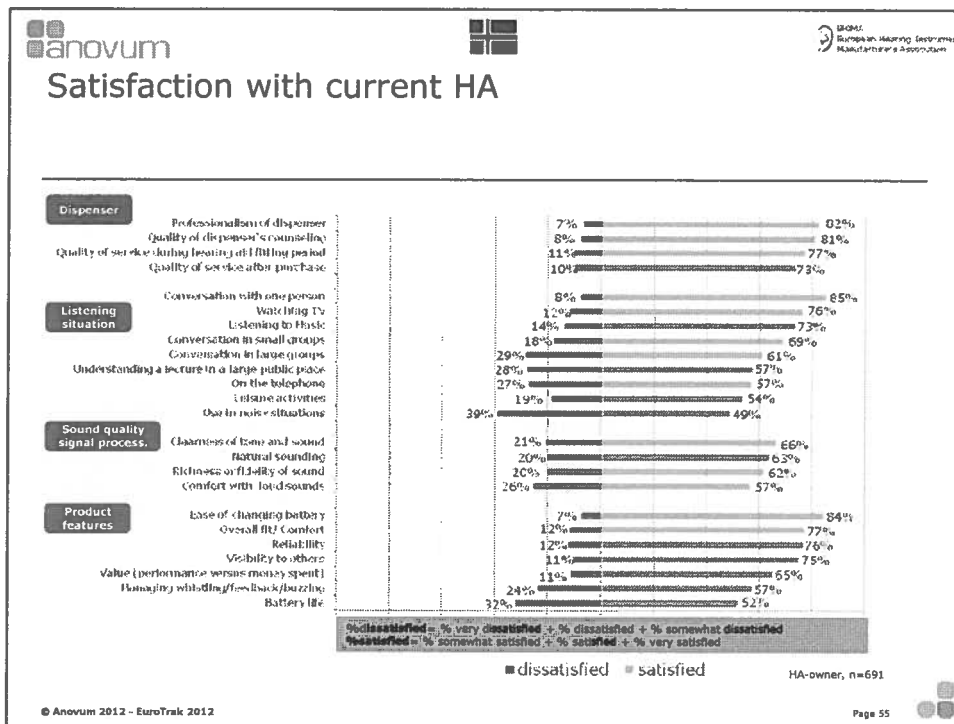


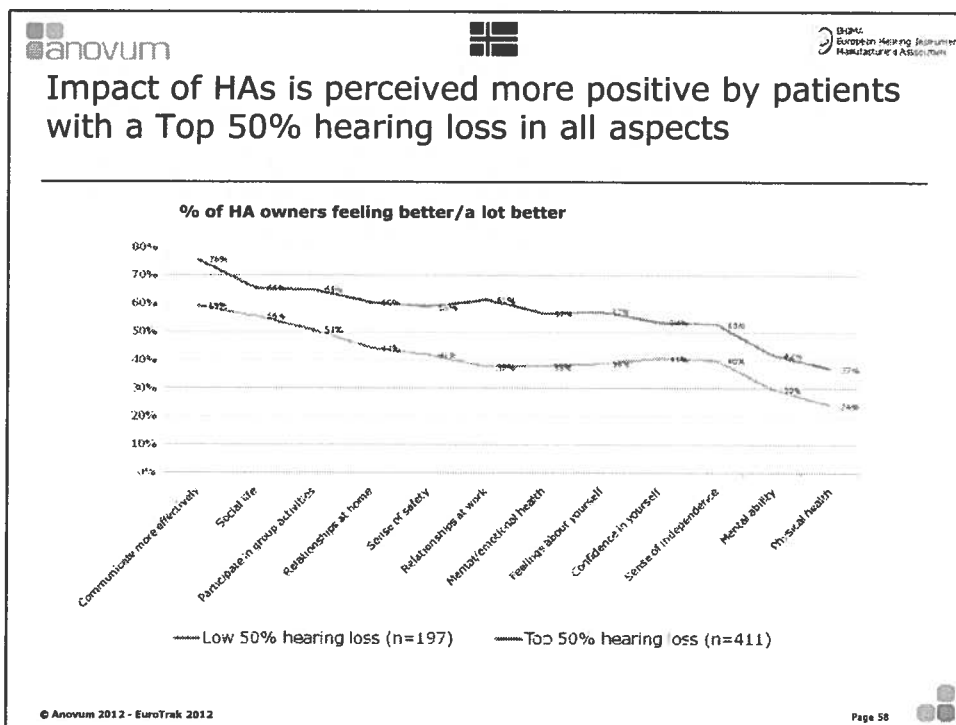
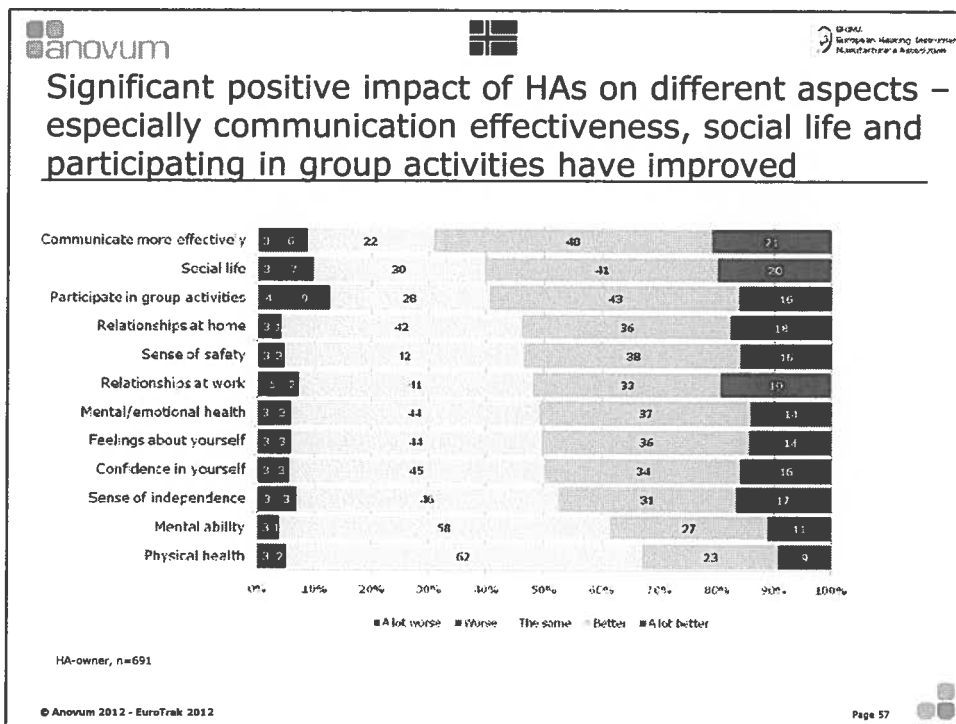


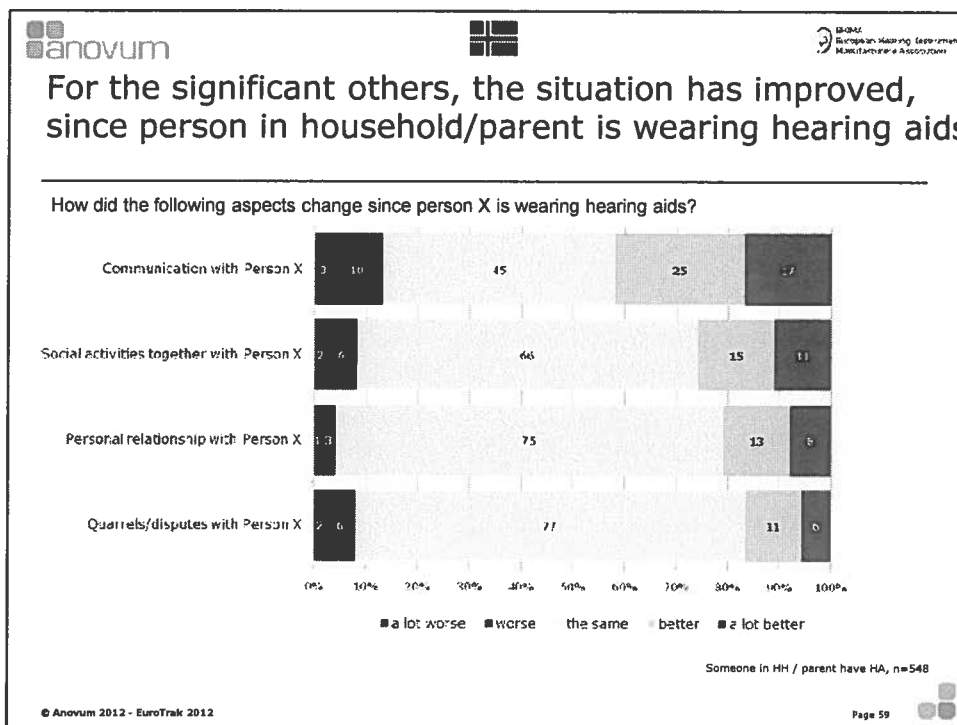



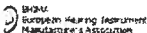







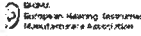




anovum  


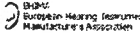
4. Analysis of hearing impaired non-owners

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 60

Reasons for not having a hearing aid

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 61

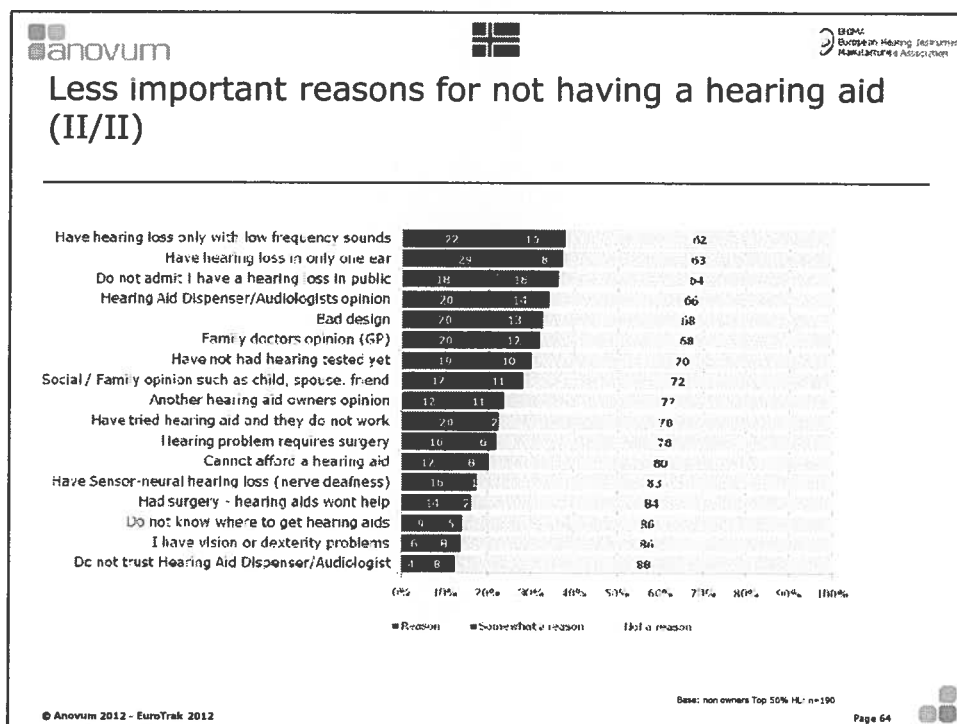
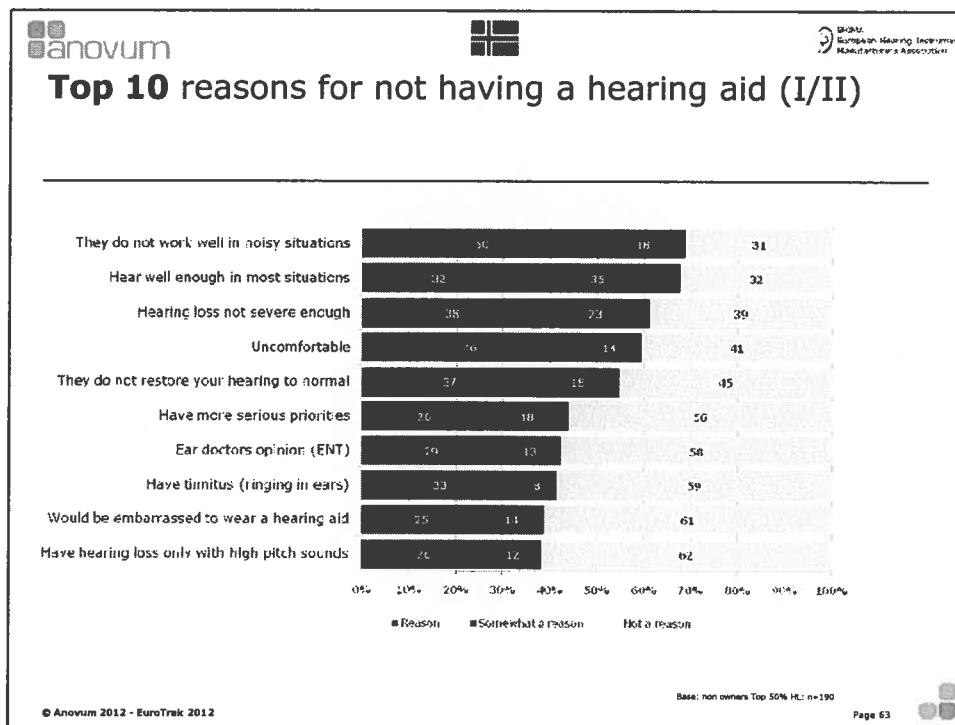



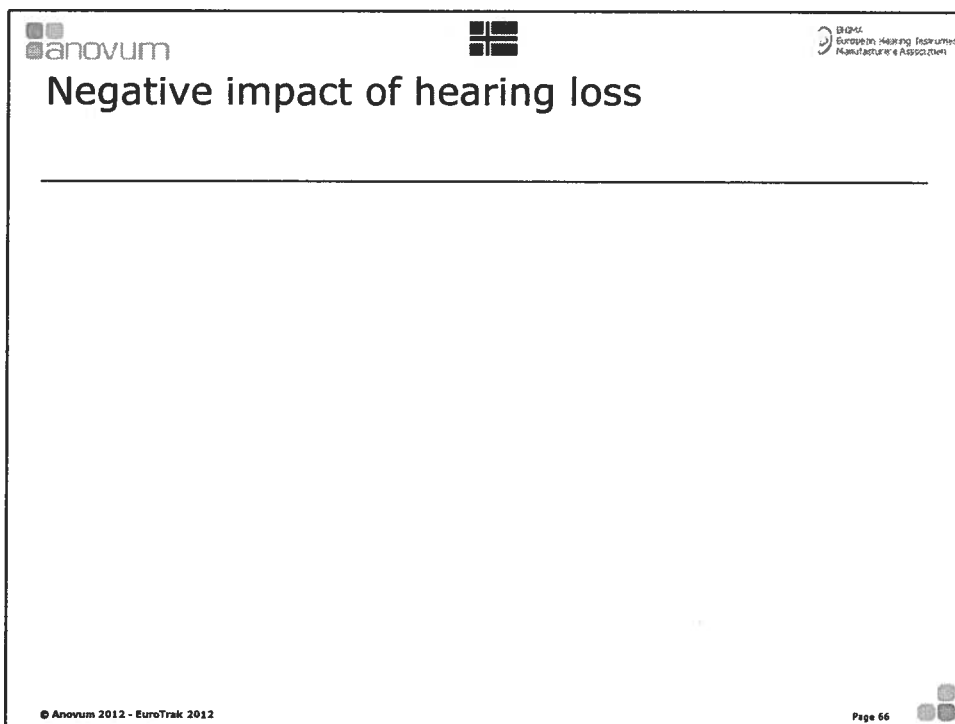
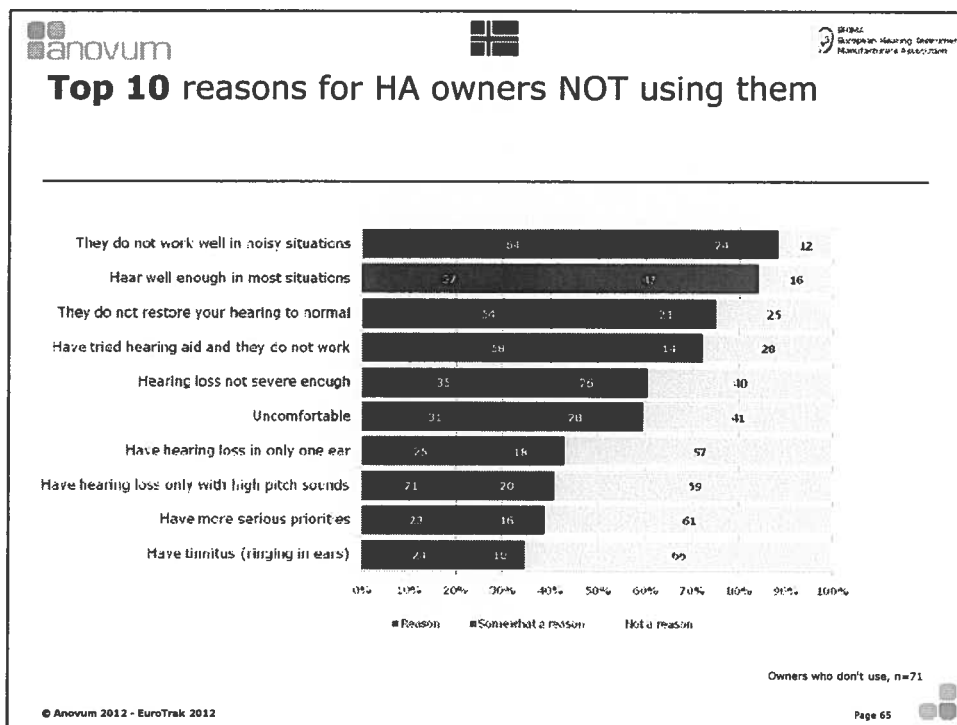
To analyse reasons of non-adoption we look at the Top 50% HL group, as the structure of hearing loss is more similar to that of HA owners

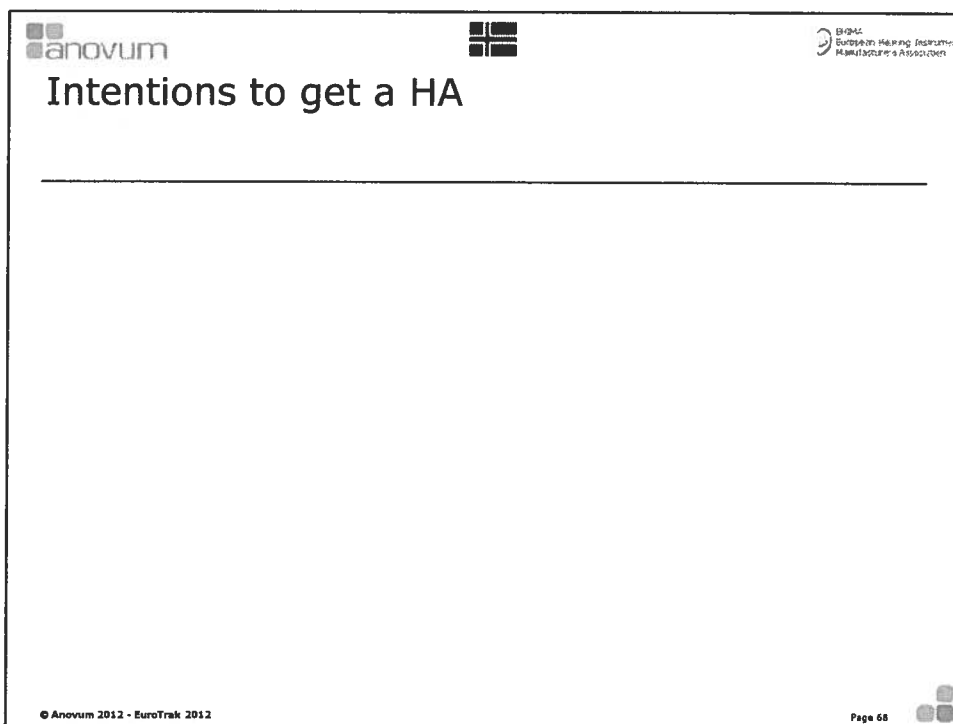
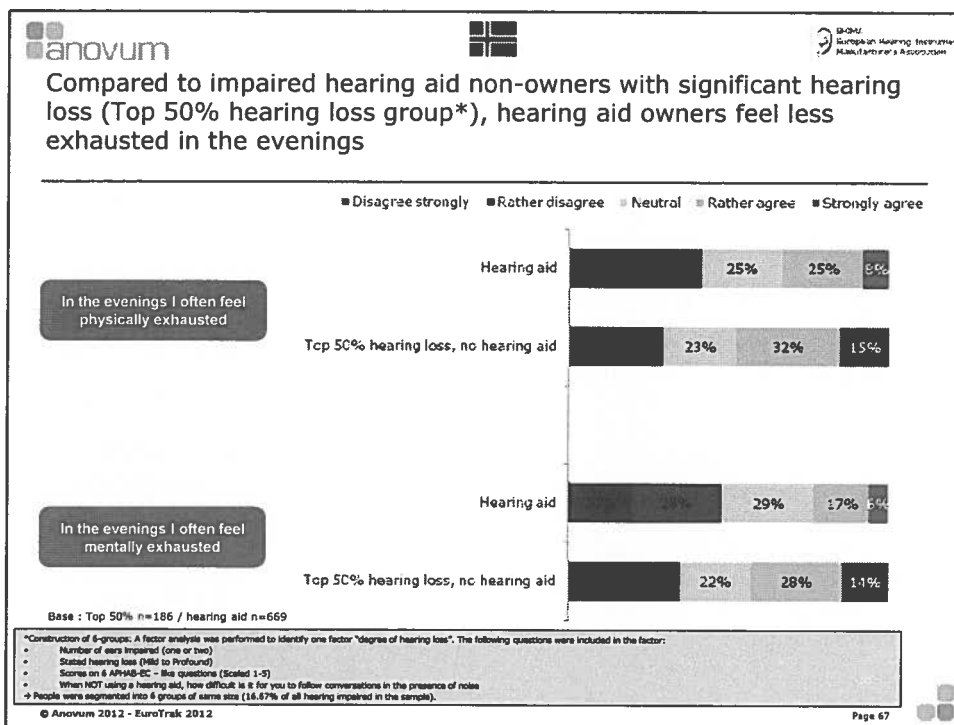
Hearing loss characteristics: Owners compared to non-owners

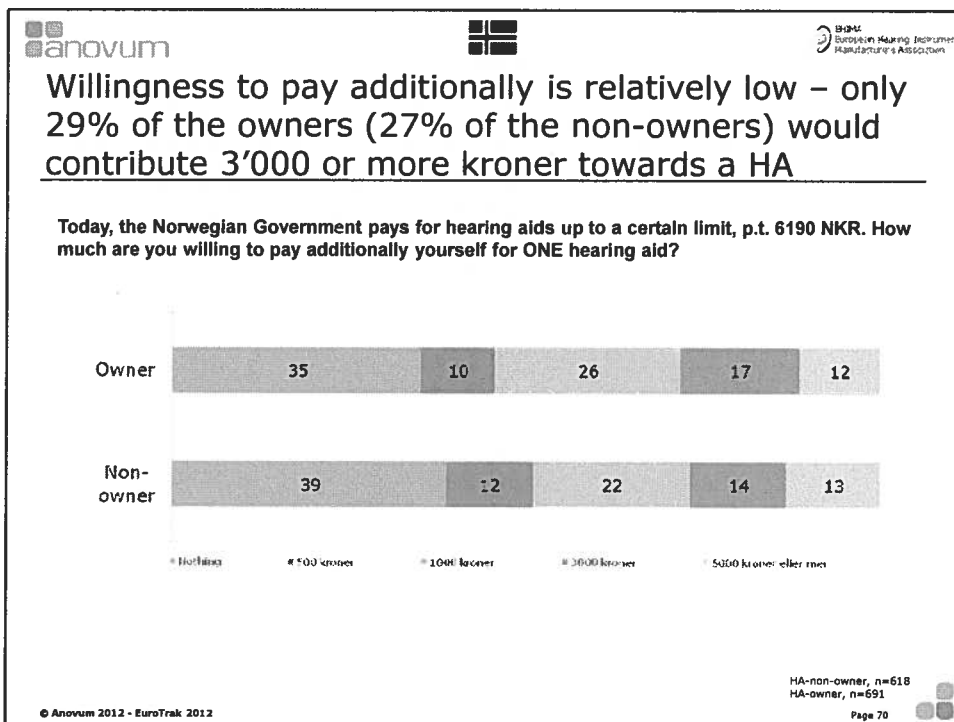
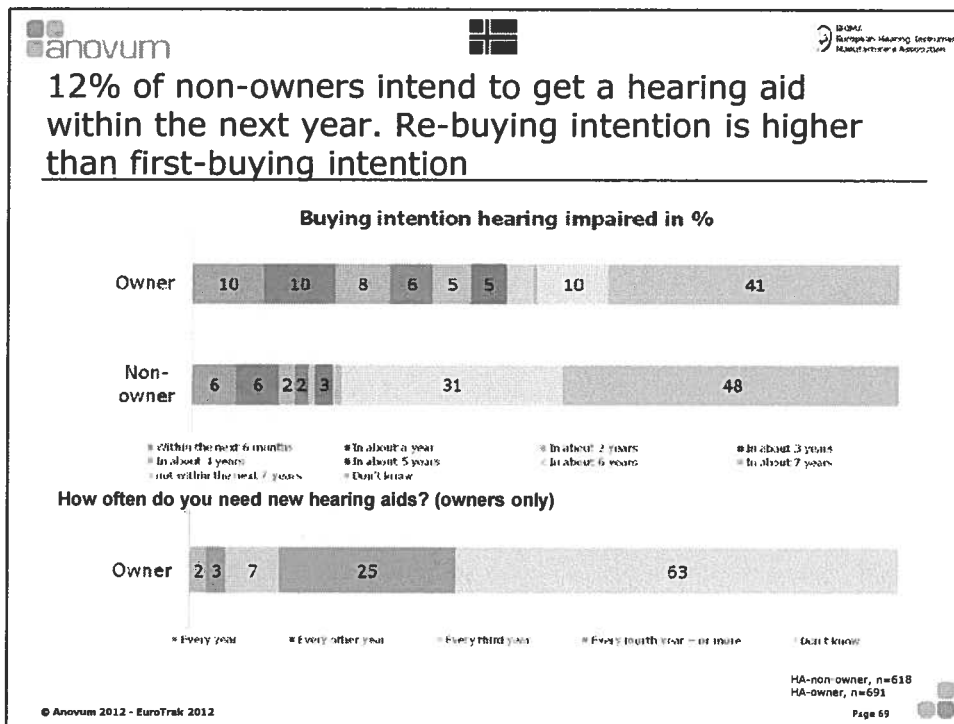
| | % HA Owner (n=691) | %HA-Non-owner Low 50% HL | %HA-Non-owner Top 50% HL |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Ears impaired | | | |
| Unilateral loss | 18% | 37% | 29% |
| Bilateral loss | 82% | 63% | 71% |
| | | More similar hearing loss-structure | |
| Perceived loss | | | |
| Mild | 17% | 43% | 7% |
| Moderate | 52% | 52% | 62% |
| Severe | 24% | 3% | 24% |
| Profound | 7% | 2% | 7% |

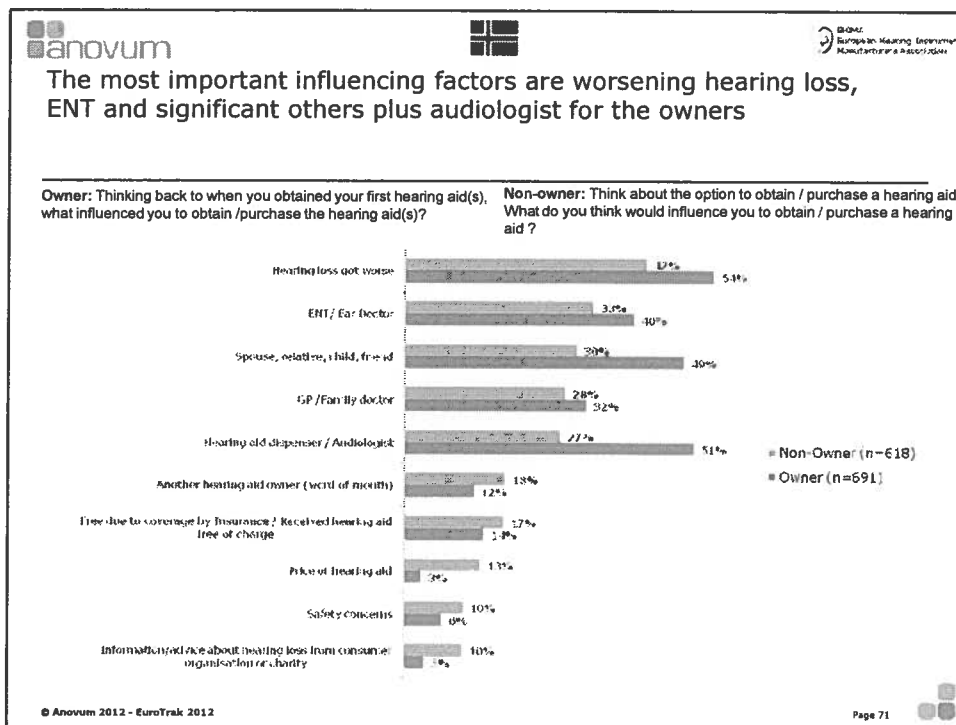
© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 62











anovum

Stefan Refellnes, MD

Head of Sales
Schøyenveien 21
OSL 1000, Norway

Mobile: +45 4045 7135 77
Home: +45 2248 749 89 22
Email: k.k@anovum.com

www.anovum.com

EHIMA
European Hearing Instrument
Manufacturers Association

EHIMA
Soeren Hougaard
EHIMA secretary general
Phone: (+45) 4045 7135
Email: sh@ehima.com



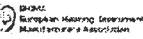
anovum

Christian Eggset, MD

Head of Sales
Schøyenveien 21
OSL 1000, Norway



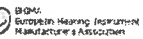
Mobile: +45 4045 7135 77
Home: +45 2248 749 89 22
Email: c.eggset@anovum.com

www.anovum.com

APPENDIX

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 73


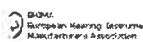
Demographics (1) Hearing instrument adoption rates and populations

Profiles: Categories add to 100%*

| | Count | Hearing difficulty | Hearing aid adoption rate % (Slow-hearing impaired) | No hearing loss | Hearing loss but no hearing aid | Hearing aid |
|--------------------------------|-------|--------------------|---|-----------------|---------------------------------|-------------|
| Gender | | | | | | |
| Male | 7435 | 10.2% | 35.5% | 49.4% | 51.2% | 47.6% |
| Female | 7431 | 8.2% | 48.8% | 50.4% | 38.8% | 52.4% |
| Age rounded | | | | | | |
| 1 - 14 | 2779 | 2.2% | 21.0% | 20.1% | 6.0% | 2.3% |
| 15 - 24 | 1942 | 2.6% | 24.7% | 14.0% | 5.1% | 2.3% |
| 25 - 34 | 1314 | 4.0% | 3.4% | 13.0% | 10.4% | 1.0% |
| 35 - 44 | 2181 | 4.9% | 20.0% | 15.4% | 11.1% | 3.0% |
| 45 - 54 | 2003 | 7.6% | 29.4% | 13.7% | 14.1% | 6.0% |
| 55 - 64 | 1786 | 12.1% | 37.6% | 11.6% | 17.3% | 14.1% |
| 65 - 74 | 1179 | 20.6% | 52.2% | 7.0% | 14.7% | 21.7% |
| 75+ | 1063 | 41.8% | 61.6% | 4.7% | 21.3% | 46.4% |
| Type of household | | | | | | |
| single household | 1854 | 19.6% | 37.0% | 11.1% | 21.8% | 31.1% |
| Couple, no kids | 3083 | 14.7% | 47.1% | 19.0% | 30.8% | 37.1% |
| Couple with kids | 7587 | 4.7% | 28.3% | 53.5% | 32.3% | 17.2% |
| Single mom/dad with kids | 1029 | 4.7% | 28.8% | 7.2% | 4.6% | 2.5% |
| Retirement home, hospital etc. | 101 | 42.2% | 60.0% | 0.8% | 2.7% | 5.8% |
| Other | 1164 | 6.2% | 29.3% | 6.0% | 7.8% | 4.4% |

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 Page 74

* Small sample sizes in some categories

anovum  

Demographics (2) Hearing instrument adoption rates and populations

Profiles: Categories add to 100%*

| | Count | Hearing difficulty | Hearing aid adoption rate % (Hear=hearing impaired) | No hearing loss | Hearing loss but no hearing aid | Hearing aid |
|---|-------|--------------------|---|-----------------|---------------------------------|-------------|
| Sex | | | | | | |
| The head of the household (alone or together with someone) | 7190 | 13.0% | 44.3% | 44.9% | 48.5% | 76.0% |
| The spouse of the head of the household | 2572 | 9.2% | 41.3% | 17.5% | 18.3% | 17.8% |
| Daughter/son of head of household | 4158 | 2.1% | 26.0% | 30.4% | 8.7% | 4.2% |
| Other Person | 728 | 6.3% | 25.4% | 5.2% | 4.1% | 1.9% |
| Employment | | | | | | |
| Full time employed | 5512 | 6.4% | 22.7% | 49.4% | 38.4% | 14.8% |
| Part time employed | 1165 | 6.3% | 21.6% | 10.2% | 6.7% | 4.0% |
| Unemployed / not working | 701 | 7.1% | 22.7% | 6.1% | 5.3% | 2.0% |
| Retired under a disability pension scheme (fully or partly) | 948 | 17.0% | 49.7% | 7.4% | 11.1% | 14.3% |
| Early retired under an early retirement benefit scheme | 310 | 22.7% | 53.3% | 7.3% | 4.5% | 6.6% |
| Retired (at the official retirement age) | 1624 | 32.5% | 59.1% | 10.4% | 29.7% | 56.1% |
| Student / pupil / in training | 1523 | 2.8% | 27.2% | 13.2% | 4.4% | 7.1% |
| Education | | | | | | |
| Grunnskole | 709 | 21.9% | 58.3% | 4.6% | 12.8% | 23.4% |
| Ungdomsskole | 1297 | 12.7% | 42.8% | 10.6% | 14.1% | 13.6% |
| Videregående | 4840 | 8.5% | 40.1% | 41.6% | 32.4% | 29.2% |
| Universitet eller høyskole, 1-3 år | 2435 | 2.1% | 28.5% | 20.3% | 18.1% | 14.8% |
| Universitet eller høyskole, over 3 år | 2010 | 8.4% | 35.6% | 17.4% | 14.9% | 10.7% |
| Annst | 595 | 16.4% | 48.0% | 4.7% | 6.7% | 8.1% |

© Anovum 2012 - EuroTrak 2012 * Small sample sizes in some categories Page 75

Upphandlingsansvarig




Jönköpings läns landsting
Karolina Mak




Upphandling

Hörapparater inkl tillbehör och reservdelar
Dnr LK11-0677

Sista anbudsdag: 2012-03-26 23:59

Symbolförklaring:

-  Texten/frågan innehåller krav som måste uppfyllas
-  Texten ingår i kvalificeringen
-  Frågan är viktad och ingår i delen av upphandlingen

-  Texten kommer att ingå i avtalet
-  Texten innehåller sekretessbelagd information
-  Frågan besvaras av köparen

1. Förfrågningsunderlag

1.1. ADMINISTRATIVA FÖRESKRIFTER

1.1.1. Allmän orientering

1.1.1.1. Upphandlingsobjekt

Denna upphandling avser Hörapparater inkl tillbehör och reservdelar

1.1.1.2. Typ av upphandlingskontrakt



Ramavtal gäller för perioden från och med
2012-10-01

till och med

2014-09-30

med option om förlängning i ytterligare upp till (månader)

24 månader

1.1.1.3. Upphandling i samverkan

Upphandlingen sker i samverkan mellan Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Östergötland och Landstinget i Kalmar län.

Deltagande landsting har genom fullmakt uppdragit åt Landstinget i Jönköpings län att genomföra upphandlingen.

Uppdraget innebär att Landstinget i Jönköpings län genomför upphandlingen. Detta innefattar bland annat att upprätta förfrågningsunderlag, utvärdera inkomna anbud, upprätta förslag till tilldelningsbeslut, lämna underrättelse om beslut samt teckna avtal för samtliga deltagande landsting.

Då beslutsrätten inte kan delegeras genom fullmakt åligger det deltagande landsting att självständigt fatta ett likalydande beslut om tilldelning av avtal.

1.1.1.4. Omfattning - Uppskattad volym totalt

Det totala värdet för ingående produkter i denna upphandling under aktuell avtalsperiod inkl.

1.1.1.7. Upphandlande myndighet

Upphandlande myndighet är Landstinget i Jönköpings Län genom Inköpsavdelningen.
För information om Landstinget i Jönköpings län, se hemsida:
www.lj.se

Upphandlingen omfattar även Landstinget i Östergötland och Landstinget i Kalmar län enligt beskrivning ovan.

För information om respektive landsting se www.lio.se respektive www.ltkalmar.se.

1.1.2. Förtydligande och komplettering av förfrågningsunderlag

1.1.2.1. Upplysning, Frågor och svar

Frågor och svarsfunktionen i Tendsign innebär att frågor ställs och svar besvaras enbart i denna funktion. I annonsen finns funktionen under "Frågor och svar".

Frågor ska av frågeställaren formuleras på ett sådant sätt att de, tillsammans med Landstingets svar, utan åtgärder från Landstinget kan offentliggöras.
Frågorna bör därför inte innehålla uppgift om frågeställarens företag, produkter eller annan känslig information.

Är anbudsgivare registrerad i Tendsign erhålls alla inkomna frågor och avgivna svar genom Tendsign. Övriga måste själva bevaka ställda frågor och givna svar.

Frågor ställs senast tio (10) dagar innan anbudstiden utgår. Svar lämnas senast sex (6) dagar innan anbud ska lämnas.

Med anledning av frågor kan landstinget företa kompletteringar och förtydliganden.
Anbudsgivare ska beakta dessa innan anbud inlämnas.

1.1.2.2. Tid och plats för anbudsöppning

Anbudsöppning kommer att ske via Tendsign efter sista anbudsdag.

1.1.2.3. Sekretess vid upphandling

Uppgifter i ett upphandlingsärende omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen till dess att tilldelningsbeslut fattats eller upphandlingen på annat sätt avslutats.

Nämnda uppgifter kan omfattas av sekretess även efter nämnda tidpunkt. Leverantörer som vill att sekretess ska råda även efter det att anbudssekretessen upphört måste begära detta och precisera vilka uppgifter som avses samt vilken skada som skulle drabba leverantören om uppgifterna röjs. Alla uppgifter som leverantören vill sekretessbelägga lämnas i form av separata bilagor som enkelt kan avskiljas från övriga uppgifter i anbudet.

I de fall sekretess önskas ange orsaken till behovet av sekretess i fältet nedan och ange vilka dokument eller dokumentdelar önskan om sekretess avser (Fritextsvar)

1.1.2.4. Avbrytande av upphandlingen

Om upphandlingen avbryts kommer samtliga leverantörer att underrättas. I underrättelsen anges grunden för beslutet att avbryta upphandlingen

1.1.2.5. Underrättelse om beslut

Underrättelse om vilka leverantörer som kommer att tilldelas kontrakt och skälen för detta, lämnas via Tendsign till alla leverantörer i den aktuella upphandlingen.

Tilldelningsbeslutet utgör inte en avtalsrättslig accept av anbudet. Bindande avtal kommer till stånd först när upphandlingskontraktet undertecknats av båda parter.

1.1.2.6. Upphandlingskontrakt

Efter tid för avtalsspärr har förlupit tecknas upphandlingskontrakt med antagen leverantör eller antagna leverantörer.

Avtalet utgörs av ett skriftligt kontrakt som baseras på innehållet i detta förfrågningsunderlag och antaget anbud.

1.1.2.7. Ersättning för upprättande av anbud

Landstinget medger inte ersättning för upprättande av anbud.

1.1.2.8. Landstingets miljöansvar

Landstinget i Jönköpings län har visionen "För ett bra liv i ett attraktivt län". Bra miljö skapar förutsättningar för en god hälsa för alla länsbor. Det interna miljöarbetet ska därför vara ett föredöme som involverar alla medarbetare.

Miljöprogrammet riktar sig även till företag som levererar tjänster och varor till Landstinget.

Landstingets miljöpolicy i miljöprogram för 2009-2011 anger att Landstinget arbetar med ständiga förbättringar för att minska miljöpåverkan genom att:

- Värdera miljöpåverkan i planering, upphandling och beslut
- Uppmärksamma och kommunicera samband mellan människors hälsa och yttre miljö
- Engagera medarbetarna i miljöarbetet

Landstinget uppfyller miljölagstiftning och andra krav genom att:

- Hushålla med naturresurser och energi samt förebygga föroreningar
- Eftersträva användning av förnybara energikällor och naturresurser
- Välja produkter och kemikalier som ger minsta möjliga miljöbelastning

Miljöanpassad upphandling

Upphandling är en central process som har stor påverkan på möjligheterna att uppnå samtliga Landstingets miljömål eftersom man köper in stora mängder tjänster, varor och förbrukningsmaterial som kan innebära en miljöbelastning. Genom att välja produkter med minsta möjliga miljöbelastning med hänsyn tagen till funktionalitet och följa upp miljökraven kan Landstinget, förutom sin egen miljöbelastning, också påverka utbudet av miljöanpassade produkter på marknaden i en positiv riktning.

Som underlag till våra miljökrav använder vi miljöstyrningsrådets upphandlingskriterier (www.msr.se).

Av detta förfrågningsunderlag framgår de miljökrav som ställs på efterfrågade produkter och utrustning

1.1.3. Upphandlingsföreskrifter

1.1.3.1. Obligatoriska krav

Förfrågningsunderlaget med bilagor innehåller ett antal krav som är obligatoriska.

Förutsättningen för att ett anbud ska kunna utvärderas och antas är att dessa krav är uppfyllda.

Kraven avser såväl krav på leverantören och anbudet som på efterfrågade produkter.

använda systemet och att lämna anbud. Efter genomförd registrering fås omedelbar tillgång till systemet. Har ni frågor eller behöver support kring hanteringen av systemet går det bra att kontakta TendSigns support på 013-47 47 570 vardagar kl. 08.00 – 17.00.

1.1.4. Kvalificering av leverantör

1.1.4.1. Intyg från myndigheter

Anbudsgivare ska uppfylla i Sverige eller i hemlandet lagenligt ställda krav avseende sina registrerings-, skatte och avgiftsskyldigheter.

Landstinget begär i samband med anbudsöppningen in uppgifter från Skatteverket motsvarande blankett SKV 4820.

För utländsk anbudsgivare gäller att motsvarande bevis ska bifogas anbudet.

1.1.4.2. Teknisk och yrkesmässig kapacitet

Anbudsgivare ska ha den tekniska och yrkesmässiga kapacitet som krävs för uppdragets genomförande.

Anbudsgivare ska styrka sin tekniska och yrkesmässiga kapacitet på följande sätt:

1. Lämna förteckning omfattande minst två referenter vilka under de tre senaste åren har fått uppdrag av liknande/motsvarande/jämförbar art utförda av anbudsgivaren.

eller

2. Beskriva sin tekniska och yrkesmässiga kapacitet i förhållande till uppdragets omfattning.

Har efterfrågad förteckning eller beskrivning bifogats anbudet alternativt redovisats i fält nedan? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

Uppfylls kravet på teknisk och yrkesmässig kapacitet? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

1.1.4.3. Systematiskt kvalitetsarbete

Leverantören ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete inom företaget.

Som bevis på att kravet uppfylls ska leverantören beskriva eller bifoga handlingar på svenska eller engelska som styrker detta arbete.

Uppfylls kravet? Beskriv nedan eller bekräfta att beskrivning finns som bifogat dokument (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

1.1.4.4. Systematiskt miljöarbete

Leverantören ska bedriva ett systematiskt miljöarbete inom företaget. Som bevis på att kravet uppfylls ska leverantören

bifoga handlingar på svenska eller engelska som styrker detta arbete.

Fyll i nedanstående information om miljöledningssystem och miljödokumentation.

Ange var dokumentation finns (som bilaga och/eller hänvisa gärna till web-adress).

Har leverantören ett miljöledningssystem? Ange om det är ISO14001, EMAS, FR2000 eller motsvarande. Ange miljöledningssystemets omfattning (hela eller delar av företaget, t ex tillverkningsenhet, försäljning, distribution). (Fritextsvar)

Om certifierat miljöledningssystem inte finns, beskriv vilka dokument som finns och som reglerar företagets miljöarbete såsom miljöpolicy, redovisning av miljöpåverkan, övergripande miljömål, detaljerade miljömål, miljökrav på egna tillverkare/leverantörer (Fritextsvar)

1.1.4.5. Producentansvar

Förpackningar:

Anbudsgivaren ska senast vid avtalsstart uppfylla kraven enligt förordning (2006:1273) om producentansvar för offererade produkters förpackningar.

Kravet kan uppfyllas genom att anbudsgivaren eller att anbudsgivarens leverantörer i tidigare led är ansluten till REPA-registret (anslutningsavtal) och/eller Svensk glasåtervinning eller genom att anbudsgivaren har ett eget upprättat system. Kravet gäller för den som är producent enligt lagstiftningen, d.v.s. den som yrkesmässigt tillverkar, till Sverige för in eller säljer en förpackning eller en vara som är innesluten i en sådan förpackning. För att bedöma om ett eget system för producentansvar är fullgott, se Avfallsrådets kriterier för ett lämpligt insamlingssystem, se bilaga 6 i rapporten på:

www.naturvardsverket.se/Documents/publikationer/620-5648-4.pdf

Elektriska och elektroniska produkter:

Av anbudet ska framgå att anbudsgivaren uppfyller kraven eller senast vid avtalsstart, kommer att uppfylla kraven för producentansvaret för elektriska och elektroniska produkter (SFS 2005:209 med ändringar) för offererade produkter. Detta är uppfyllt genom att anbudsgivaren eller att anbudsgivarens leverantörer i tidigare led är ansluten till EI-Kretsen eller genom ett eget fungerande system, och genom att vara registrerad i Naturvårdsverkets EE-register.

Hur klaras kravet på producentansvar för förpackningar?
(Fritextsvar)

Hur klaras kravet om producentansvar för elektriska produkter?
(Fritextsvar)

1.1.4.6. Producentansvar för elektriska och elektroniska produkter

Producentansvar för elektriska och elektroniska produkter skall uppfyllas. Detta sker bl a genom att anbudsgivaren, eller anbudsgivarens leverantör i tidigare led, är ansluten till EI-retur eller genom ett eget fungerande system (SFS 2000:208 med ändringar). För information angående producentansvar för elektronik och vilka produkter som omfattas se: www.elkretsen.se/ eller www.elretur.se.

Uppfylls kravet om producentansvar för elektriska och elektroniska produkter? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

Hur uppfylls kravet? (Fritextsvar)

1.1.4.7. Material i förpackningar

Förpackningsmaterial ska vara fritt från PVC och andra klorinnehållande plastmaterial.

Cellulosa i förpackningar ska vara framställd av returmassa eller av oblekt massa eller av

massa blekt utan klorgas, d.v.s. enligt ECF- eller TCF-metoden[1]? Ett representativt medelvärde[2] för AOX-utsläppet till recipient[3] får inte överstiga 0,25 kg/ton[4] massa med 90 % TS. Detta gäller för varje enskild ingående blekt massa i ytterförpackningen.

[1] Blekning av massa kan ske med två olika metoder, TCF (blekt utan klorinnehållande kemikalier) respektive ECF (blekt med klordioxid), vilka betraktas som miljömässigt jämställda. Vid blekning av massa med ECF-metoden, bildas klororganiskt material. Detta släpps ut i avloppsvattnet. Mängden uttrycks som kg AOX relaterat till ton producerad massa, som har 90 % torrhalt.

[2] Mätt enligt analysmetod SCAN-W 9:89 alternativt DIN38409 eller analysmetod som är anvisad av myndighet, den ska användas i kontrollprogram och utföras av ackrediterat laboratorium.

[3] Mottagare, t ex. sjö eller vattendrag.

[4] Enligt Integrated Pollution Prevention and Control (IPPC) Reference Document on Best Available Techniques (BAT) in the Pulp and Paper Industry, December 2001, se eippcb.jrc.es/pages/FActivities.htm

1.1.4.8. Innehåll av farliga ämnen i elektronisk utrustning

Till anbudet ska bifogas information om hur leverantören arbetar med att kunna uppfylla samtliga krav i RoHS-direktivet , 2002/95/EG, avseende innehåll av kemikalier och tungmetaller, för utrustningen.

RoHS (Restriction of Hazardous Substances). Enligt dir 2002/95/EG av den 27 jan 2003 om begränsning av användningen av vissa farliga ämnen i elektriska och elektroniska produkter (RoHS) ska medlemsländerna inom EU från och med 1 juli 2006 se till att nya elektriska och elektroniska produkter som släpps ut på marknaden, inte innehåller kvicksilver, kadmium, bly, sexvärt krom och flamskyddsmedel inom gruppen PBB. I revisionen som beslutas under 2010 föreslås bland annat att medicintekniska produkter samt övervaknings- och kontrollutrustning ska omfattas av RoHS.

Beskriv hur ni arbetar med att uppfylla RoHS (Fritextsvar)

1.1.5. Prövning av anbud

1.1.5.1. Prövning av obligatoriska krav

Anbud prövas avseende uppfyllelse av obligatoriska krav på leverantören, anbudet och offererade produkter.

1.1.5.2. Utvärdering av anbud

Under förutsättning att inkomna anbud uppfyller kraven under prövning av obligatoriska krav, kommer de anbud att antas som är de för landstinget ekonomiskt mest fördelaktiga enligt upphandlingens utvärderingsmodell.

Varje offererad produktfamilj/produktserie kommer att utvärderas separat. Anbudsgivarens fem bedömningspris (två bedömningspris motsvarande nivå 1, ett bedömningspris motsvarande nivå 2, ett bedömningspris för Bakom örat Superpower samt ett bedömningspris för hörapparat med extern hörtelefon) kommer att summeras till ett jämförelsepris. Jämförelsepriset kommer därefter att rangordnas på så sätt att anbudet med det lägsta jämförelsepriset placeras först och därefter placeras anbudet med näst lägst jämförelsepris och så vidare i fallande ordning.

Om flera anbudsgivare får samma jämförelsepris rangordnas dessa så att anbudet med högst sammanlagt prisavdrag placeras framför anbudet med lägre sammanlagt prisavdrag.

De anbudsgivare vilka placerar sig främst i rangordningen kommer att tilldelas avtal, antalet antagna leverantörer kommer att styras av av det audiologiska behovet hos patienten och den medicinska professionens bedömning.

Kriterier och viktning framgår av produktspecifikation.

1.1.5.3. Presentation av offererade produkter

Presentation av offererade produkter ska på Landstingets begäran kunna ske i avsedd användningsmiljö utan kostnad för Landstinget.

Landstinget bedömer vilka produkter som är aktuella för presentation.

1.2. KRAV OCH KRITERIESPECIFIKATION

1.2.1. Produktspecifikation

Ingående produkter i rubricerad upphandling redovisas i förfrågningsunderlaget och bifogad produktspecifikation med tillhörande krav och utvärderingskriterier.

1.2.2. Krav på produkten

Offererade produkter ska motsvara i förfrågningsunderlaget och i produktspecifikationen redovisade produkter och beskrivningar.

I förfrågningsunderlaget och i produktspecifikationen redovisade benämningar, storlekar, mått med mera är angivna med utgångspunkt från det sortiment som används idag.

Avvikelse i offererade produkter kan accepteras under förutsättning att produktens kvalitet, funktion och användarvänlighet ej påverkas negativt.

I de fall offererade produkter avviker från de storlekar, mått med mera vilka är angivna i produktspecifikationen ska anbudsgivaren tydligt ange aktuella uppgifter.

1.2.3. Obligatoriska krav och utvärderingskriterier

Samtliga frågor avseende krav och kriterier ska besvaras.

Om hänvisning till annat dokument görs är det viktigt att det tydligt framgår under vilken punkt eller rubrik i detta dokument informationen finns.

Anbud kan komma att uteslutas från upphandlingen om svaren är ofullständiga eller saknas.

På anmodan från Landstinget ska leverantören kunna verifiera uppfyllelse av obligatoriska krav och kriterier.

Verifikationer kan vara referenser, intyg, certifieringar etc. Anbudet kan komma att förkastas om svaren är ofullständiga eller saknas.

1.2.4. Standarder, regelverk och policy

Samtliga produkter skall vara CE-märkta enligt direktivet om medicintekniska produkter (93/42/EEG).

Produkterna ska uppfylla svenska lagar, förordningar och föreskrifter inom gällande område, för övrigt gäller harmoniserade europeiska standarder.

Prislistor på hörapparater som bifogas anbudet samt offererade hörapparater i

Samtliga produkter skall vara märkta med EAN-artikelnnummer på artikel/förpackning enligt HSS 21 (EAN 13)

Produkter som kräver spårbarhet skall vara märkta enligt EAN 128.

Streckkodsetiketter skall vara maskinellt avläsbara.

Hörapparaten skall vara märkt med serienummer.

1.2.12. Lån av produkt

Det skall vara möjligt att i enstaka fall kostnadsfritt låna BÖ-apparat och tillbehör för utprovning i minst 3 månader

Det skall vara möjligt att i enstaka fall kostnadsfritt låna BÖ-apparat med cros eller bicros och tillbehör för utprovning i minst 3 månader.

1.2.13. Informationsmaterial/broschyrer

Kostnadsfritt informationsmaterial/broschyrer om ex hörselnedsättning skall finnas.

1.2.14. Programvara

Programvara skall vara kompatibel med NOAH och tillhandahållas kostnadsfritt.

Programvara som kan läsa serienummer automatiskt i respektive modul via NOAH skall finnas.

1.2.15. Hörapparater generellt

I anbudsgivarens totala sortiment skall finnas hörapparater från CIC - BÖ i samma produktfamilj/produktserie. CIC dock utan krav på telespole och flera mikrofoner.

I anbudsgivarens totala sortimentet skall finnas en micro/mini-apparat.

I anbudsgivarens totala sortimentet skall finnas Cros och bi-cros alternativ.

I anbudsgivarens totala sortimentet skall finnas Superpower-hörapparat.

I anbudsgivarens totala sortiment skall hörapparat med extern hörtelefon finnas.

I anbudsgivarens totala sortiment skall AIÖ-apparaten kunna beställas med önskad storlek på ventilation så länge det är tekniskt möjligt.

1.2.16. Bilder på avtalade produkter

Leverantören ska senast tre veckor efter avtalstecknande för de produkter som detta avtal omfattar leverera en bild per produkt i jpg-format.

Bilderna ska ha filnamn identiskt med produktens artikelnummer hos Landstinget.

1.2.17. Valutare reservation

Vid begäran om valutare reservation ska detta anges nedan. Ange valutaslag och andel av priset som är valutarelaterat.

Som baskurs används Sveriges Riksbanks månadsgenomsnitt av mittkurser för månad november år 2011, www.riksbank.se.

Ange valutaslag och valutaandel för anbudet

Ange valutaslag (Fritextsvar)

Valutaandel (Fritextsvar)

1.3. VILLKOR

1.3.1. Avrop enligt avtal med annan fördelningsnyckel

Vid avrop enligt detta ramavtal tillämpas annan fördelningsnyckel, då patienternas behov är olika och ett av målen med upphandlingen är att uppnå god patientsäkerhet. Fördelningen av volymer mellan de antagna leverantörerna styrs av det, av vårdgivaren bedömda, faktiska audiologiska behovet hos patienten och val görs därmed utifrån varje enskild patient.

1.3.2. Gemensamt kontrakt



Detta avtal gäller för Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Östergötland samt Landstinget i Kalmar län. Definitionen av "köpare" i detta kontrakt är därför Landstinget i Jönköpings län, Landstinget i Östergötland samt Landstinget i Kalmar län.

1.3.3. Avtalsomfattning



Leverantören åtar sig att till Köparens verksamheter leverera produkter (varor och tjänster) i den omfattning och till de priser och villkor som anges i detta avtal och övriga avtalshandlingar som följer av stycket "Handlingars inbördes ordning" nedan.

1.3.4. Priser



Angivna priser enligt specifikation gäller fasta i svenska kronor (SEK) exkl mervärdesskatt och inkluderar samtliga åtaganden enligt förfrågningsunderlaget samt inkluderar eventuella kostnader för emballage, försäkring, tull, miljöavgifter, transport, expeditions och faktureringsavgifter.

1.3.5. Avrop och beställning



Enheter som omfattas av detta avtal har rätt att avropa/beställa och leverantören ska ta emot beställningar fram till avtalsperiodens utgång för leverans inom den angivna leveranstiden.

Beställning skall kunna tas emot per post, mail eller telefon.

Ordererkännande med leveransbesked skickas inom tre (3) arbetsdagar till beställande enhet. ordererkännande skall ske på samma artikelnummer eller betäckning motsvarande beställningen.

Rekvissionsblankett ska finnas att tillgå på leverantörens hemsida eller programvara.

1.3.6. Prisjustering



Priserna är fasta tolv (12) månader fr.o.m avtalsstart

Om leverantörens kostnader, exklusive valutakostnader, avseende produkt som omfattas av detta avtal förändras med minst tre (3) procent jämfört med kostnaderna under offertmånaden respektive senaste prisjusteringsdatum, ska vardera parten äga rätt att begära förhandling om justering av priset med ett belopp motsvarande kostnadsförändringen. Prisjustering får även ske i samband med avtalsförlängning.

Det förutsätts att respektive part vid begäran om prisändring antingen hänvisar till ett i avtalet överenskommet prisindex eller på annat sätt verifierar att den åberopade kostnadsförändringen verkligen har inträffat.

Om ovan begärd prisjustering inte accepteras, ska den part vars begäran avslagits, äga rätt att frånträda avtalet, dock tidigast tre månader efter skriftlig begäran om frånträde. Fram till denna tidpunkt gäller det senaste avtalade priset.

Begäran om prisjustering ska framställas skriftligen och träda i kraft tidigast en månad efter mottagandet av begäran alt förhandling.

Prisjustering får endast ske vid månadsskifte och gäller inte retroaktivt. Överenskommen prisjustering ska gälla minst 12 månader.

1.3.7. Valutare reservation



Pris är baserat på nedan redovisat valutaslag, valutaandel och baskurs.

1.3.12. Leveransvillkor



Leverans ska ske DDP enligt Incoterms 2000 (fritt levererat) angiven leverans-adress.

Vid akutleverans får faktisk leveranskostnad debiteras, expeditonsavgift eller motsvarande godtas inte.

Följesedel, med beställarens ordernummer, referens, produktens artikelnummer, ev serienummer, ev restnoterade produkter ska medfölja transportförpackningen.

1.3.13. Leveransförsening



Försening av leverans ska omedelbart meddelas köparen.

Om försening är av väsentlig betydelse ska leverantören tillhandahålla av köparen godkänd ersättningsprodukt utan merkostnad för köparen.

Kan inte leverantören erbjuda av köparen godkänd ersättningsprodukt ska leverantören överta köparens merkostnad vid dennes köp av ersättningsprodukt från annan leverantör.

1.3.14. Fel i varan



Leverantören förbinder sig att utan kostnad för Landstinget utbyta defekta eller i övrigt felaktiga leveranser.

Felaktiga produkter returneras till leverantören. Kostnader som uppstår på grund av reklamation betalas av leverantören.

1.3.15. Leveransadress



Hörapparater inkl tillbehör och reservdelar ska huvudsakligen levereras till respektive köparens Hörcentraler/Audionommottagningar samt Tekniska hörselvården i Jönköping, Västervik, Linköping och Norrköping. Leverans kan även begäras till annan mottagare i länet, varvid samma villkor gäller. Förteckning över leverans- och fakturaadress bifogas avtalet.

1.3.16. Fakturerings- och betalningsvillkor



Faktura skall ställas till i beställningen angiven fakturaadress. Även eventuella påminnelser och krav skall sändas till samma adress.

Vid fakturering ska köparens referens (ansvarskod) och köparens beställningsnummer finnas med på fakturan förutom ordinarie fakturauppgifter.

Köparen betalar inte expeditons-, faktura-, miljö- eller andra avgifter från leverantören eller tredje part. Dessa kostnader inkluderas i avtalat pris och föranleder ej särskild debitering.

Betalning sker 30 dagar efter fullgjord leverans och erhållen faktura.

Om köparen inte betalar faktura i rätt tid utgår dröjsmålsränta enligt räntelagen från förfallodagen till dess betalning sker.

1.3.17. Kvalitet och utförande



Levererade produkter ska uppfylla alla i förfrågningsunderlaget ställda krav och i anbudet redovisade kriterieuppfyllnad samt till funktion, utförande och kvalitet helt överensstämmande med de specifikationer, broschyrer och eventuella anbudsprover, som köparen fått i samband med upphandlingen.

1.3.18. Standarder och regelverk



Produkterna ska uppfylla gällande standarder och regelverk enligt kravspecifikationen i tillämpliga delar.

1.3.19. Produktförändringar



Förändringar i konstruktion, utförande, material, förpackningsstorlek, märkning, sammansättning eller nya varunummer för avtalade produkter ska 6 månader i förväg skriftligen meddelas till köparen.

Produkt-förändringar får endast ske efter godkännande av köparen.

Ersättningsprodukt ska minst ha motsvarande funktion och ett pris som inte är högre än för den produkt som är avtalad.

Vid godkända produktändringar som påverkar användningsområde m.m. är leverantören skyldig att utan kostnad informera och utbilda berörd personal om förändringen.

Om inte överenskommelse kan träffas kommer prövning av avtalets giltighet att ske avseende aktuell produkt.

1.3.20. Produktavvikelser



Leverantören är skyldig att, förutom skyldighet enligt lag, skriftligen meddela köparens kontaktperson samt avropande enhet om avtalad produkt varit utsatt för allvarligt tillbud eller om konstruktionsfel uppdragats.

1.3.21. Provning och kompletteringsköp



Köparen förbehåller sig rätten att vid sidan av avtalet under begränsad tid prova nya och alternativa produkter med motsvarande funktion från annan leverantör.

Om köparen provar produkter enligt denna punkt ska berörda avtalsleverantörer informeras om detta.

Köparen har även rätt att använda andra produkter än de som upphandlas vid exempelvis forskning och kliniska prövningar.

Likaså förbehåller sig köparen rätten till kompletteringsköp när särskild anpassning krävs.

Av speciella medicinska skäl kan andra produkter än avtalade användas.

1.3.22. Uppföljning och statistik



På begäran av köparen deltar leverantören i uppföljningsmöten och lämnar statistik över levererade mängder och värde.

1.3.23. Ändringar och tillägg



Ändringar och tillägg i gällande avtal kan endast göras genom en skriftlig handling undertecknad av behöriga företrädare för parterna.

1.3.24. Sekretess



Offentlighets- och sekretesslagen reglerar frågor om sekretess och tystnadsplikt. För leverantören och dennes personal gäller samma sekretess som för hälso- och sjukvårds-personal anställd av köparen.

Leverantören förbinder sig att inte röja eller utnyttja köparens uppgifter, vad det än må vara (person-, ekonomiska, kommersiella uppgifter etc.), som kan komma leverantören tillkänna.

Leverantören innefattar alla personer som leverantören på något sätt involverar för att fullgöra sina åtaganden mot köparen och andra personer som på något sätt kan komma i kontakt med uppgifterna.

1.3.25. Omförhandling



Köparen förebehåller sig rätten till omförhandling, om sådana politiska beslut eller organisatoriska förändringar sker, som påverkar eller förändrar förutsättningarna av tidigare överenskommelse.

Säljaren ska meddelas om omförhandling senast tre (3) månader i förväg.

1.3.26. Överlåtelse av avtal



Detta avtal får inte överlåtas på annan fysisk eller juridisk person utan parternas skriftliga godkännande.

1.3.27. Garantier



Hörapparaten skall ha 2 års garanti.

Garantitid skall räknas från den dag då hörapparaten lämnas ut till patient dock senast en (1) månad efter leveransdatum.

Garantireparationer skall utföras inom max 7 arbetsdagar inkluderat postgång från och till hörcentral/audionommottagning.

Garantitid för utförd reparation efter garantitidens utgång skall vara 3 månader.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



1.3.28. Hinfo



Leverantören ska vara ansluten till Hinfo under avtalstiden.

Samtliga i Hinfo efterfrågade artikel-, pris- och avtalsuppgifter d v s benämning, artikelnummer, EAN artikelnummer, artikeltyp, enhet, pris, ISO-kod, leveranstid, garantitid, leveransvillkor, aktuellt avtal och version, samt för huvudhjälpmedel kort beskrivning, bild (minst en) och bruksanvisning ska finnas i Hinfo vid avtalsstart. Ovanstående uppgifter ska läggas in och hållas aktuella kostnadsfritt av leverantören.

Om leverantören inte för in uppgifter enligt ovan ska leverantören till köparen utge vite uppgående till 50 000 SEK per påbörjad vecka som avtalsbrottet varar, dock högst 250 000 SEK. Köparen äger därtill rätt att häva avtalet i enlighet med 1.3.29.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



1.3.29. Returgaranti för AIÖ-apparater



För AIÖ-apparater skall retur med full kreditering eller ersättningsleverans inom 6 månader gälla.

För AIÖ-apparat med cros eller bi-cros skall retur med full kreditering eller ersättningsleverans inom 6 månader gälla.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja



1.3.30. Handlingars inbördes ordning



De i denna punkt nämnda handlingar utgör avtalsinnehåll.

Om avtalshandlingarna skulle visa sig vara motsägelsefulla i något avseende gäller de, om inte omständigheterna uppenbarligen föranleder till annat, sinsemellan i följande ordning:

- Skriftliga ändringar och tillägg till avtal
- Avtal
- Förfrågningsunderlag
- Anbud

1.3.31. Hävning av avtal



Köparen äger rätt att häva avtalet helt eller delvis om leverantören:

- i väsentlig mån avviker från vad som avtalats eller
- inställt sina betalningar, begärs eller försätts i konkurs, ansöker om ackord eller träffar ackordsuppgörelse eller
- i övrigt kan befaras vara på obestånd

Vid leveransförsening äger köparen rätt att häva avtalet helt eller delvis enligt ALOS 05

1.3.32. Befrielsegrunder (Force Majeure)



Enligt ALOS 05

1.3.33. Intrång i upphovsrätt och patent



Leverantören åtar sig att på egen bekostnad försvara köparen om krav riktas eller talan förs mot denne om intrång i patent, upphovsrätt eller annan rätt på grund av användning av levererade produkter för avsett ändamål.

Leverantören åtar sig vidare att ersätta köparen för de skadestånd och ersättningar som denne genom förlikning eller dom kan bli skyldig att utge.

Leverantörens åtagande gäller under förutsättning att leverantören får bestämma över försvaret mot sådan talan och får föra förhandlingar om uppgörelse eller förlikning.

Om det fastställs att intrång har skett ska leverantören på egen bekostnad antingen:

- tillförsäkra köparen rätt att fortsätta använda produkterna
- ersätta produkten med en annan produkt vars användning inte innebär intrång
- ändra produkten så att intrång inte föreligger
- återta produkten och kreditera köparen ett belopp som motsvarar produktens värde med hänsyn till den tid som produkten använts och normal avskrivningstid.

Innebär intrånget väsentlig olägenhet för köparen har denne rätt att genom skriftligt meddelande till leverantören häva avtalet i sin helhet.

1.3.34. Tvist och tillämplig lag



Tvist angående tolkning eller tillämpning av ingångna överenskommelser ska avgöras av svensk allmän domstol med Jönköpings tingsrätt som första instans.

Tolkning och tillämpning av detta avtal ska ske enligt svensk lag.

1.4. ANBUDSGIVARENS BEKRÄFTELSE

1.4.1. Uppfyllelse av obligatoriska krav



Anbud, anbudsgivare och offererade produkter ska uppfylla förfrågningsunderlagets samtliga obligatoriska krav.

Uppfylls samtliga obligatoriska krav? (Ja/Nej svar)



Kravgräns _____

Ja

Nej

1.4.2. Acceptans av villkor



Anbudsgivaren ska acceptera förfrågningsunderlagets samtliga villkor.

Accepteras samtliga villkor? (Ja/Nej svar)



Kravgräns _____

Ja

Nej

2. Specifika krav på hörapparat nivå 1

2.1. Specifika krav på hörapparater i nivå 1

Följande krav ska vara uppfyllda för de i anbudet lämnade hörapparater i nivå 1.

2.1.1. CIC-BÖ

Hörapparaten skall finnas i modell från CIC - BÖ (inkl micro/mini) i samma produktfamilj/produktserie. CIC dock utan krav på telespole och flera mikrofoner.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.2. Fyra programplatser

Hörapparaten skall genom programval kunna växla mellan två mikrofonprogram, enbart telespole samt kombination mikrofon och telespole d v s fyra programplatser.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.3. Störljundsundertryckning

Hörapparaten skall ha störljundsundertryckning i samtliga mikrofonprogram.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.4. Vindbrusreduktion

Vindbrusreduktion skall finnas.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.5. Maximera förstärkning framifrån

Hörapparaten skall kunna maximera förstärkning framifrån i förhållande till förstärkning av ljud från andra riktningar.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.6. Två mikrofoner

Hörapparaten skall ha minst två mikrofoner för automatisk eller valbar omställning i sin riktverkan relativt miljön och via programval kunna väljas som rundupptagande, riktupptagande och adaptiv (automatisk).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

2.1.7. Åtta frekvensband

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



2.1.15. Öppen anpassning

Hörapparat med öppen anpassning med tunn ljudslang skall finnas i minst en av de offererade produktfamiljerna/ produktserierna.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



3. Specifika krav på hörapparat nivå 2

3.1. Specifika krav på hörapparater i nivå 2

Följande krav ska vara uppfyllda för de i anbudet lämnade hörapparater i nivå 2.

3.1.1. CIC-BÖ

Hörapparaten skall finnas i modell från CIC - BÖ (inkl micro/mini) i samma produktfamilj/produktserie. CIC dock utan krav på telespole och flera mikrofoner.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.2. Fyra programplatser

Hörapparaten skall genom programval kunna växla mellan två mikrofonprogram, enbart telespole samt kombination mikrofon och telespole d v s fyra programplatser.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.3. Störljundsundertryckning

Hörapparaten skall ha störljundsundertryckning i samtliga mikrofonprogram.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.4. Vindbrusreduktion

Vindbrusreduktion skall finnas.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.5. Maximera förstärkning framifrån

Hörapparaten skall kunna maximera förstärkning framifrån i förhållande till förstärkning av ljud från andra riktningar.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.6. Två mikrofoner

Hörapparaten skall ha minst två mikrofoner för automatisk eller valbar omställning i sin riktverkan relativt miljön och via programval kunna väljas som rundupptagande, riktupptagande och adaptiv (automatisk).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

3.1.7. Frekvensområde

Hörapparatens frekvensområde skall vara minimum 150 Hz - 5000 Hz.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.8. Yttre digital volymkontroll

Hörapparat med yttre digital volymkontroll skall finnas i produktfamiljen/produktserien.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.9. Återkopplingsundertryckning

Hörapparaten skall ha återkopplingsundertryckning som ökar förstärkningsmarginalen och minskar risk för återkoppling.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.10. Lyssningsprogram

Lyssningsprogrammen skall, utöver grundprogram, kunna sorteras i valfri ordning alternativt kunna kopplas ur.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.11. Programvalsindikering

Hörapparaten skall ha programvalsindikering.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.12. Talanalyserande förmåga

Hörapparaten skall ha talanalyserande förmåga d v s kunna skilja mellan tal och störande ljud (brus) och automatiskt optimera tal relativt störande ljud (brusundertryckning).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.13. Datalogging

Hörapparaten skall ha datalogging.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej

3.1.14. Öppen anpassning

Hörapparat med öppen anpassning med tunn ljudslang skall finnas i minst en av de

offererade produktfamiljerna/ produktserierna.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



3.1.15. Optimera ljudkomfort

Hörapparaten skall kunna optimera ljudkomfort och taluppfattning vid dynamiska förhållanden med flera störande ljudkällor som varierar i frekvens, styrka och riktning.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



3.1.16. 15 frekvensband

Hörapparaten skall ha minst 15 frekvensband. Förstärkningen skall vara justerbar i minst 9 frekvensband.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



3.1.17. Streamermottagning

Det skall finnas tillgång till streamermottagning, dvs. trådlös digital mottagning från extern utrustning såsom mobiltelefon, TV-ljud, dator och musikspelare via intern streamermottagare inbyggd i hörapparaten. Överföringen kan ske antingen direkt eller via så kallad streamer (signalomvandlande enhet).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____

Ja

Nej



4. Specifika krav på hörapparat med extern hörtelefon

4.1. Specifika krav på hörapparat med extern hörtelefon

Följande krav ska vara uppfyllda för den i anbudet lämnade hörapparaten med extern hörtelefon

4.1.1. Störljudsundertryckning

Hörapparaten skall ha störljudsundertryckning i samtliga mikrofonprogram.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.2. Vindbrusreduktion

Vindbrusreduktion skall finnas.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.3. Maximera förstärkning framifrån

Hörapparaten skall kunna maximera förstärkning framifrån i förhållande till förstärkning av ljud från andra riktningar.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.4. Två mikrofoner

Hörapparaten skall ha minst två mikrofoner för automatisk eller valbar omställning i sin riktverkan relativt miljön och via programval kunna väljas som rundupptagande, riktupptagande och adaptiv (automatisk).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.5. Åtta frekvensband

Hörapparaten skall ha minst åtta frekvensband. Förstärkningen skall vara justerbar i minst sju frekvensband.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.6. Frekvensområde

Hörapparatens frekvensområde skall vara minimum 150 Hz - 5000 Hz.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns Ja
Nej

4.1.7. Återkopplingsundertryckning

Hörapparaten skall ha återkopplingsundertryckning som ökar förstärkningsmarginalen och minskar risk för återkoppling.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



4.1.8. Datalogging

Hörapparaten skall ha datalogging.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



4.1.9. Optimera ljudkomfort

Hörapparaten skall kunna optimera ljudkomfort och taluppfattning vid dynamiska förhållanden med flera störande ljudkällor som varierar i frekvens, styrka och riktning.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5. Specifika krav på hörapparat Bakom örat Superpower

5.1. Specifika krav på hörapparater Bakom örat Superpower

Följande krav ska vara uppfyllda för den i anbudet lämnade hörapparat Bakom örat Superpower.

5.1.1. Fyra programplatser

Hörapparaten skall genom programval kunna växla mellan två mikrofonprogram, enbart telespole samt kombination mikrofon och telespole d v s fyra programplatser.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.2. Störljudsundertryckning

Hörapparaten skall ha störljudsundertryckning i samtliga mikrofonprogram.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.3. Vindbrusreduktion

Vindbrusreduktion skall finnas.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.4. Två mikrofoner

Hörapparaten skall ha minst två mikrofoner för automatisk eller valbar omställning i sin riktverkan relativt miljön och via programval kunna väljas som rundupptagande, riktupptagande och adaptiv (automatisk).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.5. Åtta frekvensband

Hörapparaten skall ha minst åtta frekvensband. Förstärkningen skall vara justerbar i minst sju frekvensband.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.6. Frekvensområde

Hörapparatens frekvensområde skall vara minimum 150 Hz - 5000 Hz.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns _____ Ja
Nej

5.1.7. Yttre digital volymkontroll

Hörapparat ska ha yttre digital volymkontroll.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5.1.8. Återkopplingsundertryckning

Hörapparaten skall ha återkopplingsundertryckning som ökar förstärkningsmarginalen och minskar risk för återkoppling.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5.1.9. Lyssningsprogram

Lyssningsprogrammen skall, utöver grundprogram, kunna sorteras i valfri ordning alternativt kunna kopplas ur.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5.1.10. Programvalsindikering

Hörapparaten skall ha programvalsindikering.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5.1.11. Talanalyserande förmåga

Hörapparaten skall ha talanalyserande förmåga d v s kunna skilja mellan tal och störande ljud (brus) och automatiskt optimera tal relativt störande ljud (brusundertryckning).

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



5.1.12. Datalogging

Hörapparaten skall ha datalogging.

Uppfylls detta krav? (Ja/Nej svar)

Kravgräns

Ja

Nej



Kommunikationscentrets ydelser for voksne 2012

INDLEDNING

1.1 INDLEDNING
1.2 KORT OM KCC
1.3 KORT OM REGION Hovedstaden
1.4 KORT OM KCCS YDELSER
1.5 KORT OM KCCS YDELSER FOR VOKSNE
1.6 KORT OM KCCS YDELSER FOR BØRN OG UNGE
1.7 KORT OM KCCS YDELSER FOR ÆLDRE
1.8 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.9 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.10 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.11 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.12 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.13 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.14 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.15 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.16 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.17 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.18 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.19 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.20 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.21 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.22 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.23 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.24 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.25 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.26 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.27 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.28 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.29 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.30 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.31 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.32 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.33 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.34 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.35 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.36 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.37 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.38 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.39 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.40 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.41 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.42 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.43 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.44 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.45 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.46 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.47 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.48 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.49 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.50 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.51 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.52 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.53 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.54 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.55 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.56 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.57 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.58 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.59 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.60 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.61 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.62 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.63 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.64 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.65 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.66 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.67 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.68 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.69 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.70 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.71 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.72 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.73 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.74 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.75 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.76 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.77 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.78 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.79 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.80 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.81 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.82 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.83 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.84 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.85 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.86 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.87 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.88 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.89 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.90 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.91 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.92 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.93 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.94 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.95 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.96 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.97 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.98 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
1.99 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE
2.00 KORT OM KCCS YDELSER FOR MANDAGTILFRØDELSE



| | |
|---|----------|
| INDLEDNING | 4 |
| Uændret timetakst..... | 4 |
| Udredninger | 4 |
| Kommunikationscentrets fokusområder | 4 |
| Rammeaftalen for 2012 og Visitationsaftalen | 5 |
| Samarbejdet med kommunerne | 5 |
| www.komcentret.dk..... | 5 |
| Leverings- og serviceaftaler..... | 6 |
| Supportaftaler | 6 |
| Aflysninger/afbud..... | 6 |

VOKSNE MED SYNSVANSKELIGHEDER.....7

| | |
|---|----------|
| Specialoptiske ydelser og svagsynsoptik..... | 8 |
| 130/131/132 Special- og svagsynsoptik..... | 9 |
| 133 Keratoconus kontaktlinser- løbende tilpasning af specialoptik..... | 11 |
| 135 Levering via ekstern optiker – special- og svagsynsoptik..... | 12 |
| 136 Levering via ekstern optiker med recept fra Kommunikationscentret | 14 |
| 138 Øjenproteser..... | 15 |
| 139 Specialoptik fra Kennedy Centrets Øjenklinik | 16 |

| | |
|---|-----------|
| Voksne med synsned sættelser, specialrådgivning og hjælpemidler:..... | 17 |
| 211/212 Svagsynede, stærkt svagsynede og blinde unge med behov for rådgivningsforløb | 17 |
| 214 Sammenhængende indsats til borgere, som tidligere har været visiteret til specialrådgivning:..... | 19 |
| 219 Specialrådgivning og afprøvning af synshjælpemidler | 21 |
| 220 Udlevering og instruktion i brugen af hjælpemidler:..... | 23 |
| 224 Synshandicap og psykisk udviklingshæmning | 25 |
| 225 Kombineret høre- og synsned sættelser | 27 |
| 228 Belysning som hjælpemiddel til borgere med synshandicap | 29 |
| 230 Sammenhængende indsats til borgere, som tidligere har været visiteret til specialrådgivning:..... | 31 |
| 232 IKT-hjælpemidler til svagsynede og blinde, afprøvning | 33 |
| 238 Instruktion i brug af synskompenserende IKT-hjælpemidler | 35 |
| 238 Instruktion i brug af synskompenserende IKT-hjælpemidler | 35 |
| 239 Supportaftaler – pulje på 8 timers assistance | 36 |

| | |
|--|-----------|
| Specialrådgivning og arbejdsredskaber | 37 |
| 297 Voksne med synshandicap i erhverv, specialrådgivning og indretning af arbejdsplads | 37 |

| | |
|---|-----------|
| Specialrådgivning og specialpædagogisk støtte til uddannelsessøgende | 39 |
|---|-----------|

| | |
|---|-----------|
| Kompenserende specialundervisning for voksne med synsned sættelser | 40 |
| 240 Sammenhængende indsats til borgere,..... | 40 |
| 241 Tastaturtræning, holdundervisning | 42 |
| 242/243/244 Undervisning i brug af synskompenserende informationsteknologi:..... | 43 |
| 248 Undervisning i brug af elektronisk punktskriftudstyr | 46 |
| 260/261/262 Specialundervisning i synskompenserende teknikker og strategier, fx ADL | 48 |
| 263/264 Undervisning i læsning med stærk optik..... | 50 |
| 269 Undervisning i orientering og mobility..... | 51 |

VOKSNE MED HØREVANSKELIGHEDER.....52

| | |
|--|----|
| 311/312 Instruktion i brug af høreapparat..... | 53 |
| 313/314 Høreapparatproblemer | 54 |
| 315/316 Rådgivning/afprøvning af høretekniske hjælpemidler | 55 |
| 317 Opfølgning på tidligere indsats | 56 |

| | | |
|---------|---|----|
| 318/319 | Hørekonsultation..... | 57 |
| 320 | Specialrådgivning og vejledning i forhold til døve..... | 58 |
| 321 | Webtekst afprøvning..... | 59 |
| 322 | Fjernkommunikation afprøvning..... | 61 |
| 325 | Voksne med kombineret høre- og synsnedsettelse..... | 63 |
| 339 | Undervisning i brug af høreapparat..... | 64 |
| 340 | Opfølgning på tidligere indsats..... | 65 |
| 341 | Kommunikation, individuel undervisning..... | 66 |
| 342 | Kommunikation, holdundervisning..... | 67 |
| 343 | Kommunikation for erhvervsaktive, holdundervisning..... | 68 |
| 351 | Akut døvbleven..... | 69 |
| 355/356 | CI-undervisning 1/ CI-undervisning 2..... | 70 |
| 359 | Menière..... | 71 |
| 361 | Tinnitus/hyperacusis, individuel..... | 72 |
| 362 | Tinnitus/hyperacusis, holdundervisning..... | 74 |
| 376/377 | Kommunikation for døve og svært hørehæmmede borgere..... | 76 |
| 378 | Artikulationsundervisning..... | 77 |
| 381 | Webtekst undervisning..... | 78 |
| 382 | Fjernkommunikation undervisning..... | 79 |
| 383 | Dansk for døve..... | 80 |
| 385 | IKT-undervisning for døve og svært hørehæmmede borgere..... | 82 |

VOKSNE MED TALE- OG STEMMEVANSKELIGHEDER.....83

| | | |
|---------|---|----|
| 411 | Kommunikationsløsninger til voksne med amyotrofisk lateral sklerose ALS eller locked-in-lignende tilstande..... | 84 |
| 441/442 | Taleundervisning Taleundervisning i hjemmet..... | 86 |
| 446 | Dysartri, undervisning..... | 87 |
| 451 | Parkinson, introhold..... | 88 |
| 452 | Parkinson holdundervisning, fortsætter..... | 89 |
| 453 | Parkinson holdundervisning, opfølgning..... | 90 |
| 461 | Stemmeforløb, børn..... | 91 |
| 463 | Stemmeundervisning, hold..... | 92 |
| 464/465 | Stemmeforløb, individuel..... | 93 |
| 471 | Cancer i mund og hals, individuel undervisning..... | 94 |
| 475 | Stammen, løbsk tale, holdundervisning..... | 95 |
| 476 | Stammen, løbsk tale, individuel undervisning..... | 96 |

ERHVERVET HJERNESKADE ELLER KOGNITIVE VANSKELIGHEDER.....97

| | | |
|-----------------|---|-----|
| 515 | Kommunikationshjælpemidler og/eller hjælpemidler til betjening af computer..... | 99 |
| 521/522 | Kognitive hjælpemidler, afprøvning..... | 101 |
| 525/527/528/529 | Kognitive hjælpemidler - opsætning, tilpasning og instruktion..... | 102 |
| 531/532 | Hjælpemidler, opfølgning..... | 103 |

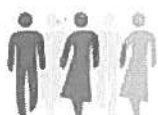
Kompenserende specialundervisning for voksne med hjerneskade.....104

| | | |
|---------------------|--|-----|
| 511 | Neuropsykologisk undersøgelse..... | 104 |
| 543/544 | Udredende specialundervisning..... | 106 |
| 545/546/547/548/549 | Sprog, kommunikation, kognition..... | 107 |
| 552 | Sprog, kommunikation, kognition..... | 109 |
| 553 | Afasi, holdundervisning..... | 110 |
| 554 | Afasi - Kommunikation - kombineret individuel og lille gruppe..... | 111 |
| 555 | Afasi/dysartri, holdundervisning opfølgning..... | 112 |
| 557 | Dysartri, holdundervisning..... | 113 |
| 558 | Kognitive vanskeligheder, holdundervisning..... | 114 |
| 559 | Pårørendegruppe/familiesamtaler..... | 115 |
| 562/563 | Vejledende og støttende samtale med neuropsykolog..... | 116 |
| 581 | Erhvervsrelateret forløb for voksne med erhvervet hjerneskade..... | 117 |





| | |
|--|------------|
| VOKSNE MED LÆSE-STAVEVANSKELIGHEDER..... | 118 |
| 611/612/621/622 Læse-stavehjælpemidler, afprøvning | 119 |
| 615/616/617/618/625/626 Læse-stavehjælpemidler - indkøb, opsætning, tilpasning og instruktion i brug | 120 |
| 641/642/643 Undervisning i brug af læse-stavehjælpemidler..... | 121 |



Indledning

Dette års ydelser er revideret i forhold til 2011 på baggrund af de behov, vi har mødt hos borgerne, og som vi løbende har drøftet med kommunerne. Der er kommet nye ydelser til, og enkelte er forsvundet.

I ydelseskataloget er det hensigten at:

- tydeliggøre lovgrundlaget for ydelserne – fx de jobrelaterede ydelser
- sætte fokus på borgere med kombinerede vanskeligheder – fx syn og hørelse
- gå på tværs af lovområder – fx både hjælpemiddel-, undervisnings- og/eller jobrelaterede ydelser, dog således at det enkelte område faktureres for sin andel.

Alle ydelser er målrettet ét lovområde, og kommunen kan derfor relatere den enkelte ydelsespakke direkte til det forvaltningsafsnit i kommunen, der er ansvarlig for det pågældende område.

Uændret timetakst

Timetaksten for 2012 fastholdes på kr. 898. Når taksten fastholdes på 2011-niveau, svarer det til en reel nedsættelse af taksten med 2,2 % jf. KL's skøn for pris- og lønudviklingen.

Fastholdelse af timetaksten er gjort mulig ved at vi fortsat fokuserer på:

- målrettede besparelser på administrative udgifter og generelle driftsudgifter
- en stadig bedre udnyttelse af timeressourcerne

Taksterne er naturligvis omhyggeligt beregnet efter den takstberegningsmodel, der er aftalt mellem kommunerne og regionen.

Udredninger

På baggrund af kommunernes ønske om overensstemmelse mellem tidsforbruget i de konkrete udredninger og prisen, fastholder vi modellen fra 2011, hvor omfanget af en udredning er afhængig af funktionsnedsættelsens kompleksitet og borgerens livssituation m.v. Priserne er uændrede ift. 2011:

| Udredninger | Omfang | Pris |
|-------------|------------|----------|
| Udredning 1 | 2,5 timer | 2.245,- |
| Udredning 2 | 4, 5 timer | 4.041,- |
| Udredning 3 | 5,75 timer | 5.164,- |
| Udredning 4 | 7,5 timer | 6.286,- |
| Udredning 5 | 9 timer | 8.082,- |
| Udredning 6 | 12,5 timer | 11.225,- |

Indholdsmæssigt er udredningerne beskrevet under de forskellige funktionsområder.

Kommunikationscentrets fokusområder

Også i 2012 lægger vi vægt på, at vores ydelser er tværfaglige i det omfang, det er af afgørende betydning for borgerne. Ved at udnytte medarbejdernes kompetencer mest rationelt, kan vi optimere udbyttet for borgerne. Det er vigtigt for os, at borgere med kombinerede vanskeligheder får velkoordinerede og målrettede ydelser.

Kommunikationscentrets faglige teams samarbejder på tværs for at optimere ressourceudnyttelsen.



De nye teknologiske muligheder, der følger af udviklingen af tablet-pc'er og smartphones, vil være i fokus i 2012. Der er etableret et udviklingsteam på tværs af Kommunikationscentrets faglige områder, som skal afsøge og udvikle kompensations- og aktivitetsmuligheder med afsæt i den teknologiske udvikling. I den forbindelse er det glædeligt, at der har været stor interesse for at etablere en kommunal følgegruppe, som skal følge arbejdet på området samt komme med indspark til, hvorledes de nye muligheder skal tolkes i forhold til lovgivningen. Det forventer vi os meget af.

Rammeaftalen for 2012 og Visitationsaftalen

I det omfang, der ikke indgås særlige aftaler med den enkelte kommune/det enkelte forvaltningsområde, vil omdrejningspunktet for samarbejdet mellem kommunerne og Kommunikationscentret være Rammeaftale 2012 og den Visitationsaftale, der knytter sig til Rammeaftalen.

Kernen i Visitationsaftalen er, at borgere med kommunikationsvanskeligheder frit kan henvende sig til et kommunikationscenter og anmode om at få udredt deres vanskeligheder. Udredningen, som afdækker deres kompensationsmuligheder, sendes til kommunen, der træffer afgørelse om det videre forløb.

I Rammeaftalen/Visitationsaftalen indgår, at borgerne skal oplyses om deres ret til at henvende sig til et kommunikationscenter for at få en udredning. Man vil derfor kunne se henvisninger til Visitationsaftalen i de pjecer, vi laver.

Samarbejdet med kommunerne

Afsættet til 2012 er, trods de alvorlige økonomiske udfordringer, ganske positivt. Kommunikationscentret har ultimo 2011 forhandlet med alle kommuner om alternative samarbejdsformer til den, der er afstukket i visitationsaftalen. Det er vores forventning, at der kan indgås aftaler med hver enkelt kommune herom i begyndelsen af 2012. Der er i skrivende stund udsendt oplæg til alle kommuner med beskrivelse af 7 modeller.

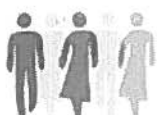
Målsætningen er at minimere transaktionsomkostningerne hos både Kommunikationscentret og kommunen, så de midler, der er til rådighed, kan anvendes målrettet til borgernes behov.

Aftaler og samarbejde bygger på et godt tillidsforhold, der skal bevares og udbygges. Vi er derfor glade for den aktive deltagelse i de dialog- og temamøder, der bliver afholdt hen over året. De mange tilbagemeldinger og forslag til justeringer, der kommer frem i dialogen, indgår hele tiden i et fortløbende arbejde med at udvikle Kommunikationscentrets ydelser.

www.komcentret.dk

Ydelseskataloget for 2012 med beskrivelser af alle ydelser, lovgrundlag m.m. findes på vores hjemmeside www.komcentret.dk. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der kan ske ændringer i kataloget over tid.

På hjemmesiden vil man også kunne finde alle andre relevante oplysninger om Kommunikationscentret, Region Hovedstaden.



Leverings- og serviceaftaler

Det er muligt i 2012 at fastholde priserne på Leverings- og serviceaftalerne af to årsager:

- der er god økonomi i ordningen
- det er lykkedes at forhandle gode priser på hjælpemidlerne.

Leverings- og serviceaftalerne er en model for kvalitets- og prisbevidst levering af dyre hjælpemidler til kommunens borgere. Ordningen omfatter de dyre hjælpemidler, der kan genbruges: elektroniske læseapparater (CCTV), særlige IT-hjælpemidler m.v.. Kommunen indgår en Leverings- og serviceaftale i den enkelte sag.

Ordningen sikrer:

- at genbrugsværdien for de dyre hjælpemidler kommer alle kommuner til gode
- at det samlede nyindkøb af hjælpemidler holdes på et minimum
- at der indkøbes store partier af meget specialiserede hjælpemidler til markedets mest favorable priser

Supportaftaler

IT-support-aftaler gør det muligt for synshandicappede IT-brugere at få løbende support på hjælpemiddelspecifikke problemer. Supportaftalerne ændres fra at være en årspakke til at være en pulje timer, aftalt med kommunen i hvert enkelt tilfælde. Supporten ydes som både telefonsupport, fjernsupport via internettet samt on-site-support.

Leverings- og serviceaftaler samt supportaftaler beskrives mere detaljeret i selve ydelseskataloget.

Aflysninger/afbud

I henhold til Visitationsaftalen under Rammeaftalen gælder følgende:

Hvis Kommunikationscentret er nødt til at aflyse en aftale, vil borger blive tilbudt en anden tid. Hvis borger melder afbud mindre end 3 arbejdsdage før det aftalte tidspunkt, eller udebliver, vil borger ikke få tilbud om erstatningstid, med mindre det er muligt at tilrettelægge en anden aktivitet i stedet.

Kontakt os

Kommunikationscentrets telefontid på hovedtelefonen - 45 11 46 00 - er mandag-onsdag kl. 8.30-15.00, torsdag kl. 12.00-17.00 og fredag kl. 8.30-13.00. Telefonen er lukket mellem jul og nytår.

Mails til komcentret@hav1.regionh.dk besvares normalt inden for to arbejdsdage.

Spørg efter det, du ikke ser – vi tilbyder også individuelle løsninger.

*Kristian Mainz
Centerchef*



Voksne med synsvanskeligheder

Målgruppen

Synsteamets målgruppe er meget varieret og spænder over:

- Borgere med svagt syn. I lovgivningen er der fastsat objektive kriterier for kompensation i forhold til de optiske hjælpemidler: synsevnen (visus) skal være nedsat til 1/3 af normalt syn eller dårligere på bedste øje for at der kan bevilges kompenserende hjælpemidler m.v.
- Borgere med manglende syn og behov for kompenserende synshjælpemidler og teknikker for at opnå selvhjulpethed.
- Borgere med behov for specialoptiske løsninger. I lovbekendtgørelsen om støtte til hjælpemidler, bilag 2, er de eksakte øjensygdomme/specialoptiske løsninger, der er omfattet, nævnt.

Der indhentes aktuelle øjenlægeoplysninger, som sikrer, at borgeren hører til målgruppen.

Kommunikationscentret har fokus på de særlige problemstillinger, som kombinerede sansetab giver, og tilbyder en koordineret indsats, når det er nødvendigt. En stor del af borgerne med synsnedsættelser er ældre mennesker, og de kan derfor have hørenedsættelser eller reducerede kognitive funktioner som følge af hjerneskade eller demens.

Værd at vide om synsområdet

En synsnedsættelse er en alvorlig funktionsnedsættelse, som på gennemgribende vis påvirker dagligdagen både i hjemmet, i sociale sammenhænge, på arbejdspladsen, i uddannelses- og erhvervsvalg samt på det social-psykologiske niveau.

Ikke at kunne se tydeligt betyder vanskeligheder med at:

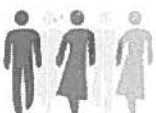
- læse/læse på skærm, spise, se TV, gøre rent, varetage personlig hygiejne m.v.
- afkode/aflese og kontrollere omgivelserne, andres kropssprog, et selskabs placering, maden på tallerkenen, madvarers kvalitet m.v.
- færdes, især udendørs uden assistance
- deltage i sociale aktiviteter.

Kommunikationscentret tilrettelægger tilbuddene ud fra princippet om nødvendig kompensation - startende med:

1. at borgeren får mest hensigtsmæssig udnyttelse af sit restsyn ved korrekt optisk korrektion, ofte i kombination med optikunderstøttende hjælpemidler, belysning, skråborde m.v. Det er af betydning, at borgeren lærer at anvende optik og eventuelle understøttende hjælpemidler rigtigt,
2. yderligere kompensation for nødvendige funktioner som fx læsning af trykt eller elektronisk tekst, brug af mobiltelefon, færden, madlavning og spisning.

Synsteamet

Kommunikationscentrets tværfaglige voksen-synsteam består af specialuddannede synskonsulenter, IKT-konsulenter, specialoptikere, specialkonsulent og IT-supporter. Teamet dækker flere subspecialer. Hver synskonsulent arbejder i et distrikt bestående af 2-3 kommuner. Synsteamet samarbejder med Kommunikationscentrets andre faglige teams.



Samarbejdsparter

Kommunikationscentrets synskonsulenter samarbejder med kommunernes hjælpemiddelafdelinger, specialundervisningsafdelinger og handicaprådgivninger, hospitalernes øjenklinikker, de privatpraktiserende øjenlæger, Kennedy-centrets Øjenklinik, svagsynsoptikere og Dansk Blindesamfunds konsulenter, Institutet for Blinde og Svagsynede, hjælpemiddelleverandører m.v.

Udredninger

En udredning af kompensationsbehov ved synsnedsættelse *kan* omfatte:

- Indhentning af øjenlægelige samt andre relevante medicinske oplysninger
- Afdækning af behov for optiske hjælpemidler, afprøvning, vurdering af relevans
- Interview med borgeren og netværkspersoner
- Udredende hjemmebesøg, kompensationsbehov i forhold til selvhjulpethed
- Kontakt til kommunens specialrådgivnings- og hjælpemiddelteam samt koordinering med andre fagpersoner
- Oplæg til foranstaltning til kommunen

De konkrete forhold i hjemmet er vigtige for at kunne afklare, hvilken indsats, der skal til. Er der udelukkende behov for enkelte basale hjælpemidler, afsluttes forløbet med udredningen.

Specialoptiske ydelser og svagsynsoptik

Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, har gennem mange år haft ansvar for bevilling af optik til borgere med medicinsk-optisk defineret varige øjenlidelser og svagsyn.

De øjenlidelser, som kategoriseres som medicinsk-optisk defineret varige øjenlidelser, fremgår af Socialministeriets hjælpemiddelbekendtgørelse, bilag 2*. Der er tale om øjenlidelser, der kræver helt særlig optik, som specialuddannede optikere kan tilpasse. Kommunikationscentret har derfor specialoptikere ansat og har desuden indgået leverandøraftaler med private specialoptikere, med det overordnede formål at sikre, at borgerne får udleveret den korrekte og brugbare optik til den billigst mulige pris. Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, tilbyder således at stille sin specialoptiske viden til rådighed og varetage en faglig vurdering af borgernes optiske kompensationsbehov og kompensationsmuligheder på kommunens vegne.

* Bilag 2:

- Uregelmæssig hornhinde (irregulær astigmatisme) ved fx keratokonus, hornhindear m.v.
- Defekter i regnbuehinden, fx aniridi, kolobom, albinisme, samt følger efter fx skader eller operation
- Løs øjenlinse (ektopi), følger efter operation i barnealderen for grå stær (afaki)
- Smertende øjenlidelser, fx blæser på hornhinden (keratitis bullosa) eller kronisk hornhindeår
- Stærkt skæmmende øjenlidelser
- Sygdomsbetinget dobbeltsyn uden mulighed for operativ korrektion
- Sygdomsbetinget lysoverfølsomhed (fotofobi) ved fx retinitis pigmentosa, akromatopsi, øjenkomplikationer ved diabetes, makula degeneration
- Ekstreme optiske synsfejl, karakteriseret ved at etableringen af forbedret synsfunktion kun kan opnås med specialfremstillede brilleglas eller kontaktlinser
- Børn og unge som er registreret i Synsregistret ved Kennedy Centrets Øjenklinik
- Afaki kombineret med synsfeltsdefekter efter indstilling fra Kennedy Centrets Øjenklinik
- Myopi større end eller lig med -7 kombineret med kikkertsynsfelt på 10 grader eller derunder
- Ptosebriller (specialstel)
- Hypermetrop $> + 7$ i højst brydende plan til børn indtil 10 år
- Andre medicinsk-optisk definerede, varige øjenlidelser af tilsvarende sværhedsgrad efter indstilling fra Kennedy Centrets Øjenklinik.

130/131/132

Special- og svagsynsoptik**Omfang og pris**

130 - 4 timer: kr. 3.592

131 - 6 timer: kr. 5.388

132 - 8,5 timer: kr. 7.633

Lovgrundlag

Lov om social service § 112 samt § 15, stk. 1, i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011.

Målgruppe

Borgere i alle aldersgrupper, der har en medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse, omfattet af hjælpemiddelbekendtgørelsens § 15 stk. 1, bilag 2 (diagnoseliste jf. ovenfor) eller borgere med varig synsnedsættelse (jf. hjælpemiddelvejledningens definition, punkt 100, synsrest svarende til 1/3 eller behov for ADD. 4,0).

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren korrigeres optisk korrekt, så borgeren opnår mest hensigtsmæssig udnyttelse af synsfunktionen i forhold til borgerens kompensationsbehov.

Indhold

1. Indhentning af oplysninger fra øjenlæge, egen optiker, interview med borger.
2. Synsundersøgelse, som kan omfatte refraktion (objektiv og subjektiv), binokulær status, visus afstand og nær, kontrastfølsomhed, farvesyn, synsfeltscreening afstand og nær samt objektiv undersøgelse og screening af øjets okulære forhold og brydende medier (hornhinde, tårefilmvurdering m.m.).
3. Afprøvning af specialoptik, svagsynsoptik eller specialkontaktlinser:
 - vurdere evt. tidligere optik samt kompensationsbehov for optiske løsninger
 - afprøve mulige optiske løsninger i forhold til de af borgeren beskrevne behov
 - udmåling af ny synsstyrke med optik på afstand og nær
 - endelig beregning af optik.
4. Afprøvning af svagsynsoptiske hjælpemidler omfatter:
 - forstørrelse til nærarbejde, læsning mv., til orientering, fjernsyn m.v. samt til pc-skærm
 - spektrale filterglas
 - opmærkning og fremstilling af ordineret optik.
5. Med afsæt i synsprøve og udredning rådgives borgeren om muligheder for compensation ved hjælp af briller, kontaktlinser m.v. Derudover rådgives om understøttende hjælpemidler, fx anden optik og belysning.
6. Tilpasning, udlevering og kontrol af specialoptiske løsninger, fx prismebriller, briller med ekstreme styrker, ptosebriller, fugtkammerbriller, filterbriller (spektrale filtre, særlig lysfølsomhed og kontrastfremmende glas), kikkertbrille eller lupbrille.
7. Udlevering og kontrol omfatter instruktion i håndtering og pleje af specialoptik, evt. kontrol og opfølgende vurdering af specialoptik.



Værd at vide

Denne ydelsespakke indeholder hele det optiske forløb: undersøgelse, afprøvning, tilpasning, udlevering og kontrol. Optikken leveres til standardiserede priser inden for de enkelte kategorier, jf. bilag 2*

Ved særlige behov tilbydes specialundervisning i læsning med stærk optik.



133

Keratoconus kontaktlinser- løbende tilpasning af specialoptik

Omfang og pris

Timetakst kr. 898

Lovgrundlag

Lov om social service § 112, samt § 15, stk. 1, i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011, samt diagnose-listen i bilag 2, punkt 1.

Målgruppe

Borgere i alle aldersgrupper, der har uregelmæssig hornhinde (irregulær astigmatisme) ved fx keratokonus, hornhindear m.v.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren korrigeres optisk korrekt, så borgeren opnår bedst mulig synsfunktion.

Indhold

1. Indhentning af oplysninger fra øjenlæge, egen optiker, interview med borger.
2. Synsafprøvning og tilpasning af speciallinser til keratoconus: Undersøgelsen kan omfatte refraktion (objektiv og subjektiv), binokulær status, visus, afstand og nær og kontrastfølsomhed
3. Objektiv undersøgelse og screening af øjets okulære forhold og brydende medier (hornhinde, tårefilmvurdering m.m.).
4. Afprøvning af kontaktlinser:
 - vurdering af evt. habituelle kontaktlinser
 - afprøvning af og vurdering af kontaktlinser
 - vurdering af øjets okulære forhold med prøvelinser
 - ny måling af synsstyrke afstand og nær
 - beregning og bestilling af tilpassede kontaktlinser.
5. Udlevering og kontrol omfatter instruktion i håndtering og pleje af kontaktlinser, løbende kontrol og vurdering af kontaktlinser.

Værd at vide

Da forløbene for borgere med denne øjenlidelse har meget individuelle problemstillinger, søges individuelle puljer af timer til løbende tilpasning. Keratoconus betyder, at hornhinden ændrer sig og bliver spids. Der skal derfor specialfremstilles kontaktlinser, som kan udligne hornhindens form for at sikre, at borgeren kan se skarpt.

Kontaktlinserne, inkl. prøvelinser, leveres til indkøbspriser. Prøvelinser returneres såvidt muligt til leverandør.

Forløb, inkl. priser på kontaktlinser og optikerhonorar, vil fremgå af indstillingen til kommunen.



135

Levering via ekstern optiker – special- og svagsynsoptik

Omfang og pris

1,5 time: kr. 1.347

Lovgrundlag

Lov om social service § 112 samt § 15, stk. 1, i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011.

Målgruppe

- Borgere i alle aldersgrupper, der har en medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse, som er omfattet af hjælpemiddelbekendtgørelsens § 15 stk. 1 bilag 2, jf. diagnoselisten ovenfor.
- Borgere i alle aldersgrupper, som har et varigt og alvorligt nedsat syn, svarende til WHO-grupperne A-C, med kompensationsbehov for særlig tilpasset svagsynsoptik. Kriterierne er en synsstyrke svarende til 6/18 eller derunder med bedste korrektion på bedste øje eller med behov for ADD 4, jf. hjælpemiddelvejledningens punkt 100.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren korrigeres optisk korrekt, så borgeren opnår mest hensigtsmæssig udnyttelse af synsfunktionen i forhold til borgerens kompensationsbehov.

Indhold

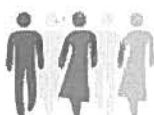
Synsafprøvning samt rådgivning af borger foretages af private optikere, der er tilknyttet Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, med leverandøraftale.

1. Undersøgelsen kan omfatte øjets okulære forhold og brydende medier, habituel optik, refraktion (objektiv og subjektiv), binokulær status, visus afstand og nær, kontrast, synsfeltscreening afstand og nær samt farvesyn.
2. Afprøvning af special- og svagsynsoptiske hjælpemidler:
 - forstørrelse til læsning, nærarbejde m.v. samt til forstørrelse til orientering, fjernsyn m.v.
 - spektrale filterglas
 - opmærkning og fremstilling af ordineret optik.
3. Udlevering og kontrol omfatter udlevering af optik inkl. justering og kontrol, kontrol af den udleverede optik i samarbejde med synskonsulent samt evt. henvisning til opfølgning ved synskonsulent.
4. Filterbriller: Afprøvning og tilpasning af spektrale filtre i forbindelse med nedsat kontrastsensitivitet hos svagsynede eller ved sygdomsbetinget lysfølsomhed.

Værd at vide

Ansøgninger fra eksterne optikere udløser ikke automatisk opfølgning af synskonsulent.

- Ved særlige behov tilbydes specialundervisning i læsning med stærk optik.
- Svagsynsoptikken faktureres særskilt i henhold til leverandøraftalen med Dansk Erhvervsøptik: Optiker honoreres for bestemte ydelser. Optikken leveres til indkøbspris.
- Alle sager, der varetages af private leverandører, vurderes af Kommunikationcentrets specialoptikere for dermed at garantere over for kommunen, at den ansøgte optik er korrekt i forhold til borgerens behov for



kompensation. Samtidig vurderes, hvorvidt væsentlighedskriteriet er opfyldt i forhold til den ansøgte optik.

136

Levering via ekstern optiker med recept fra Kommunikationscentret

Omfang og priser

Ydelsen leveres som udredning.

Lovgrundlag

Lov om social service § 112 samt § 15, stk. 1, i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011.

Målgruppe

Borgere i alle aldersgrupper, der har en medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse, omfattet af hjælpemiddelbekendtgørelsens § 15 stk. 1, bilag 2, jf. diagnoselisten nedenfor.

Borgere i alle aldersgrupper, som har et varigt og alvorligt nedsat syn svarende til WHO-grupperne A-C, der kan kompenseres ved særlig tilpasset svagsynsoptik. Kriterierne er en synsstyrke svarende til 6/18 eller derunder med bedste korrektion på bedste øje.

Formål

Kommunikationscentrets optikere foretager synsafprøvning og udleverer recept til borger. Indsatsen skal sikre, at borgeren korrigeres optisk korrekt, så borgeren opnår mest hensigtsmæssig udnyttelse af synsfunktionen i forhold til borgerens kompensationsbehov.

Indhold

Tilpasning, udlevering og kontrol af specialoptiske og svagsynsoptik-løsninger, fx:

- prismebriller
- briller med ekstreme styrker
- ptosebriller
- fugtkammerbriller
- lupbriller, kikkertbriller m.m.
- filterbriller (spektrale filtre, særlig lysfølsomhed).

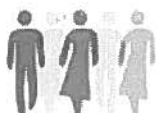
Værd at vide

Ved særlige behov tilbydes specialundervisning i læsning med stærk optik.

Svagsynsoptikken faktureres særskilt i henhold til leverandøraftalen med Dansk Erhvervsoptik:

Optiker honoreres for bestemte ydelser. Optikken leveres til indkøbspris.

Alle sager, der varetages af private leverandører, vurderes af Kommunikationscentrets specialoptikere for dermed at garantere over for kommunen, at den ansøgte optik er korrekt i forhold til borgerens behov for compensation. Derudover vurderes, hvorvidt det ansøgte opfylder væsentlighedskriteriet.



138

Øjenproteser

Omfang og priser

1,3 time: kr. 1.167

Lovgrundlag

Lov om social service § 112, samt Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011 om hjælpemidler.

Målgruppe

Borgere i alle aldersgrupper, der har behov for øjenproteser.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren får den bedst egnede øjenprotese.

Indhold

Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, tilbyder at varetage kommunernes opgave med vurdering af behov for øjenproteser:

- vurdering af behov for udskiftning af øjenprotese på baggrund af øjenlægelige udtalelser, samt borgerens og protesemagerens oplysninger
- rådgivning vedr. protesetype til borger
- kontrol/vurdering af status vedr. øjenproteser
- henvisning af borgeren til protesemager ved behov for udskiftning
- opfølgning på tilpasset protese
- rådgivning til kommunen vedr. øjenproteser
- samarbejde med øjenafdelinger/øjelæger vedr. øjenproteser.

Værd at vide

Ved førstegangspoteser kommer henvendelsen oftest fra borgeren, henvist fra hospitalets øjenafdeling.

Kommunikationscentret rådgiver borgere om valg af protesetype. Overordnet er der to typer øjenproteser: acryl- eller glasproteser.

Tilpasningen og udleveringen af øjenproteser varetages af protesemagere. Selve øjenprotesen faktureres særskilt.



139

Specialoptik fra Kennedy Centrets Øjenklinik

Omfang og pris

1,3 timer: kr. 1.167

Lovgrundlag

Lov om social service § 112 samt § 15, stk. 3, i Socialministeriets bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011 om hjælpemidler:

Stk. 3. Hvis problemet ikke kan løses lokalt, kan briller og kontaktlinser, jf. stk. 1, samt andre optiske synshjælpemidler og optikunderstøttende synshjælpemidler til borgere med en medicinsk-optisk defineret, varig øjenlidelse eller et varigt synshandicap udleveres af Kennedy Centrets Øjenklinik efter henvisning fra speciallæger i øjensygdomme, øjenafdelinger samt kommunale konsulenter eller synscentraler. Kennedy Centrets Øjenklinik giver efterfølgende kommunen meddelelse om udlevering.

Målgruppe

Borgere i alle aldersgrupper, der har en medicinsk-optisk defineret varig øjenlidelse og/eller har et varigt synshandicap og tilhører en af WHO-grupperne.

Formål

Indsatsen skal korrigere den svagsynede borger optisk, så borgeren kan anvende sit restsyn optimalt og anvende optikken korrekt.

Indhold

Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, tilbyder:

- at yde en sammenhængende koordineret indsats til borgere med medicinsk-optisk definerede varige øjenlidelser og/eller et varigt synshandicap
- at samarbejde med Kennedy Centrets Øjenklinik og varetage kommunernes opgave i forhold til øjenklinikken som led i synsrehabiliteringen, uanset borgerens alder.

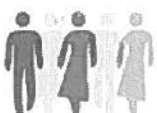
Ydelsen indeholder således løbende kontakt til Kennedy Centrets Øjenklinik, registrering af borgere med behov for specialoptik, vurdering af behov for specialoptik, nødvendig kontrol og opfølgning.

Værd at vide

Kennedy Centrets Øjenklinik varetager som landsdækkende institution udmåling, tilpasning og tildeling af specialoptik.

Oftest vil borgere i Kennedy Centrets Øjenklinikens målgruppe få udmålt specialoptik i forbindelse med ny-diagnosticering af øjenlidelser, og efterfølgende vil borgerne blive henvist til specialoptikerne på Kommunikationscentret, Region Hovedstaden.

Der er hyppigt tale om svagsynede borgere, både børn og voksne, som kan have behov for opfølgende specialrådgivning, for at kunne anvende specialoptikken, ligesom der kan være behov for optikunderstøttende hjælpemidler, samt egentlig svagsynsrehabilitering i form af rådgivning, andre hjælpemidler og evt. specialundervisning.



Voksne med synsnedsættelser, specialrådgivning og hjælpemidler:

211/212

Svagsynede, stærkt svagsynede og blinde unge med behov for rådgivningsforløb

Pris og omfang

211 - 18 timer: kr. 16.164

212 - 27 timer: kr. 24.246

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Unge med synshandicap i alderen 16/18 - 30/35 år. Optaget i Synsregistret eller med en alvorlig synsnedsættelse, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Formål

Konsekvenserne af synsnedsættelsen begrænses i væsentligt omfang for den unge. Unge med nedsat syn eller blindhed er i en situation, hvor alle deres valg og fremtidsmuligheder påvirkes af synsnedsættelsen. De har derfor behov for et indgående kendskab til og erkendelse af egen situation samt viden om kompensationsmuligheder for at kunne træffe de mest hensigtsmæssige valg. Samtidig er der behov for, at de uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser og professionelle, der kommer i kontakt med de unge, kan få synsfaglig rådgivning og vejledning.

Indhold

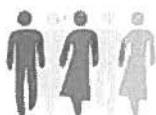
1. Specifik vejledning:

- Med afsæt i de øjenlægelige oplysninger får den unge kendskab til og rådgivning om egen synsnedsættelse og dennes konsekvenser, diagnose, visus, prognose, arvelighed m.m.
- Rådgivning om synsnedsættelsen i forhold til uddannelse, erhvervsvalg, bo-muligheder og fritidsmuligheder.
- Rådgivning om lovgivning og kompensationsmuligheder inden for de forskellige sektorer, uddannelse, beskæftigelse og det sociale område.
- Rådgivning om særlige muligheder og særlige tilbud for mennesker med synshandicap.
- Tilbud om koordination ved overgange, fra fx folkeskole til ungdomsuddannelse, fra ungdomsuddannelse til videreuddannelse o.l.
- Kontaktled til øjenlæge, optiker m.fl.
- Rådgivning til pårørende.

- ##### 2. Personlig vejledning: Støtte til at forstå egen situation med fokus på den synsmæssige funktionsnedsættelse og dennes konsekvenser på det personlige udviklingsmæssige plan. Redskaber til refleksion. Forståelse af egne ressourcer og begrænsninger og dermed opnå større selvindsigt.



3. Specialrådgivning til kommunale sagsbehandlere:
Rådgivning om synsmæssige forhold, det funktionelle syn, konsekvenserne af synsnedsættelsen og forslag til relevante kompensationsmuligheder.
4. Udredning af behov for kompensation:
 - Udredning af behov for synshjælpemidler, herunder IKT-hjælpemidler.
 - Udredning af behov for belysning i samarbejde med kommunens hjælpemiddelafdeling.
 - Medvirke ved synsprøve, afprøvning og instruktion i brugen af optiske hjælpemidler, kikkerter, lupper, m.m. samt følge op på den daglige anvendelse af bevilgede optiske løsninger.
 - Udredning af eventuelle behov for specialundervisning for voksne, fx undervisning i ADL, mobility m.m.



214

Sammenhængende indsats til borgere, som tidligere har været visiteret til specialrådgivning:

udredning, specialrådgivning og afprøvning af synshjælpemidler

Omfang og pris

214.03 - 3 timer: kr. 2.694

214.04 - 4 timer: kr. 3.592

214.05 - 5 timer: kr. 4.490

214.06 - 6 timer: kr. 5.388

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10, stk. 4, og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Der er tale om borgere, som tidligere har modtaget specialrådgivning/hjælpemiddelafprøvning. Voksne med et syn, der er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver udredt og kompenseret for sin synsnedsættelse, og at borgeren bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til borgerens konkrete behov i dagligdagen.

Indhold

1. Kort udredning af borgerens kompensationsbehov:
 - Indhentning af øjenlægelige samt andre relevante medicinske oplysninger
 - Interview med borgeren og netværkspersoner
 - Kontakt til kommunens specialrådgivnings- og hjælpemiddelteam samt koordinering med andre fagpersoner
2. Hjemmebesøg:
 - Kort instruktion i kompenserende teknikker til dagligdags gøremål, fx madlavning, måltidsteknik, personlig hygiejne og rengøring
3. Specialrådgivning til borger og pårørende:
 - Rådgivning og vejledning med afsæt i et helhedssyn på den synshandicappedes situation samt indsigt i egen synsproblematik, herunder rådgivning om støttemuligheder i takt med, at synet bliver dårligere.
 - Afklaring af behov for brug af hjælp fra eget netværk
4. Afprøvning af enkelte hjælpemidler inden for områderne:
 - Afprøvning vedr. håndholdte optiske og optikunderstøttede hjælpemidler fx lupper, lupbriller og kikkerter. Evt. udlån af nødvendige optiske hjælpemidler i afprøvningsfasen.
 - Vurdering af belysningsbehov, afprøvning af punktbelysning på borgerens opholds- og "arbejdspladser"
 - Afprøvning i brugen af orienterings- og markeringshjælpemidler: markeringsstokke, notatbåndoptager, elektroniske orienteringshjælpemidler, lygter
 - Afprøvning i brugen af ADL-hjælpemidler, personlig hygiejne, husholdning
 - Afprøvning i brugen af læsehjælpemidler (Daisy-afspiller) og notatapparater



5. Specialrådgivning til kommunale forvaltninger:

- rådgivning om konkrete borgeres synsmæssige forhold, borgernes funktionelle syn samt konsekvenser i forhold til dagligdags aktiviteter, fx i forhold til færdsel, transport, husholdning, kommunikation m.m.
- rådgivning om borgerens behov for hjælpemidler, specialrådgivning og specialundervisning

Værd at vide

Ydelsespakken anvendes udelukkende til borgere, der tidligere har været visiterede til indsats. Ydelsespakken anvendes kun efter aftale med kommunernes forvaltninger.

I forbindelse med borgerens henvendelse vurderes borgerens behov for specialrådgivning og afprøvning af hjælpemidler. På baggrund af dette vurderes omfanget, hvilket antal timer borgeren har behov for. Indsatsens omfang aftales med kommunernes forvaltninger.

- Belysningsafprøvninger, der inkluderer nagelfast belysning, er ikke omfattet af denne ydelse.
- Ved behov for afprøvning og instruktion i brugen af IKT-hjælpemidler, fx forstørrende programmer, skærmlæser til mobiltelefoner og punktskriftudstyr, henvises ligeledes til de specifikke ydelser.
- Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.
- Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.
- Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.

219

Specialrådgivning og afprøvning af synshjælpemidler

Omfang og pris

219.04 - 4 timer: kr. 3.592

219.06 - 6 timer: kr. 5.388

219.08 - 8 timer: kr. 7.184

219.10 - 10 timer: kr. 8.980

219.12 - 12 timer: kr. 10.776

219.15 - 15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med et syn, der er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D. Der kan være tale om borgere, som tidligere har modtaget specialrådgivning.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver kompenseret for sin synsnedsættelse og bliver så selvhjulpne som muligt i forhold til borgerens konkrete behov i dagligdagen.

Indhold

1. Specialrådgivning til borger og pårørende:
 - Rådgivning og vejledning med afsæt i et helhedssyn på den synshandicappedes situation samt indsigt i egen synsproblematik, herunder rådgivning om støttemuligheder i takt med, at synet bliver dårligere.
 - Rådgivning af pårørende om at leve sammen med en synshandicappet
 - Afklaring af behov for brug af hjælp fra eget netværk
 - Orientering om muligheder, fx Nota, ledsageordning, DBS, besøgsvenner m.m.
2. Afprøvning af hjælpemidler:
 - a. Afprøvning vedr. håndholdte optiske og optikunderstøttede hjælpemidler fx lupper, lupbriller og kikkerter. Evt. udlån af nødvendige optiske hjælpemidler i afprøvningsfasen.
 - b. Vurdering af belysningsbehov, afprøvning af punktbelysning på borgerens opholds- og "arbejdspladser"
 - c. Afprøvning i brugen af orienterings- og markeringshjælpemidler: markeringsstokke, notatbåndoptager, elektroniske orienteringshjælpemidler, lygter
 - d. Afprøvning i brugen af ADL-hjælpemidler, personlig hygiejne, husholdning
 - e. Afprøvning i brugen af læsehjælpemidler (Daisy-afspiller) og notatapparater
3. Hjemmebesøg:
 - Instruktion i kompenserende teknikker til dagligdags gøremål: fx madlavning, måltidsteknik, personlig hygiejne og rengøring
 - Rådgivning om ledsageteknik og indretning af hjemmet under hensyntagen til borgerens synsfunktion og ægtefælle/samboende på plejehjem eller tilsvarende



4. Afprøvning af CCTV på Kommunikationscentret:

- CCTV er et særligt elektronoptisk forstørrelsesapparat, der giver mulighed for meget stor forstørrelse. Afprøvning af CCTV igangsættes over for borgere med meget alvorlige synsnedsættelser (så alvorlige, at hovedbåren og håndholdt optik ikke i tilstrækkelig grad kompenserer ved nærarbejde, fx læsning, personlig hygiejne m.v.). Ud over almindelig forstørrelse i farver giver apparatet mulighed for at ændre farverne, således at kontrast-forholdene i bliver så gode som mulige i forhold til den enkelte borgers synsnedsættelse. CCTV'et giver mulighed for at forstørre såvel tekst som billeder, håndarbejde, madvarer o.lign.

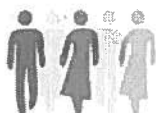
5. Specialrådgivning til kommunale forvaltninger:

- rådgivning om konkrete borgers synsmæssige forhold, borgernes funktionelle syn samt konsekvenser i forhold til dagligdags aktiviteter, fx i forhold til færdsel, transport, husholdning, kommunikation m.m.
- rådgivning om borgerens behov for hjælpemidler, specialrådgivning og specialundervisning
- rådgivning om specielt tilrettelagte foranstaltninger, videnscentre, vidensinstitutioner, organisationer m.m.

Værd at vide

I forbindelse med udredningen vurderes borgerens behov for specialrådgivning og afprøvning af hjælpemidler. På baggrund af dette vurderes omfanget, hvilket antal timer borgeren har behov for.

- Belysningsafprøvninger, der inkluderer nagelfast belysning, er ikke omfattet af denne ydelse.
- Ved behov for afprøvning og instruktion i brugen af IKT-hjælpemidler, fx forstørrende programmer, skærmlæser til mobiltelefoner og punktskriftudstyr, henvises ligeledes til de specifikke ydelser.
- Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.
- Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.
- Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.



220

Udlevering og instruktion i brugen af hjælpemidler:

Omfang og pris

220.03 - 3 timer: kr. 2.694

220.04 - 4 timer: kr. 3.592

220.06 - 6 timer: kr. 5.388

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med synsned sættelser, der betyder, at deres syn er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren kan anvende de bevilgede hjælpemidler og dermed blive så selvhjulpne som muligt i forhold til enkelte konkrete behov i dagligdagen.

Ved bevilling og levering af CCTV: Indsatsen skal sikre, at borgere med alvorlige synsned sættelser får lært at anvende CCTV'et og derved opnår en vis grad af selvhjulpnehed i forhold til personlig hygiejne, madlavning, læsning m.v.

Indhold

Såfremt borgeren modtager hjælpemidlerne via Kommunikationscentret, udleveres hjælpemidlerne.

Instruktion i brugen af enkelte hjælpemidler:

- Instruktion vedr. håndholdte optiske og optikunderstøttede hjælpemidler, fx lupper, lupbriller og kikkerter. Evt. udlån af nødvendige optiske hjælpemidler i afprøvningsfasen.
- Instruktion i brugen af optik og punktbelysning på borgerens opholds- og "arbejdspladser"
- Instruktion i brugen af orienterings- og markeringshjælpemidler: markeringsstokke, notatbåndoptager, elektroniske orienteringshjælpemidler, lygter
- Instruktion i brugen af ADL-hjælpemidler, personlig hygiejne, husholdning
- Instruktion i brugen af læsehjælpemidler (Daisy-afspiller) og notatapparater

Opsætning og instruktion i brug af CCTV i hjemmet:

- CCTV'et opsættes og tilpasses endeligt i hjemmet.
- Borgeren skal lære at udnytte CCTV'ets faciliteter, forstørrelse, zoom, farveskift til forskellige typer af nærarbejde: læsning, billeder, håndarbejde, personlig hygiejne m.v.

Specialrådgivning til kommunale forvaltninger:

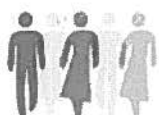
- rådgivning om konkrete borgeres synsmæssige forhold, borgernes funktionelle syn, samt konsekvenser i forhold til dagligdags aktiviteter, fx i forhold til færdsel, transport, husholdning, kommunikation m.m.
- rådgivning om borgerens behov for hjælpemidler, specialrådgivning og specialundervisning.

Værd at vide

Antallet af timer til udlevering og instruktion vurderes på baggrund af borgerens behov.



Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.
Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.
Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.



224

Synshandicap og psykisk udviklingshæmning

Omfang og pris

15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

- Voksne med udviklingshæmning, multihandicap, autisme m.v. , der også har en alvorlig synsnedsættelse.
- Voksne med alvorlig synsnedsættelse med behov for tilsvarende indsats.

Omfattet er også pårørende samt støttepersoner og medarbejdere i dag- og døgntilbud.

Formål

Udviklingshæmmede har oftere synsvanskeligheder end den øvrige befolkning. Desuden kan voksne med udviklingshæmning have svært ved at forstå og formulere egne problemstillinger, hvorfor der i langt højere grad er brug for, at omgivelserne har opmærksomhed på eventuelle synsforandringer og synsnedsættelser.

For voksne med både udviklingshæmning og synsnedsættelse er formålet med den synskompenserende indsats, at borgeren i videst muligt omfang kan udnytte restsynet i ofte meget visuelt tilrettelagte miljøer. Borgeren rådgives om kompenserende strategier, og miljøet omkring borgeren tilrettelægges hensigtsmæssigt.

Indhold

1. Specialrådgivning til borgeren/institutionspersonale:
 - rådgivning og vejledning med afsæt i et helhedssyn på borgerens funktionelle syn samt evt. borgerens indsigt i egen funktionsnedsættelse.
 - rådgivning om støttemuligheder i takt med at synet evt. bliver dårligere
 - orientering om institutioner, organisationer og lovgivning bredt, herunder kursusmuligheder for institutionspersonale.
2. Hjemmebesøg og hjælpemidler, i eget hjem og/eller dag-/døgntilbud:
 - udredning af behov for personlige hjælpemidler, herunder særligt fokus på optiske hjælpemidler, afprøvning og instruktion i brug af optiske hjælpemidler, herunder belysning, særligt punktbelysning ved borgerens "arbejds"- og opholdspladser
 - afprøvning og instruktion i brugen af mobility-hjælpemidler: stokke, kikkerter, notatbåndoptager, lygter
 - afprøvning og instruktion i brugen af ADL-hjælpemidler
 - afprøvning og instruktion i brugen af læsehjælpemidler (Daisy-afspillere)
 - kort instruktion i kompenserende teknikker til dagligdags gøremål: fx personlig hygiejne, madlavning, måltidsteknik og rengøring
 - udredning af behov for kompenserende specialundervisning, fx behov for mobility-undervisning, evt. med kørestol.
 - rådgivning om ledsageteknik, evt. med kørestol og andre hensigtsmæssige hensyn.

3. Rådgivning og instruktion ydes i mindre omfang til institutionspersonale og andre netværkspersoner med henblik på at få størst muligt udbytte af hjælpemidler og dermed øge graden af selvhjulpethed.
4. I samarbejde med kommunens hjælpemiddelafdeling kan rådgives om hensigtsmæssig indretning af hjem/ boinstitution.
5. Samarbejde, rådgivning til kommunale forvaltninger:
 - Rådgivning om borgerens synsudsættelse samt konsekvenser i forhold til:
 - kommunikation
 - dagligdagens aktiviteter, personlig hygiejne, husholdning m.m.
 - færdsel, mobilitet, transport
 - rådgivning om borgerens behov for hjælpemidler, specialrådgivning og specialundervisning
 - rådgivning i forhold til evt. valg af dag- og døgntilbud i relation til synsudsættelsen.

Værd at vide

Da målgruppen har meget individuelle behov, kan borgerne sideløbende indstilles til konkrete forløb med et vurderet konkret tidsforbrug.

Ved behov for afprøvning og instruktion i brugen af IKT-hjælpemidler, fx forstørrende programmer, skærmlæser til mobiltelefoner og punktskriftudstyr, henvises ligeledes til de specifikke ydelser.

Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.

Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.

225

Kombineret høre- og synsnedstættelser

Omfang og pris

15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med alvorlige høre- og synsnedstættelser samt deres pårørende. Kombination af høre- og synsnedstættelse betyder meget væsentlige indskrænkninger i borgernes mulighed for at være selvhjulpne, da tabet af den ene af de to sanser ofte bruges som kompensation for den anden. Bortfaldet af denne mulighed betyder, at der kan være behov for mere omfattende foranstaltninger.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver kompenseret for sin kombinerede syns- og hørenedstættelse og bliver så selvhjulpne som muligt.

Indhold

1. Specifik vejledning:
 - rådgivning om kombineret høre- og synsnedstættelse
 - rådgivning og vejledning med afsæt i et helhedssyn på borgerens situation samt indsigt i egen problematik
 - rådgivning om støttemuligheder i takt med, at hørelsen og synet reduceres
 - rådgivning til pårørende om at leve sammen med en ægtefælle/samlever med alvorlige funktionsnedstættelser
 - afklaring af behov for brug af hjælp via eget netværk
 - Orientering om muligheder – fx Nota, ledsageordning, DBS, LBH, besøgsven.
2. Hjælpemidler:
 - Justering af høreapparater
 - afprøvning og vurdering af behov for høretekniske hjælpemidler, der tilgodeser det nedsatte syn, fx telefon
 - Afprøvning og instruktion vedr. optiske og optikunderstøttende hjælpemidler fx lupper, lupbriller og kikkerter. Evt. udlån af nødvendige optiske hjælpemidler i afprøvningsfasen.
 - Vurdering af belysningsbehov, afprøvning af punktbelysning på borgerens opholds- og "arbejdspladser"
 - Afprøvning og instruktion i brugen af orienterings- og markeringshjælpemidler: markeringsstokke, kikkerter, notatbåndoptager, elektroniske orienteringshjælpemidler, lygter
 - Afprøvning og instruktion i brugen af ADL-hjælpemidler, personlig hygiejne, husholdning

3. Samarbejde, rådgivning og vejledning til kommunen:
 - Vejledning vedr. borgerens forhold til kommunale medarbejdere.
 - Rådgivning om konkrete borgeres funktionsnedsættelser, samt konsekvenser i forhold til dagligdags aktiviteter, fx i forhold til færdsel, transport, husholdning, kommunikation m.m.
 - Rådgivning om borgerens muligheder for hjælpemidler, specialrådgivning og specialundervisning.

4. Hjemmebesøg:
 - Instruksjon og geninstruksjon i brugen af de kompenserende hjælpemidler i hjemmet
 - Instruksjon i kompenserende teknikker til dagligdags gøremål: fx madlavning, måltidsteknik og rengøring
 - Rådgivning om indretning af hjemmet under hensyntagen til borgerens synsfunktion og ægtefælle/samboende på plejehjem eller tilsvarende

Værd at vide

Ydelser iht. lov om specialundervisning for voksne til målgruppen kan tilbydes efter konkret aftale med kommunen.

Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale. Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.

228

Belysning som hjælpemiddel til borgere med synshandicap

Omfang og pris

10 timer: kr. 8.980

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

- Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.
- Boligændringer - Lov om social service § 116

Målgruppe

Synshandicappede borgere, som har behov for en større udredning omkring belysningsmæssige kompensationsmuligheder, og som formodes at kunne opnå en væsentlig og nødvendig forbedring af det funktionelle syn, hvis der etableres specialtilpasset svagsynsbelysning.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren kan udnytte sit restsyn mest hensigtsmæssigt med korrekt belysning. Særligt tilpasset belysning kan have stor betydning for graden af selvhjulpethed, for dét at kunne klare sig sikkert og for mulighederne for personlig og social udvikling. (Funktionsnedsættelsen er konstant, mens omgivelserne bestemmer graden af synshandicappet.)

Indhold

Ved behov for større belysningsændringer, herunder nagelfast belysning, vil synskonsulenten altid inddrage kommunens hjælpemiddelteam. Elektriker med speciale i svagsynsbelysning kan, efter behov, inddrages med borgerens samtykke.

Ydelsen indeholder:

- Sagsafklaring og udredning af konkret problemstilling og kompensationsbehov med udgangspunkt i øjenlægelige oplysninger, evt. optiker vurdering og borgerens egne observationer.
- Hjemmebesøg, herunder vurdering af eksisterende belysning og ændringsmuligheder. Fokus på andre beboeres behov.
- Vurdering af, hvilke tekniske krav, der bør stilles til den konkrete løsning.
- Afprøvning i hjemmet (forudsat at borger er i stand til at deltage i afprøvning). Udføres evt. i samarbejde med elektriker med speciale i svagsynsbelysning.
- Indstilling til konkret løsningsforslag og begrundelse her for evt. vedlagt tilbud på egnet løsning ud fra princippet om bedst & billigst.

Synskonsulenten kan i samarbejde med den kommunale ergoterapeut ud fra væsentlighedskriteriet vurdere, om løsningen betragtes som hjælpemiddel, forbrugsgode eller boligændring.



Værd at vide

- Generel rumbelysning er belysning, som lyser hele rummet op og bruges til orientering, men ofte ikke er kraftigt nok til nærarbejde.
- Punktbelysning / optikunderstøttende belysning er belysning, som rammer direkte på den ønskede arbejdsflade og anvendes i.f.m. nær-arbejde.
- DS 700 (Dansk Standard for kunstig belysning i arbejdslokaler) anbefaler 200 lux jævnt fordelt som generel rumbelysning. Der findes ikke DS for private hjem, men der er tradition for at læne sig op ad DS 700, når vi vurderer, om borgeren har den belysning, som ville dække behovet for normaltseende. Hvis borgeren er ældre (>60 år) regner vi med minimum 300 lux som standard-belysning, fordi ældre generelt set, på grund af forandringer i øjets struktur, har behov for øget lysstyrke for at fungere optimalt synsmæssigt
- God svagsynsbelysning kan etableres ved at være opmærksom på følgende faktorer: god lyskvalitet, den rette lux-værdi (dét lys, som kommer ud af lampen) og den rette luminans (dét lys, som kommer ind i øjet, dvs. det lys fra lampen, som reflekteres af omgivelserne), de rette farver/overflader i omgivelserne, ingen blænding – hverken direkte eller indirekte, flimmerfri armaturer, den rigtige lysfarve (individuel fra person til person) og ikke for store luminansspring (spring i lysfordelingen). For store luminansspring vil ofte bevirke, at en svagsynet vil have vanskeligt ved at anvende synsresten, da øjets evne til adaptation (omstillingsevne ved ændring i lysforhold) ofte er betydelig nedsat hos en svagsynet person.

230

Sammenhængende indsats til borgere, som tidligere har været visiteret til specialrådgivning:**udredning, specialrådgivning og afprøvning af IKT-synshjælpemidler****Omfang og pris**

230.03 - 3 timer: kr. 2.694

230.04 - 4 timer: kr. 3.592

230.05 - 5 timer: kr. 4.490

230.06 - 6 timer: kr. 5.388

230.08 - 8 timer: kr. 7.184

Lovgrundlag

- Specialrådgivning - lov om social service § 12.
- Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10, stk. 4, og §§ 112 og 113.
- *Opmærksomheden henledes på hjælpemiddelbekendtgørelsens § 21 stk. 4 om udlån af computere udelukkende som hjælpemiddel til blinde og svagsynede borgere.*

Målgruppe

Der er tale om borgere, som tidligere har modtaget specialrådgivning/hjælpemiddelafprøvning inden for synskompenserende IKT.

Voksne med et syn, der er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver udredt og kompenseret for sin synsnedsættelse, og at borgeren fortsat er så selvhjulpne som muligt i forhold til borgerens konkrete behov for kommunikationshjælpemidler i dagligdagen.

Indhold

1. Kort udredning af borgerens kompensationsbehov:
 - Indhentning af øjenlægelige samt andre relevante medicinske oplysninger
 - Interview med borgeren og netværkspersoner
 - Kontakt til kommunens specialrådgivnings- og hjælpemiddelteam samt koordinering med andre fagpersoner
2. Supplerende afprøvning af IKT-hjælpemidler
 - Overgang fra forstørrelse til talesyntese
 - Skærm-opsætning o.lign.
 - Andre ændringer

Værd at vide

Ydelsespakken anvendes udelukkende til borgere, der tidligere har været visiterede til indsats. Ydelsespakken anvendes kun efter aftale med kommunernes forvaltninger.

I forbindelse med borgerens henvendelse vurderes borgerens behov for specialrådgivning og afprøvning af hjælpemidler. På baggrund af dette vurderes omfanget, hvilket antal timer borgeren har behov for. Indsatsens omfang aftales med kommunernes forvaltninger.

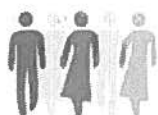
Der kan efterfølgende tilbydes specialundervisning i anvendelsen af udstyret iht. lov om specialundervisning for voksne til målgruppen.



Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale. Ved bevilling af leverings- og serviceaftale, leveres udstyret gennemtestet og klargjort. Efter levering ydes tre måneders support. Er support nødvendig ud over denne periode for at sikre udstyrets anvendelsesgrad og brugbarhed, kan der indgås en supportaftale.

Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.



232

IKT-hjælpemidler til svagsynede og blinde, afprøvning

Omfang og pris

232.04 - 4 timer: kr. 3.592

232.06 - 6 timer: kr. 5.388

232.12 - 12 timer: kr. 10.776

232.14 - 14,5 timer: kr. 13.021

Lovgrundlag

- Specialrådgivning - lov om social service § 12.
- Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.
- *Opmærksomheden henledes på hjælpemiddelbekendtgørelsens § 21 stk. 4 om udlån af computere udelukkende som hjælpemiddel til blinde og svagsynede borgere.*

Målgruppe

Voksne med synsnedsættelser, der betyder, at deres syn er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D, samt voksne med synsnedsættelser i kombination med sklerose, hjerneskode, andre bevæge vanskeligheder og/eller psykisk udviklingshæmning. Omfattet er også pårørende, samt støttepersoner og medarbejdere i dag- og døgntilbud.

Formål

Borgere med alvorlige synsnedsættelser har behov for enten forstørrelsesprogrammer eller talesyntese for at kunne benytte informationsteknologi. Indsatsen skal afdække borgerens muligheder for kompensation i forhold til brugen af informationsteknologi i form af særlige informationsteknologiske programmer. Borgere, som ikke har noget læsesyn overhovedet, afhjælpes med punktskrift-teknologi eller talesyntese. Borgere med alvorlige synsnedsættelser i kombination med andre funktionsnedsættelser kan have behov for et individuelt tilpasset kommunikationssystem for at kunne benytte informationsteknologi.

Indhold

Med afsæt i udredningen af borgerens samlede synsmæssige, helbredsmæssige og personlige forudsætninger fokuseres på:

- kommunikationsbehov via mobiltelefon/IKT
- kompensationsmuligheder (adgang til skriftlighed/informationssøgning)
- strategier for informationssøgning
- inddragelse af netværk, overvejelser om konsekvenser for IKT-hjælpemidler og anvendelsesmuligheder
- helhedsvurdering i forhold til væsentlighedskriteriet, jf. § 112 stk. 1
- evt. behov for opfølgende specialundervisning

På baggrund af udredningen afprøves billigste og bedst egnede synskompenenserende informationsteknologiske løsninger inden for: betjening, aflytning/læsning (Daisy-afspillere), diktafoner, smartphones, tablets, computere og informationsteknologiske hjælpemidler.



Efterfølgende foretages valg af billigst og bedst egnede i forhold til:

- borgerens formulerede behov for synskompenserende løsning
- hensigtsmæssig betjening og funktionalitet
- programopsætning, kombinationsløsninger (fx i forbindelse med punktskriftteknologi)
- genvejstaster
- skærmopsætning
- særlige behov, andre funktionsnedsættelser
- inddragelse af relevante faggrupper
- "arbejdspladsindretning"

Da der er tale om afprøvning af komplekse hjælpemidler, kan afprøvningen tilrettelægges som et forløb på to-tre mødegange på Kommunikationscentret.

Der tilbydes specialundervisning i anvendelsen af udstyret iht. lov om specialundervisning for voksne til målgruppen.

Værd at vide

Vurdering af indsatsens omfang sker på baggrund af borgerens behov/kompleksiteten i borgerens funktionsnedsættelse.

Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale. Ved bevilling af leverings- og serviceaftale, leveres udstyret gennemtestet og klargjort. Efter levering ydes tre måneders support. Er support nødvendig ud over denne periode for at sikre udstyrets anvendelsesgrad og brugbarhed, kan der indgås en supportaftale.

Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.

238

Instruktion i brug af synskompenserende IKT-hjælpemidler

Omfang og pris

238.02 - 2 timer: kr. 1.796

238.04 - 4 timer: kr. 3.592

238.07 - 7 timer: kr. 6.286

Lovgrundlag

- Specialrådgivning - Lov om social service § 12.
- Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.
- *Opmærksomheden henledes på hjælpemiddelbekendtgørelsens § 21 stk. 4 om udlån af computere udelukkende som hjælpemiddel til blinde og svagsynede borgere.*

Målgruppe

Voksne med synsnedsættelser, der betyder, at deres syn er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Borgere med behov for instruktion i betjening af informationsteknologiske løsninger.

Formål

Borgeren instrueres i anvendelsen af udstyret samt lære at betjene synskompenserende programmer/hjælpemiddelprogrammerne med henblik på at blive så selvhjulpne i brugen af de informationsteknologiske hjælpemidler som muligt.

Indhold

Instruktion i:

- Anvendelse af synskompenserende strategier i brugen af informationsteknologiske løsninger
- Anvendelse af forstørrelsesprogrammer samt evt. supplerende skærmlæser i forhold til de mest almindelige applikationer.
- Anvendelse af en skærmlæser, tastaturgenveje og navigationsteknikker.

Værd at vide

Der kan ofte være behov for specialundervisning i anvendelsen af udstyret iht. lov om specialundervisning for voksne til målgruppen.

Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.

Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale kan faktureres særskilt.

Reparation, jf. leverings- og serviceaftale:

Udstyr, der efter leverings- og serviceaftale er udlånt fra Kommunikationscentret, reparerer i nødvendigt omfang. Særligt udstyr og særlige programmer reparerer. Udstyr, der er borgerens ejendom reparerer ikke, men hjælpemiddelprogrammer installeres på evt. ny computer.

Support/fejlfinding, jf. supportaftale:

Efter levering ydes tre måneders support til udstyr, der efter leverings- og serviceaftale, er udlånt fra Kommunikationscentret. Såfremt support er nødvendig ud over denne tremåneders periode, skal der indgås en supportaftale mellem kommunen og Kommunikationscentret, der henvises til beskrivelsen. Supporten er udelukkende rettet mod de synskompenserende dele af udstyret.



239

Supportaftaler – pulje på 8 timers assistance

Omfang

8 timer: kr. 7.184

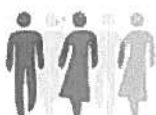
- Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, tilbyder IKT-support-aftaler, der gør det muligt for synshandicappede IKT-brugere at få support på synskompenserende/hjælpemiddelspecifikke problemer. Supporten er udelukkende rettet mod de synskompenserende dele af udstyret.
- Support-aftalerne kan kun indgås, hvis der foreligger en leverings- og serviceaftale på udstyret.
- Der ydes ikke support til borgernes internetadgang, mailprogrammer m.v. Borgerens eget udstyr supporteres ikke, medmindre fejlen skyldes det særlige udstyr/programmer.
- Supportaftalerne indgås med en pulje timer. Supporten ydes som både telefonsupport, fjernsupport via internettet samt on-site-support. Når timerne er anvendt, søges om fornyet supportaftale.
- Supportaftalen ydes i henhold til Lov om social service § 10 stk. 4 om kommunens forpligtelse til at tilbyde instruktion i brugen af hjælpemidler. Supporten betragtes som løbende instruktion, som forbedrer borgerens mulighed for at håndtere hjælpemidlet.

Værd at vide

Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, kan vælge at indbygge begrænsninger i anvendelsen af det udlånte udstyr, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til driftssikkerheden af hjælpemidlet. Dette kan være begrundet i borgerens IT-mæssige forudsætninger, funktionsniveau m.v. Borgeren vil altid blive grundigt orienteret herom.

Kommunikationscentret inddrager kommunen, hvis borgerens behov for support betyder, at timepuljen anvendes inden for mindre end to måneder.

Der kan indgås support-aftaler på mere end 8 timer efter aftale med kommunen.



Specialrådgivning og arbejdsredskaber

297

Voksne med synshandicap i erhverv, specialrådgivning og indretning af arbejdsplads

Omfang og pris

Timetakst kr. 898

Lovgrundlag

Kommunernes hjemmel til særlig indsats over for beskæftigede med behov for støtte, både til borgere med eller uden behov for særlige vilkår, findes i beskæftigelsesindsatsloven, aktivloven, samt lov om kompensation til handicappede i erhverv.

Målgruppe

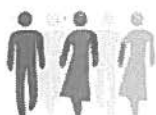
Jobcentrenes nøglepersoner på handicapområdet - Voksne med synsvanskeligheder.

Formål

Indsatsen skal kompensere for synshandicappet, således at den synshandicappede borger får de mest hensigtsmæssige vilkår for at deltage i arbejdslivet på lige fod med de øvrige medarbejdere.

Indhold

1. Udredning og synsafprøvning: Med afsæt i øjenlægelige oplysninger foretages en udredning og afprøvning af det funktionelle syn i forhold til borgerens aktuelle erhvervssituation. Udredningen kan være specifik på borgerens synsmæssige problemstillinger og/eller indgå som led i jobcentrets afdækning af borgerens muligheder i forbindelse med udarbejdelse af ressourceprofilen.
2. Specialrådgivning til jobcentret: Vejledning om synshandicappet og betydningen for den enkeltes erhvervssituation, evt. erhvervsvalg (jobplan), herunder:
 - belysning og indretning/tilgængelighed
 - informationsteknologiske løsninger, hjælpemidler, herunder IT
 - synskompenserende ydelser i "andre systemer"
 - tilrettelæggelse af personlig assistance
 - skriftlig vurdering af behov for rådgivning, hjælpemidler og undervisning.
3. I sager, hvor andre myndigheder, fx de landsdækkende institutioner, skal involveres, tilbyder Kommunikationscentret at koordinere den samlede synsrelaterede indsats.
4. Rådgivning og vejledning til arbejdsplads: Vejledning på arbejdspladsen:
 - synshandicappets konsekvenser for dagligdags aktiviteter, fx færdsel, kommunikationsmuligheder
 - synskompenserende foranstaltninger, hjælpemidler og arbejdspladsindretning
 - arbejdsmiljøforhold af betydning for synsmæssige forhold
 - samarbejdsrelationer.



5. Specialrådgivning til borger:
 - Specialrådgivning med afsæt i et helhedssyn på den synshandicappedes aktuelle erhvervssituation og indsigt i egen synsproblematik.
 - Generel rådgivning om synskompenserende ydelser i takt med at synet bliver dårligere.
 - Orientering om særlige muligheder – fx Nota, ledsageordning.
6. Belysningsafprøvning på arbejdsplads: Lysvurdering og lysmåling på arbejdspladsen.
7. Optiske hjælpemidler: For at optimere læse- og orienteringssyn, afhængigt af arbejdsopgaver, tilbydes afprøvning og instruktion vedr. optiske hjælpemidler fx lupper, lupbriller, CCTV, filterbriller, kikkerter og kik kertbriller.
8. IKT-hjælpemidler: Afprøvning, instruktion og undervisning i brugen af synskompenserende informationsteknologi, fx forstørrende programmer, talesyntese, mobiltelefon med tale, punktskriftnotatapparater m.v.
9. I forbindelse med IKT-hjælpemidler tilbydes:
 - udredning af behov
 - rådgivning og afprøvning
 - tilpasning med udgangspunkt i individuelle behov
 - levering og installation fx på arbejdspladsen
 - instruktion og undervisning
 - support, fejlfinding og reparation.
10. Andre hjælpemidler afhængig af arbejdsopgaver: Afprøvning og instruktion i brug af andre hjælpemidler, fx ADL-hjælpemidler, herunder synskompenserende teknikker.
11. Undervisning på arbejdspladser m.v.: Med udgangspunkt i den konkrete borgers synsnedsettelse tilbydes oplæg til arbejdspladser om synsnedsettelsens konsekvenser for de konkrete arbejdsopgaver og de sociale forhold på arbejdspladsen.
12. Ledsageteknik: Undervisning af kolleger m.fl. i ledsageteknik m.v.

Værd at vide

- Kommunikationscentrets specialrådgivningsfunktion kan kontaktes dagligt. Specialrådgivningen varetages både telefonisk og ved mødedeltagelse.
- Specialrådgivningstilbud vil altid blive sammensat individuelt med udgangspunkt i borgerens konkrete behov.
- Hjælpemidler indgår ikke i taksten, men kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale, således at Kommunikationscentret hurtigt kan servicere hjælpemidlerne på arbejdspladsen.
- Som et særligt tilbud kan Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, etablere netværksgrupper for fx borgere med samme diagnose. Erfaringsmæssigt stiller det særlige krav til den enkelte synshandicappede, at være og ikke mindst, at blive på arbejdsmarkedet ved progredierende øjenlidelser. For at imødegå dette etableres netværksgrupper med mulighed for erfarings- og vidensudveksling, selv-udvikling og gensidig støtte.
- Der fastsættes særskilt takst for netværksgrupper.

Specialrådgivning og specialpædagogisk støtte til uddannelsessøgende

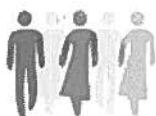
Uddannelsesstyrelsen yder tilskud til specialpædagogisk støtte (SPS) til unge og voksne på ungdomsuddannelserne og i de videregående uddannelser. Tilskuddet ydes efter ansøgning fra uddannelsesinstitutionernes særlige SPS-vejledere. Ansøgningen tager udgangspunkt i beskrivelse af den unges/voksnes kompensationsbehov under uddannelsen. Uddannelsesstyrelsen har fastsat rammer og takster for specialpædagogisk støtte.

Der henvises til Uddannelsesstyrelsens hjemmeside www.spsu.dk for yderligere information.

Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, kan tilbyde handicapspecifik specialpædagogisk støtte til uddannelsesinstitutioner og til unge og voksne under uddannelse, når der foreligger en bevilling fra Uddannelsesstyrelsen. Dette område er i henhold til princippet om sektoransvar ikke omfattet af den visitationsmodel, der er aftalt i rammeaftalen for 2010.

Tilsvarende kan Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, ligeledes yde specialrådgivning til unge og voksne under uddannelse på ikke SU-berettigede uddannelser, såfremt der foreligger betalingstilsagn, fx fra jobcenter i forbindelse med revalidering eller opkvalificering.

Kommunikationscentrets målgrupper er unge og voksne med tale-, høre, syns- og/eller kommunikationshandicap.



Kompenserende specialundervisning for voksne med synsnedsættelser

240

Sammenhængende indsats til borgere, som tidligere har været visiteret til specialundervisning: udredning og specialundervisning

Omfang og pris

240.03 - 3 timer: kr. 2.694

240.04 - 4 timer: kr. 3.592

240.05 - 5 timer: kr. 4.490

240.06 - 6 timer: kr. 5.388

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011

Målgruppe

Der er tale om borgere, som tidligere har modtaget specialrådgivning/afprøvning inden for synskompenserende informationsteknologiske løsninger.

Voksne med et syn, der er reduceret til mindre end 0,33 af normalt syn, svarende til de internationale klassifikationer, WHO-gruppe A-D.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver udredt og gennem specialundervisning bliver kompenseret for sin synsnedsættelse, og at borgeren fortsat er så selvhjulpne som muligt i dagligdagen.

Indhold

1. Kort udredning af borgerens kompensationsbehov:

- Indhentning af øjenlægelige samt andre relevante medicinske oplysninger
- Interview med borgeren og netværkspersoner
- Kontakt til kommunens specialrådgivnings- og hjælpemiddelteam samt koordinering med andre fagpersoner

3. Specialundervisning i:

- Synkompenserende informationsteknologi: hjælpemidler/-programmer/-applikationer
- Almindelige dagligdags aktiviteter
- Læsning med stærk optik
- Mobility

Værd at vide

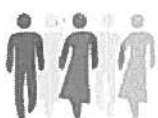
Ydelsespakken anvendes udelukkende til borgere, der tidligere har været visiterede til indsats. Ydelsespakken anvendes kun efter aftale med kommunernes forvaltninger.

I forbindelse med borgerens henvendelse vurderes borgerens behov for specialrådgivning og afprøvning af hjælpemidler. På baggrund af dette vurderes omfanget, hvilket antal timer borgeren har behov for. Indsatsens omfang aftales med kommunernes forvaltninger.





Ved deltagelse i specialundervisning i synskompenserende IKT-hjælpemidler, -programmer eller applikationer er det en forudsætning, at borgeren har de kompenserende hjælpemidler til rådighed.



241

Tastaturtræning, holdundervisning

Omfang og pris

14,25 timer per deltager (vejledende undervisningstid 12 timer): kr. 5.613

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011

Målgruppe

Svagsynede, stærkt svagsynede eller blinde borgere, som har behov for at kunne anvende særlige informationsteknologiske kommunikationshjælpemidler, og som vurderes berettigede til kommunikationshjælpemidler i henhold til serviceloven §§112/113.

Formål

Kurset skal give borgeren mulighed for at få det fulde udbytte af de informationsteknologiske løsninger. Forudsætningen for at få gavn af udstyret med tilhørende hjælpemidler kan være indlæring af blindskrift med tífingersystemet eller anden beherskelse af tastatur uden brug af synet. Da enkelte borgere kun i begrænset omfang eller slet ikke har benyttet tastatur før, og da de på grund af det nedsatte syn har vanskeligt ved at orientere sig på tastaturet, kan det være nødvendigt og relevant med tastaturtræning.

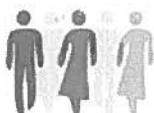
Indhold

Tastaturtræning, specielt tilrettelagt for synshandicappede borgere.

Værd at vide

Ved borgerens henvendelse om udredning af behov for særlige informationsteknologiske kommunikationshjælpemidler indgår en vurdering af, hvorvidt borgeren kan betjene tastaturet. Såfremt borgeren vurderes ikke at beherske tastaturet i tilstrækkeligt omfang, og såfremt borgeren forventes at opfylde væsentlighedskriteriet, indstilles borgeren først til tastaturtræning.

Undervisningen foregår på små hold på Kommunikationscentret, Region Hovedstaden. Borgeren forventes at træne hjemme mellem undervisningsgangene.



242/243/244

Undervisning i brug af synskompenserende informationsteknologi: hjælpemidler og særligt synskompenserende programmer/applikationer

Priseksempler

Holdundervisning

242.04 – omfang 5,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 4 timer): kr. 3.368

242.12 – omfang 15,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 12 timer): kr. 8.307

Individuel undervisning

243.06 – omfang 9,25 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 8.307

243.09 – omfang 13 timer (vejl. undervisningstid 9 timer): kr. 11.674

Individuel undervisning hjemme

244.09 – omfang 17 timer (vejl. undervisningstid 9 timer): kr. 15.266

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011

Målgruppe

Svagsynede, stærkt svagsynede eller blinde voksne, som har fået bevilget synskompenserende informationsteknologi, hjælpemidler (fx Daisy-afspiller) eller programmer/applikationer til teknologisk udstyr, herunder telefoner.

Formål

Undervisningen skal sikre, at borgeren opnår grundlæggende færdigheder i anvendelse af informationsteknologisk udstyr med fokus på synskompenserende hjælpemidler, programmer, samt applikationer. Borgeren skal kunne integrere brugen af hjælpemidlet med sit øvrige kendskab til teknologisk udstyr. Borgeren skal i mindre omfang kunne tilpasse hjælpemidlet til egne behov.

Indhold

Eksempler er på undervisningstemaer:

Daisy-afspiller/lydbogs-afspiller:

- gennemgang af taster og funktioner, herunder oplæsning af funktioner
- start/stop
- navigering i bog, bogmærker, hastighedsregulering

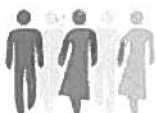
Daisy-software:

- overføre lydbøger til pc
- navigering i en bog, bogmærker, hastighedsjustering m.v.
- start, stop, tidsspring, indlæsning af musik, optagelse, afspilning af optagelse, sletning af optagelse

NB! Betjening via forstørrelses- eller skærmlæserprogram påvirker alle funktioner i det teknologiske udstyr. Kursisterne gøres fortrolige med disse samt de begrænsninger, det medfører i forhold til al anden anvendelse.

Mobiltelefoner/smartphones:

- gennemgang af telefonens taster, brug af touch-skærm
- aflæsning af kommandoer til talen
- særlige funktioner/særlige applikationer, herunder fx GPS
- kontaktpersoner/telefonbog
- skrivning og læsning af SMS-beskeder – herunder særlige tegn
- tekstgenkendelse



Ipads/e-bogslæsere:

Navigation på touch-skærm. Anvendelse af forstørrelsesmuligheder og skærmlæser.

Forstørrelsesprogram:

Anvendelse af forstørrelsesprogram samt evt. supplerende skærmlæser i forhold til de mest almindelige applikationer.

Skærmlæserprogram:

Anvendelse af en skærmlæser i Windows' grafiske brugergrænseflade samt tastaturgenveje og navigationsteknikker.

Afhængigt af borgerens forudsætninger og behov for anvendelse af teknologisk udstyr med informationsteknologiske synskompenserende programmer kan specialundervisningen omfatte enkelte eller flere elementer:

- Grundlæggende informationsteknologi:
- computerens hardware og software samt hukommelse og datalagring
- kendskab til software-anvendelser i hverdagen
- vigtige forhold vedrørende sikkerhed og lovgivning i forbindelse med brug af computere
- tilgængelighedsproblematikken for svagsynede og blinde computerbrugere

Styresystem:

- tilpasning af hovedindstillingerne i styresystemet
- at kunne anvende de indbyggede hjælpefunktioner og behandle låste applikationer
- at kunne arbejde effektivt, fx med menuer og dialogbokse
- at kunne håndtere, organisere, kopiere, flytte og slette filer og mapper
- at forstå begrebet computervirus og være i stand til at bruge virusprogrammer at kunne bruge simpelt redigeringssoftware og udskriftshåndteringsfunktioner, der findes i operativsystemet

Tekstbehandling:

- at kunne gennemføre almindelige opgaver i forbindelse med oprettelse, formatering og færdigbehandling af mindre tekstbehandlingsdokumenter
- at kunne kopiere og flytte tekst inden for og imellem dokumenter
- at kunne bruge funktioner som fx oprettelse af standardtabeller samt brevpletning

Information og kommunikation:

- at forstå principperne og begreberne i forbindelse med anvendelsen af internettet
- at forstå sikkerhedsaspekterne
- at kunne gennemføre almindelige søgeopgaver på internettet ved hjælp af en webbrowser og eksisterende søgemaskiner
- at kunne oprette bogmærker til websider
- at forstå principperne i elektronisk post (email)
- sikkerhedsaspekter, der gælder i forbindelse med anvendelsen af email
- at kunne bruge et emailprogram til afsendelse og modtagelse af meddelelser samt vedhæftninger af filer til emails
- at kunne organisere og administrere mapper i emailprogrammet



Værd at vide

Indholdet tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens behov for kompenserende specialundervisning.

- Det er en forudsætning, at kursisten har IT-baseret synskompenserende udstyr.
- Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, udarbejder løbende supplerende undervisningsmateriale, og kursisterne forventes at træne mellem undervisningsgangene.
- Undervisningen i brug af forstørrelsesprogrammer foregår så vidt muligt på hold.
- Undervisningen i brug af skærmlæser foregår individuelt.
- Undervisningens indhold er tilrettelagt, så der tages udgangspunkt i de funktioner, som er særligt anvendelige for mennesker med synshandicap.
- Timetallet i det enkelte modul afhænger af målgruppen og deltagerens forudsætninger.
- Andre programmer kan indgå med udgangspunkt i borgerens dokumenterede behov.
- "Daisy" er betegnelsen for det format, som NOTA (tidligere Danmarks Blindebibliotek) leverer lydbøger i. At en bog er indlæst i Daisy-format betyder, at der ud over tekstfilerne ligger et sæt parallelle filer, som strukturerer lydbogen og gør det muligt (i modsætning til almindelige lydbogstekstfiler) at navigere i teksten, ligesom det er muligt i skrevne medier.

248

Undervisning i brug af elektronisk punktskriftudstyr

Priseksempel

Holdundervisning

248.09 – omfang 13,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 9 timer): kr. 7.858

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Blinde punktlæsende voksne

Formål

Indsatsen skal lære borgerne på selvstændig vis at anvende punktskriftudstyret /kommunikationshjælpemidlet, så afhængigheden af seende hjælp minimeres.

Indhold

Selve apparatet:

- placering af de forskellige taster og diverse tilslutningsstik
- genvejstasternes betydning (kompass, batteriniveau, klokken, dato m.v.)
- isætning og udtagning af hukommelseskort
- start af forskellige programmer
- justering af tale og punkt m.v.

Tekstbehandling:

- Menulinje, skrivning af tekst, cursorformer, redigering af tekst m.v.
- Skift mellem flere dokumenter m.v.

Kalenderfunktion:

Navigering, oprettelse af aftale, tidsbegrænsning af aftale, påmindelse om aftale, gentagne aftaler

Stifinder:

- strukturen i apparatets indbyggede og eksterne hukommelse
- start af program direkte fra fx tekstfil, MP3-fil
- håndtering af mapper og filer

Adressebog:

Oprettelse af adresser, maskevalg, søgning af kontaktoplysninger

Lommeregner:

Almindelige udregninger

Diverse:

Synkronisering med pc: overførsel af filer mellem pc og punktapparat

Daisyafspillerfunktion, MP3-afspiller, diktafon:

- indlæsning af bøger, navigering i bøger, bogmærker, hastighedsjustering m.v.
- start, stop, tidsspring, indlæsning af musik, optagelse, afspilning af optagelse, sletning af optagelse



Værd at vide

Kursus i anvendelse af punktskriftudstyr er betinget af, at borgeren har fået bevilget et apparat, idet undervisningen foregår på eget apparat. Det forventes, at borgeren træner mellem undervisningsgangene.

Undervisningen tilrettelægges ud fra borgerens forudsætninger og foregår individuelt. Er der tale om nybegyndere, må der forventes mere end 12 undervisningstimer. Prioritering af funktioner i udstyret aftales med borgeren i forbindelse med udfærdigelse af den endelige undervisningsplan.

Det kan forventes, at borgere løbende retter henvendelse med ønske om supplerende undervisning for at lære at beherske udstyrets faciliteter.

260/261/262

Specialundervisning i synskompenserende teknikker og strategier, fx ADL.**Omfang og pris***Holdundervisning*

260.15 – omfang 21,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 15 timer): kr. 12.235

Individuel undervisning

261.06 – omfang 10,75 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 9.654

Individuel undervisning hjemme

261.06 – omfang 13,75 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 12.348

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Blinde og stærkt svagsynede voksne.

Formål

Undervisningen skal gøre borgeren fortrolig med synskompenserende teknikker og hjælpemidler med henblik på at blive selvhjulpnen i dagligdagen.

Indhold

Almindelige dagligdags opgaver i hjemmet:

- lære borgerne synskompenserende teknikker til brug i dagligdagen
- lære borgerne at bruge belysning og kontraster
- lære borgerne vigtigheden af system og orden
- lære borgerne at bruge afmærkning

I forhold til måltidsteknik:

- indøve teknikker og metoder ved kolde og varme retter
- få systematik på spisepladsen
- bruge viden om betydningen af lys og kontrasternes virkning
- kunne orientere sig og navigere ved et veldækket bord
- lære teknikker ved ophældning og tilberedning af smørrebrød
- få viden om, hvor man har brug for hjælp, og hvor man selv kan klare opgaven.

Øvrige kompenserende teknikker:

- pengegenkendelse
- fritidsaktiviteter, hjælpemidler til hverdag og til hobbies
- koge- og stegeteknikker
- skæreteknikker

Ved deltagelse i svagsynskursus på 15 timer fokuseres på måltider, samt det at give borgeren mod på igen at deltage i sociale middage, hvor måltidet er en væsentlig del af samværet (det social-psykologiske aspekt).

Værd at vide

Et svært synstab resulterer ofte i tilbagetrækning fra aktiviteter og tiltagende social isolation. Specialundervisningen giver kursisterne mulighed for at generhverve/bevare en betydelig grad af deres selvhjulpnenhed, både i og uden for hjemmet og modvirker social isolation.



Undervisningen foregår på små hold på Kommunikationscentret eller individuelt i hjemmet, afhængigt af borgerens ressourcer og behov.

Et hold omfatter 3-4 kursister og én underviser.

Svagsynskurset finder sted én gang ugentlig over en periode på ca. 6 uger, i alt 15 undervisningstimer.

Holdene vil i videst omfang blive sammensat ud fra de enkelte kursisters behov.

263/264

Undervisning i læsning med stærk optik

Omfang og pris

Holdundervisning

263.02 – omfang 3,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 2 timer): kr. 2.470

Individuel undervisning

264.02 - omfang 4,5 timer (vejl. undervisningstid 2 timer): kr. 4.041

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

- Borgere, der har fået bevilget næroptik til læsning, og hvor læseafstanden er mindre end 30 cm.
- Borgere, der har fået bevilget kikkertbriller eller kombinationsoptik, dvs. optik, der både kan anvendes til nær og mellemafstand.

Formål

Undervisningen skal gøre borgeren i stand til at anvende stærk optik, så læsningen bliver så utvungen som mulig.

Indhold

- Forholdet mellem optikken og læseafstanden
- Afprøvning af understøttende lys og lyskildens placering
- Indlæring af teknikker og metoder til, med egen svagssynsbrille, at kunne læse ønskede materialer (aviser, blade, foto, aflæsning af dato på madvarer, priser, ur m.m.)

Værd at vide

På hjemmebesøg hos borgere med synsnedsættelser har vi erfaret, at mange, især ældre, har problemer med at anvende specialoptik. Det gælder både lupbriller, kikkertbriller og kombinationsoptik.

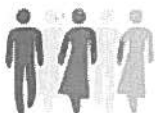
Selvom borgerne kan bruge optikken korrekt ved afprøvning af specialoptik hos optikeren, kan de have problemer med at anvende optikken hjemme. De problemer, vi hører er:

- at det er svært at affinde sig med den korte læseafstand
- at de udtrættes for hurtigt
- at det er svært at placere lampen rigtigt

At læse med svagsynsoptik kan føles som at "skulle lære at læse på ny". Det kræver stor tilvænning. Man kan ikke længere læse, som man plejer, men skal lære en ny læseteknik, bl.a. som følge af markant ændring af læseafstanden. Der er som regel behov for at skulle bruge optikunderstøttende hjælpemidler, fx læsestativ, ekstra lys og hensigtsmæssig placering af lyskilde.

Denne undervisning skal helst begynde, inden borgeren har fået "dårlige vaner" eller dårlige erfaringer med svagsynsoptik.

Undervisningen foregår individuelt eller på små hold på Kommunikationscentret, Region Hovedstaden.



269

Undervisning i orientering og mobility

Priseksempler

269.06 - omfang 13,75 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 12.348

269.09 - omfang 19,75 timer (vejl. undervisningstid 9 timer): kr. 17.736

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Stærkt svagsynede eller blinde voksne, der ønsker at kunne færdes på egen hånd, udendørs og indendørs.

Formål

Borgeren skal lære de nødvendige konkrete ruter og blive fortrolig med mobilityteknikker på et niveau, der muliggør sikker færden på egen hånd med hjælpemidler.

Indhold

Indlæring af teknikker

Ved træning af andre sanser, navnlig høre- og følesanserne, samt brug af fx den hvide stok lærer borgeren:

- at orientere sig og komme sikkert frem til bestemmelsessted under hensyntagen til, at andre sanser kan mangle eller være nedsatte
- at kortlægge de relevante omgivelser/ruter
- at styrke mobilityteknikkerne, herunder at udnytte følesansen, så hånden kan opfatte de signaler, som den hvide stok giver om underlagets beskaffenhed
- at udnytte føddernes følesans, så man så vidt muligt bliver i stand til at færdes uden ledsager

Ledsageteknik:

Ledsageteknik er betegnelsen for en række metoder, som den synshandicappede og pårørende bør kende til og benytte, når en seende fungerer som ledsager for en borger, der er blind eller stærkt svagsynet.

Værd at vide

Undervisningen tilrettelægges under hensyn til borgerens ressourcer og forhåndsviden, samt den konkrete rute, der er behov for at indlære. Omfanget af undervisningsbehovet vurderes derfor i den enkelte sag.

Det kan være svært at vurdere nøjagtigt, hvor mange timer borgeren har behov for til indlæring af en bestemt rute. Derfor kan det forekomme, at der søges enkelte tillægstimer afhængig af kompleksitet i den rute, borgeren har behov for at indlære.



Voksne med hørevanskeligheder

Målgruppen

Høreteamets målgruppe er borgere med hørelaterede vanskeligheder. Målgruppen spænder fra borgere uden hørenedsættelser, fx med tinnitus eller hyperacusis (lydoverfølsomhed) til svært hørehæmmede og døve borgere samt borgere, der er blevet CI-opererede.

En stor del af målgruppen er ældre mennesker, heraf en del med kombineret høre- og synsnedsættelse. Særligt for denne gruppe gælder, at de har levet den største del af deres liv som seende og hørende for så i en senere alder at få et kombineret funktionstab.

Værd at vide om høreområdet

I høreteamet kan man få afhjulpethed eller begrænset virkninger af høretab, tinnitus, Menière, hyperacusis mv. Der vil også kunne sikres en forbedring af udbyttet af CI, høreapparater og høretekniske hjælpemidler som fx forstærkertelefon og FM-udstyr.

En hørehæmmede borger bliver sjældent "helbredt" for sine hørelaterede kommunikationsproblemer. Langt de fleste har en progredierende hørenedsættelse og vil ofte have behov for flere korte målrettede tilbud i takt med at hørelsen forværres, og efterhånden som deres behov for at kommunikere eller omgivelsernes krav ændrer sig.

Høreteamet

Det specialiserede tværfaglige team består af audiologopæder, psykolog og fysioterapeut. Teamet dækker flere subspecialer. Høreteamet samarbejder med Kommunikationscentrets andre faglige teams.

Samarbejdsparter

Høreteamet har gennem mange år oparbejdet et tæt samarbejde med hørepedagogisk afsnit på Gentofte Hospital, som vi løbende holder konferencer med.

Ørelæger, læger, sagsbehandlere samt plejepersonale indgår som samarbejdsparter. Ligeledes samarbejder vi med producenter af høreapparater og høretekniske hjælpemidler samt Høreforeningen. Vi deltager endvidere i landsdækkende netværk på området.

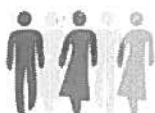
Udredning

Stort set alle, der henvender sig til Høreteamet, ringer i telefontiden. En del henvendelser klares ved rådgivning/vejledning per telefon. Typisk vil der være behov for at henvise til ørelæge, kommune eller hospital/privat udbyder.

Hvis vi skønner, at det er relevant at foretage en udredning, indhentes oplysninger fra ørelæge, audiologisk afdeling eller privat udbyder.

En udredning kan omfatte følgende elementer:

- Udredningssamtale med borger og/eller pårørende
- Testning, observationer, udredende undervisning
- Evt. fysioterapeut- og psykologvurdering er inkluderet i udredningen
- Kontakt til kommune, pårørende og øvrige netværk
- Beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til borgerens vanskeligheder/handicap
- Beskrivelse af kompensationsmuligheder (undervisning, vejledning, hjælpemidler m.v.)
- Oplæg til foranstaltning til kommunen eller afslutning
- Da det kan dreje sig om ældre borgere, der ikke kan transportere sig til Kommunikationscentrets adresse, kan der være behov for at foretage udredning i borgerens hjem.



311/312

Instruktion i brug af høreapparat

Omfang og pris

5,75 timer: kr. 5.164

I hjemmet 7,75 timer: kr. 6.960

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpebidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113 eller lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (erhvervsager)

Målgruppe

Borgere med bevilgede høreapparater

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver i stand til at benytte sit/sine høreapparat/er

Indhold

Instruktion i brug af høreapparat.

Hvis det skønnes nødvendigt, kan ydelsen også omfatte rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Skønnes det undervejs i forløbet, at borgeren har problemer af mere omsorgsmæssig art, informeres kommunen om dette. Da det ofte drejer sig om ældre borgere, der ikke kan transportere sig til Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, kan der være behov for at forløbet foregår i borgerens hjem.

Kommunikationscentret tilbyder og gennemfører kurser for kommunernes omsorgspersonale.

313/314 Høreapparatproblemer

Omfang og pris

2,25 timer: kr. 2.021

Hjemme 3,25 timer: kr. 2.919

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpebidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113

Målgruppe

Borgere, der efter afsluttet tilpasning af høreapparat oplever problemer med apparat eller øreprop.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren med sine høreapparater bliver kompenseret bedst muligt for høretabets art, omfang og konfiguration.

Indhold

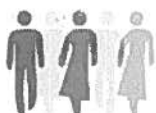
- Justering af høreapparat
- Tilpasning og udlevering af reserveapparat ved mistet apparat, eller hvis høreapparatet er defekt og uden for garanti
- Vurdering af øreprop
- Vurdering af hvorvidt høreapparatet kan kompensere for høretabet

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Bestilling af ny øreprop
- Oplæg til Hørepædagogisk Afsnit, Gentofte Hospital/Bispebjerg Hospital

Værd at vide

Ved mistet apparat orienteres borgeren om gældende regler for førtidig udskiftning. Kommunen inddrages ved behov for vurdering af berettigelse til fornyelse af høreapparat.



315/316

Rådgivning/afprøvning af høretekniske hjælpemidler

Omfang og pris

5,75 timer: kr. 5.164

Hjemme eller ved mere omfattende behov 7,75 timer: kr. 6.960

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113

Målgruppe

Hørehæmmede borgere med behov for andre tekniske hjælpemidler end høreapparat.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren får en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af de aktuelle tekniske hjælpemidler. Der skal foretages afprøvning og udvælgelse af tekniske hjælpemidler, som skønnes egnede til at kompensere for de individuelle vanskeligheder, som ikke kan afhjælpes af høreapparat.

Indhold

Med udgangspunkt i borgerens behov tilrettelægges forløbet inden for følgende overordnede områder:

- Procedure for ansøgning om høretekniske hjælpemidler
- Høretekniske hjælpemidlers funktion, betjening og eventuelle vedligeholdelse
- Muligheder og begrænsninger i forbindelse med høretekniske hjælpemidler
- Forventninger til høretekniske hjælpemidler
- Tilvænningsproblematik

Værd at vide

I de tilfælde, hvor de høretekniske hjælpemidler kan afprøves, aftales der tid for afprøvning. Efter afprøvning instrueres evt. kort i brugen af hjælpemidlet, og der udfærdiges en ansøgning til bopælskommunen. Da det kan dreje sig om ældre borgere, der ikke kan transportere sig til Kommunikationscentret, kan der være behov for, at forløbet foregår i borgerens hjem.

Hyppe afprøvede hjælpemidler er fx teleslynge, forstærket ringesignal til dør og telefon, forstærkertelefon, vibratorvækkeur.

Procedure for bevilling af høretekniske hjælpemidler:

1. Behov for høretekniske hjælpemidler afdækkes, og hjælpemidlet afprøves så vidt muligt på Kommunikationscentret eller i hjemmet.
2. Eventuel ansøgning af hjælpemidlet skrives af audiologopæden sammen med borgeren og sendes til dennes bopælskommune.
3. Kommunen behandler ansøgningen og tager stilling til eventuel bevilling.
4. Hvis hjælpemidlet bevilges, sørger kommunen for at hjælpemidlet installeres hos borgeren.
5. Hvis borgeren har brug for instruktion i hjælpemidlet, kontaktes Kommunikationscentret.

317

Opfølgning på tidligere indsats

Omfang og pris

4 timer: kr. 3.592

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Borgere med hørelaserede vanskeligheder, der tidligere har modtaget en ydelse via Kommunikationscentret, Region Hovedstaden.

Formål

Ydelsen skal sætte borgeren i stand til at fastholde det tidligere indlærte. Det kan fx være at sikre, at borgeren stadig kan betjene sit høreapparat, at han/hun fortsat kan fastholde strategier til håndtering af tinnitus, eller at han/hun kan håndtere hverdagen med sit høretab.

Indhold

Opfølgende samtale

Værd at vide

Skønnes det undervejs i forløbet, at borgeren har problemer af mere omsorgsmæssig art, informeres kommunen om dette.

Kommunikationscentret tilbyder og gennemfører kurser for kommunernes omsorgspersonale.

318/319

Hørekonsultation

Omfang og pris

1,75 timer: kr. 1.571 (på Kommunikationscentret)

2,75 time: 2.470 (i hjemmet)

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Formål

Formålet er at borgeren, alt efter behov, vil kunne opnå:

- at få indblik i aktuel hørestatus, herunder gennemgang af audiogram og det auditive systems opbygning og funktion.
- at få justeret sit høreapparat, således at det kompenserer bedst muligt for høretabet.
- at vænne sig til det nye lydbillede (evt. via gradvise justeringer).
- rådgivning samt oplæg til videre foranstaltning ved behov for at ændre høreapparattype (i forbindelse med progression i høretab eller ændrede fysiske forhold, fx evnen til at betjene et meget lille høreapparat.)
- at afprøve og ansøge om simple høretekniske hjælpemidler vurderet ud fra høretabets art, omfang og konfiguration samt kommunikative behov.
- at blive bevidst om fordele og ulemper ved forskellige høreapparatyper samt få rådgivning om, hvad der vil være den bedste løsning for den enkelte.
- strategier til at håndtere sit hørehandicap bedst muligt.
- indblik i, hvilke fysiologiske faktorer, der har betydning for skelneevnen, og dermed hvilket udbytte man kan forvente at få af høreapparatet.

Målgruppe

Hørehæmmede borgere, deres pårørende, plejepersonale og andre fagfolk, som ønsker rådgivning og vejledning vedr. høremæssige problemer. Herunder borgere, der har fået høreapparat for første gang, eller som har skiftet til en anden type høreapparat, og som har vanskeligt ved at anvende apparatet af fysiske eller kognitive årsager. Rådgivning og vejledning ydes til borgeren og pårørende samt evt. andre nøglepersoner i begrænset omfang. Hvis det er muligt, skal der inden konsultationen foreligge anamnese, diagnose, audiogram med målt skelneevne samt evt. data vedrørende høreapparat-behandling.

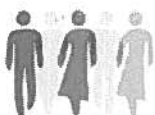
Indhold

I konsultationen ydes rådgivning og vejledning vedr. høremæssige problemstillinger. Konsultationen varetages af audiologopæder, som ud fra en afdækkende samtale klarlægger borgerens hørelaterede problemfelter.

Vurdering, afprøvning og eventuelt ansøgning om relativt simple høretekniske hjælpemidler kan indgå i konsultationen. Ved mere komplekse løsninger vil der være behov for opfølgende konsultation(er). Der kan gives op til 5 konsultationer før kommunen kontaktes vedr. fornyet tilsagn. Konsultationer afregnes løbende efter afholdelse.

Værd at vide

Kommunikationscentret udleverer efter aftale med Hørepædagogisk afsnit, Gentofte Hospital, høreapparater til borgeren i hjemmet i de tilfælde, hvor hospitalet vurderer at borgeren ikke kan transporteres til hospitalet.



320

Specialrådgivning og vejledning i forhold til døve

Omfang og pris

20 timer: kr. 17.960

Lovgrundlag

Lov om social service § 12 om specialrådgivning.

Målgruppe

- Døve og hørehæmmede borgere, evt. med yderligere funktionsnedsættelser, der har kommunikationsproblemer og/eller vanskeligheder med informationstilegnelse.
- Borgere med kombineret høre- og synsnedsættelse i en sådan grad, at de kan betegnes som døvblinde, og som har kommunikationsvanskeligheder og/eller vanskeligheder med informationstilegnelse.
- Pårørende, pædagogisk personale og andre relevante fagfolk, der har brug for rådgivning og vejledning til at støtte borgeren i et konkret beskrevet behov.

Formål

Indsatsen skal rådgive borgeren i forhold til et konkret beskrevet behov.

Indhold

Specialrådgivningen tager udgangspunkt i et konkret beskrevet behov. Eksempelvis behov for støtte under uddannelse, behov for tilegnelse af visuel/taktil kommunikation eller kommunikationsstrategier.

Værd at vide

Der er tale om en målgruppe med meget komplekse problemstillinger, hvorfor det konkrete indhold i et rådgivningsforløb først beskrives på baggrund af en udredning.

Da det ofte drejer sig om borgere med komplekse kognitive funktionsnedsættelser, kan der være kørselsbehov til og fra Kommunikationscentret. Transporten er ikke inkluderet i taksten.

Specialrådgivning kan også ske i eget hjem i samarbejde med kommunens medarbejdere.

321

Webtekst afprøvning

Omfang og pris

13 timer: kr. 11.674

Lovgrundlag

Specialrådgivning – Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion – Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

- Døve/svært hørehæmmede/døvblinde borgere med behov for fjernkommunikation via Webtekst.
- Andre borgere med behov for afprøvning af Webtekst

Formål

Indsatsen skal øge borgerens muligheder for at deltage aktivt i samfundslivet. Det sker ved en afdækning og afprøvning af kommunikationsmuligheder med borgerens private og/eller professionelle netværk samt læge, myndigheder m.fl. via webtekst. Borgeren skal desuden opnå en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af det aktuelle hjælpemiddel.

Indhold

Specialrådgivning: Med afsæt i udredningen af borgerens kommunikationsmæssige og personlige forudsætninger fokuseres på:

- kommunikationsbehov via Webtekst
- kompensationsmuligheder
- helhedsvurdering i forhold til væsentlighedskriteriet
- evt. behov for opfølgende specialundervisning

På baggrund af udredningen afprøves Webtekst med fokus på:

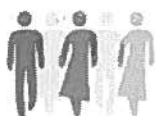
- hensigtsmæssig betjening og funktionalitet
- programopsætning, kombinationsløsninger, fx forstørrelsesprogrammer ved alvorlig synsnedsættelse
- genvejstaster
- skærmopsætning
- særlige behov, andre funktionsnedsættelser
- "arbejdspladsindretning"

Ved bevilling/levering: Hvis det indstillede udstyr bevilges, og der indgås en leverings- og serviceaftale, leveres udstyret fra Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, gennemtestet og klargjort iht. resultaterne af afprøvningen.

Der gives målrettet instruktion i betjeningen af udstyret, evt. inddrages netværk og andre.

Værd at vide

- Webtekst er en webbaseret skriftlig kommunikationsform, udviklet specielt til døve og svært hørehæmmede som erstatning for den udgåede teksttelefon.
- Det er en forudsætning for undervisning i Webtekst, at borgeren er i besiddelse af og i stand til at betjene computer med internetopkobling.



- Ved behov for Webtekst ansøges Høreforeningen om godkendelse til Webtekst. Ved godkendelse sendes ansøgning om betaling for funktionen og for de tekniske hjælpemidler til kommunen.
- Der tilbydes specialundervisning i anvendelsen af udstyret i henhold til Lov om specialundervisning for voksne.
- Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.
- Større hjælpemidler kan leveres i henhold til Leverings- og Serviceaftale.

322 Fjernkommunikation afprøvning

Omfang og pris

16 timer: kr. 14.368

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

- Døve/svært hørehæmmede/døvblinde borgere med behov for hjælpemidler til fjernkommunikation.
- Andre borgere med behov for hjælpemidler til fjernkommunikation

Formål

Indsatsen skal øge borgerens muligheder for at deltage aktivt i samfundslivet. Det sker ved en afdækning og afprøvning af kommunikationsmuligheder med borgerens private og/eller professionelle netværk samt læge, myndigheder m.fl. via fjernkommunikation. Borgeren skal desuden opnå en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af det aktuelle hjælpemiddel.

Indhold

Specialrådgivning: Med afsæt i udredningen af borgerens kommunikationsmæssige og personlige forudsætninger fokuseres på:

- kommunikationsbehov via IKT
- kompensationsmuligheder
- strategier for informationssøgning
- helhedsvurdering i forhold til væsentlighedskriteriet
- evt. behov for opfølgende specialundervisning

Afprøvning af IKT-hjælpemidler:

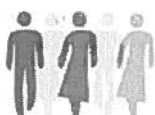
På baggrund af udredningen afprøves billigste og bedst egnede synskompenserende IKT-hjælpemiddel med fokus på:

- hensigtsmæssig betjening og funktionalitet
- programopsætning, kombinationsløsninger, fx forstørrelsesprogrammer ved alvorlig synsnedsættelse
- genvejstaster
- skærmopsætning
- særlige behov, andre funktionsnedsættelser
- "arbejdspladsindretning"

Ved bevilling/levering:

Hvis det indstillede udstyr bevilges, og der indgås en leverings - og serviceaftale, leveres udstyret fra Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, gennemtestet og klargjort iht. resultaterne af afprøvningen.

Der gives målrettet instruktion i betjeningen af udstyret, evt. inddrages netværk og andre.



Værd at vide

- Ved behov for Webtext ansøges Høreforeningen om godkendelse til Webtekst. Ved godkendelse sendes ansøgning om betaling for funktionen og for de tekniske hjælpemidler til kommunen.
- Der tilbydes specialundervisning i anvendelsen af udstyret iht. lov om specialundervisning for voksne til målgruppen.
- Hjælpemidler er ikke inkluderet i denne ydelsespakke.
- Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.



325

Voksne med kombineret høre- og synsnedsettelse

Omfang og pris

15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med kombineret høre- og synsnedsettelse, deres pårørende, plejepersonale og andre fagfolk, som ønsker rådgivning og vejledning vedr. denne særlige kombinerede funktionsnedsettelse.

Formål

Indsatsen skal afhjælpe eller formindske de begrænsninger, som den samlede nedsatte funktionsevne medfører for borgeren mht. aktivitet og deltagelse i dagligdagen. Borgeren skal kompenseres ved indlæring af teknikker og brug af hjælpemidler og desuden opnå viden om og indsigt i mulige strategier til at lette kommunikationen med omgivelserne.

Indhold

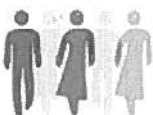
Ydelsen kan indeholde:

- Rådgivning om den aktuelle øjenssygdom og synsevne samt om hørenedssettelsen og høreapparatbehandlingen
- Vejledning i at leve med alvorlige syns- og hørenedssettelser
- Rådgivning om det fysiske miljø/indretning af hjemmet, så der tages hensyn til hver af de to funktionsnedsettelser og til kombinationen af disse
- Vurdering og afprøvning af hjælpemidler, der kan kompensere for begge funktionsnedsettelser samt hjælp til ansøgning af disse
- Rådgivning om kompenserende strategier, der tager hensyn til begge funktionsnedsettelser
- Rådgivning om og afdækning af behov for undervisning i ADL
- Rådgivning om og vurdering af behov for undervisning i mobility (at færdes uden brug af synet ved at udnytte de øvrige sanser)

Værd at vide

Kombinationen af høre- og synsnedsettelse betyder meget væsentlige indskrænkninger i borgerens mulighed for at være selvhjulpel. Den ene af de to sanser bruges ofte som kompensation for den anden hos borgere med høre- ELLER synsnedsettelse. Bortfaldet af denne mulighed betyder, at der kan være behov for mere omfattende foranstaltninger. Særligt for denne målgruppe gælder, at de har levet den største del af deres liv som seende og hørende for så i en senere alder at få et kombineret funktionstab.

Ofte vil en del af indsatsen foregå i borgerens hjem.



339

Undervisning i brug af høreapparat

Omfang og pris

6,75 timer (vejl. undervisningstid 4 timer): kr. 6.062

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 658 af 3. juli 2000.

Målgruppe

- Hørehæmmede, der ikke tidligere har anvendt høreapparat
- Hørehæmmede, der tidligere har anvendt høreapparat
- Hørehæmmede, hvis høretab ikke behandles med høreapparat

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan undervisningen fx have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren bliver i stand til at betjene sit/sine høreapparat/er
- At borgeren får en realistisk opfattelse af mulighederne for at udnytte høreapparat og/eller sin hørerest samt af de begrænsninger, som hørenedsættelsen medfører
- At borgeren får kendskab til mulighederne for at benytte supplerende kommunikationsmidler.

Indhold

Med udgangspunkt i borgerens behov tilrettelægges forløbet inden for følgende overordnede områder:

- Høreapparatets muligheder og begrænsninger, herunder forventninger og motivation
- Oplevelse af hørehandicap
- Gennemgang af aktuelt audiogram samt skelneevne
- Kommunikation, taleforståelse samt basal høretaktik
- Psykosociale aspekter ved hørenedsættelse, herunder coping
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Skønnes det undervejs i forløbet, at borgeren har problemer af mere omsorgsmæssig art, informeres kommunen om dette. Da det ofte kan dreje sig om ældre borgere, der ikke kan transportere sig til Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, kan der være behov for at forløbet foregår i borgerens hjem.

Kommunikationscentret tilbyder og gennemfører kurser for kommunernes omsorgspersonale.



340**Opfølgning på tidligere indsats****Omfang og pris**

5,5 timer (vejl. undervisningstid 3 timer): kr. 4.939

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne eller lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (erhvervssager)

Målgruppe

Borgere med hørelaserede vanskeligheder, der tidligere har modtaget en ydelse på Kommunikationscentret, Region Hovedstaden

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren bliver i stand til at fastholde det tidligere indlærte. Det kan fx være, at borgeren fortsat kan betjene sit høreapparat eller fastholde strategier til håndtering af tinnitus. Borgeren skal kunne håndtere hverdagen med sine hørevanskeligheder.

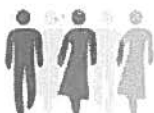
Indhold

Opfølgende samtale

Værd at vide

Skønnes det undervejs i forløbet, at borgeren har problemer af mere omsorgsmæssig art, informeres kommunen om dette.

Kommunikationscentret tilbyder og gennemfører kurser for kommunernes omsorgspersonale.



341

Kommunikation, individuel undervisning

Omfang og pris

21 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 18.858

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Hørehæmmede borgere, der har behov for viden om og færdigheder i at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omverdenen. Pårørende til de hørehæmmede indgår i målgruppen.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren bliver bedre til bevidst at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omverdenen
- At lette kommunikationen mellem borger og pårørende, således at deres indbyrdes relation begrænses mindst muligt af borgerens hørenedsættelse
- At borgeren får indsigt i egen hørestatus og får tilegnet sig kommunikative strategier, der kan lette dagligdagen primært i relation til uddannelse, arbejdssøgning og arbejdsliv
- At borgeren lærer at betjene relevante supplerende tekniske hjælpemidler.

Indhold

I undervisningen belyses, hvilke muligheder og begrænsninger et menneske med høreproblemer har i forhold til at kommunikere. Borgeren får mulighed for at drøfte høretabets betydning i forhold til sin dagligdag og aktiviteter. Der sættes fokus på at give nye strategier for derigennem at forbedre kommunikation på trods af høretab.

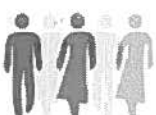
Herudover kan ydelsen omfatte:

- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner

Værd at vide

Kommunikationscentret anbefaler så vidt muligt holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes som hovedregel kun, hvis der er hensyn til den enkelte klient, som ikke kan varetages på holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes fx når:

- Psykosociale hensyn medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.
- Funktionsnedsættelsens art, omfang og karakter medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.



342

Kommunikation, holdundervisning

Omfang og pris

25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 15,5 timer): kr. 13.829

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Hørehæmmede borgere, der har behov for viden om og færdigheder i at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omverdenen. Pårørende indgår i målgruppen.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren bliver bedre til bevidst at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omgivelserne
- At lette kommunikationen mellem borger og pårørende, således at deres indbyrdes relation begrænses mindst muligt af borgerens hørenedsættelse
- At borgeren får indsigt i egen hørestatus og får tilegnet sig kommunikative strategier, der kan lette dagligdagen primært i relation til uddannelse, arbejdssøgning og arbejdsliv
- At borgeren lærer at betjene de relevante supplerende tekniske hjælpemidler
- At borgeren og pårørende møder andre i lignende situation og derigennem får nogle nye spejlings-/handlemuligheder.

Indhold

I undervisningen belyses, hvilke muligheder og begrænsninger et menneske med høreproblemer har i forhold til at kommunikere. Borgeren får mulighed for at drøfte høretabets betydning i forhold til sin dagligdag og aktiviteter. Der sættes fokus på at give nye strategier for derigennem at forbedre kommunikationen på trods af høretab.

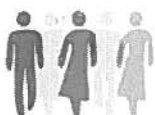
Herudover kan ydelsen omfatte:

- Udarbejdelse af relevante mål og delmål
- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering, mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Kommunikationscentret anbefaler så vidt muligt holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes som hovedregel kun, hvis den enkelte klient har behov, som ikke kan varetages på holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes fx når:

- Psykosociale hensyn medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.
- Funktionsnedsættelsens art, omfang og karakter medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.



343

Kommunikation for erhvervsaktive, holdundervisning

Omfang og pris

22 timer per deltager (vejl. undervisningstid 12,5 timer): kr. 12.003

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.
 Lov om aktiv beskæftigelse (erhvervssager)

Målgruppe

Hørehæmmede borgere, der er erhvervsaktive, arbejdssøgende eller under uddannelse, og som har behov for viden om og færdigheder i at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omverdenen.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren bliver bedre til bevidst at udnytte relevante muligheder, der kan fastholde og/eller forbedre den kommunikationsmæssige kontakt med omverdenen, primært i forhold til sine uddannelses-/arbejdsrelationer
- At borgeren får indsigt i egen hørestatus og får tilegnet sig kommunikative strategier, der kan lette dagligdagen primært i relation til uddannelse, arbejdssøgning og arbejdsliv
- At borgeren får mulighed for at identificere sig med andre i lignende situation og derved får nye handlemuligheder.

Indhold

Med sigte på at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelsesinstitution, gives indsigt i høretabets konsekvenser for "den professionelle" kommunikation. Der vil blive vejledt i, hvordan den enkelte hørehæmmede kan opnå en forbedret og generelt mindre belastende kommunikation. Der vil også være fokus på høretekniske hjælpemidler på job/uddannelsessted

351 Akut døvbleven

Omfang og pris

36 timer (vejl. undervisningstid 15 timer): kr. 32.328

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere, der på grund af sygdom eller ulykke er blevet døve eller svært hørehæmmede. Pårørende indgår i målgruppen. Sager om akut døvblevne/svært hørehæmmede kommer per definition fra hospitalsafdelingerne. En væsentlig forudsætning for undervisning af denne målgruppe er etablering af et "kriseteam" i samarbejdet med hospitalet.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At hjælpe borgeren i den akutte fase
- At bevidstgøre borgeren og de pårørende om konsekvenserne af hørenedsættelsen
- At borgeren lærer bevidst at udnytte relevante muligheder for at kunne opretholde kommunikationsmæssig kontakt med sine omgivelser.

Indhold

Med udgangspunkt i borgerens behov tilrettelægges undervisningen med elementer fra ydelserne, "Instruktion i brug af høreapparat", "Tekniske hjælpemidler for hørehæmmede" og "Kommunikationsundervisning". Nærmere information i de pågældende ydelsesbeskrivelser.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Undervisning, testning, funktionsprøver, observationer m.v., når det kan kvalificere udredningen yderligere
- Udarbejdelse af relevante mål og delmål
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Pludselig opstået døvhed/svært høretab kan udløse en krisetilstand, som den døvblevne må have mulighed for at få bearbejdet professionelt. Det er væsentligt, at undervisningsforløbet kan etableres på det tidspunkt, hvor den døvblevne/svært hørehæmmede er parat til at modtage det. Ligeledes er det væsentligt, at der tidligt i forløbet foretages vurdering af behovet for tekniske hjælpemidler og sørges for relevant undervisning i brugen af disse.



355/356**CI-undervisning 1/ CI-undervisning 2****Omfang og pris**

355 – omfang 20 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): 17.960

356 – omfang 38 timer (vejl. undervisningstid 20 timer): kr. 34.124

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Voksne døvblevne/svært hørehæmmede borgere, der er CI-opereret, og som ikke umiddelbart får optimalt udbytte af implantatet. Pårørende indgår i målgruppen.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren opnår størst muligt udbytte af implantatet og derved begrænses mindst muligt af hørenedsættelsen i forhold til aktivitet og deltagelse i samfundslivet
- At borgeren lærer at dechifrere og udnytte det nye auditive potentiale optimalt
- At borgeren får en realistisk opfattelse af egne muligheder og begrænsninger efter implanteringen
- At borgeren lærer at bruge supplerende tekniske hjælpemidler
- At de pårørende får en realistisk opfattelse af de kommunikative muligheder og begrænsninger hos CI-brugeren.

Indhold

Der arbejdes med at genoptræne evnen til at skelne hverdagslyde og sproglige kontraster. Der kan indgå træning af udtale og artikulation, ligesom der kan arbejdes med træning af nye kommunikationsstrategier. Undervisningen kan desuden indeholde rådgivning og vejledning i cochlearimplantatets muligheder og begrænsninger samt afprøvning af høretekniske hjælpemidler.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering, mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Et cochlearimplantat (CI) består af en udvendig del (taleprocessor) og en indopereret del (implantat og elektroder). CI forstærker ikke udefrakommende lyde, men omkoder dem via taleprocessoren til elektriske impulser, der påvirker hørenerven i det indre øre. Det kan betragtes som en avanceret form for høreapparat.



359 Menière

Omfang og pris

26 timer (vejl. undervisningstid 13 timer): kr. 23.348

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere, der efter otologisk eller audiologisk undersøgelse har fået konstateret sygdommen Morbus Menière. Pårørende til borgere med Menière indgår i målgruppen.

Formål

Afhængigt af sygdommens art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende formål:

- At borgeren opnår forståelse og erkendelse af Menière
- At borgeren orienteres om forskellige aspekter ved Menière, årsagsforklaring, Menières indflydelse på det sociale liv samt forskellige behandlingsformer
- At borgeren bliver i stand til at vælge en hensigtsmæssig taktik i forhold til sine personlige erfaringer med Menière, således at borger og pårørende bedst muligt kan håndtere de ændrede livsvilkår, som Menière medfører
- At de pårørende får en realistisk opfattelse af de kommunikative muligheder og begrænsninger, som et liv med Menière medfører.

Indhold

Undervisningen tager udgangspunkt i den ændring, som sygdommen medfører i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen, både i hjemmet og i samfundslivet, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse. Der fokuseres på kendskab til sygdommen, afhjælpning af de problemer, der følger med Menière og støtte til at integrere ny viden i dagligdagen. Som en del af undervisningen tilbydes også rådgivning og vejledning i høretekniske hjælpemidler.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Udarbejdelse af relevante mål og delmål
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Menière er en sygdom i indre øre, der karakteriseres ved svimmelhed, hørenedsættelse, tinnitus og trykforøget tryk i mellemøret. Symptomerne kommer anfaldsvis og skyldes sandsynligvis et overtryk i det indre øres to forskellige væsker. Overtrykket får membranen mellem de to væsker til at briste, hvorved de blandes og påvirker høre- og balanceorganet. Hørelsen vil fluktuere, og det kan være vanskeligt at afhjælpe hørenedsættelsen blot vha. høreapparat.

361

Tinnitus/hyperacusis, individuel

Omfang og pris

20 timer (vejl. undervisningstid 10 timer):: kr. 17.960

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere, der efter otologisk eller audiologisk undersøgelse har fået konstateret tinnitus og/eller hyperacusis, og som er så fysisk, psykisk og/eller socialt belastede af symptomerne, at deres hverdagsliv begrænses.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren finder personlige ressourcer til at håndtere livet med tinnitus/hyperacusis og får indsigt i, hvilken indflydelse symptomerne har på aktivitet og deltagelse i dagligdagen. Der lægges vægt på de faktorer, der har betydning for lydopfattelsen, herunder forståelse af, hvad der eventuelt kan forværre den subjektive opfattelse af problemerne.
- At borgeren bliver orienteret om og evt. undervist i kompenserende kropslige strategier til håndtering af tinnitus/hyperacusis.
- At borgeren bliver orienteret om forskellige former for tinnitus samt årsagsforklaringer.
- At borgeren bliver introduceret til instrumental behandling i form af høreapparat eller lydstimulator og får en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af de aktuelle tekniske hjælpemidler.

Indhold

Undervisningen tager udgangspunkt i den ændring, som belastningen medfører i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen, både i hjemmet og i samfundslivet, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse. Instrumentel behandling i form af høreapparat eller lydstimulator vil ofte være en nødvendig del af forløbet. Dette foregår i samarbejde med Gentofte Hospital, Hørepædagogisk afsnit.

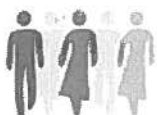
Herudover kan ydelsen omfatte:

- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang

Værd at vide

Tinnitus er opfattelsen af lyd, der ikke stammer fra en lydkilde uden for hovedet. (Henry, Dennis & Schechter, 2005). Tinnitus skyldes oftest et fejlagtigt nervesignal, der opstår et sted i høresystemet. Denne defekt gør, at der bliver sendt et fejlsignal af sted til hjernen. Signalet tolkes som lyd, fx brummen, hyleen, hvislen eller ringen i hjernens hørecenter. Man kan ikke blive "behandlet" for tinnitus i traditionel forstand, men man kan arbejde med at få hjernen til at håndtere dette fejlsignal på en mere hensigtsmæssig måde.

Hyperacusis kan defineres som: "nedsat tolerance over for almindelige dagligdagslyde" (Vernon, 1987). Hyperacusis eller lydoverfølsomhed kan opleves af både hørehæmmede og normalthørende. Hyperacusis skyldes en ændring i hjernens bearbejdning af lyd og er sandsynligvis en overforstærkning af nerveimpulserne fra øret. Ved hyperacusis opleves normalt støjniveau som uforholdsmæssigt kraftigt og meget generende.



Hvis man både har tinnitus og hyperacusis, vil man normalt skulle sigte mod behandling af hyperacusis først. Når hyperacusis kommer mere under kontrol, vil tinnitus ofte blive et mindre problem.

Individuel undervisning tilbydes, når den enkelte borger har behov, som ikke kan varetages i holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes fx når:

- Psykosociale hensyn medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.
- Funktionsnedsættelsens art, omfang og karakter medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.

362

Tinnitus/hyperacusis, holdundervisning

Omfang og pris

26 timer per deltager (vejl. undervisningstid 17 timer): kr. 15.356

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere, der efter otologisk eller audiologisk undersøgelse har fået konstateret tinnitus og/eller hyperacusis, og som er så fysisk, psykisk og/eller socialt belastede af dette, at deres hverdagsliv begrænses.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende mål:

- At borgeren finder personlige ressourcer til at håndtere livet med tinnitus/hyperacusis og får indsigt i, hvilken indflydelse symptomerne har på aktivitet og deltagelse i dagligdagen. Der lægges vægt på de faktorer, der har betydning for lydopfattelsen, herunder forståelse af, hvad der eventuelt kan forværre den subjektive opfattelse af problemerne.
- At borgeren bliver orienteret om og evt. undervist i kompenserende kropslige strategier til håndtering af tinnitus/hyperacusis.
- At borgeren bliver orienteret om forskellige former for tinnitus samt årsagsforklaringer.
- At borgeren får mulighed for at identificere sig med andre i en lignende situation og derigennem får nye handlemuligheder.

Indhold

Undervisningen tager udgangspunkt i den ændring, som belastningen medfører i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen, både i hjemmet og i samfundslivet, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse. Instrumentel behandling i form af høreapparat eller lydstimulator vil ofte være en nødvendig del af forløbet.

Herudover kan ydelsen omfatte:

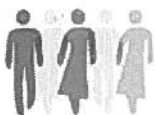
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang

Værd at vide

Tinnitus er opfattelsen af lyd, der ikke stammer fra en lydkilde udenfor hovedet. (Henry, Dennis & Schechter, 2005). Tinnitus skyldes oftest et fejlagtigt nervesignal, der opstår et sted i høresystemet. Denne defekt gør at der bliver sendt fejlsignal af sted til hjernen. Signalet tolkes som lyd, for eksempel brummen, hylene, hvislen eller ringen i hjernens hørecenter. Man kan ikke blive "behandlet" for tinnitus i traditionel forstand, men man kan arbejde med at få hjernen til at behandle dette fejlsignal på en mere hensigtsmæssig måde.

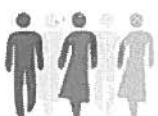
Hyperacusis kan defineres som: "nedsat tolerance over for almindelige dagligdags lyde" (Vernon, 1987). Hyperacusis eller lydoverfølsomhed kan opleves af både hørehæmmede og normalthørende. Hyperacusis skyldes en ændring i hjernens bearbejdning af lyd, og er sandsynligvis en overforstærkning af nerveimpulserne fra øret. Ved hyperacusis opleves normalt støjniveau som uforholdsmæssigt kraftigt og meget generende.

Hvis man både har tinnitus og hyperacusis, vil man normalt skulle sigte mod behandling af hyperacusis først. Når hyperacusis kommer mere under kontrol, vil tinnitus ofte blive et mindre problem.



Individuel undervisning tilbydes, når den enkelte borger har behov, som ikke kan varetages i holdundervisning. Individuel undervisning tilbydes fx når:

- Psykosociale hensyn medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.
- Funktionsnedsættelsens art, omfang og karakter medfører, at holdundervisning er kontraindiceret.



376/377

Kommunikation for døve og svært hørehæmmede borgere

Omfang og pris

376 – omfang 23 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 20.654

377 – omfang 53 timer (vejl. undervisningstid 25 timer): kr. 47.594

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

- Døvblinde borgere evt. med yderligere funktionsnedsættelser, der har kommunikationsproblemer og/eller vanskeligheder med informationstilegnelse.
- Borgere, der har behov for visuelt støttet kommunikation og har kommunikationsproblemer.
- Borgerens private og/eller professionelle netværk indgår i målgruppen.

Formål

Indsatsen skal styrke borgerens kommunikation i hverdagen og fremme mulighederne for aktivitet og deltagelse.

Indhold

Undervisningen er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i deltagerens kognitive niveau og har ofte en såvel afdækkende som kompenserende karakter. Afdækning af behov og undervisning i kognitive hjælpemidler vil også kunne indgå i ydelsen.

Værd at vide

Da det drejer sig om borgere med komplekse funktionsnedsættelser, vil der ofte være kørselsbehov til og fra Kommunikationscentret. Transporten er ikke inkluderet i taksten.

378**Artikulationsundervisning****Omfang og pris**

21 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 18.858

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Svært hørehæmmede borgere, hvis udtale, stemme- og/eller sprogbrug er påvirket af den manglende auditive feedback pga. hørenedsættelse i en sådan grad, at det medfører kommunikationsvanskeligheder.

Borgere, der oplever artikulatoriske vanskeligheder forårsaget af dysfunktion af høreorganet uden at have høretab.

Formål

Formålet kan være nogle af følgende punkter afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang:

- At søge at opnå den bedst mulige udtale samt stemme- og/eller sprogbrug.
- At kompensere for vanskelighederne, således at tale- /sprog- /stemmevanskelighederne så vidt muligt ikke er et handicap i kommunikationen.
- At borgeren kan gøre sig forståelig mundtligt i en sådan grad, at borgeren begrænses mindst muligt i forhold til sine kommunikative behov.

Indhold

Undervisningen lægger vægt på at støtte den hørehæmmede borger i at vedligeholde/udvikle talesproget, når hørelsen er så nedsat, at borgeren ikke kan korrigere sin udtale ved hjælp af auditiv feedback. Undervisningen kan indeholde anvisning og øvelser i korrekt artikulation af specifikke talelyde.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Undervisning, testning, funktionsprøver, observationer m.v., når nødvendigt for at kvalificere udredningen yderligere
- Udarbejdelse af relevante mål og delmål
- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering mv.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

381

Webtekst undervisning

Omfang og pris

14 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 12.572

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

- Hørehæmmede og døvblevne/døvblinde borgere som ikke kan høre i forstærkertelefon
- Borgere, der er udredt med behov for undervisning i Webtekst.
- Andre borgere med behov for undervisning i Webtekst.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende formål:

- At give den hørehæmmede/døvblevne mulighed for at kommunikere skriftligt med et system, der i videst muligt omfang matcher konventionel telefoni.
- At styrke borgerens muligheder for at kommunikere med sit private og/eller professionelle netværk samt læge, myndigheder m.fl. for derved at øge borgerens muligheder for at deltage aktivt i samfundslivet
- At borgeren, evt. sammen med en eller flere personer fra dennes netværk, lærer at betjene webtekst.
- At borgeren får en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af webtekst.

Indhold

Der undervises i brug af TDC Webtekst:

- Opsætning og indstillinger
- Telefonbog
- Tale selv funktion
- Skifter og afslut
- Nødopkald

Værd at vide

Webtekst er en webbaseret skriftlig kommunikationsform udviklet specielt til døve og svært hørehæmmede som erstatning for den udgåede teksttelefon.

Det er en forudsætning for undervisning i Webtekst, at borgeren er i besiddelse af og i stand til at betjene computer med internetopkobling.

Der vil primært være tale om undervisning i hjemmet.

382

Fjernkommunikation undervisning

Omfang og pris

16 timer (vejl. undervisningstid 7 timer): kr. 14.368

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Døve/svært hørehæmmede/døvblinde borgere med behov for undervisning i brug af hjælpemidler til fjernkommunikation.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende formål:

- At styrke borgerens muligheder for at kommunikere med sit private og/eller professionelle netværk samt læge, myndigheder m.fl. for derved at øge borgerens muligheder for at deltage aktivt i samfundslivet
- At borgeren evt. sammen med en eller flere personer fra dennes netværk, lærer at betjene de relevante fjernkommunikative hjælpemidler.
- At borgeren får en realistisk opfattelse af muligheder og begrænsninger i forbindelse med brugen af de aktuelle hjælpemidler.

Indhold

Der undervises i brug af en eller flere af følgende kommunikationsmedier:

- TDC Webtekst
- Email
- Web-cam
- Mobiltelefon
- Anden IT-baseret fjernkommunikation

Værd at vide

Der vil primært være tale om undervisning i hjemmet.

383

Dansk for døve

Omfang og pris

46 timer (vejl. undervisningstid 20 timer): kr. 41.308

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Tegnsprogede døve/svært hørehæmmede borgere, herunder også borgere med yderligere funktionsnedsættelser, der har vanskeligheder ved at læse og skrive dansk.

Formål

Indsatsen skal forbedre borgerens muligheder for at kommunikere ved hjælp af dansk skriftsprog. Borgerens muligheder for at deltage i samfundslivet skal fremmes.

Indhold

Der undervises i skriftlig kommunikation på et niveau, der matcher den enkeltes behov for et funktionelt dansk sprog i hverdagen. Tema og niveau bestemmes ud fra deltagernes interesse og ønske om bedre at kunne læse og skrive dansk. Der undervises i dansk ordforråd, grammatik og syntaks. Undervisningen er ofte IT-baseret og kan inkludere undervisning i brugen af hjælpemidler.

Værd at vide

Denne ydelse kan også tilbydes borgere med komplekse kognitive funktionsnedsættelser. I disse tilfælde vil der ofte være kørselsbehov til og fra Kommunikationscentret. Transporten er ikke inkluderet i taksten.



384

Tegnstøttet kommunikation (TSK)

Omfang og pris

46 timer (vejl. undervisningstid 20 timer): kr. 41.308

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Svært hørehæmmede/døvblevne borgere samt deres nærmeste pårørende.

Formål

Afhængigt af kommunikationsvanskelighedernes art og omfang kan indsatsen have et eller flere af følgende formål:

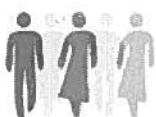
- At give borger og pårørende en kommunikationsform, der kan dække det kommunikative behov, og som kan bidrage til at mindske de begrænsninger, som hørenedsættelsen giver i forhold til aktivitet og deltagelse i samfundslivet. Hensigten er at komme op på et TSK-niveau, der kan bruges til at skabe netværk og sociale relationer og dermed mindske isolation.
- At lette kommunikationen mellem borger og pårørende, således at deres indbyrdes relation begrænses mindst muligt af borgerens hørenedsættelse.
- At borgeren og de pårørende lærer bevidst at udnytte relevante muligheder for at kunne opretholde kommunikationsmæssig kontakt med omverdenen.

Indhold

Undervisningen foregår på flere niveauer og bliver tilpasset borgerens behov. Der lægges vægt på at give den enkelte borger samt pårørende mulighed for at bibeholde eller genoprette kommunikationen ved hjælp af TSK, således at begrænsninger i forhold til daglige aktiviteter og deltagelse i samfundslivet mindskes.

Værd at vide

Som udgangspunkt deltager en pårørende i undervisningen, med mindre den hørehæmmede forventes at have behov for at kunne udvikle netværk – eller allerede jævnligt omgås borgere, der kommunikerer med TSK. Det må forventes, at borger og pårørende har brug for undervisning i minimum 2-3 år for at kunne anvende TSK som kommunikationsform. I TSK er dansk det bærende sprog, som støttes af tegn fra tegnsprog, en bevidst brug af mimik og kropssprog samt mundhåndssystem og håndalfabet. Det, som man siger med hænderne, udgør ikke et sprog i sig selv, men er ment som en ekstra støtte til det talte sprog.



385**IKT-undervisning for døve og svært hørehæmmede borgere****Omfang og pris**

40 timer (vejl. undervisningstid 15 timer): kr. 35.920

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Tegnsprogede døve/svært hørehæmmede borgere, herunder borgere med yderligere funktionsnedsættelser, der ikke kan følge ordinære tilbud i IKT-undervisning.

Formål

Indsatsen skal styrke borgerens mulighed for at deltage i samfundslivet, udvikle sociale netværk samt øge mulighederne for selvstændig beskæftigelse.

Indhold

Der undervises i brugen af IKT-hjælpe midler på elementært brugerniveau, email, internetsøgning, billedbehandling etc.

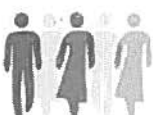
Herudover kan ydelsen omfatte:

- Udarbejdelse af relevante mål og delmål
- Dokumentation – individuel undervisningsplan, evaluering mv.
- Indstilling til visitation eller afslutning.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Undervisningen gives hyppigt i kombination med andre tilbud, eksempelvis "Dansk for døve" eller "Kommunikation/kognitive hjælpemidler".

Da det drejer sig om borgere med komplekse kognitive funktionsnedsættelser, vil der ofte være kørselsbehov. Transporten er ikke inkluderet i taksten.



Voksne med tale- og stemmevanskeligheder

Målgrupperne

Taleteamets målgrupper er borgere med enten funktionelle, patologiske, organiske eller neurologiske tale-stemmelidelser, såsom Parkinson, dysartri, mundhuleopererede og totallaryngectomerede samt et bredt udsnit af stemmevanskeligheder og stammen. De funktionelle stemmelidelser adskiller sig fra resten, da der ikke umiddelbart kan ses fysiske forandringer på stemmebåndene. Borgeren kan dog opleve massive tale-stemmevanskeligheder såsom stemmetræthed, hæshed, smerter mv.

Værd at vide om tale-stemmeområdet

Feltet spænder vidt fra kommunikationsrådgivning og -hjælpemidler, stammebehandling og træning af stemmen i mange variationer.

Rådgivning og undervisning af mennesker med stemmevanskeligheder kan i visse tilfælde forebygge et kirurgisk indgreb.

Når det drejer sig om borgere i erhverv, tilrettelægges ydelserne ud fra, hvilken stemmemæssig belastning jobbet giver. Målsætningen er altid, at borgerne skal have den nødvendige rådgivning/undervisning, så de kan klare deres erhverv.

Talevanskeligheder begrænser kommunikationen og er dermed en hindring i både almindeligt menneskeligt samvær samt i job- og uddannelsesmæssige sammenhænge. Stemmen er for det enkelte menneske nært knyttet til personligheden, og at arbejde med stemmen kan for den enkelte være en udfordring på det psykologiske plan.

De progredierende talevanskeligheder udgør en særlig udfordring, idet indsatsen skal tilpasses de aktuelle vanskeligheder. I disse sammenhænge vil det ofte være nødvendigt at introducere forskellige former for kommunikationshjælpemidler på de rigtige tidspunkter i forløbet.

Taleteamet

Det specialiserede tværfaglige team består af logopæder og fysioterapeuter. Teamet samarbejder med Kommunikationscentrets andre faglige teams og psykolog.

Samarbejdsparter

Taleteamet samarbejder med Regionens hospitaler, neurologer, øre-næse-halslæger mv.

Udredning

En udredning i taleteamet indeholder:

- udredningssamtale med borger og/eller pårørende
- undersøgelse, testning, funktionsprøver, observationer, m.v.
- evt. fysioterapeut og psykolog vurdering er inkluderet i ydelsen
- beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til borgerens vanskeligheder/handicap
- beskrivelse af kompensationsmuligheder (undervisning, vejledning, hjælpemidler m.v.)
- rådgivning og vejledning til borgeren og pårørende og evt. andre nøglepersoner i begrænset omfang
- oplæg til foranstaltning til kommunen

411

Kommunikationsløsninger til voksne med amyotrofisk lateral sklerose ALS eller locked-in-lignende tilstande

Omfang og pris

Timetakst: kr. 898

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med alvorlige kommunikationsvanskeligheder som følge af ALS eller andre locked-in-lignende tilstande.

Formål

Indsatsen og kommunikationshjælpemidlet skal kompensere for de massive kommunikative vanskeligheder, samt i det omfang, det er muligt, fastholde de talemæssige funktioner, således at borgeren aktivt kan deltage i kommunikationen i dagligdagen.

Indhold

Indsatsen tilrettelægges med afsæt i borgerens forudsætninger og behov.

Efter udredning af vanskelighedernes art og omfang tilbydes efter behov:

- logopædisk rådgivning om stemmebrug
- afprøvning af relevante kommunikationshjælpemidler, synshjælpemidler eller særlige telefoniløsninger
- afprøvning af ikke-teknologiske løsninger, fx specielt tilpassede kommunikationstavler/bøger
- afprøvning af betjeningsmuligheder - specialtastaturer og alternative mus, herunder integration af betjening af hjælpemiddel med betjening af kørestol
- afprøvning af omverdenskontrol som en integreret del af en samlet kommunikationsløsning
- afprøvning af hensigtsmæssig montering af hjælpemidlet på kørestol, arbejdsbord
- rådgivning om kommunikative strategier til borger, pårørende og/eller andre primærpersoner
- opsætning og individuel tilpasning af hjælpemidlet
- instruktion til borger, pårørende og/eller andre primærpersoner i anvendelse af hjælpemidlet.

Værd at vide

- Indsatsen vedr. logopædisk rådgivning og instruktion tilbydes ofte sideløbende med kommunikationshjælpemidler.
- Anvendelse af særlige kommunikationshjælpemidler til denne gruppe påbegyndes ofte, før den motoriske funktionsevne er markant forringet. Der er i vejledningen vedr. hjælpemidler særligt gjort opmærksom på denne mulighed.
- Det er vigtigt i forhold til betjening af kommunikationshjælpemidler (især øjenstyring), at synet er korrigeret bedst muligt.
- Kommunikationscentret har et fast medlem af det tværfaglige ALS-team ved Glostrup Hospital. Ligeledes samarbejder ALS-konsulenterne tæt med Center for Muskelsvind
- Hjælpemidler, bortset fra specielt tilpassede kommunikationstavler/bøger i papir, er ikke inkluderet i denne ydelsespakke. Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.
- Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale, kan faktureres særskilt.
- Det skal bemærkes, at leverings- og serviceaftalen "ALS - hjælpemiddelpakke" omfatter alle nødvendige hjælpemidler i forløbet. Dog er øjenstyringsudstyr ikke inkluderet i pakken.



I de tilfælde, hvor øjenstyring er den reelle mulighed for betjening af kommunikationsudstyret, tilbydes en særskilt aftale.

- Udgifter til montering samt integration med kørestol faktureres særskilt og uden for leverings- og serviceaftalen.



441/442

Taleundervisning

Taleundervisning i hjemmet

Omfang og pris

Individuel undervisning

441 - omfang 8 timer (vejl. undervisningstid 4 timer): kr. 7.184

Individuel undervisning hjemme

442 - omfang 10 timer (vejl. undervisningstid 4 timer): kr. 8.980

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Lov om social service §12

Lov om social service §11, stk. 3

Lov om folkeskolen § 20 stk. 2 og § 21

Målgruppe

Børn eller voksne med kommunikationsvanskeligheder af organisk eller funktionel karakter.

Formål

Indsatsen sigter mod at afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens kommunikationsvanskeligheder

Indhold

Undervisningen tilrettelægges på grundlag af en logopædisk udredning og kan afhængigt af diagnosen omhandle:

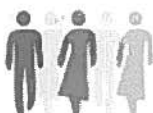
- Taleøvelser
- Artikulationsøvelser
- Stemmeøvelser
- Holdningskorrektion
- Åndedrætsregulering
- Mimiske øvelser
- Korrekt brug af evt. kommunikationshjælpemidler

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Beskrivelse af kompensationsmuligheder (rådgivning, vejledning, hjælpemidler m.v.)
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Kontakt til kommune, pårørende og øvrige netværk

Værd at vide

Undervisningsformen er fortrinsvis individuel undervisning. Når det skønnes hensigtsmæssig for at nå undervisningens mål, kan nogle af timerne foregå i gruppe.



446

Dysartri, undervisning

Omfang og pris

19 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 17.062

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med kommunikationsvanskeligheder (dysartri) på grund af fremadskridende neurologiske sygdomme, hvor gruppeundervisning er direkte uhensigtsmæssig.

Formål

Borgeren får indsigt i stemmens og talens funktion samt egen stemmeføring og talebrug. Undervisningen sigter mod at forbedre de talemæssige og kommunikative færdigheder.

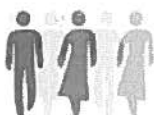
Indhold

Undervisningen tilrettelægges på grundlag af den logopædiske udredning og kan, afhængigt af diagnosen, omhandle:

- Holdningskorrektur og muskelfunktion
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser
- Artikulationsøvelser
- Kommunikationsøvelser
- Sprogmelodi
- Mimitiske øvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Psykologisk vurdering, rådgivning og vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner



451

Parkinson, introhold

Omfang og pris

37,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 28 timer): kr. 17.062

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Ydelsen er et førstegangstilbud om undervisning til borgere med Parkinson Syge.

Formål

Borgeren får indsigt i stemmens og talens funktion samt egen stemmeføring og talebrug. Undervisningen sigter mod at forbedre de talemæssige og kommunikative færdigheder.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges af fysioterapeut og logopæd på grundlag af den logopædiske udredning og kan, afhængigt af diagnosen, omhandle:

- Holdningskorrektur og muskelfunktion
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser
- Artikulationsøvelser
- Kommunikationsøvelser
- Sprogmelodi
- Mimiske øvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner
- Introduktion til alternative kommunikationsmidler, som fx stemmeforstærker og lightwriter
- Indstilling til revisitation eller afslutning

Værd at vide

Der tilbydes gruppesamtale med de pårørende ved psykolog.



452

Parkinson holdundervisning, fortsætter**Omfang og pris**

24 timer per deltager (vejl. undervisningstid 18 timer): kr. 10.776

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med Parkinsons Syge, som tidligere har modtaget et undervisningstilbud.

Formål

Borgeren får indsigt i stemmens og talens funktion samt egen stemmeføring og talebrug. Undervisningen sigter mod at forbedre de talemæssige og kommunikative færdigheder.

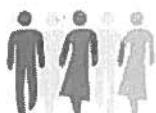
Indhold

Undervisningen tilrettelægges af fysioterapeut og logopæd på grundlag af den logopædiske udredning og kan, afhængigt af diagnosen, omhandle:

- Holdningskorrektur og muskelfunktion
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser
- Artikulationsøvelser
- Kommunikationsøvelser
- Sprogmelodi
- Mimitiske øvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner
- Introduktion til alternative kommunikationsmidler som fx stemmeforstærker og lightwriter
- Indstilling til revisitation eller afslutning



453**Parkinson holdundervisning, opfølgning****Omfang og pris**

10,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 8 timer): kr. 4.789

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med Parkinsons Syge, som tidligere har modtaget et undervisningstilbud.

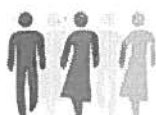
Formål

Borgeren får indsigt i stemmens og talens funktion samt egen stemmeføring og talebrug. Undervisningen sigter mod at forbedre de talemæssige og kommunikative færdigheder.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges på grundlag af tidligere forløb og er afhængigt af borgerens diagnostiske forløb.

Undervisningen består af repetition og tilpasning af metoder og strategier til det aktuelle funktionsniveau.



461

Stemmeforløb, børn

Omfang og pris

19 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 17.062

Lovgrundlag

Lov om social service § 11 stk. 3 – specialrådgivning

Målgruppe

Formål

- At stemmerelaterede gener mindskes
- At uhensigtsmæssige stemme- og talevaner ændres

Indhold

Forløbet tilrettelægges på grundlag af den logopædiske udredning. Afhængigt af diagnosen omhandler vejledningen:

- Holdningskorrektur
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser, herunder afspænding, smidighed, klang og styrke
- Artikulationsøvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Rådgivning og vejledning af forældre og nøglepersoner
- Indstilling til re-visitation eller afslutning
- Når det skønnes hensigtsmæssigt for at nå målene, kan nogle af timerne foregå i gruppe.

463**Stemmeundervisning, hold****Omfang og pris**

14,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 7.184

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med stemme- og artikulationsvanskeligheder (ICF grad 1 – 4) af funktionel karakter.

Formål

Stemmeundervisningen sætter fokus på hensigtsmæssige stemme- og talevaner og giver indsigt i stemmens funktion og borgerens egen stemmebrug. Indsatsen skal sikre en funktionsdygtig stemmeføring og artikulation.

Indhold

Forløbet tilrettelægges af logopæd og fysioterapeut på grundlag af den logopædiske udredning. Undervisningen omhandler:

- Holdningskorrektur
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser, herunder afspænding, smidighed, klang og styrke
- Artikulationsøvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Testning, funktionsprøver, observationer, m.v. når nødvendigt for at kvalificere udredningen
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Indstilling til revisitation eller afslutning



464/465

Stemmeforløb, individuel

Omfang og pris

464 - omfang 9 timer (vejl. undervisningstid 5 timer): kr. 8.082

465 - omfang 18 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 16.164

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med stemmevanskeligheder (ICF grad 1 – 4) af organisk eller funktionel karakter.

Formål

Indsatsen skal optimere stemmen og talefunktionen, således at talestemmen bliver funktionsdygtig i forhold til borgerens dagligdag og evt. erhverv. Borgeren får indsigt i stemmens funktion og egen stemmeføring.

Indhold

Forløbet tilrettelægges på grundlag af den logopædiske udredning og omhandler afhængigt af diagnosen:

- Holdningskorrektur
- Åndedrætsregulering
- Stemmeøvelser, herunder afspænding, smidighed, klang og styrke
- Artikulationsøvelser

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Testning, funktionsprøver, observationer m.v., når nødvendigt for at kvalificere udredningen
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

471

Cancer i mund og hals, individuel undervisning

Omfang og pris

23,5 timer (vejl. undervisningstid 12 timer): kr. 21.103

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

- Borgere, der helt eller delvist har fået bortopereret struben (total laryngectomerede, hemi laryngectomerede)
- Borgere, der er blevet opereret og/eller strålebehandlet i mundhulen pga. cancer
- Borgere, der midlertidigt eller permanent er kanylebærere

Formål

Indsatsen skal gøre borgeren i stand til at kommunikere funktionelt så optimalt som muligt ud fra de givne fysiske forhold efter operation eller strålebehandling.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges på grundlag af den logopædiske udredning og omhandler afhængigt af diagnosen:

- Holdningskorrektur
- Åndedrætsregulering
- Artikulationsøvelser

Ydelsen kan også omfatte:

- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang.
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.
- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang

475 Stammen, løbsk tale, holdundervisning

Omfang og pris

37,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 30 timer): kr. 15.565

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Voksne med stammen eller løbsk tale (ICF grad 1 – 4).

Formål

Indsatsen skal hjælpe deltagerne med at afdække og bearbejde stammen og dens betydning i hverdagen. Formålet er at reducere psykiske reaktioner på stammen og modificere stammen i forhold til deltagerens egne ønsker og mål.

Indhold

I gruppeundervisningen som samtale får borgerne mulighed for at bearbejde stammens betydning i forhold til deres dagligdag og aktiviteter samt bearbejde reaktionsmønstre m.m.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Deltagerne vil ofte have gavn af såvel individuel undervisning som gruppeundervisning. Det giver mulighed for sammen med andre at arbejde med stammens betydning



476

Stammen, løbsk tale, individuel undervisning**Omfang og pris**

22 timer (vejl. undervisningstid 12 timer): kr. 19.756

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Voksne med stammen eller løbsk tale (ICF grad 1 – 4).

Formål

Indsatsen skal hjælpe borgeren med at afdække og bearbejde stammen og dens betydning i hverdagen. Formålet er at reducere emotionelle reaktioner af negative tanker samt modificere stammen i forhold til borgerens egne ønsker og mål.

Indhold

Der anvendes stammemodificerende metoder og AV-hjælpemidler i undervisningen. Borgeren lærer at stamme på en mindre anstrengt måde og at få en bedre kontrol over sin stammen. Desuden vil kontrollen styrke selvværdet og give mere energi og spontanitet i talen.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Psykologisk vurdering, rådgivning/vejledning og samtaler i begrænset omfang
- Fysioterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning i begrænset omfang
- Indstilling til revisitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning af pårørende og nøglepersoner.

Værd at vide

Hvor det skønnes hensigtsmæssig for at nå undervisningens mål, kan nogle af timerne foregå i gruppe.



Erhvervet hjerneskade eller kognitive vanskeligheder

Målgrupper

Hjerneteamets målgrupper er voksne borgere med erhvervet hjerneskade (fx efter blodprop, hjerneblødning, traume, tumor) eller medfødte kognitive vanskeligheder. De kommunikative vanskeligheder kan være afasi (sproglige forstyrrelser), dysartri (talemæssige forstyrrelser) eller andre kognitive vanskeligheder som opmærksomheds- og koncentrationsvanskeligheder, hukommelsesvanskeligheder, vanskeligheder med opgaveløsning, planlægning og udførelse af opgaver eller nedsat sygdomsindsigt.

Værd at vide om hjerneområdet

Følgerne efter erhvervet hjerneskade er meget forskellige og ofte komplekse. Sproglige vanskeligheder som følge af hjerneskade kan være både impressive og ekspressive. Manglende sprogforståelse og/eller sprogproduktion kan give massive vanskeligheder i den daglige kommunikation. Andre kognitive vanskeligheder kan give store vanskeligheder med selvstændigt at klare meningsfulde daglige aktiviteter eller at deltage i det sociale liv.

Når et menneske får en hjerneskade, ændrer tilværelsen sig ofte betydeligt. Det er hele familien/netværket, som skal finde ud af at leve livet på ændrede livsvilkår. De nye kognitive/kommunikative vilkår skal ses i sammenhæng med de personlighedsmæssige, sociale og fysiske vanskeligheder samt de omgivelsesmæssige faktorer.

Med udgangspunkt i borgerens ressourcer og begrænsninger har alle hjerneteamets tilbud det overordnede formål at forbedre borgerens funktioner og færdigheder. Borgeren skal have så mange muligheder for selvstændig kommunikation og aktivitet samt deltagelse i hverdags- og arbejdslivet som muligt. Dette kan opnås ved at arbejde med specifikke kognitive og kommunikative funktioner for at forbedre funktioner, herunder også understøttende funktioner.

Ved at arbejde med kompenserende strategier og/eller hjælpemidler og standardteknologi samt ved at arbejde med mere personlige mestringsstrategier skal borgeren og dennes pårørende vejledes og støttes i at håndtere den ændrede livssituation. Der kan endvidere være tale om vejledning og rådgivning af netværk, fagpersoner, arbejdsplads mv.

Hjerneteamet

Det specialiserede tværfaglige team består af logopæder, neuropsykolog, ergo- og fysioterapeut samt IKT-konsulenter. Synskonsulent/specialoptiker inddrages i sager, hvor der er mistanke om synsforstyrrelser som følge af hjerneskaden. Hjerneteamet samarbejder med Kommunikationscentrets andre faglige teams.

Samarbejdsparter

Forløb i hjerneteamet er ofte komplekse, og indsatsen er et led i borgerens samlede rehabiliteringsproces. Vi lægger stor vægt på, at vores tilbud er koordineret med kommunens øvrige indsats. Derfor samarbejder vi med regionens hospitaler, kommunale hjerneskade-koordinatorer, genoptræningscentre, plejehjem, sagsbehandlere, jobcentre m.v..

Udredning

Afhængigt af borgerens forudsætninger og øvrige omstændigheder kan udredningen omfatte:

- indhentning af oplysninger fra hospital/læge, logopæd, neuropsykolog, ergo- og fysioterapeut, kommune, arbejdsplads mv.
- vurdering af borgerens forudsætninger i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen
- afdækning af de kognitive vanskeligheders type og sværhedsgrad samt evnen til at kommunikere
- undersøgelse, testning, funktionsprøver og observationer

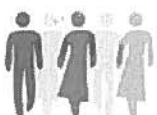


- udredningssamtale med borger og/eller pårørende
- kommunikation med pårørende og andre for at give dem kendskab til vanskelighedernes type og sværhedsgrad og de deraf følgende begrænsninger samt bevarede ressourcer og funktionelle færdigheder
- vurdering af om den pågældende kan profitere af et tilbud om kompenserende specialundervisning eller anden foranstaltning
- vurdering af om de pårørende har behov for støtte og vejledning for at kunne støtte den ramte bedst muligt i den ændrede livssituation
- afklaring af væsentlighed
- beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til borgerens vanskeligheder/handicap
- beskrivelse af kompensationsmuligheder
- oplæg til foranstaltning til kommunen

Undervisningsforløb og anden indsats

Et undervisningsforløbs længde, form og hyppighed afhænger af den enkelte borgers problemstillinger og behov. Undervisning/afklaring af behov for hjælpemidler tilrettelægges i form af individuel undervisning/indsats eller holdundervisning. Der er løbende optag på holdene.

For erhvervsaktive borgere tilbydes et individuelt tilrettelagt forløb med henblik på arbejdsfastholdelse.



515

Kommunikationshjælpemidler og/eller hjælpemidler til betjening af computer (afprøvning, opsætning, tilpasning og instruktion)

Omfang og pris

15,5 time: kr. 13.919

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med:

- moderat til svær afasi eller andre kommunikationsvanskeligheder som følge af hjerneskade
- alvorlige vanskeligheder som følge af progredierende neurologiske lidelser som fx Parkinson, sklerose eller demens
- kommunikationsvanskeligheder som følge af psykisk udviklingshæmning eller autisme
- cerebral parese, der har behov for kommunikationshjælpemidler eller hjælpemidler til betjening af computer
- muskelsvind eller andre fysiske handicap, der har behov for kommunikationshjælpemidler eller hjælpemidler til betjening af computer

Formål

Indsatsen med kommunikations- eller betjeningshjælpemidlet har til formål at kompensere for kommunikative og sproglige vanskeligheder og/eller betjeningsvanskeligheder. Desuden skal indsatsen bidrage til aktiv kommunikation i dagligdagen for at fremme deltagelse, øget selvstændighed og selvbestemmelse samt bedre det generelle funktionsniveau.

Indhold

Efter udredning af vanskelighedernes art og omfang tilbydes alt efter relevans:

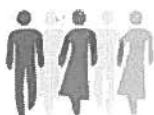
- afprøvning af relevante kommunikationshjælpemidler, herunder både IKT og specielt tilpassede kommunikationstavler/bøger
- afprøvning af omverdenskontrol
- afprøvning af særlige telefoniløsninger
- afprøvning af betjeningsmuligheder - kontakter, specialtastaturer og alternative mus, herunder integration af betjening af hjælpemiddel med betjening af kørestol
- afprøvning af hensigtsmæssig montering af hjælpemidlet på kørestol, arbejdsbord m.v.
- rådgivning om kommunikative strategier til borger, pårørende og/eller andre primærpersoner
- opsætning og individuel tilpasning af hjælpemidlet
- instruktion til borger, pårørende og/eller andre primærpersoner i anvendelse af hjælpemidlet

Værd at vide

Selve hjælpemidlet er *ikke* inkluderet i denne ydelsespakke. Dette gælder dog ikke personligt/specielt tilpassede kommunikationstavler/bøger i papirform. Disse indgår i ydelsen.

Større hjælpemidler kan leveres i henhold til leverings- og serviceaftale.

Hjælpemidler, der ikke omfattes af leverings- og serviceaftale, kan faktureres særskilt.



Udgifter til montering samt integration med kørestol faktureres særskilt og uden for leverings- og serviceaftalen.

Ved behov for instruktion af andre i betjening og opsætning af hjælpemidler, søges dette separat i henhold til Lov om social service § 12 om specialrådgivning. Der henvises til vejledning om servicelovens generelle bestemmelser og formål punkt 58.

521/522 Kognitive hjælpemidler, afprøvning

Omfang og pris

521 - 11,5 time: kr. 10.327

522 - 17,5 time: kr. 15.715

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113 eller beskæftigelsesindsatsloven.

Målgruppe

Voksne med alvorlige kognitive vanskeligheder som følge af sclerose, senhjerneskrade, ADHD eller andet.

Formål

Indsatsen skal kompensere for de kognitive vanskeligheder og bidrage til øget selvbestemmelse og selvhjulpethed.

Indhold

Efter en afdækning af vanskelighedernes karakter og omfang tilbydes:

- afprøvning af relevante hjælpemidler, fx hukommelseshjælpemidler, tidshjælpemidler, orienteringshjælpemidler, telefonløsninger
- afprøvning af alternativ betjening til computere

Værd at vide

Kommunikationscentret kan rådgive om og eventuelt bistå med anskaffelsen af hjælpemidlet. Hjælpemidlerne faktureres særskilt.

Ved behov for instruktion i betjening og opsætning af hjælpemidler, søges dette separat i henhold til Lov om social service § 10 stk. 4 om instruktion i brug af hjælpemidler.



525/527/528/529**Kognitive hjælpemidler - opsætning, tilpasning og instruktion****Omfang og pris***Instruktion på hold*

525 - 24,75 timer per deltager på hold: kr. 13.769

Individuel instruktion

527 - 11 timer: kr. 9.878

528 - 20 timer: kr. 17.960

529 - 31,5 timer: kr. 28.287

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Målgruppe

Voksne med alvorlige kognitive vanskeligheder, der kan kompenseres med et hjælpemiddel.

Formål

Indsatsen skal kompensere for de kognitive vanskeligheder og instruere borgeren i brugen af et eller flere afprøvede hjælpemidler og dermed bidrage til øget selvbestemmelse og selvhjulpethed.

Indhold

Efter en afdækning af vanskelighedernes karakter og afprøvning af hjælpemidler tilbydes efter behov:

- rådgivning om relevante strategier og systemer fx opbygning af dagsplaner
- instruktion til borger, pårørende og/eller andre primærpersoner i anvendelse af hjælpemidlet
- opbygning af systemer for at støtte borgeren i brugen af hjælpemidlet

Instruktionen kan foregå i hjemmet for at få implementeret brugen af hjælpemidlet i hverdagsaktiviteter

Værd at vide

Hjælpemidler er ikke inkluderet i ydelsespakken.

Kommunikationscentret kan rådgive om og eventuelt bistå med anskaffelsen af hjælpemidlet. Hjælpemidlerne faktureres særskilt.

Der kan blive behov for at supplere med specialundervisning for at sikre, at borgeren får det fulde udbytte og får integreret brugen af hjælpemidlet i hverdagen.

531/532

Hjælpemidler, opfølgning

Omfang og pris

531 - 12 timer: kr. 10.776

532 - 22 timer: kr. 19.776

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder, afprøvning og instruktion - Lov om social service § 10 stk. 4.

Målgruppe

Voksne med alvorlige kognitive eller kommunikative vanskeligheder, der kan kompenseres med et hjælpemiddel.

Formål

Opfølgningen skal sikre, at borgeren får automatiseret brugen af hjælpemidlet i hverdagen og bliver holdt fast i de nye måder at kompensere for vanskelighederne.

Indhold

Efter en afdækning af vanskelighedernes karakter samt afprøvning og instruktion af hjælpemidler tilbydes:

- opfølgende rådgivning om relevante strategier og systemer fx opbygning af dagsplaner
- Justering af opbygning af systemer for at støtte borgeren i brugen af hjælpemidlet.

Værd at vide

Opfølgningsforløbet vil forløbe over 6 – 8 måneder.

Der kan blive behov for at supplere med specialundervisning for at sikre, at borgeren får det fulde udbytte og får integreret brugen af hjælpemidlet i hverdagen.

Ved behov for instruktion af andre i betjening og opsætning af hjælpemidler, søges dette separat i henhold til Lov om social service § 12 om specialrådgivning. Der henvises til vejledning om servicelovens generelle bestemmelser og formål punkt 58.

Kompenserende specialundervisning for voksne med hjerneskade

511

Neuropsykologisk undersøgelse

Omfang

15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011

Den neuropsykologiske undersøgelse foretages i henhold til bekendtgørelsen om specialundervisning for voksne § 4 om afdækning (nr. 378 af 28. april 2006).

Målgruppe

Borgere, som har pådraget sig komplekse og skjulte kognitive funktionsnedsættelser som følge af sent erhvervet hjerneskade.

De kognitive vanskeligheder kan fx være hukommelsesvanskeligheder, opmærksomheds- og koncentrationsvanskeligheder, vanskeligheder med opgaveløsning og planlægning, nedsat sygdomsindsigt, nedsat rum/ retningssans

Udredningen er målrettet borgere med lette, moderate og i visse tilfælde svære kognitive funktionsnedsættelser (ICF grad 1 til 3), og som har behov for særligt tilrettelagt undervisning og rådgivning for at afhjælpe eller begrænse virkningerne af funktionsnedsættelsen. Det er en forudsætning, at borgeren ikke kan modtage relevante tilbud med samme formål efter anden lovgivning.

Formål

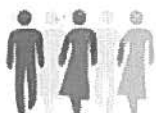
Den neuropsykologiske undersøgelse skal vurdere borgerens forudsætninger i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen for:

- at afdække de kognitive vanskeligheders type og sværhedsgrad samt evnen til at kommunikere
- at afdække om borgeren kan varetage et arbejde
- at pårørende og andre får kendskab til vanskelighedernes type og sværhedsgrad og de deraf følgende begrænsninger, samt bevarede ressourcer og funktionelle færdigheder
- at vurdere – med vægt på borgerens sociale kontekst – om den pågældende kan profitere af et tilbud om kompenserende specialundervisning eller anden foranstaltning.
- at afdække borgerens dømmekraft
- at afdække evnen til at bearbejde synsindtryk og rum/retningssans.

Indhold

Undersøgelsen varetages af en neuropsykolog og kan, afhængigt af borgerens forudsætninger og øvrige omstændigheder, omfatte:

- Indhentning af oplysninger fra læge/hospital, talepædagog, kommunen, andre relevante instanser
- Afklaring af væsentlighed
- Udredningssamtale med borger og/eller pårørende
- Undersøgelse, testning, funktionsprøver, observationer, evt. gruppeobservationer m.v.
- Kontakt til kommune, pårørende og øvrige netværk
- Beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til borgerens vanskeligheder



- Beskrivelse af kompensationsmuligheder (undervisning, vejledning, hjælpemidler m.v.)
- Afrapportering og anden dokumentation
- Oplæg til visitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning til borgeren og pårørende og evt. andre nøglepersoner i begrænset omfang.

Værd at vide

Tilbuddet gives ikke til borgere, der er hospitalsindlagt.

543/544 Udredende specialundervisning

Omfang og pris

Udredning og undervisning

543 - omfang 20 timer: kr. 17.960

Udredning og undervisning hjemme

544 - omfang 28 timer: kr. 25.144

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere, som tilhører målgruppen hjerneskadede, og hvor det skønnes, at der er behov for, at igangsætte et kortere egentligt undervisningsforløb i selve udredningen for at afdække borgerens ressourcer og begrænsninger - udredende specialundervisning.

Formål

At afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens funktionsnedsættelser.

Indhold

Ydelsen kan omfatte mindre omfattende specialpædagogiske indsatser:

- Specialpædagogisk bistand
- Kompenserende undervisning
- Kontakt til kommune
- Kontakt til pårørende og øvrige netværk
- Beskrivelse af funktionsevne og funktionsnedsættelse i relation til borgerens vanskeligheder/handicap
- Oplæg til visitation eller afslutning
- Rådgivning og vejledning til borgeren og pårørende og evt. andre nøglepersoner i begrænset omfang.

Værd at vide

Forløbet sættes kun i gang efter aftale med de kommunale myndigheder. Undervisningen kan foregå individuelt eller i mindre grupper.



545/546/547/548/549

Sprog, kommunikation, kognition

Omfang og pris

Individuel undervisning

545 – Omfang 12 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 10.776

546 – Omfang 20 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 17.960

547 – Omfang 40 timer (vejl. undervisningstid 20 timer): kr. 35.920

Individuel undervisning hjemme

548 – Omfang 15 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 13.470

549 – Omfang 25 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 22.450

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med lettere, moderate og i visse tilfælde svære kommunikative, sproglige og/eller andre kognitive vanskeligheder (ICF grad 1 til 3). Det kan dreje sig om afasi, dysartri og/eller problemstillinger omkring opmærksomhed (herunder også neglekt) og koncentration, hukommelse, opgaveløsning og planlægning, sygdomsindsigt, perception.

Formål

Indsatsen skal med udgangspunkt i borgerens funktionsnedsættelse sikre, at borgeren får forbedret sproglige funktioner/kommunikation og/eller forbedret kognitive funktioner og kan anvende hensigtsmæssige kompenserende strategier i hverdagen og dermed øge graden af selvhjulpethed. Borgeren skal opnå indsigt i og erkendelse af de begrænsninger, som funktionsnedsættelsen giver samt blive opmærksom på kompetencer og udviklingsmuligheder. Pårørende og andre relevante personer skal have mulighed for at øge deres kendskab til og indsigt i de kognitive/sproglige vanskeligheder samt vejledning i, hvordan de kan støtte i at bruge de indlærte strategier i dagligdagen.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges ud fra den enkeltes funktioner, færdigheder og behov og omhandler viden om funktionsnedsættelsens sværhedsgrad, symptomer og psykosociale følger – psykoedukation:

Undervisningen kan indeholde:

Sprog afasi/dysartri:

- Undervisning i sprogfunktioner
- Læring af kompenserende kommunikationsstrategier i dagligdagen, herunder supplerende og/eller alternative måder at kommunikere på: f.eks. mimik, kropssprog, gestik, skrift, tegn, udpegning
- Kropsholdning og arbejdsstillinger, vejrtrækning, muskelfunktion med henblik på at understøtte den kommunikative og kognitive indsats
- Indsigt i egne vanskeligheder
- Inddragelse af kompenserende hjælpemidler og standardteknologi, herunder betydningen af at kommunikere gennem hjælpemidler

Andre kognitive vanskeligheder:

- Undervisning i forhold til de kognitive funktioner og kognitive processer
- Kompenserende strategier i forhold til opmærksomhed og hukommelse, struktur, planlægning og overblik i hverdagen
- Målrrettethed og tilpasning til indre og ydre omstændigheder i forbindelse med problemløsning i hverdagen.



- Initiativ, spontanitet og fleksibilitet i forbindelse med aktiviteter og deltagelse i hverdagen.
- Neglekt – opmærksomhed og kompenserende strategier.
- Tekstlæsning og talbehandling.
- Kognitiv træning gennem aktivitet og deltagelse.
- Inddragelse af kompenserende hjælpemidler og teknologi

Rådgivning og vejledning til pårørende m.fl.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning og samtaler i begrænset omfang.
- Vurdering af eventuelle synsvanskeligheders betydning for indlæring af funktioner.

Værd at vide:

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.

Undervisning i eget hjem tilbydes, når fysiske og sociale hensyn gør det nødvendigt, når der skal funktionstrænes og i forbindelse med inddragelse af pårørende.

552**Sprog, kommunikation, kognition - kombineret hold- og individuel undervisning****Omfang og pris**

Omfang 73,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 9 timer individuel og 40 timer på hold): kr. 41.906

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med lettere, moderate og i visse tilfælde svære kommunikative, sproglige og/eller andre kognitive vanskeligheder (ICF grad 1 til 3). Det kan dreje sig om afasi, dysartri og/eller problemstillinger omkring opmærksomhed (herunder også neglekt) og koncentration, hukommelse, opgaveløsning og planlægning, sygdomsindsigt, perception.

Formål

Undervisningen kombinerer individuel undervisning med et kortere holdforløb for på den måde at medvirke til, at borgeren får mulighed for at styrke sproglige funktioner og kommunikation i dagligdagen, at anvende hensigtsmæssige kompenserende strategier, samt forbedre øvrige kognitive funktioner med øget selvhjulpethed til følge.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges ud fra den enkeltes kognitive funktioner, færdigheder og kommunikationsbehov og kan omhandle:

- Viden om hjerneskadens type, sværhedsgrad, symptomer og psykosociale følger.
- Undervisning i sprogfunktioner, hukommelse, opmærksomhed, koncentration, læsning mv.
- Læring af kompenserende kommunikationsstrategier i dagligdagen, herunder andre måder at kommunikere med fx mimik, kropssprog, tegn, udpegning, brug af hjælpemidler og teknologi.
- Vejledning til pårørende m.fl. om kommunikation i dagligdagen, om hvordan man kan være en støttende samtalepartner.
- Øvelse i at udvikle kompenserende strategier mht. opmærksomhed og hukommelse, struktur, planlægning og overblik i hverdagen – herunder fx kalenderføring og benyttelse af skriftlige planer evt. med inddragelse af tekniske hjælpemidler.
- Målrettethed og tilpasning til indre og ydre omstændigheder i forbindelse med problemløsning i hverdagen.
- Initiativ, spontanitet og fleksibilitet i forbindelse med aktiviteter og deltagelse i hverdagen.

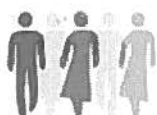
Herudover kan ydelsen også omfatte:

- Testning, funktionsprøver, observationer
- Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk vurdering, rådgivning og vejledning med henblik på at understøtte den kommunikative/kognitive indsats

Værd at vide

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.



553**Afasi, holdundervisning****Omfang og pris**

Omfang 75,5 timer per deltager (vejl. undervisningstid 55 timer): kr. 34.872

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med let, moderat og i visse tilfælde svær afasi (ICF grad 1 til 3).

Formål

Undervisningen skal forbedre borgerens sproglige funktioner og mulighed for kommunikation i dagligdagen. Samtidig skal borgeren, de pårørende og evt. andre relevante personer opnå kendskab til de bevarede ressourcer samt forståelse for de vanskeligheder, der opstår i forbindelse med en hjerneskade.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges ud fra den enkeltes funktioner, færdigheder og kommunikationsbehov og kan omhandle:

- Undervisning i sprogfunktioner
- Læring af kompenserende kommunikations strategier i dagligdagen, herunder andre måder at kommunikere på fx mimik, kropssprog, tegn, udpegning, brug af hjælpemidler og teknologi.
- Vejledning til pårørende m.fl. om kommunikation i dagligdagen, om hvordan kan man være en støttende samtalepartner.
- Undervisning, testning, funktionsprøver, observationer, evt. gruppeobservationer m.v.
- Oplæg til visitation eller afslutning.

Værd at vide

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.



554**Afasi - Kommunikation - kombineret individuel og lille gruppe****Omfang og pris**

Omfang 40 timer per deltager (vejl. undervisningstid 10 timer individuel og 10 timer i lille gruppe): kr. 30.532

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med moderat til svære kommunikative vanskeligheder efter erhvervet hjerneskade (ICF grad 2- 3), det vil sige borgere som har meget svært ved at tale og kommunikere, og som ikke har ressourcer til at deltage i hjerneteamets øvrige holdtilbud. Endvidere brugere eller kommende brugere af kommunikationshjælpemidler.

Formål

Indsatsen skal med udgangspunkt i borgerens funktionsnedsættelse sikre, at borgeren får forbedret den samlede evne til at kommunikere og kan anvende hensigtsmæssige kompenserende strategier i hverdagen og dermed øge graden af selvhjulpethed. Det er endvidere formålet, at borgeren opnår øget indsigt i og erkendelse af de begrænsninger, som funktionsnedsættelsen giver, samt blive opmærksom på kompetencer og udviklingsmuligheder. Pårørende og andre relevante personer får mulighed for at øge deres kendskab til og indsigt i de kommunikative vanskeligheder samt vejledning i, hvordan de kan støtte i at bruge de indlærte strategier i dagligdagen.

Indhold

Undervisningen er tilrettelagt som et individuelt forløb og med deltagelse i en lille gruppe, max 4 deltagere til 2 konsulenter. Undervisningen i den lille gruppe ligger i umiddelbar tilknytning til den individuelle undervisning.

Individuelt arbejdes der med den enkeltes kommunikative ressourcer. I den lille gruppe af ligestillede arbejdes der i praksis med at bringe de kommunikative ressourcer i anvendelse, sådan at de kompetencer der erhverves i den individuelle undervisning, afprøves i en overskuelig kontekst med intensiv støtte.

Undervisningen tilrettelægges ud fra borgerens behov og kan indeholde:

- fonologi (sproglyde), ordmobilisering og sætningsopbygning
- kompenserende kommunikationsstrategier i dagligdagen, herunder supplerende og/eller alternative måder at kommunikere på: f.eks. mimik, kropssprog, gestik, skrift, tegn, udpegning
- inddragelse af kompenserende hjælpemidler og standardteknologi f.eks. Lightwriter, talecomputer, kommunikationsbøger, iPad, pc, Simpel Skype
- hvad gør det ved kommunikationen, at den foregår gennem hjælpemidler
- rådgivning og vejledning til pårørende m.fl.

Værd at vide:

Undervisningen varetages primært af logopæder. Andre faggrupper inddrages efter behov, eksempelvis IKT-konsulent, fysioterapeut, ergoterapeut eller neuropsykolog.

På grund af denne målgruppes svære kommunikative funktionsnedsættelser er der behov for øget samarbejde med pårørende og andre samarbejdspartnere.



555**Afasi/dysartri, holdundervisning opfølgning****Omfang og pris**

Omfang 47,75 timer per deltager (vejl. undervisningstid 36 timer): kr. 21.253

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med let, moderat og i visse tilfælde svær afasi eller dysartri (ICF grad 1 til 3), der før har modtaget et undervisningsforløb samt deres pårørende.

Formål

Opfølgningen skal sikre, at borgere, der tidligere har modtaget undervisning, får mulighed for at repetere de tidligere indlærte strategier samt lære nye. Indsatsen skal støtte borgernes sproglige funktioner og kommunikation i dagligdagen. Både borgerne og de pårørende støttes i at leve livet på ændrede kommunikationsvilkår.

Indhold

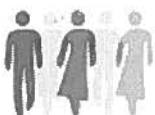
Undervisningen tilrettelægges ud fra de enkelte borgeres færdigheder og kommunikationsbehov og kan omhandle:

- Undervisning i tale- og sprogfunktioner samt sprogstimulering.
- I undervisningen arbejdes der videre med strategier til at finde ord, omskrivningsteknikker, håndtering af afbrydelser, at turde tage ordet og bevare ordet, når man går i stå samt afasiens/dysartriens konsekvenser for samtale i hverdagslivet.
- I undervisningen repeteres læsestrategier, og der gives nye udfordringer i form af sværere tekster.
- Deltagerne evaluerer sammen ændringer i egen og de andre deltagers tale og kommunikation og støtter hinanden i anvendelsen af kompenserende teknikker.
- Samtaler med pårørende og andre relevante personer om kommunikationsmuligheder i dagligdagen, og om hvordan de oplever kommunikationen.

Værd at vide

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.



557**Dysartri, holdundervisning****Omfang og pris**

Omfang 75,5 timer per deltager (vejl. undervisningstid 55 timer): kr. 34.872

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med let, moderat og i visse tilfælde svær dysartri (ICF grad 1 til 3) samt deres pårørende.

Formål

Undervisningen skal forbedre borgerens sproglige funktioner og kommunikation i dagligdagen. Både borgerne, deres pårørende og evt. andre relevante personer får kendskab til og forståelse for kommunikationsvanskelighederne samt de bevarede sproglige og kommunikative ressourcer.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges ud fra den enkeltes funktioner, færdigheder og kommunikationsbehov og omhandler:

- Viden om hjerneskadens type, sværhedsgrad og symptomer.
- Deltagerne evaluerer sammen ændringer i egen og de andre deltagers tale og kommunikation og støtter hinanden i anvendelsen af kompenserende teknikker.
- Undervisning i kommunikative færdigheder i dagligdagen, herunder andre måder at kommunikere med fx brug af papir og blyant, alfabetlavle eller kommunikationshjælpemidler.
- Arbejde med indsigt i egen tale og kommunikation.
- Rådgivning og vejledning af pårørende og andre relevante personer om talevanskelighedernes betydning for kommunikation, om hensigtsmæssige kompenserende strategier i dagligdagen, og om hvordan de kan være støttende kommunikationspartnere.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Testning, funktionsprøver, observationer

Værd at vide

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.



558 Kognitive vanskeligheder, holdundervisning

Omfang og pris

Omfang 75,5 timer per deltager (vejl.undervisningstid 55 timer): kr. 34.872

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med lette, moderate og i visse tilfælde svære kognitive vanskeligheder (ICF grad 1 til 3). Disse kan være vanskeligheder med opmærksomhed og koncentration, hukommelse, opgaveløsning og planlægning, sygdomsindsigt, perception.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren kan anvende hensigtsmæssige kompenserende strategier i hverdagen og dermed øge graden af selvhjulpethed. Samværet med andre, som har lignende problemstillinger kan medvirke til øget selvværd og gå-på-mod og dermed øge borgerens selvstændighed. Borgeren skal opnå indsigt i og erkendelse af de begrænsninger, som funktionsnedsættelsen giver samt blive opmærksom på kompetencer og udviklingsmuligheder. Også pårørende og andre relevante personer skal have mulighed for at øge deres kendskab til og indsigt i de kognitive vanskeligheder samt vejledning i, hvordan de kan støtte i at bruge de indlærte strategier i dagligdagen.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges ud fra den enkeltes funktioner, færdigheder og kommunikationsbehov og omhandler viden om hjerneskadens type, sværhedsgrad, symptomer og psykosociale følger – psykoedukation samt viden om kognitive processer. Desuden indgår diverse øvelser i udvikling af kompenserende strategier mht.:

- Opmærksomhed og hukommelse, struktur, planlægning og overblik i hverdagen - målrettethed og tilpasning til indre og ydre omstændigheder i forbindelse med problemløsning i hverdagen.
- Initiativ, spontanitet og fleksibilitet i forbindelse med aktiviteter og deltagelse i hverdagen.
- Tekstlæsning og talbehandling.
- Kognitiv træning gennem aktivitet og deltagelse.
- Rådgivning og vejledning til pårørende m.fl. om følgerne af kognitive vanskeligheder, om kompenserende strategier i dagligdagen, hvordan man kan være støttende partner, når den ramte har nedsat sygdomsindsigt.

Herudover kan ydelsen omfatte:

- Testning, funktionsprøver, observationer
- Inddragelse af hjælpemidler og standardteknologi

Værd at vide

Det tværfaglige team består af:

logopæd, neuropsykolog, ergoterapeut, fysioterapeut, optometrist og IKT-konsulent.



559

Pårørendegruppe/familiesamtaler

Omfang og pris

Omfang 20 timer per deltager (vejl.undervisningstid 15 timer): kr. 8.980

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011, jf. vejledningens kap. 3. Specialrådgivning § 12

Målgruppe

Familiemedlemmer til mennesker med følger efter en apopleksi.

Når et menneske får en hjerneskade, ændrer tilværelsen sig ofte betydeligt, ikke kun for den ramte, men også for den ramtes familie. Dette gælder både fysisk, psykisk og socialt. Mange oplever, at hverdagen i perioder kan være belastende. Derfor er viden om hjerneskaden og dens følger samt forståelse for den nye livssituation væsentlig.

Formål

Indsatsen skal give de pårørende indsigt i følgerne efter en hjerneskade og give dem mulighed for at dele tanker og følelser med ligesindede i et anerkendende forum. Målet er at opnå en bedre forståelse og accept af familiens nye livssituation gennem erfaringsudveksling med gruppen og den deltagende psykolog om specifikke vanskeligheder samt at imødegå de frustrationer, der kan opstå i familien.

Indhold

- generel information om apopleksi og dens mange følger
- samtaler i gruppen
- klarlægge ressourcer og muligheder i den nye livssituation.

Tilbuddet kan bestå af:

- 1 – 2 individuelle samtaler med en psykolog i forbindelse med gruppeforløbet
- gruppesamtaler med familierne og en psykolog, for at afhjælpe de misforståelser og frustrationer, der kan være i familien

Værd at vide

Denne ydelse er altid et supplement til den pågældende borgers undervisnings- eller rådgivningsforløb.

562/563

Vejledende og støttende samtale med neuropsykolog

Omfang og pris

562 – Omfang 10 timer (vejl. undervisningstid 5 timer): kr. 8.980

563 – Omfang 20 timer (vejl. undervisningstid 10 timer): kr. 17.960

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Målgruppe

Borgere med lettere eller moderate sproglige, kommunikative og/eller andre kognitive vanskeligheder (ICF grad 1 til 3). Det kan dreje sig om problemstillinger omkring opmærksomhed og koncentration, hukommelse, overblik og planlægning, sygdomsindsigt, perception og/eller sproglige vanskeligheder.

Borgere, der har behov for neurofaglig støtte til mestring af den ændrede livssituation som følge af en erhvervet hjerneskade.

Formål

Indsatsen skal sikre, at borgeren kan få sine samlede ressourcer i spil med henblik på at øge graden af selvhjulpethed. Samtalerne har til formål at styrke borgerens mestringsevne ved at tydeliggøre aktuelle reaktionsmønstre samt potentielle udviklings- og handlemuligheder. Udgangspunktet er borgerens dokumenterede funktionsnedsættelser og følelsesmæssige reaktioner herpå. Der arbejdes således med konkrete, afgrænsede problemstillinger relateret til den ændrede livssituation i et trygt og anerkendende forum.

Indhold

Samtalerne tilrettelægges med udgangspunkt i deltagerens/deltagernes individuelle behov og varetages af en neuropsykolog. Relevante emner kan være:

- Viden om/forståelse af egne kognitive vanskeligheder og psykosociale følger – psykoedukation
- Brug af kompenserende strategier i dagligdagen som grundlag for mestring og øget selvstændighed
- Støtte i forhold til personligheds-mæssige- og/eller emotionelle forandringer
- Støtte i forhold til følelsesmæssige tilpasningsreaktioner ; stress, angst og/eller depressive symptomer
- Støtte til vedligeholdelse eller opbygning af det sociale netværk
- Mulighed for rådgivning og vejledning ved fysioterapeut til håndtering af de kropslige reaktioner og fornemmelser, som kan opstå i forbindelse med følelsesmæssige belastningsreaktioner

Værd at vide

Ved ensartede problemstillinger kan der etableres små hold.

581

Erhvervsrelateret forløb for voksne med erhvervet hjerneskade

Omfang og pris

581 - 51,25 timer: kr. 48.268

597 - ydelsen kan tilbydes på timebasis (timepris kr. 898)

Lovgrundlag

Lov om social service eller lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats ifm. erhvervsager

Målgruppe

Borgere med lettere eller moderate følger efter en hjerneskade, som har tilknytning til en arbejdsplads. De kognitive følger kan for eksempel være opmærksomheds- og koncentrationsvanskeligheder, hukommelsesvanskeligheder, vanskeligheder med opgaveløsning og planlægning, kommunikation og hurtig udtrætning.

Der forudsættes en aktuel neuropsykologisk undersøgelse som grundlag for forløbet.

Formål

- At borgeren er i stand til at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet, ofte på ændrede vilkår.
- At borgeren kan anvende hensigtsmæssige kompenserende strategier i arbejdsrelaterede situationer.
- At borgeren øger sin indsigt i og erkendelse af begrænsninger og kompetencer efter hjerneskaden.
- At arbejdsplads og andre relevante fagpersoner får øget kendskab til og indsigt i de (skjulte) kognitive vanskeligheder og vejledning i, hvordan de kan understøtte brugen af de indlærte strategier i dagligdagen.

Indhold

Undervisningen tilrettelægges individuelt ud fra den enkelte borgers eget arbejdsmarkedsperspektiv samt ressourcer og begrænsninger og kan indeholde:

- Viden om hjerneskadens type, sværhedsgrad, symptomer og psykosociale følger – psykoedukation samt relevante arbejdsrelaterede emner som stresshåndtering, energimobilisering eller arbejdsmarkedsforhold.
- Afprøvning af arbejdsfunktioner i forhold til borgerens ressourcer, herunder indarbejdelse af kompenserende strategier, fx i forhold til koncentration, hukommelse, struktur, planlægning, overblik eller omstillingsevne.
- Rådgivning og vejledning til arbejdspladsen om følgerne af ofte skjulte kognitive vanskeligheder, herunder vejledning om hensigtsmæssige kompenserende strategier, arbejdstilrettelæggelse og særlige behov for støtte.
- Samarbejde med kommunens jobkonsulent/sagsbehandler.

Værd at vide

Forløbet strækker sig over ca. tre måneder og indeholder individuel undervisning til borgeren og vejledning og rådgivning til arbejdspladsen.

Voksne med læse-stavevanskeligheder

Målgrupperne

Læse-stavevanskelighederne har forskellige årsager:

Den største gruppe har dysleksi og har modtaget læse-staveundervisning i deres skoleforløb eller som voksne på VUC, men har stadig en væsentlig funktionsnedsættelse, som de har behov for at blive kompenseret for ved hjælp af et eller flere hjælpemidler.

Nogle har læse-stavevanskeligheder kombineret med andre funktionsnedsættelser. Det kan være af motorisk og/eller kognitiv art.

Andre har fået læse-stavevanskeligheder i forbindelse med en erhvervet hjerneskade. Fælles for målgrupperne er, at det vurderes, at de vil kunne kompenseres for deres læse-stavevanskeligheder med IKT-hjælpemidler.

Værd at vide om læse-staveområdet

Borgere med massive læse-stavevanskeligheder kan kompenseres med IKT-hjælpemidler. Hjælpemidlerne gør det – i kombination med undervisning - muligt selvstændigt at læse og skrive i dagligdags sammenhænge eller i deres erhverv.

Det er vigtigt at understrege, at IKT-hjælpemidlerne ikke fjerner årsagen til læse-stavevanskelighederne. Men hjælpemidlerne gør det muligt at klare flere af de udfordringer, der opstår, når der er krav om at læse eller skrive i dagligdagen – hvad enten det er privat eller jobmæssigt.

Læse-staveteamet

Kernen i teamet består af IKT-konsulenter. Efter behov inddrages synskonsulenter, hørekonsulenter eller konsulenter med andre specialer.

Samarbejdsparter

Læse-staveteamet samarbejder med institutionerne inden for ordblindeområdet, bl.a. VUC og AOF.

Teamet har ligeledes et tæt samarbejde med jobcentrene.

Teamet indgår i et landsdækkende samarbejde om hjælpemidler til borgere med læse-stavevanskeligheder.

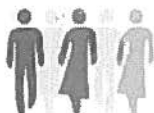
Udredninger

En udredning på læse-staveområdet kan indeholde:

- indhentning af oplysninger fx fra tidligere ordblindeundervisning hos kommunen
- vurdering af læse-stavevanskelighedernes karakter
- testning af læse-stavevanskelighedernes karakter ved behov
- interview med borger
- beskrivelse af funktionsevne, funktionsnedsættelse
- vurdering af kompensationsmuligheder
- afklaring af lovgrundlag
- afklaring af væsentlighed
- oplæg til foranstaltning til kommunen

Udredninger på læse-staveområdet kan efter aftale med kommunerne forkortes. Korte udredninger kan indeholde:

- indhentning af oplysninger fx fra tidligere ordblindeundervisning hos kommunen
- kort interview med borger
- kort notat om funktionsevne, funktionsnedsættelse
- vurdering af kompensationsmuligheder på baggrund af væsentlighedsvurdering
- oplæg til foranstaltning med kontakt til kommunen



611/612/621/622**Læse-stavehjælpemidler, afprøvning****Omfang og pris**

611/621 - 6 timer: kr. 5.388

612/622 - 8 timer: kr. 7.184

Lovgrundlag

Specialrådgivning - lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik samt lov om kompensation til handicappede i erhverv.

Målgruppe

Borgere med læse- og stavevanskeligheder.

Formål

Der skal findes frem til en teknologisk løsning/et IKT-hjælpemiddel, der sammen med undervisning i brugen giver den nødvendige kompensation for borgerens læse-stavevanskeligheder.

Indhold

Efter udredning af vanskelighedernes art og omfang tilbydes:

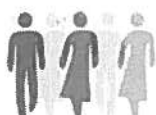
- Rådgivning om og afprøvning af relevante IKT-hjælpemidler (fx oplæsningsprogram, ordforslagsprogram, OCR-program, talegenkendelse m.m.) og andre hjælpemidler, der kan kompensere for de skriftsproglige vanskeligheder.
- Afdækning af undervisningsbehov i forhold til den forslåede løsning.
- Rådgivning om særlige muligheder for voksne med læse-stavevanskeligheder, fx lån af lydbøger, støtte i forbindelse med uddannelse eller erhverv.

Værd at vide

Omfanget af borgerens vanskeligheder er afgørende for, hvilket omfang ydelsen vurderes til.

Denne gruppe er omfattet af bestemmelserne om, at computeren og det almindeligt tilhørende hardware er sædvanligt indbo. Borgerne må derfor selv betale udgifterne til disse dele.

Hjælpemidler kan indkøbes af Kommunikationscentret og faktureres særskilt.



615/616/617/618/625/626**Læse-stavehjælpemidler - indkøb, opsætning, tilpasning og instruktion i brug****Omfang og pris**

615/625 - 6 timer: kr. 5.388

616/626 - 9 timer: kr. 8.082

617 - 12 timer: kr. 10.776

618 - 15 timer: kr. 13.470

Lovgrundlag

Specialrådgivning - Lov om social service § 12.

Hjælpemidler/forbrugsgoder afprøvning - Lov om social service § 10 stk. 4 og §§ 112 og 113.

Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik samt lov om kompensation til handicappede i erhverv.

Målgruppe

Borgere med læse-stavevanskeligheder, der har fået bevilget et IKT-hjælpemiddel og /eller kompenserende programmer/applikationer.

Formål

Indsatsen skal sætte borgeren i stand til at anvende det bevilgede hjælpemiddel, således at der kompenseres for de skriftsproglige vanskeligheder.

Indhold

Efter afprøvning af kompensationens art og omfang tilbydes:

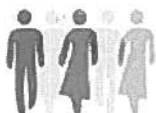
- indkøb af hjælpemidler
- installation, opsætning og individuel tilpasning af hjælpemidler
- instruktion i anvendelse af hjælpemidler til borger, pårørende eller fagpersoner, herunder:
 - strategier og teknikker for anvendelse af hjælpemidlerne
 - hensigtsmæssig brug af hjælpemidlerne i dagligdagen
 - rådgivning om særlige muligheder for voksne med læse-stavevanskeligheder, fx lån af lydbøger, støtte i forbindelse med uddannelse eller erhverv.

Værd at vide

Omfanget af borgerens vanskeligheder er afgørende for, hvilket omfang ydelsen vurderes til.

Denne gruppe er omfattet af bestemmelserne om, at computeren og det almindeligt tilhørende hardware er sædvanligt indbo. Borgerne må derfor selv afholde udgifterne til disse dele.

Hjælpemidler kan indkøbes af Kommunikationscentret og faktureres særskilt.



641/642/643

Undervisning i brug af læse-stavehjælpemidler

Priseksempler

Holdundervisning

641.12 - omfang 17,25 timer per deltager (vejl. undervisningstid 12 timer): kr. 10.103

Individuel undervisning

642.06 - omfang 10,75 timer (vejl. undervisningstid 6 timer): kr. 9.654

Individuel undervisning hjemme

643.09 - omfang 19,75 timer (vejl. undervisningstid 9 timer): kr. 17.736

Lovgrundlag

Lov om specialundervisning for voksne nr. 929 af 25. august 2011.

Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats og lov om kompensation til handicappede i erhverv.

Målgruppe

Borgere med læse-stavevanskeligheder, der har et IKT-baseret kommunikationshjælpemiddel/-forbrugsgode, og som har behov for kompenserende undervisning, for at kunne blive brugere med udbytte.

Formål

Undervisningen skal sætte borgeren i stand til selvstændigt at anvende teknologiske løsninger og de nødvendige funktioner i hard- og software, således at der kompenseres for de skriftsproglige vanskeligheder.

Indhold

Undervisningen er individuelt tilrettelagt med udgangspunkt i borgerens IT-færdigheder og aktuelle behov.

Undervisningen kan fx indeholde indstillinger og brug af OCR-program, taleprogram og/eller ordforslagsprogram samt brug af PDA, GPS eller andre hjælpemidler med særlige funktioner og indstillinger for mennesker med læse-stavevanskeligheder.

Værd at vide

- Det er en forudsætning for deltagelse, at borgeren har eller benytter et IKT-hjælpemiddel som kompensation for læse-stavevanskeligheder.
- Undervisningen tilrettelægges på baggrund af borgerens individuelle vanskeligheder. Det foregår individuelt eller på små hold (2-3 deltagere) og med egne hjælpemidler.

Hørings svar fra HØPA den 19. oktober 2012.

Vedrørende forslag til: Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 810 af 19. juli 2012, med ændringer.

Vi mener, at forudsætningen for al redelig debat på området betinges af den antagelse, at stort set ingen borgere ser det som et aktiv, at være høreapparaturbrugere, og at området næppe bliver et interessefelt indenfor modeindustri eller anden markedsføringsindustri.

Kommentar til 1. Indledningen:

Den offentlige licitation indenfor området har pr. 1. august 2012 skabt mulighed for indkøb af langt billigere høreapparater end tidligere set. Hvorfor? Fordi koncernen Phonak (som også ejer Interton og Unitron) – og som i øvrigt fik EU-domstolens nej til at kunne opkøbe GnResound for et par år tilbage – har dumpet prisen på omkring 6 år gammel teknologi. Det betyder reelt, at de offentlige allerede nu har stigende udgifter på servicering, reklamationer og udskiftning af høreapparater, som i øvrigt er langt mere batteriforbrugende, og som under ingen omstændigheder giver samme lyd kvalitet, som de høreapparater der tidligere var i licitation. D.v.s. den økonomiske besparelse man har opnået i Amgros ikke dækker de arbejdstimer, der bliver investeret i at servicere gammel teknik. Hertil kommer at blev den nyeste teknologi indenfor høreapparaturindustrien anvendt, ville tale- høre pædagogiske hjælpemidler ikke være nødvendige i samme omfang, hvorfor både arbejdskraften samt de økonomiske ressourcer, der benyttes til anskaffelse af disse kunne spares ved at Amgros valgte at indkøbe bedre høreapparater.

Kommentar til 2.2 Overvejelser og lovforslag:

I den faglige arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen, der skal se på mulighederne for at stramme tilkendelses kriterierne til høreapparater op, har der ikke været repræsenteret speciallæger fra primærsektoren, der har med privat høreapparatur levering at gøre. Dette betyder, at kun sekundærsektorens syn på udlevering af høreapparater kommer til at blive hørt. Ventetiderne i det offentlige har ikke ændret sig, dette på trods af, at sekundærsektoren i årevis fra ledelsesmæssig side har set det som sin væsentligste opgave kvantitativt at optimere afdelingernes produktivitet. Dette illustreres bedst ved, at der i Danmark kun eksisterer 1 speciallæge med en universitetsbaseret overbygning i audiologi – og denne er end ikke ansat på en audiologisk klinik.

Hensigten med kvantitativ optimering på de offentlige klinikker har været at søge at minimere ventelisterne, og dermed forsøge at imødekomme borgernes ønske om at få behandling og servicering decentralt efter indførelsen af ”Lov om privat høreapparaturbehandling”. På trods af at borgerne alligevel har søgt decentral behandling, har de økonomiske rammer i de offentlige klinikker ikke været for nedadgående, og industrien har ikke supporteret de audiologiske afdelinger i samme grad som tidligere med udenlandske luksuskursusophold, hvor bl.a. limousinekørsel var normen. Dette har formentlig været medvirkende til, at man har forsøgt økonomisk at optimere afdelingerne yderligere, og tidligere skønnet, at borgerne var udmærket tjent med blot 1 høreapparat vel vidende, at al international forskning beskriver, at det øre, der ikke behandles lider irreversibel høreskade, og at udnyttelsesgraden af behandlingen begrænses, grundet tab af retningshørelse og høreapparaternes evne til at kommunikere lyd fra et øre til et andet.

Endvidere er der også sket en økonomisk besparelse i, at diverse chefer har mødt modstand fra klinikpersonalet til at servicere privatpatienter for offentlige kroner resulterende i, at høreapparaternes prisniveau er for nedadgående i den offentlige sektor, og at ventelisterne kan bevare status quo.

Hvad fagligheden i øvrigt angår, mener vi, at speciallæger i praksis kan bidrage med et betydeligt kvalitetsløft, da:

- vi via vores speciallægeuddannelse med flere års faglig erfaring tillige er bedre kvalificeret til at varetage borgernes behandlingsbehov som hospitalsklinikkerne, idet borgerne her i al

- væsentlighed bliver tilset af yngre læger i turnus med kun minimal mulighed for supervision af under 20 speciallæger på de audiologiske afdelinger.
- vi med 176 speciallæger i praksis, hvoraf at ca. halvdelen er beskæftiget med høreapparatudlevering, mere bredt repræsenteret i landet end blot de 20 speciallæger på de for indeværende 16 audiologiske hospitalsklinikker på landsplan, og er derfor lettere tilgængelige.
 - vi kan aflaste de offentlige audiologiske hospitalsklinikkerne med høreapparatbehandling af kronikere, så klinikkerne kan anvendes til at optimere hospitalsundervisningsmiljøet for kommende speciallæger. De faglige ressourcer kan derigennem anvendes til forskning og faglige specialistopgaver frem for udelukkende kvantitativt at forcere patienterne gennem simpel ukompliceret høreapparatbehandling af kronikere i et produktivitetsstyret, men ikke fagligt udviklende ophold for fremtidens speciallæger.
 - vi varetager i speciallægepraksis omkring 90 % af alle ambulante øre-, næse-, halsydelser i Danmark, hvorfor vi i forvejen er behandlere for denne kategori af borgere
 - vi er den faggruppe, der som helhed, der fagligt er bedst uddannet indenfor området i Danmark
 - vi er analogt med de hospitalsansatte offentlige læger udelukkende honoreret via Regionerne, og er dermed økonomisk underlagt den overenskomstmæssige styring
 - vi er forpligtede til at sikre kvaliteten via Lægelovens § 6
 - omkring halvdelen af speciallægepraksis er allerede for indeværende involveret i privat høreapparatbehandling decentralt, hvorfor vi nemt vil kunne benyttes indenfor overenskomsten med Regionerne som offentlig buffer for hospitalsklinikernes manglende kapacitet
 - i Sundhedslovens Afsnit 1, Kapitel 1, § 1, stk. 3 skrives følgende: "For læger, tandlæger, kiropraktorer, jordemødre, kliniske tandteknikere, optikere og kontaktlinseoptikere samt tandplejere forbeholdes den autoriserede endvidere ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed, jf. afsnit II." Speciallæger i praksis må herved drive egen virksomhed. Jævnfør "Lov nr. 451 af 22.05.2006 – Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed". Vi kan dermed sanktioneres ved fagligt uforsvarligt virke i.f.m. høreapparatbehandlingen.
 - ifølge "Lov nr. 451 af 22.05.2006 – Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed" kan der ikke sanktioneres overfor uautoriserede faggrupper ved grov forsømmelse, fysisk tilstand eller mangelfuld sjæletilstand. Det betyder i praksis, at myndighederne ingen muligheder har for at give sanktioner overfor faglig uforsvarlighed, hvis en høreapparatbutik er ejet af en audiologiassistent eller anden person, som ikke er autoriseret, da de jo ikke er underlagt Sundhedslovens sanktionering. Uautoriserede kan med andre ord til enhver tid åbne en butik igen under et nyt CVR-nummer umiddelbart efter at Sundministeriets tilsynsmyndighed Delta måtte have frataget en virksomhed ret til virke p.g.a manglende overholdelse af regler for privat udleverede høreapparater.
 - i FN's handicapkonvention Artikel 25 stk. C, noteres følgende: "Deltagerstaterne skal i særdeleshed give disse sundhedsydelser så tæt som muligt på folks lokalsamfund, herunder i landdistrikter." Her er ørelægers deltagelse i udlevering af høreapparater med til at indfri dette krav. Jævnfør Anne Baastrups tale i Odense d. 30-08-2011 bliver det "sværere og sværere for kommunerne at sikre handicappede borgers rettigheder og leve op til FN's handicapkonvention". Vi praktiserende speciallæger er netop repræsenteret i lokalområderne modsat de for indeværende i alt 16 hospitalsbaserede høreklinikker.

Kommentar til 2.2.2 Bemyndigelsesbestemmelser vedr. vilkår for tilskud til høreapparatbehandling:

- ved at yde 4000,00 kr. i tilskud til behandling af ét øre og 2000,00 kr. til behandling af øre nr. 2, vil der være en risiko for, at privatsektoren foranlediges til kun at behandle 1 øre, da man ikke kan servicere et høreapparat i hverken 4 eller 5 år med slanger, rens, justeringer,

reparationer m.v. og opfylde garanti og servicekrav for 0 kr. Herved opnås som før nævnt, at der opstår irreversibel høreskade på det øre, som ikke behandles.

- ved differentiering i pris på behandling, da vil man udsætte behandlingen på det ene øre indtil der kan søges tilskud igen til det ikke behandlede øre, hvilket vil resultere i dårligere kvalitetsmæssig behandling med tab af retningshørelse og formindsket udnyttelse af nutidens teknologi med lydoverførsel høreapparaterne imellem via bluetooth-teknologi.
- ved en så nedsat økonomisk ramme er det ikke længere muligt at servicere borgerne gratis i det hidtidige omfang, hvilket vil resultere i visitering til tale-hørepedagogisk hjælpemiddelrådgivning, hvor det som nedenstående kopi af faktura beviser, at behandling koster ca. 4212,00 kr. ex. moms.

"Kortvarig ydelse.

Lovgrundlag: Lov om social service §10, stk 4

Ydelsesnavn: 3001 Hjælpemiddelrådgivning

Pris: kr. **4.212,00**"

- to høreapparater kræver dobbelt så meget arbejde at servicere med slanger, rens, justeringer, reparationer som et høreapparat gør, derfor bør der være samme tilskud til begge høreapparater.
- indtil videre har industrien stillet en 4-årig garanti for høreapparater, selvom at Købeloven blot stiller krav om ½ års garanti og 2 års reklamationsret. Bliver lovforslaget om 5 års genudleveringsperiode gældende, og bliver Amgros's udvalg af høreapparater ikke at bedre kvalitet, vil industrien formentlig drage nytte af den almindelige lovbestemmelse her. Det betyder i praksis, at borgere behandlet i private klinikker selv må betale udover den 2-årige garanti og de offentlige klinikker bliver mødt med en meget stor økonomisk byrde ved reparationer, servicering m.v.
- det ville være hensigtsmæssigt, hvis det blev defineret, hvad legemlige forandringer er, og hvis høreapparater er gået tabt, hvad så der menes med tyveri, brand og lignende. Hvad er lignende?
- ventetiden på de offentlige audiologiske klinikker er uforandret siden 2001, trods at over halvdelen af al udlevering af høreapparater foregår i privat regi. Hvordan forventer man, at ventetiden vil blive med dette forslag, når mange private forhandlere må lukke p.g.a. det markant nedsatte tilskud? Vi skønner, at ventetiden vil blive ca. dobbelt så lang.

Kommentar til 3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige:

- vi mener ikke, at besparelserne ved forslaget vil blive så store som forventede. Vi mener, at besparelserne vil få konsekvenser, som vil give langt flere omkostninger til reparationer, servicering, indkøb af utidssvarende hjælpemidler m.v.
- en hel del borgere vil skulle have transport betalt til og fra undersøgelse og behandling på de få offentlige høreklinikker, hvilket vil være fordyrende i.f.t. at få behandling i borgernes nærområder.
- forsendelsesomkostningerne på de offentlige klinikker er naturligvis større end ved servicering i lokalområderne, hvor høreapparatbrugerne oftest vil henvende sig personligt for tilbehør.

Kommentar til 4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.:

- vi mener, at de private høreapparatforhandlere vil blive langt mere retfærdigt justeret økonomisk, hvis det blev pålagt, at det var ulovligt at markedsføre/reklamere i medier, når det handler om sundhedsfremmende utensilier, der er helt eller delvist økonomisk finansieret med offentlige midler.

Kommentar til 5. Administrative konsekvenser for borgerne:

- hvordan sikres det, at det administrativt er lettere for borgerne, at tilskuddet gives via regionerne frem for via kommunerne?

Kommentar til 6. Miljømæssige konsekvenser:

- vi mener, at lovforslaget får miljømæssige konsekvenser, idet borgerne får langt længere transport – offentlig eller privat - til høreklivkerne frem for ved behandling i lokalområderne.

Kommentar til 7. Forholdet til EU-retten:

- vi mener, at forholdet til FN's handicapkonvention Artikel 25 stk. C: "Deltagerstaterne skal i særdeleshed give disse sundhedsydelser så tæt som muligt på folks lokalsamfund, herunder i landdistrikter" kompromitteres.

Konklusion:

Gennem primært de sidste 12 år har praktiserende øre-, næse-, halslæger med offentligt ydernummer varetaget høreapparatbehandling, som nu andrager 25 % af al høreapparatudlevering i Danmark. Dette har i al væsentlighed været baseret på privat udlevering, da mange Regioner og offentlige høreklivker ikke har ønsket at benytte tilbuddet om offentlig høreapparatudlevering hos de offentlige praktiserende øre-, næse-, halslæger. Visse steder er disse § 4 eller som de nu hedder § 65 ordninger endog blevet opsagt af Regionerne. Med det aktuelle lovforslag bliver serviceniveauet væsentligt forringet for de patienter, som har købt høreapparater med Kommunaltilskud til priser svarende til størrelsen af tilskuddet, d.v.s. uden egenbetaling. Det drejer sig om mellem 75 % og 95 % af alle borgerne behandlet i dette regi afhængigt af lokale forhold. Da HØPA's medlemmer således har serviceret omkring 30.000 høreapparater eller 17.000 borgere på landsplan årligt, betyder det, at omkring 15.000 borgere har fået udleveret høreapparaterne uden egenbetaling på vilkår meget nær den offentlige høreapparatudlevering. Borgerne har været tilknyttet de enkelte ørelægedrevne høreklivker med servicevilkår ikke kun som lovbefalet til 3 besøg, men til alle de nødvendige besøg for at understøtte borgerne med ekstra tilpasninger og hjælp i hverdagen med håndtering af høreapparaterne i alle 4 år under garantiperioden. Dette har i udpræget grad aflastet kommunikationscentrenes høreopdagere, hvilket har været en meget væsentlig besparelse og i særdeleshed været medvirkende til, at borgerne har kunnet bruge apparaterne uden at de er endt i skuffen. Alt dette har været en skjult service i den danske høreomsorg, og har medvirket til at borgerne har eftertragtet tilbuddet hos den praktiserende ørelæge i hele landet. Med de foreslåede reducerede tilskud er dette ikke muligt fremover. Disse 15.000 borgere vil nu søge de offentlige hørecentraler med deraf følgende ventetidsøgning og øgede omkostninger.

Anlægsudgifter i forbindelse med kapacitetsøgning på de offentlige hospitalsbaserede hørecentraler, og ved de ellers planlagte nye hospitalsbyggerier vil kunne bespares ved at inddrage de eksisterende høreklivker hos de praktiserende øre-, næse-, halslæger i aftaleforhold under overenskomsten med RLTN. Ved aftaler mellem de praktiserende øre-, næse-, halslæger under den offentlige sygesikring og RLTN vil høreapparatbrugere kunne fagligt, administrativt, økonomisk og miljømæssigt kunne blive behandlet og serviceret på den mest rentable vis. Det ville være hensigtsmæssigt, hvis Sundhedsministeriet afstikker retningslinjer for denne udvikling, således at man undgår et tomrum i en længere periode indtil en efterfølgende evaluering viser vejen. Regionerne kan regulere det antal patienter, som man finder hensigtsmæssigt, at behandle i de forskellige egne af landet.

Derfor anbefaler HØPA at høreapparatudleveringen i højere grad foretages af de praktiserende øre-, næse-, halslæger under overenskomstaftalen med RLTN. HØPA anbefaler at visitationen til høreapparatudleveringen foretages af de praktiserende øre-næse-halslæger på samme vilkår, som vi i dag visiterer alle andre behandlingstiltag under sygesikringen via de øvrige fastsatte forhandlede ydelseshonorarer med Danske Regioner. Klivkerne skal selvfølgelig opfylde kvalitetsnormerne som afstukket af Sundhedsstyrelsen og kontrolleret af Delta. På denne måde opfyldes regeringens samlede krav til kvalitet, gennemsigtighed og udgiftskontrol.

På vegne af HØPA

Bjarne Hansen, formand, bjh@dadlnet.dk



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: sum@sum.dk og spok@sum.dk

18. oktober 2012

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

CVR-nr. 11-88-37-29

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

J.nr. 2012-112-0109
Sagsbehandler
Helle Ginnerup-Nielsen
Direkte 3319 3211

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Ved e-mail af 28. september 2012 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet om at modtage Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte udkast til lovforslag.

Idet Datatilsynet forudsætter, at persondataloven¹ og sikkerhedsbekendtgørelsen² vil blive iagttaget i forbindelse med de behandlinger af personoplysninger, der vil ske som følge af forslaget bestemmelse, giver udkastet ikke tilsynet anledning til yderligere bemærkninger.

Kopi af dette brev er sendt til Justitsministeriet, Lovafdelingen, til orientering.

Med venlig hilsen
Helle Ginnerup-Nielsen

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.

² Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000, som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. marts 2001, om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.



FAGLIGT FÆLLES FORBUND

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

18. oktober 2012

Forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Fra 3F har vi følgende bemærkninger:

Forslaget om nedsættelse af tilskud til køb af eget høreapparat vil ramme socialt skævt, idet personer med lavere indtægt vil have sværere ved at lægge en egenbetaling på op til 10.000 kr. for to høreapparater end borgere med højere indtægt. Forslaget medfører derfor større ulighed i samfundet.

En reduktion af tilskuddets størrelse vil ligeledes medføre, at mange personer vil søge behandling på de offentlige audiologiske afdelinger, som i mange år har haft meget lange ventetider. Vi ved, at der er store landsforskelle, f.eks. er der 110 ugers ventetid i Århus, mens andre audiologiske afdelinger har ventetider på 4 uger. En ventetid på over 4 uger lever ikke op til ønsket om kort ventetid.

De af vore medlemmer, der får aldersbetinget hørelidelse eller hørelidelse på grund af en arbejdsskade, har brug for en hurtig behandling i forhold til fastholdelse på arbejdsmarkedet. Konsekvenserne ved at hæve egenbetalingen og de lange ventetider er, at nogle risikerer at blive afskediget, da de ikke kan honorere arbejdskravene grundet nedsat hørelse, og de kan have svært ved at finde et andet arbejde på grund af hørelidelsen.

Derfor er der behov for en behandlingsgaranti, hvilket kan ske ved, at behandling af høretab placeres på de offentlige høreklinikker under sundhedsloven under det udvidede frie sygehusvalg. Kan regionerne ikke selv løfte opgaven, kan de indgå kontrakter med privatklinikker på samme måde som ved alle andre lidelser, der er omfattet af behandlingsgarantien.

Venlig hilsen

Johnny Skovengaard
næstformand

FAGLIGT FÆLLES FORBUND
Kampmannsgade 4
DK-1790 København V
tlf. +45 70 300 300
fax +45 70 300 301
e-mail: 3f@3f.dk
www.3f.dk

Til
Sundhedsminister Astrid Krag
Flemming Møller Mortensen
Formand for Sundheds- og Forebyggelsesudvalget

**Høringssvar til forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven.
(Samling af høreapparater i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)**

Kære Astrid Krag & Flemming Møller Mortensen

DTHS tillader sig at indsende høringssvar til forslag om ændret høreapparatbehandling, skønt vi ikke står på listen af høringsberettigede. DTHS er en sammenslutning af alle danske tale-, høre-, synsinstitutioner, også kaldet kommunikationscentre, mange af os har over 30 års erfaring med rehabilitering af hørehæmmede borgere.

Vi vil gerne udtrykke vores enighed i behovet for tiltag på høreapparatområdet. Ligeledes er vi overvejende enige i de i rapporten beskrevne uhensigtsmæssigheder på området, herunder problemer med kvalitet, gennemsigtighed og udgiftskontrol.

DTHS har ingen kommentarer til de fremsatte ændringer til tildeling af høreapparater, men tillader sig at henlede opmærksomheden på, at de rehabiliterende ydelser overfor borgere med nedsat hørelse omfatter væsentlig mere end sagsbehandling og bevilling af tilskud til eller levering af høreapparater.

DTHS anbefaler at lovændringen også forholder sig til rehabiliteringen i øvrigt.

Rehabiliteringen af hørehæmmede omfatter en sundhedsaktivitet ved speciallæger, en hjælpemiddelaktivitet (hidtil Serviceloven) med tildeling af hjælpemidler og rådgivning og vejledning ydet af audiologiasistenten og hørekonsulenter, og en pædagogisk indsats iht. specialundervisning for voksne ved audiologopæder. De to sidste dele af indsatsen har kommunerne haft ansvaret for, og opgaven har ofte ligget på en DTHS-institution.

I lovforslaget og rapporten behandles denne del af høreapparatbehandlingen ikke. Det anføres i indledningen af rapporten, at det forudsættes, at kommunerne fastholder ansvaret for at tilbyde specialundervisning i forlængelse af høreapparatbehandlingen.

Lovforslaget behandler ikke hvem der har ansvaret for forsyningen af batterier, slanger, filtre til høreapparater og den tilhørende rådgivning og vejledning – ofte kaldet høreomsorg.

En løsning kan være at videreføre de ordninger, som kommunerne allerede har etableret på området.

Nogle borgere har behov for høretekniske hjælpemidler og / eller høreapparat-specifikke hjælpemidler. Der er behov for at tage stilling til, hvordan fremtidig praksis skal være i forhold til disse. Da de ikke er nævnt i lovforslaget, må det antages, at udgiften til disse fortsat skal afholdes af kommunerne. Men kommer bevillingskompetencen derved reelt til at ligge hos de speciallæger, som bevilger høreapparaterne? Speciallægerne har ikke i dag kompetencen eller muligheden for i detaljer at etablere kendskab til den hørehæmmedes levevilkår og til de

tekniske muligheder for afhjælpning med høretekniske hjælpemidler, hvor opgaven varetages af DTHS-institutionernes medarbejdere på vegne af kommunerne.

Uklarhed på dette område vil også kunne give kommunerne vanskeligheder med at styre udgifterne til disse hjælpemidler.

Behandlingen af tinnitus er dels konsultativ og pædagogisk, og tager dels afsæt i høreapparatbehandling. Borgere med dette handicap vil befinde sig i en bevillingsmæssig gråzone, som lovforslaget ikke medtænker.

DTHS tillader sig også at henlede opmærksomheden på den vigtige høreopædagogiske indsats, som nogle steder ydes overfor børn og unge med høreproblemer tæt forbundet med høreapparatbehandlingen.

I hvilket regi skal denne indsats fortsættes?

Det ville være ønskeligt, om der var en bestemmelse om, at enhver borger efter otologens diagnose og vurdering af høretabets omfang og karakter, skulle til pædagogisk samtale om det videre forløb. På kommunikationscentrene har personalet i dag en bred faglig viden, som gør dem i stand til at give vejledning indenfor hele det hørefaglige område. Nogle steder i landet kommer borgerne til en samtale på Kommunikationscenteret *inden* de får høreapparat.

Formålet med tidlig hørefaglig vejledning:

- at give borgeren en uvildig og neutral hørefaglig vejledning om høreapparatbehandling i såvel det private som i det offentlige regi
- at sikre borgeren et reelt grundlag for valg af høreapparatudbyder med håb om større tilfredshed med behandlingen og større ansvarsfølelse i forhold til valget
- ud fra audiogram, otologisk diagnose, fysiske/psykiske begrænsninger, aktivitet og deltagelse, sociale omstændigheder o.a. at vejlede borgeren i høreapparattype (ørehænger, kanalapparat, åben tilpasning o.lign) samt hvilke programmer, det vil være hensigtsmæssigt at få indlagt i høreapparaterne.

Der bør, efter DTHS' vurdering, anvises hørehæmmede borgere mulighed for at få instruktion eller undervisning i hensigtsmæssig brug af høreapparat/-er, dels for at sikre korrekt og hensigtsmæssig anvendelse af høreapparaterne, og dels for at sikre at omfattende investeringer i høreapparater til borgere med hørehandicap ikke viser sig at være forgæves, fordi borgeren af forskellige årsager kommer forkert fra start med sine høreapparater.

Den hjælp til instruktion eller undervisning i brug af høreapparater, som aktuelt er til rådighed for hørehæmmede, bevilges efter Lov om social service eller Lov om specialundervisning for voksne (lovgrundlaget tolkes p.t. forskelligt landet over) og ydes typisk på de kommunalt eller regionalt forankrede kommunikationscentre, tale-høreinstitutter og specialundervisningscentre mv.

Behovet for instruktion eller undervisning er i lige høj grad gældende, uanset om man har modtaget sit/sine høreapparat/-er på den regionale audiologiklinik eller via privat forhandler (med eller uden offentlig støtte).

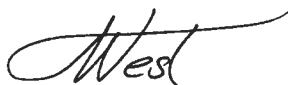
DTHS foreslår blandt andet med afsæt i ovennævnte eksempler, at lovforslaget klargør disse forhold, så borgerne ikke skal igennem flere års ankeafgørelser for at opbygge en retstilstand på området.

Flere kommunale kommunikationscentre har i løbet af de sidste år etableret kommunale høreklivikker, som er velfungerende og efterspurgt af de respektive kommuners borgere. Endnu flere kommunikationscentre har etableret løsninger, der er understøttende i forhold hertil – de har et ønske om på et tidspunkt at etablere kommunale høreklivikker. DTHS finder det vigtig, at denne indsats medtænkes i fastsættelsen af den fremtidige opgaveløsning.

Lovforslagets gennemførelse vil betyde, at nogle kommunale medarbejdere bliver arbejdsløse, og det rejser spørgsmålet om reglerne for virksomhedsoverdragelse vil kunne bringes i anvendelse?

DTHS står naturligvis til rådighed for yderlige oplysninger, hvis det skulle ønskes.

Med venlig hilsen



Torben West
formand

Lægeforeningen



Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

sum@sum.dk
spok@sum.dk

Høringssvar vedrørende udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Lægeforeningen har modtaget ovennævnte høringsanmodning.

Vi er enige i, at det er af betydning for at opnå en enklere struktur for borgeren og undgå unødigt sagsbehandlingstid og for at sikre en samordning af aktivitetsstyring og finansieringsansvar at samle reglerne om udlevering og finansiering af høreapparater i høreapparatbehandling i sundhedsloven. Regionerne får dermed det samlede myndighedsansvar og finansieringsansvar for udlevering af høreapparater i offentligt og privat regi.

Da det er oplyst, at Danske Øre, - Næse- og Halslægers Organisation er selvstændig høringspart vedr. lovforslaget skal Lægeforeningen henvise til denne organisations høringssvar.

Lægeforeningen har ikke yderligere bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen

Mads Koch Hansen

Formanden

18. oktober 2012

Jr. 2012-5430/678476
EH

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500

Tlf.: 3544 8216 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: eh@dadl.dk (direkte)

Fax: 3544 8513

www.laeger.dk

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K.

18. oktober 2012

I forbindelse med offentliggørelsen af Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven den 28. september 2012 og den nuværende høring om dette lovforslag, fremsender Copenhagen Health Network hermed sit høringssvar.

Konsekvenser af ændring af høreområdet i lov om social service og sundhedsloven

Indledning

Dette høringssvar er en kort oversigt over, hvilke positive og negative konsekvenser en vedtagelse af lovforslaget i sin nuværende form vil have. Copenhagen Health Network håber med høringssvaret at kunne påvirke udformningen af lovforslaget og dets bemærkninger, således hørehæmmede ikke bliver udsat for flere hindringer i livet på grund af deres handicap, og sektoren generelt ikke oplever markant forringede vilkår og rationaliseringer som følge af lovforslaget. Når det er sagt, så er der også gode elementer i lovforslaget, som vi støtter op om. Disse vil også fremgå af høringssvaret. Copenhagen Health Network står derudover til rådighed for uddybende møder, dokumentation af tal, telefoniske henvendelser med videre, hvis det kan hjælpe i forhold til processen.

Positive konsekvenser for borgeren

1. Afbureaukratisering – fra to til én styrelse

- ✚ Dette er positivt, da borgeren nu blot skal forholde sig til én lovgivning frem for to, som har rod i hver sin styrelse. Altså er det positivt, at loven nu blot vil ligge i Sundhedsstyrelsen.

2. Standardiserede kvalitetsmålinger

- ✚ Alle hørebehandlinger bliver underlagt en fælles standard, mens der kommer klarere retningslinjer for indholdet af en hørebehandling.

Negative konsekvenser for borgeren

1. Længere ventetider på behandling og justering/hjælp.

- ✚ 50 % af alle private klinikker vil lukke indenfor 3 måneder, da det vil tage tid for brugerne at vende sig til tanken om at skulle betale mere selv. Fx betød en 10 % nedskæring af tilskuddet i 2011 en nedgang på 25 % i antallet af udleverede apparater.

- ✚ Brugere af de lukkede klinikker vil nu søge hjælp i det i forvejen hårdt pressede offentlige system. Hermed vil ventetiderne på hjælp og behandling stige dramatisk. Ovenstående påvirker ikke blot de 150.000 borgere, som benytter det private system i dag, men alle 300.000 høreapparatbrugere, da presset på de resterende behandlingssteder vil stige.
- ✚ Lange ventelister på løbende justering og hjælp vil betyde at færre brugere får gavn af høreapparaterne.
- ✚ Antallet af efterjusteringer og hjælpebesøg vil stige markant, hvis genudleveringsfrekvensen øges til 5 år, da apparaterne bliver slidt og mekanisk vil fungere dårligere. Der er ingen plan for at håndtere dette massive problem.

2. Brugere ladt i stikken i randområder.

- ✚ En stor del af de private klinikker ligger i randområder, hvor ældre borgere har været lykkelige for at få hjælp i en privat klinik. Det vil være disse klinikker, som lukker først.
- ✚ Brugere af disse klinikker vil nu være nødt til at rejse langt for at få hjælp. En del af disse brugere er ikke særligt mobile, og de vil derfor ikke formå at få den hjælp, der skal til, for at deres apparater fungerer ordentligt.
- ✚ Især de ældre og svage borgere vil således ikke kunne overskue at få høreapparater i fremtiden.

3. Egenbetaling

- ✚ Hvis en borger ønsker samme kvalitet som før tilskuddets sænkning er egenbetaling eneste mulighed.
- ✚ Brugerbetaling har en uheldig tendens til at medføre social skævvridning. I dette tilfælde vil det kunne medføre et A, B og C-hold; hvor A-holdet har råd til at betale for hele apparatet selv, hvor B-holdet vil blive udsat for øget ventetid i den offentlige sektor mens nogle personer – som en del af C-holdet – slet ikke vil få hjælp til deres høretab.

Åbne spørgsmål til ministeriet

Hvis loven vedtages i sin nuværende form, skal den effektueres allerede per 1. januar 2013. Dertil bliver Copenhagen Health Network nødt til at stille følgende åbne spørgsmål til Sundheds- og forebyggelsesministeriet:

- ✚ Hvordan vil sundhedsvæsenet løfte opgaven med så kort varsel?
- ✚ Er regionernes sundhedsvæsen gearet til at implementere og håndtere loven? (Hvis vi antager, at det administrative ansvar ender hos Danske Regioner, hvor sundhedsloven i forvejen varetages)

For yderligere informationer kan henvendelse rettes til Copenhagen Health Network ved Sekretariatschef Dennis Dalgaard på post@copchn.org eller 39 48 18 18.

Høringssvar vedr. samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater

Som landets største aktør på det danske private marked for udlevering af høreapparater, med klinikker i hele landet, indgiver AudioNova hermed høringssvar til lovforslaget om reorganisering af høreapparatområdet .

Generelt

AudioNova hilser som udgangspunkt ethvert tiltag til forøget kvalitet, kontrol og gennemsigtighed på området velkommen. Det er derfor glædeligt at flere af disse områder ses forbedret i lovforslaget.

Der er ingen der bruger høreapparat "for sjov" – selv et moderat høretab har i den grad indvirkning på individets evne, vilje og lyst til igen at interagere socialt. Lige fra et aktivt ældre liv med samvær, samtaler og deltagelse i arrangementer til en fortsat involvering i arbejdsmarkedet for den enkelte.

Lovforslaget indeholder elementer der vil reducere tilgængeligheden til høreapparater meget væsentligt for den enkelte borger. Elementerne vurderes, at ville medføre forøgede ventelister på offentlig høreapparatbehandling, forøget brugerbetaling for dem der har råd og vanskelig eller slet ingen tilgængelighed for dem der ikke har råd, og dermed resultere i væsentligt færre nye høreapparatsbrugere. Dermed vil væsentligt færre fremover få gavn af den sociale og menneskelige fordel, som brugen af høreapparat giver. Det vi selvsagt imod.

Nedenfor vore kommentarer til de enkelte hovedpunkter i forslaget og til sidst et alternativt forslag til hvorledes den ønskede besparelse på området kan opnås uden, at borgeren sidder tilbage med begrænset mulighed for høreapparatbehandling eller der mistes arbejdspladser.

Samling af myndigheds- og finansieringsansvar under sundhedsloven

Ændringen medfører, at regionerne fremover varetager det fulde ansvar og den fulde arbejdsgang ifht sagsbehandlingen, uanset om denne foretages privat eller offentligt. Ændringen vurderes til at indebære en forenkling af nuværende administrative proces for både borger og privat/offentlig aktør, og hilses således velkommen. Det skal dog nævnes, at såfremt en behandlingsgaranti indføres på området, skal der fastholdes en model hvor borgeren fortsat kan behandles i sit nærområde, som nuværende netværk af private klinikker giver mulighed for. Det forudsætter naturligvis, at en kommende model inkluderer fortsat eksistensgrundlag for nuværende private klinikker.

Nedsættelse af arbejdsgruppe til revurdering af afgrænsningskriterier

Det tolkes, at arbejdsgruppen skal beskæftige sig med en klarere beskrivelse af de grænsetilfælde, hvori en borger bør henvises til yderligere udredning på et offentligt sygehus, for således at sikre den rette behandling. Vi ser denne del af lovforslaget som et kvalitetsløft, og dermed hilser vi også denne del af lovforslaget velkommen.

Differentiering af tilskud til 1. og 2. øre.

Man benytter i lovforslaget en nuværende afregningsmodel til regionale audiologiske klinikker som rettesnor for fremover at differentiere tilskuddet til 1. og 2. øre, i de tilfælde hvor der er tale om en binaural (begge ører) behandling. Som udgangspunkt er beløbet der beregnes til selve behandlingen (ikke høreapparatet) på offentligt sygehus eller hos Speciallæge med rammeaftale væsentligt højere end beløbet der beregnes for samme behandling privat.

Herudover foretages der ganske rigtigt kun én høreprøve, men denne omhandler fuld audiometrisk afdækning på begge ører. Dette sker i den indledende del af behandlingen. I ca. 80%¹ af tilfældene konstateres et høreapparatskrævende høretab på begge ører, og dermed foretages der tilpasning af 2 høreapparater. Ethvert øre og høretab er unikt som et fingeraftryk og tilpasningen af hvert apparat foretages og finindstilles derfor også helt individuelt på baggrund af den for øret aktuelle hørekurve, herunder under hensyntagen til klientens aktuelle daglige lyttesituation og -behov. Også træning i ind- og udtagning foretages individuelt for hvert øre idet motoriske muligheder for borgeren kan vanskeliggøre dette. Såfremt den individuelle tilpasning til 2. øre ikke længere skal foretages, vil det medføre et kraftigt dyk i udbyttet af høreapparatet på det 2. øre, hvormed klienten vil opleve at en del af høretabet ikke afhjælpes optimalt samt skulle give møde til omjusteringer o.l. gentagne gange med de gener det medfører for alle parter, herunder både menneskelige og økonomiske. AudioNova ser denne del af lovforslaget som et dyk i den audiologisk kvalitet og fraråder implementering af denne del.

Nedsættelse af tilskud

I lovforslaget foreslås nuværende binaurale (behandling på 2 ører) tilskud sænket fra kr. 11.214,- til kr. 6.000,-. Dermed en sænkning på 46%,

Det medgives, at tilskuddet i sin nuværende størrelse gør høreapparater af en rimelig standard nemt tilgængelige for den almindelige borger, men en så drastisk sænkning vil have uønskede, vidtrækkende og fatale konsekvenser for hele høreområdet i Danmark. I forbindelse med tidligere samtaler med politiske repræsentanter, tyder noget på, at det forventes at industrien og branchen absorberer sænkningen af tilskuddet, og dermed vil være i stand til at fastholde et uforandret behandlingstilbud overfor klienten. Det er industrien og branchen ikke, og en sænkning til det foreslåede niveau, vil medføre en decideret lukning af en meget stor del af de private klinikker og herudover have en række vidtgående konsekvenser for den enkelte borger, som herunder forsøges belyst:

Nedsættelse af tilskud - Øget egenbetaling

Da privat udleverede høreapparater i nuværende standard fremover ikke længere kan dækkes fuldt ud af det offentlige tilskud, vil en kraftig øget egenbetaling blive en realitet. Det vil opdele brugerne i et A, B og et C hold – A-holdet har råd, B-holdet kan gå på en stadigt stigende venteliste og C-holdet har ikke de nødvendige ressourcer, hverken økonomisk eller personligt. De lades dermed tilbage og ender med at måtte acceptere sit høretab og leve med det.

Nedsættelse af tilskud - Øgede ventelister

Som også lovforslaget afdækker, vil bla. den øgede egenbetaling medføre en nedgang i antallet af klienter der har mulighed for at få privat udleveret høreapparat. Disse klienter vil i stedet søge over i en offentlig behandling, og dermed ende på ventelisten. Den gennemsnitlige offentlige ventetid på første behandling ifm udlevering af høreapparat er lige nu 33 uger² svarende til ca. 8 måneders ventetid. Denne ventetid vil forlænges yderligere på grund af den større søgning.

Såfremt de længere ventelister søges løst med øget kapacitet, vil det medføre yderligere omkostninger der i høj grad vil udhule de ønskede besparelser.

Nedsættelse af tilskud - Færre brugere af høreapparat

Talrige undersøgelser igennem årene afdækker den personlige, sociale og samfundsmæssige omkostning ved dårlig hørelse, og også på den baggrund har man indtil nu afhjulpet høretab med høreapparatsbehandling i

¹ Gennemsnitlig binaural rate hos AudioNova i år 2010, 2011 og 2012

² www.venteinfo.dk 13 ventelister oplyst, heraf 11 opdateret siden 1/9 2012.

både offentligt og privat regi i relativ sund sameksistens. Den forventede nedgang i høreapparatsbrugere er på 30%³ til stor ugunst for den enkelte borger og for samfundet som helhed.

Ved den seneste sænkning af tilskuddet med bare 10% i 2011 oplevede det private marked for høreapparater et fald på 15% og det offentlige et fald på 6%, samlet set et fald på 11%⁴. Samme mekanisme vil træde i kraft med den foreslåede sænkning på 46% – blot vil den væsentligt mere markante reducere af tilskuddet have tilsvarende markant større indflydelse.

Nedsættelse af tilskud - Lavere kvalitet

I argumentationen for sænkningen af tilskuddet til privat behandling, benyttes en lavere opnået pris på offentligt indkøbte høreapparater via AMGROS udbuddet. Den egentlige årsag til prisleddet i udbuddet ligger i ændrede tildelingskriterier i AMGROS udbuddet, hvor pris nu vægtes med 75% på bekostning af teknologi, kvalitet og æstetik. Til sammenligning vægtes prisen i det tidligere udbud med 35%.

Konsekvensen er øget egenbetaling for apparater af den standard der udleveres i dag eller en generel accept af apparater med væsentligt forringede specifikationer.

Fra officielt hold er det tidligere udtalt, at apparatstandarden efter det nye udbud, vil være på samme niveau som da ordningen oprindeligt blev indført i år 2002. Ingen parter i et velfærdssamfund kan være tjent med forældet teknologi i et medicinsk instrument.

Nedsættelse af tilskud - Reduktion af arbejdspladser i den private sektor

En indførelse af lovforslaget i sin nuværende form, vil medføre lukning af en meget stor del af den private sektor, med arbejdsløshed til følge. Såfremt der bemannes op i den offentlige sektor for at håndtere de længere ventelister, vil nogle af de ansatte Audiologiassistenter kunne finde beskæftigelse der, men de resterende Audiologi Assistenter samt øvrige personalegrupper, vil blive efterladt i arbejdsløshed.

4 år til 5 år.

I dag dækker tilskuddet service og justeringer i 4 år fra erhvervelsen. I lovforslaget ændres perioden til 5 år, men ingen leverandører eller interessenter arbejder med 5 års garanti og holdbarhed på et høreapparat. Dermed opstår en ekstraregning til borgeren på service, justering og garanti i det 5. år. Disse omkostninger ses ingen steder medtaget i beregningen, og vil derfor ende som øget egenbetaling eller økonomisk og administrativ byrde hos regionen.

Herudover udvikles teknologien i høreapparater konstant, og Danmark har tidligere været førende på denne front. Dermed kan en borger opnå markante lytteforbedringer ved udskiftning af høreapparatet efter 4 år, som det er tilfældet i dag.

Alternativt forslag til opnåelse af samme besparelse

Baggrunden for lovforslaget er en ønsket besparelse på ca. kr. 123 mio kr. fra 2013. Nedenstående et alternativt der beskriver et alternativ opnåelse af samme besparelse, men hvor nærhedsprincippet, kvalitet og arbejdspladser bevares.

- (Som kalkuleret og beskrevet i lovforslaget). Mindre udgifter som følge af, at den kommunale sagsbehandling bortfalder ved en samlet regulering i sundhedsloven, forventes at udgøre kr. 5 mio. p.a.
- (som kalkuleret og beskrevet i lovforslaget). Strammere tildelingskriterier på grund af standardiserede henvisninger forventes at føre til mindre udgifter på kr. 10 mio. årligt
- Ændring af batteriordningen således, at der fortsat udleveres gratis batterier til borgeren, men udgiften skal afholdes af de private aktører i de tilfælde, hvor apparatet er udleveret med tilskud. På

³ Nationale analyseinstitut KORA, oktober 2012

⁴ DELTA 2011

baggrund af viden om batteriforbrug og udgiften til batterier anslås mindre udgiften, at udgøre kr. 6,5 mio. p.a.

- Ændring af forundersøgelse (Ydelse 5007) for 2. gangs brugere. Det vurderes som usandsynligt, at en borger pludseligt skulle generhverve sin hørelse, hvorfor denne forundersøgelse, der har til formål at afdække hvorvidt borgeren er egnet til høreapparatbehandling er overflødig, i de tilfælde hvor en ØNH tidligere har vurderet borgeren som værende egnet til høreapparatsbehandling. Forventet mindre udgift på baggrund af ændrede forundersøgelser regler for 2. gangs brugere forventes at udgøre kr. 9,4 mio. p.a.
- En nedsættelse af binauralt tilskud (behandling på begge ører) til kr. 8.000,- inkl. høreapparat og nedsættelse af monauralt tilskud (behandling på 1 øre) til kr. 5.000,- inkl høreapparat, forventes at resultere i mindre udgifter på kr. 91,5 mio. Tilskuddet dækker fortsat alle ydelser som nuværende, men omfatter nu også batterier, der fremover afholdes af den private aktør.

Den samlede offentlige besparelse udgør således kr. 122,4 mio fra år 2013 og den vil være yderligere stigende fremadrettet med ca. 6,5 mio. p.a. pga flere brugere får udleveret batterier privat.

| | Nuværende system | | | Alternativt forslag | | |
|--|------------------|-----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | Hørekl. (kr) | Regional hørekl. (kr) | Speciallæge med rammeaftale (kr) | Hørekl. (kr) | Regional hørekl. (kr) | Speciallæge med rammeaftale (kr) |
| Behandling på 1 øre (20% af alle tilfælde) | | | | | | |
| Henvisning (Ydelse 5007) | 797 | 797 | - | 797 | 797 | - |
| Behandling på 1 øre | - | 4.128 | 5.000 | 3.000 | 4.128 | 5.000 |
| 1 høreapparat | 5.607 | 3.984 | 3.984 | 2.000 | 1.500 | 1.500 |
| 1 øreprop | - | 125 | 125 | - | 125 | 250 |
| Moms | | 1.027 | 1.027 | - | 406 | 438 |
| I alt 1 øre | 6.404 | 10.061 | 10.136 | 5.797 | 6.956 | 7.188 |
| behandlinger (13.000 apparater) | 13000 | | | 13000 | | |
| Udgift til tilskud for privat behandling af 1 øre | kr 83.252.000 | | | kr 75.361.000 | | |
| Behandling på 2 ører (80% af alle tilfælde) | | | | | | |
| Henvisning (Ydelse 5007) | 797 | 797 | - | 797 | 797 | - |
| Behandling på 2 ører | - | 4.128 | 6.890 | 4.000 | 4.128 | 6.890 |
| 2 høreapparater | 11.214 | 7.788 | 7.788 | 4.000 | 3.000 | 3.000 |
| 2 ørepropper | - | 250 | 250 | - | 250 | 250 |
| Moms | | 2.010 | 2.010 | - | 813 | 813 |
| I alt 2 ører | 12.011 | 14.973 | 16.938 | 8.797 | 8.988 | 10.953 |
| behandlinger (52.000 apparater) | 26000 | | | 26000 | | |
| Udgift til tilskud for privat behandling af 2 ører | kr 312.286.000 | | | kr 228.722.000 | | |

Yderligere besparelser kunne opnås hvis man også genovervejede behandlingsbetalingen til "Speciallæger med rammeaftale" der fremstår som den absolut mest omkostningstunge, til trods for en tilsvarende behandling som hos regionale eller private høreklinikker. En sænkning af behandlingsbetalingen til samme niveau som til regionale høreklinikker, ville medføre en yderligere besparelse på kr. 6,6 mio p.a.

Med venlig hilsen
AudioNova Hørecenter

Peter Brøgger Andreasen, mobil 29-886292, pba@audionova.dk
 Sales & Operations manager

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Att.: sum@sum.dk og spok@sum.dk

Dansk Sygeplejeråd



Den 18. oktober 2012
Ref.: LHV
Medlems nr.:
Sagsnr.: 1209-0102

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater). Sagsnummer: 1206602.

Med ændringen af loven på området bliver høreapparatområdet samlet i sundhedsloven. Det er positivt, da høretab kan have alvorlige sociale- og sundhedsmæssige konsekvenser for borgerne, og derfor bør omfattes af sundhedsloven.

Dansk Sygeplejeråd vil derfor anbefale, at høreapparatbehandlingen bliver omfattet af det udvidede frie sygehusvalg, således at borgere, der oplever lang ventetid i det offentlige, kan få dækket udgifterne til behandling i det private.

Med venlig hilsen

Dorte Steenberg
2. næstformand

The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

Postboks 1084
DK-1008 København K

Ekspedition:
mandag-torsdag 10.00-16.00
fredag 10.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Camilla Flintholm Jensen

Fra: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Sendt: 22. oktober 2012 11:18
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: VS: Bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)
Vedhæftede filer: 121009_En industriklynge med succes - Et hjemmemarked i tumult.pdf

Fra: Bo Bredsgaard Lund [mailto:bo.bredsgaardlund@jklgroup.com]
Sendt: 18. oktober 2012 11:47
Til: kwa@sm.dk; Emil Niragira Rasmussen
Cc: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Emne: Bemærkninger til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Kære Emil og Katrine m.fl.

På baggrund af regeringens Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven har Oticon, GN ReSound og Widex (herefter benævnt Gruppen) en række centrale bekymringer vedrørende den fremtidige organisering af høreapparatområdet, som de gerne vil gøre opmærksom på.

Gruppen er tilsammen leverandør af over halvdelen af verdensmarkedet for høreapparater og føler derfor et ansvar for at kommentere på indretningen af det danske høreapparatområde.

Gruppen har en målsætning om at opnå et sundhedsvæsen i verdensklasse, der sikrer den bedst mulige behandling samt brugeroplevelse for hørehæmmede og samtidig forsøger at nedbringe de samfundsøkonomiske omkostninger.

Gruppens bekymringer

Før gennemgangen af bekymringerne for høreapparatområdet vil Gruppen understrege, at de har fuld forståelse for, at der fra politisk side ønskes samfundsøkonomiske besparelser på området. Gruppen er derfor indstillet på kommende besparelser men ønsker at disse besparelser opnås på den mest hensigtsmæssige måde.

Overordnet set vil det fremsatte lovforslag medføre, at de private udbydere får beskåret deres indtjening med 40%, hvilket betyder

1. Forringet serviceniveau for borgerne på høreapparatområdet
2. Et stort antal butikker må lukke og personalet sendes ud i arbejdsløshed
3. Tilgængeligheden til høreapparater vil blive stærkt reduceret, især i de tyndt befolkede områder
4. Den opmærksomhed de private udbydere skaber om fordelene ved brug af høreapparat vil blive drastisk reduceret
5. Ventelisterne på de offentlige hørecentraler vil stige
6. Alternativet er større egenbetaling ved køb fra private udbydere, hvilket kun er en realistisk mulighed for A-holdet,
7. Langt færre vil få mulighed for høreapparat med tab af livskvalitet som følge, og
8. Dårlige billigprodukter kan finde vej til markedet

Nærmere betegnet har Gruppen fire overordnede bekymringer i relation til regeringens lovforslag:

1. Serviceforringelse

Den første bekymring, som Gruppen ønsker at fremhæve vedrører serviceforringelser.

Af regeringens lovforslag fremgår det, at genudleveringsperioden for høreapparater skal ændres til, at der tidligst er ret til genudlevering efter 5 år. Derudover har Regeringen i sit forslag entydigt fokus på at sikre det billigst mulige produkt samt sikre lavest mulige omkostninger, hvilket ikke hensigtsmæssigt i forhold til at sikre patienterne adgang til den teknologiske udvikling indenfor høreapparater og derved den bedste behandling.

I kulegravningsrapporten fra juni 2012 bemærkes det, at forslaget om forlængelse af genudleveringsperioden vil betyde et fald i den offentlige udgift til tilskud til høreapparater udleveret i privat regi. Samtidig må en sådan forlængelse imidlertid forventes at påvirke prisdannelsen for høreapparater, således at hvis man ønsker en længere garanti vil det medføre en højere pris, idet fabrikanten får øgede omkostninger til reparationer i garantiperioden. Det bemærkes ligeledes, at undersøgelser gennemført af Bispebjerg Hospital har vist, at visse høreapparatyper i gennemsnit er defekte mere end en gang pr. år, og således forventeligt må indsendes til fabrikanten for reparation 4 gange i løbet af garantiperioden. Merudgifterne til reparation i det 5 år skal i givet fald afholdes via borgernes egenbetaling.

Overordnet set er det beslutningen om at skabe et "frit valg" med tilskud for patienten, der har skabt et større udbud af klinikker i Danmark, hvilket igen har fået flere personer til at vælge at få et høreapparat. Den teknologiske udvikling har muliggjort, at klinikkerne i stigende grad kan skabe succesfulde tilpasninger for brugerne og derved tilfredse brugere, der har gavn af deres høreapparater. Desuden medfører den teknologiske udvikling, at apparaterne er blevet mindre og mere diskrete, hvorfor der sandsynligvis er personer, der tidligere har afvist at få et høreapparat, der nu ønsker et høreapparat.

Gruppen mener, at en forlængelse af udskiftningsperioden vil medføre, at mange patienter vil fortsætte med uhensigtsmæssig gammel teknologi, der ikke sikrer dem den bedst mulige behandling. At forlænge perioden, hvori patienterne skal beholde det samme høreapparat vil stride mod kvalitetskravet, som bedst kan opfyldes ved at tilbyde regelmæssig udskiftning. Høreapparater skal normalt serviceres efter 2 år for at sikre fuld funktionsduelighed. Omkostningerne ved at holde apparaterne funktionsduelige stiger med alderen af apparaterne. Det vil derfor ofte være billigere og bedre at foretage en udskiftning efter 4 år end en kostbar reovering. Gruppen ønsker, at patienterne skal modtage behandling af høj kvalitet og professionalisme.

Samtidig vil Gruppen gerne endnu engang udtrykke deres forståelse for ønsket om besparelser, men hvis patienterne skal beholde deres høreapparater længere end fire år, vil de pga. teknologiforældelse bruge et klart dårligere høreapparat end patienter, som har fået et nyere apparat, hvilket yderligere vil have en afsmittende effekt på patienternes arbejdsduelighed og derigennem samfundsøkonomien.

2. Øget brugerbetaling

Den anden bekymring omhandler, at regeringen foreslår at nedsætte det nuværende tilskud på 5.607 kr. til høreapparatbehandling pr. øre, således at der i stedet ydes 4.000 kr. i tilskud til behandling på ét øre, og 6.000 kr. i tilskud til behandling på 2 ører.

I kulegravningsrapporten bemærkes det, at tilskuddet med udgangspunkt i stigningen i kvaliteten af høreapparater samt prisen på behandling i privat regi kan nedsættes til 5.000 kr., som nominelt er det samme beløb som i 2002. Det vurderes, at borgerne med et tilskud på 5.000 kr. vil have mulighed for at få et høreapparat af tidssvarende kvalitet, som det, man ønskede at give borgerne i 2002, da man hævede tilskuddet til 5.000 kr.

Hvis tilskuddet til høreapparater skæres ned, er der risiko for, at patienter ikke som før vil have adgang til tidssvarende behandling, og dermed opnår patienterne ikke de sociale og arbejdsmæssige fordele ved at have et høreapparat. De mulige besparelser ved reduceret tilskud vurderes som begrænsede ift. de samfundsøkonomiske omkostninger, som de medfører bl.a. i forbindelse med patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Desuden vil en reduktion i tilskuddet, som anført i lovforslaget, medføre en klar risiko for, at økonomisk pressede private udbydere vil forsøge sig med egen importerede produkter af tvivlsom kvalitet. Pålideligheden vil derved reduceres og disse forhold vil patienterne være ude af stand til at vurdere. Tilskudsberettigede produkter bør derfor gøres genstand for en professionel vurdering og godkendelse.

3. Forringet tilgængelighed

Den tredje bekymring vedrører regeringens forslag om at en større del af høreapparatbehandlingen skal foregå på offentlige høreklinikker.

I kulegravningsrapporten bemærkes det, at en nedsættelse af tilskuddet i det private vil øge forskellen i konkurrencevilkårene mellem offentlig og privat, da borgerne ikke har egenbetaling i det offentlige system. Det vil kunne forrykke balancen, således at flere patienter vælger offentlig behandling med øgede ventetider som konsekvens.

Gruppen ønsker, at borgerne let kan få adgang til effektiv behandling, der er tilrettet den enkelte patient. Hvis tilskuddet nedsættes vil det forventligt føre til større pres på det offentlige og et fald i henvendelser til private klinikker. Faldet i behandlinger i det private kan medfører at flere klinikker må lukke, og tilgængeligheden for borgerne begrænses derved. Især borgeren i tyndt befolkede områder af landet vil som følge heraf få større transportomkostninger. Alternativt kan borgeren, som det påpeges i kulegravningsrapporten vælge at stille op i køen til offentlige behandling, der med god sandsynlighed vil øge ventetiderne på høreapparatbehandlingen.

4. Øget ventetid/længere ventelister

Regeringen foreslår som nævnt ovenfor at nedsætte det nuværende tilskud til høreapparatbehandling, hvilket, som nævnt ovenfor, vil have uhensigtsmæssige konsekvenser og øge ventelisterne på de offentlige klinikker.

I kulegravningsrapporten bemærkes det, at de gennemsnitlige offentlige udgifter ved høreapparatbehandling er højere end det tilskud, man kan få med til privat behandling, hvorfor det sandsynligvis ikke vil være billigere at udlevere alle patienter høreapparater i offentligt regi. Derudover vurderes det, at en yderligere nedsættelse af tilskuddet kan have som konsekvens, at flere borgere vil vælge offentlig behandling med længere ventelister til følge. Desuden vil de borgere der fortsat vælger privat behandling få en højere egenbetaling.

Gruppen mener på denne baggrund, at en negativ konsekvens af et reduceret tilskud vil være, at flere vil søge høreapparat via de offentlige hørecentraler, hvorved øgede ventelister vil opstå. Den ekstra ventetid vil betyde tab af de sociale- og arbejdsrelaterede fordele, der knytter sig til brug af høreapparater. Gruppen stiller sig derfor skeptisk overfor, hvorvidt der er et regulært besparelsespotentiale ved en tilskudsreduktion, når forlængede ventelister, tabt arbejdskraft, større pres på det offentlige etc. medtages.

Opsamling

Som redegjort ovenfor mener Gruppen samlet set, at det fremsatte lovforslag vil medføre forringelser i forbindelse med service, brugerbetaling, tilgængelighed og ventelister. For at imødekomme disse forringelser fremkommer Gruppen med følgende løsningsforslag:

- Vi er tilfredse med, at høreapparatområdet overføres til regionerne
- Vi ønsker et to-strengt system med offentlige hørecentraler for særligt udfordrede og private høreapparatforretninger for almindelige høretab
- Vi ønsker udskiftningsperioden fastholdt på 4 år, således at den teknologiske udvikling kan komme borgerne til gavn
- Vi ønsker tilskuddet til behandling fastsat til et beløb, der er i overensstemmelse med de omkostninger, der er dokumenteret i de offentlige klinikker
- Vi ønsker øget transparens mht til valg af behandlingsmulighed
- Vi indgår gerne i en fremadrettet dialog, om hvorledes Danmark igen kan blive et foregangsland med verdens bedste høreforsorg

Vedhæftet finder I desuden en præsentation, der uddyber nogle af ovenstående pointer samt beskriver baggrunden for den nuværende situation.

På vegne af Gruppen - tak for opmærksomheden.

Vi stiller os naturligvis til rådighed, såfremt noget i det ovenstående skulle give anledning til spørgsmål eller uddybning.

Mange venlige hilsener,

Bo



Bo Bredsgaard Lund
Manager & Team Leader
Public Affairs & Market Access

JKL

a: Amaliegade 41 A, Copenhagen DK-1256 Denmark
o: +45 33 38 56 80 | **f:** +45 33 38 56 99 | **m:** +45 30 30 51 01
e: bo.bredsgaardlund@jklgroup.com
w: jklgroup.com
w: mslgroup.com

Disclaimer

The information in this email and any attachments may contain proprietary and confidential information that is intended for the addressee(s) only. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution, retention or use of the contents of this information is prohibited. When addressed to our clients or vendors, any information contained in this e-mail or any attachments is subject to the terms and conditions in any governing contract. If you have received this e-mail in error, please immediately contact the sender and delete the e-mail.



DANSK HØREAPPARATINDUSTRI

EN INDUSTRIKLINGE MED SUCCES
ET HJEMMEMARKED I TUMULT

9. oktober 2012

Ved

GN ReSound, Oticon & Widex



ReSound
HEARING
SOLUTIONS
dedicated hearing

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

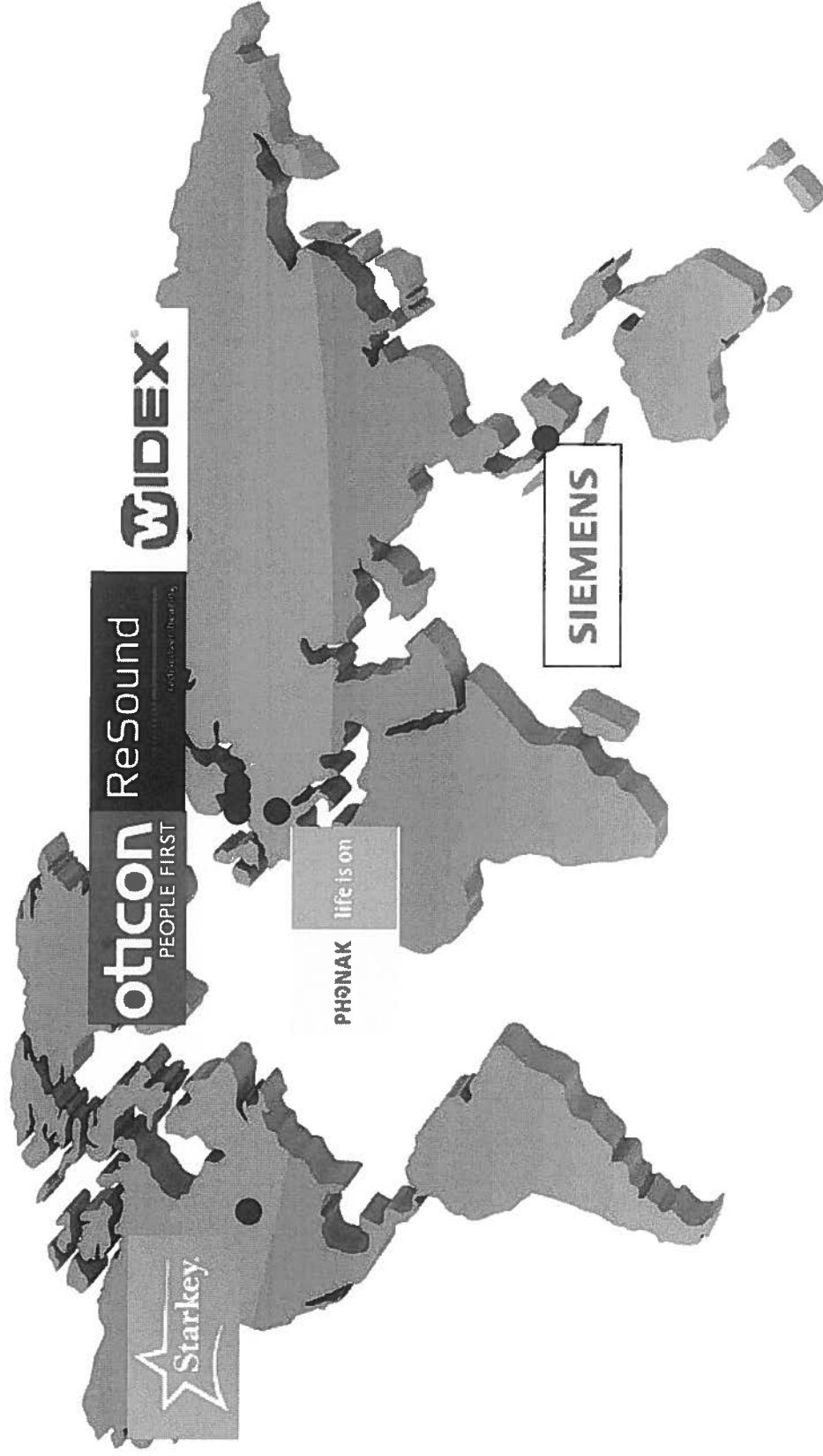


oticon
PEOPLE FIRST



WIDEX

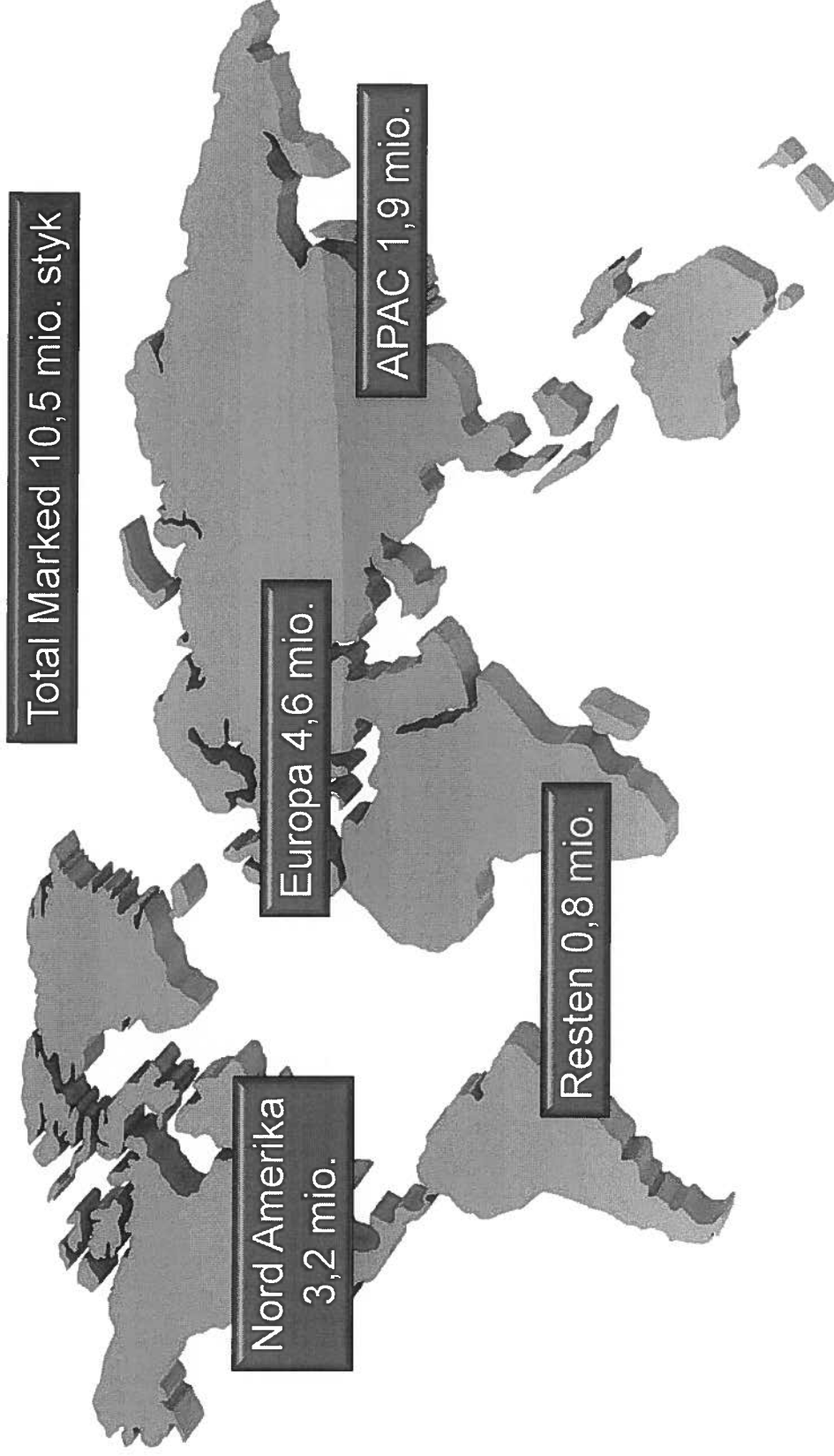
6 Betydende høreapparat fabrikanter



Fremtidens løsninger for de hørehandicappede



Verdens marked for høreapparater



ReSound
Realize the possibilities of hearing

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

WIDEX

Verdensmarkeds andele & eksport

| Firma | Andel |
|--------------|-------|
| Oticon | 26 % |
| Resound | 13 % |
| Widex | 10 % |
| Danmark ialt | 51 % |

| Firma | Andel |
|-------------|-------|
| Phonak | 22 % |
| Siemens | 16 % |
| Starkey | 11 % |
| Udland ialt | 49 % |

Kilde:
Berlingske Tidende
September 2012

| Firma | Omsætning 2011 | Eksportandel | Ansatte i DK |
|--------------|-------------------|-----------------|--------------|
| Oticon | 8.041 mio. kr. | 99 % | 1.350 |
| Resound | 3.450 mio. kr. | 99 % | 643 |
| Widex | 2.723 mio. kr. | 99 % | 1.001 |
| Danmark ialt | 14.214 mio. kr. | 14.072 mio. kr. | 2.994 |

Kilde:
Oticon, ReSound &
Widex

ReSound

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

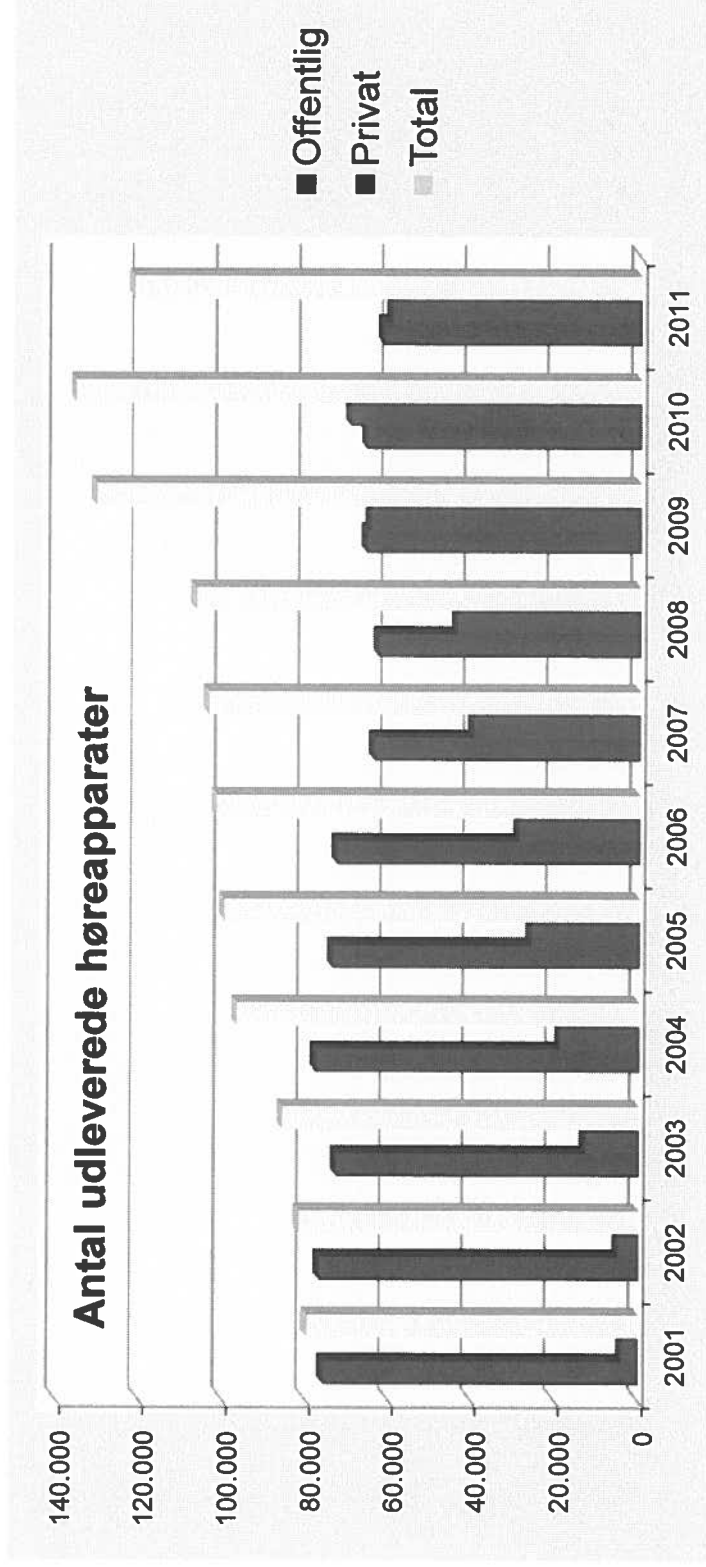
WIDEX

Hvordan gik det til ?

- Danmark indførte som det første land i verden en offentlig høreforsorg ved lov i 1950
- 3 statslige hørecentraler blev oprettet i København, Odense og Århus med Overlægestillinger og teknikere
- Teknisk-Audiologisk Laboratorium oprettes i 1964 med formål at teste høreapparater og udvikle målemetoder
- Et frugtbart samspil mellem industrien og det offentlige system med tilstrækkelige og kompetente ressourcer fører til stærkt forbedrede produkter.
- En systematisk importaktivitet førte til markante verdensmarkedsandele
- Konsolidering via opkøb af udenlandske producenter har befæstet Danmarks position som verdens førende høreapparatnation.

Det danske høreapparatmarked

- Muligheden for tilpasning af høreapparat i privat regi i blev indført i 2001 og det har ført til at endnu flere har fået glæde af høreapparater



Kilde: Delta

ReSound

RESONANCE
HEARING

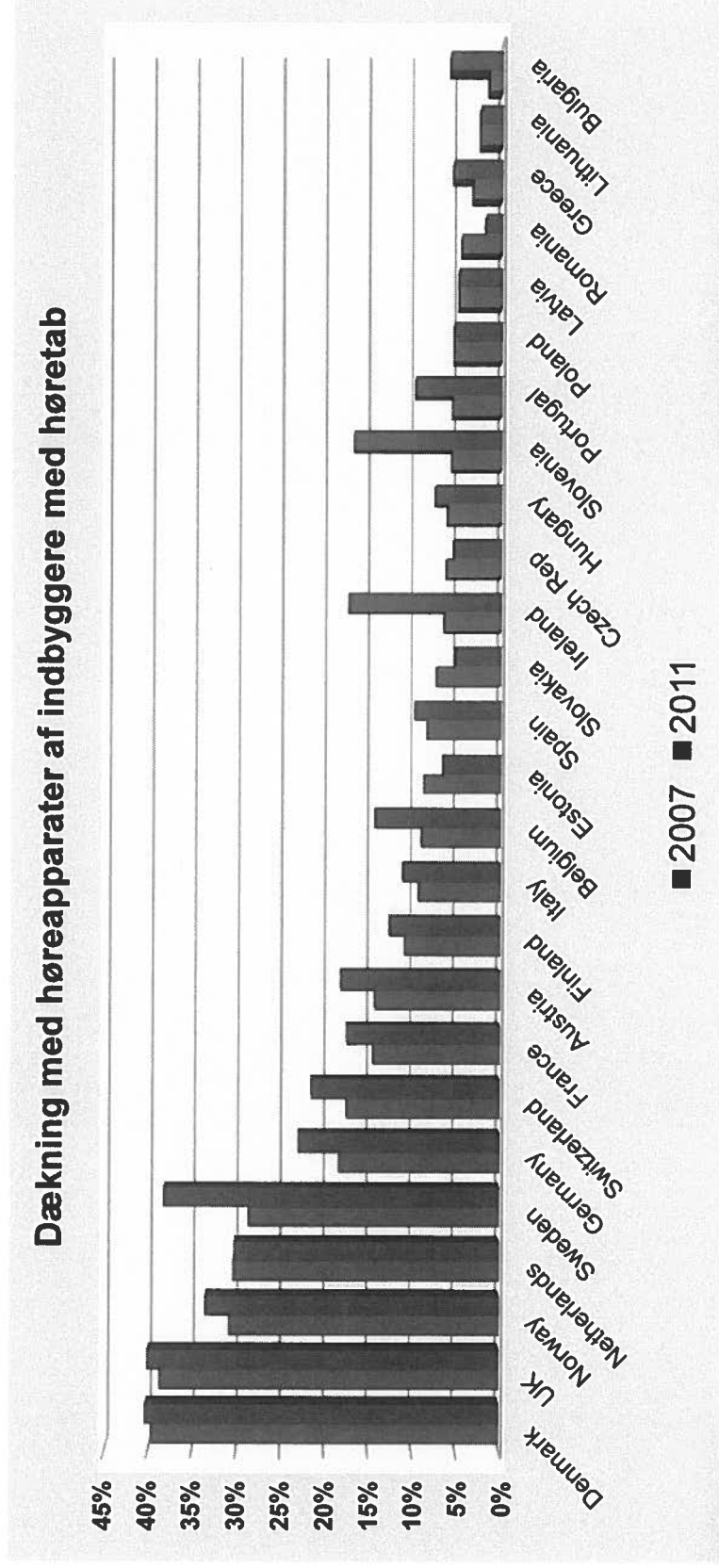
oticon
PEOPLE FIRST

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

WIDEX

Sammenlignet med udlandet

- Vi har været stolte af at Danmark i mange år har været i spidsen mht. til dækning med høreapparater.



ReSound

reSound Hearing

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

Kilde: FHIMA

WIDEX

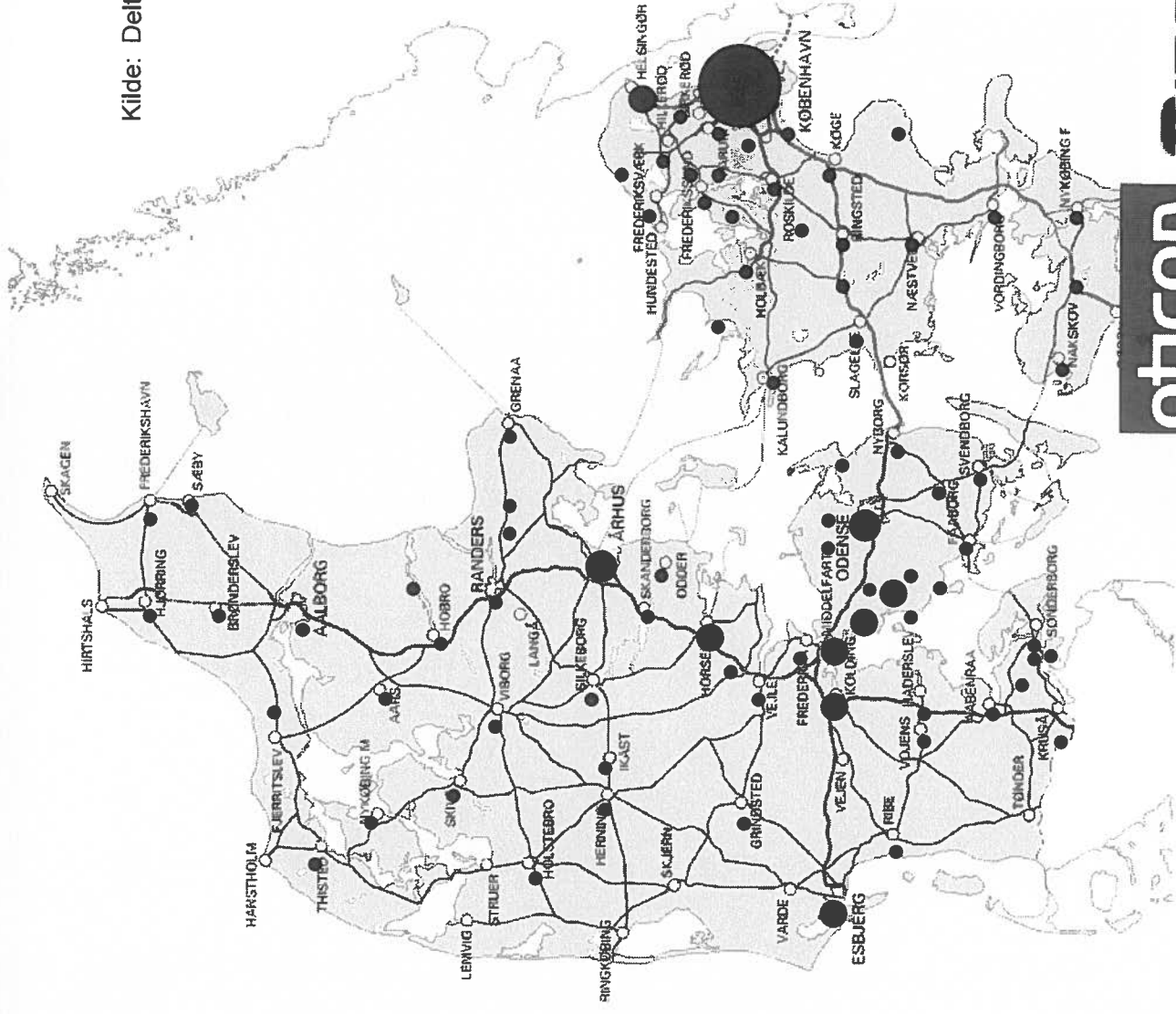
Men det var så det !

- Det fremsatte lovforslag vil med stor sikkerhed føre til et forringet serviceniveau for borgerne på høreapparatområdet
- De private udbydere får beskåret deres indtjening med min 40 %. Det betyder:
 - Et stort antal butikker må lukke og personalet sendes ud i arbejdsløshed
 - Tilgængeligheden til høreapparater vil blive stærkt reduceret, især i de tyndt befolkede områder
 - Den opmærksomhed de private udbydere skaber om fordelene ved brug af høreapparat vil blive drastisk reduceret
 - Ventelisterne på de offentlige hørecentraler vil stige.
 - Alternativet er større egenbetaling ved køb fra private udbydere. Kun en realistisk mulighed for A-holdet. B-holdet må vente.
 - Langt færre vil få mulighed for høreapparat med tab af livskvalitet som følge
 - Dårlige billigprodukter kan finde vej til markedet

Geografien

- Private udbydere
- Godt fordelt over hele landet
- Selvfølgelig flest i tæt befolkede områder

Kilde: Delta



ReSound

HEARING
SOLUTIONS

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

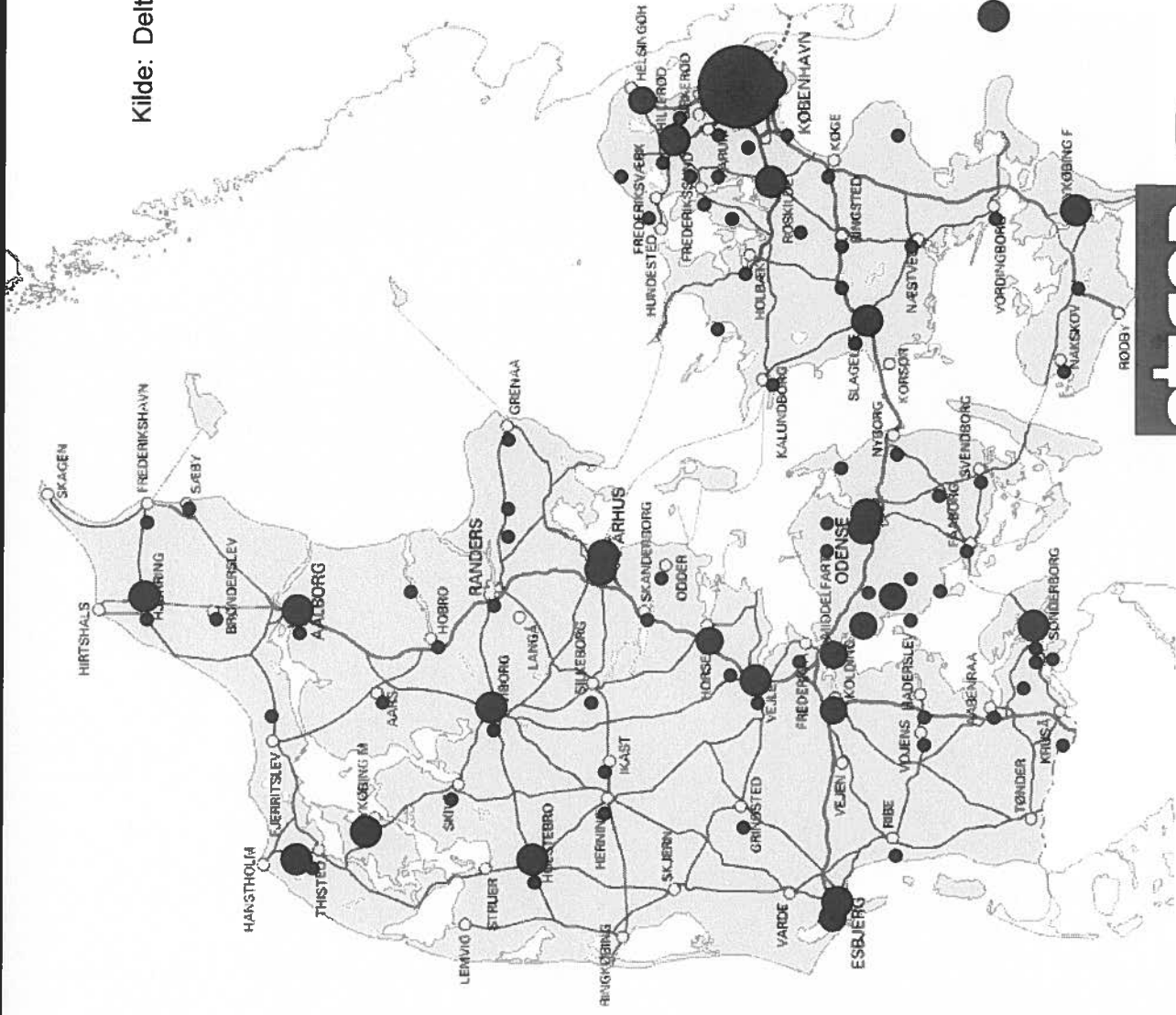
oticon
PEOPLE FIRST

WIDEX

Geografien

- Offentlige Hørecentraler
- Lukning af private udbydere vil reducere tilgængeligheden

Kilde: Delta



ReSound

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

WIDEX

Risiko for lavere produktkvalitet

- Den seneste kontrakt med Amgros betyder at der gennem de offentlige hørecentraler primært vil blive udleveret høreapparater af den mest basale slags
- For de private udbydere nedsættes tilskuddet drastisk
 - En klar risiko for at økonomiske pressede private udbydere vil forsøge sig med egen importerede produkter af tvivlsom kvalitet.
 - Patienterne er ude af stand til at vurdere disse forhold
 - Kvalitet er ikke kun åbenlyse produktegenskaber, men også pålidelighed !
 - Tilskudsberettigede produkter bør gøres genstand for en professionel vurdering og godkendelse
- En forøgelse af udskiftningsperioden fra 4 til 5 år vil betyde at mange høreapparaturbrugere vil gå glip af de forbedringer der løbende indføres med de ny produkter

Kun beskæring af den billigste mulighed

| FØR NY LOV | Privat Forhandler | Audiologiske klinikker | Speciallæger m. rammeaftale |
|----------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 1 øre | | 4.775 | 4.904 |
| Et høreapparat | 5.607 | 3.704 | 3.704 |
| En øreprop | | 125 | 125 |
| Moms | | 957 | 957 |
| I alt et øre | 6.404 | 10.358 | 9.690 |
| | 66% | 107% | 100% |
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 2 ører | | 4.775 | 6.761 |
| To høreapparater | 11.214 | 7.408 | 7.408 |
| En øreprop | | 250 | 250 |
| Moms | | 1.915 | 1.915 |
| I alt et øre | 12.011 | 15.145 | 16.334 |
| | 74% | 93% | 100% |

ReSound

RESONANCE HEARING

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

WIDEX

Kun beskæring af den billigste mulighed

| FØR NY LOV | Privat Forhandler | Audiologiske klinikker | Speciallæger m. rammeaftale |
|----------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 1 øre | | 4.775 | 4.904 |
| Et høreapparat | 5.607 | 3.704 | 3.704 |
| En øreprop | | 125 | 125 |
| Moms | | 957 | 957 |
| I alt et øre | 6.404 | 10.358 | 9.690 |
| | 62% | 100% | 94% |
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 2 ører | | 4.775 | 6.761 |
| To høreapparater | 11.214 | 7.408 | 7.408 |
| En øreprop | | 250 | 250 |
| Moms | | 1.915 | 1.915 |
| I alt et øre | 12.011 | 15.145 | 16.334 |
| | 74% | 93% | 100% |

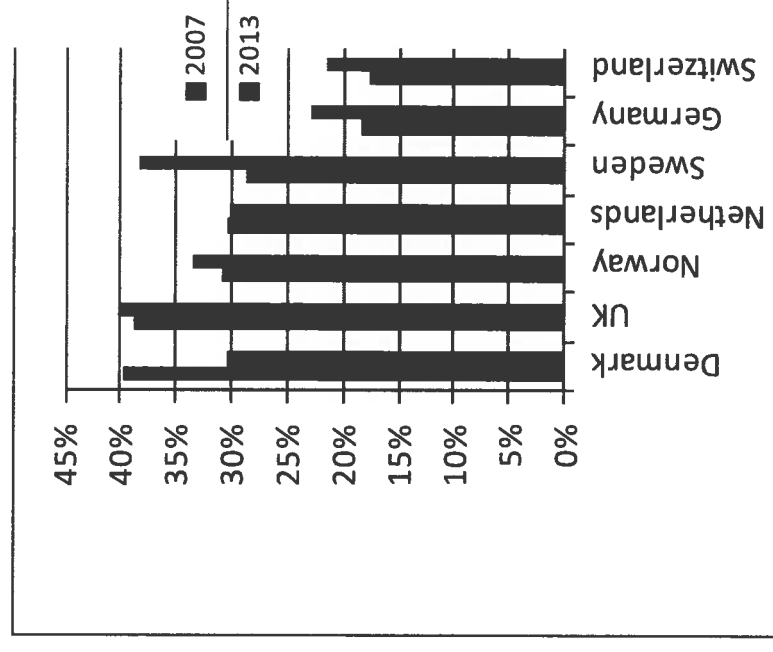
| EFTER NY LOV | Privat Forhandler | Audiologiske klinikker | Speciallæger m. rammeaftale |
|----------------------|-------------------|------------------------|-----------------------------|
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 1 øre | 2.000 | 4.775 | 4.904 |
| Et høreapparat | 2.000 | 1.500 | 3.704 |
| En øreprop | | 125 | 125 |
| Moms | | 957 | 957 |
| I alt et øre | 4.797 | 8.154 | 9.690 |
| | 50% | 84% | 100% |
| Henvisning | 797 | 797 | - |
| Behandling på 2 ører | 2.000 | 4.775 | 6.761 |
| To høreapparater | 4.000 | 3.000 | 3.000 |
| En øreprop | | 250 | 250 |
| Moms | | 1.915 | 1.915 |
| I alt et øre | 6.797 | 10.737 | 11.926 |
| | 57% | 90% | 100% |

Kilde: Kulegravningsrapporten 2012

- Tilskud til behandling er urimeligt lavt sat

Et Europæisk perspektiv

- Det danske tilskud til privat høreapparatbehandling bliver blandt de laveste i Europa 2013 ?
- Hvis antal høreapparater falder til 90.000 per år vil dækningen i Danmark falde fra 40% til 30%
- England, Sverige og Norge vil ligge klart foran Danmark



Manglende transparens

- I Danmark er der speciallæger i øre-, næse og halssygdomme driver privat høreapparatsalg i forbindelse med deres praksis.
- Det kan medføre en uheldig interessesammenblanding i forbindelse med forløbet efter diagnosticering hvor patienten skal vælge behandlingsmulighed
- En dom ved den tyske højesteret har fastslået, at der skal foreligge særlige omstændigheder for at en ØNH læge kan henvise til nogen særskilt høreapparat-tilpasningsenhed. (BUNDESGERICHTSHOF I ZR 111/08)
- Dette forhold er nævnt i lovforslagets kommentarer, men henvist til et udvalgsarbejde uden termin
- Lovforslaget søger ikke at regulere dette forhold som kan betyde en skævvridning af markedet.

Sammenfatning

- Der er fremsat et lovforslag som ensidigt rammer de private høreapparatforhandlere. En skævvridning af markedet
- Det vil medføre en klar serviceforringelse der rammer de dårligst stillede
- Tab af arbejdspladsen især blandt audiologiassistenter
- I det offentlige system vil de fleste blive tilbudt yderst basale apparater, når de ellers har udstået de øgede ventetider. Dem må de så leve med i 5 år
- De, som har råd til en betydelig egenbetaling, kan stadig få avancerede apparater i det private system
- Ingen klare tiltag i retning af øget transparens

Det er bare ikke godt nok !!!!!

Industriens løsningsforslag

- Vi er tilfredse med at høreapparatområdet overføres til regionerne
- Vi ønsker et to strenget system med offentlige hørecentraler for særligt udfordrede og private høreapparatforretninger for almindelige høretab
- Vi ønsker udskiftningsperioden fastholdt på 4 år således at den teknologiske udvikling kan komme borgerne til gavn
- Vi ønsker tilskuddet til behandling fastsat til et beløb der er i overensstemmelse med de omkostninger der er dokumenteret i de offentlige klinikker
- Vi ønsker øget transparens mht til valg af behandlingsmulighed
- Vi indgår gerne i en fremadrettet dialog om hvorledes Danmark igen kan blive et foregangsland med verdens bedste høreforsorg

ReSound

RESONANCE
HEARING

Fremtidens løsninger for de hørehandicappede

oticon
PEOPLE FIRST

WIDEX®

Camilla Flintholm Jensen

Fra: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Sendt: 22. oktober 2012 11:18
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: VS: høringssvar ,Forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Fra: Tove B. Andersen [<mailto:ta@ast.dk>]

Sendt: 18. oktober 2012 11:02

Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse

Cc: Nanna Nedergaard Grøndal; Anette Hummelshøj; Birgitte Kragelund; Lotte Farcinsen

Emne: høringssvar ,Forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

1226-12

Forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

De i lovforslaget forslåede ændringer af serviceloven giver ikke umiddelbart Ankestyrelsen anledning til bemærkninger.

De ansøgninger, der er indkommet inden lovens ikrafttræden den 1. januar 2013 skal behandles efter de hidtil gældende regler.

Venlig hilsen

Tove B. Andersen
Chefkonsulent

Dir. tlf.: 33 41 14 47
Mail: ta@ast.dk



Ankestyrelsen

Ankestyrelsen

Amaliegade 25, Postboks 9080
1022 København K, www.ast.dk
Mail: ast@ast.dk, Tlf.: 33 41 12 00
Åbningstid: 9.00-15.00 alle hverdage

*Fortrolige og personfølsomme oplysninger
skal sendes til sikkermail@ast.dk*



Foreningen Danske DøvBlinde
Kløverprisvej 10B
2650 Hvidovre
tlf 36 75 20 96
txt 36 48 50 96
fax 36 38 85 85
mail fddb@fddb.dk
web www.fddb.dk

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Hvidovre, den 31. oktober 2012

**Vedr. forslag til
Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven
(Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til
høreapparater)**

Med ministerens forslag om nedsættelse af tilskuddet til køb af eget høreapparat, må det forventes, at rigtig mange mennesker ikke vil have råd til en egenbetaling. Vi skal ikke her tage konkret stilling til tilskuddets størrelse, men blot konstatere, at en sådan reduktion vil medføre, at rigtig mange vil søge behandling på de offentlige audiologiske afdelinger.

Her er der til gengæld det problem, at der mange steder i landet er alt for lang ventetid på behandling. Der er meget store forskelle rundt om i landet – fra 4 uger i Sønderborg til 110 uger i Århus. En sådan forskel vedrørende den samme behandling efter samme lov er ikke acceptabel.

I forvejen nævner bekendtgørelsen til Sundhedsloven i § 2, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, herunder at opfylde behovet for kort ventetid på behandling. Regionerne, og førhen amterne, har ikke formået at leve op til kravet om kort ventetid.

Vi har dog et håb om, at sagsbehandlingstiden vil blive kortere, når det overgår fra kommune til region. Vi forventer også at få en mere ensartet behandling. Som det er nu må nogle vente 9 måneder på at få en ny øreprop, fordi sagen skal godkendes af kommunen først.

Derfor er der behov for en behandlingsgaranti. Det kan passende ske ved, at behandling af høretab på de offentlige høreklivikker placeres i sundhedsloven under det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan således indgå kontrakter med private klinikker, som på regionens vegne kan udføre behandling af høretab i det omfang, regionen ikke selv formår det indenfor gældende ventetid.

Da man samtidig vil forlænge reglen for udskiftning af høreapparat fra 4 til 5 år, og høreapparatet endvidere skal være defekt for at blive udskiftet, vil det kræve en forbedret kvalitet høreapparater. Vi kan her være bekymrede for, at man i en periode vil være uden høreapparat, og dette understreger yderligere behovet for en behandlingsgaranti.

Vi hilser velkommen, at der bliver udarbejdet kriterier for, hvornår man er berettiget til høreapparat.

Med venlig hilsen



Kirsten Malmbak
Formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K
Pr. mail til: sum@sum.dk, spok@sum.dk

17. oktober 2012

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater).

DANSKE ÆLDRERÅD takker for mulighed for at afgive hørings svar på ovennævnte forslag.

DANSKE ÆLDRERÅD er overordnet enig i forslaget, idet det har til hensigt at skabe større ensartethed på området. DANSKE ÆLDRERÅD finder det tillige positivt at loven samles i én lov. Den vilkårlighed i behandling der i dag findes på området vil forslaget forhåbentlig ændre til lighed for loven.

DANSKE ÆLDRERÅD har noteret sig, at der er meget lange og meget forskellige ventetider på behandling rundt om i landet – en forskel DANSKE ÆLDRERÅD ikke ser som acceptabel i og med der er tale om samme lov.

DANSKE ÆLDRERÅD ser gerne at der på området indføres en behandlingsgaranti – således at behandling af høretab på de offentlige høreklivikker placeres i sundhedsloven under det udvidede frie sygehusudvalg.

Det bør være uvildige eksperter, der definerer behov og type høreapparat og ikke en person, som ud over at definere behov og type tillige sælger høreapparater.

Hvis tilskud til køb af eget høreapparat nedsættes vil nogle ældre få problemer med at betale den øgede egenbetaling. Dette problem skal løses, så borgere ikke risikerer at blive udelukket fra samfundet pga. høretab.

DANSKE ÆLDRERÅD ser frem til resultatet af arbejdsgruppens arbejde og den kritiske vurdering for tildeling af høreapparater.

DANSKE ÆLDRERÅD ønsker at pointere, at sparede midler på dette område bør forblive på området og f.eks. gå til briller eller tandsundhed.

Med venlig hilsen

Marianne Lundsgaard
sekretariatsleder

**Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. +45 3877 0160
info@danske-aeldreraad.dk
www.danske-aeldreraad.dk**

Til: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk; spok@sum.dk

Hvidovre, den 12. oktober 2012
Sag 17-2012-01330– Dok. 99639/js

Hørings svar fra Danske Handicaporganisationer (DH) vedr. samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater

Forslaget om nedsættelse af tilskuddet til køb af eget høreapparat vil medføre en øget brugerbetaling, som kommer til at ligge mellem 5.000-10.000 kr. for to høreapparater, hvilket mange mennesker ikke vil have råd til. Beløbet er beregnet ud fra gældende tilskud og nuværende egenbetaling som nævnt i ministeriets kulegravningsrapport. DH mener, at den foreslåede øgede brugerbetaling er på kant med handicapkonventionens artikel 25, der forpligter alle medlemsstater til at *"give personer med handicap det samme udbud af sundhedsydelser og –ordninger af samme kvalitet og standard gratis eller til en overkommelig pris, som gives til andre..."*

Brugerbetaling på 5.000-10.000 kr. vil være en helt uoverkommelig pris for mange borgere og vil derfor betyde, at flere vil søge behandling på de offentlige audiologiske afdelinger, hvor der imidlertid ofte er endog meget lange ventetider. Lige nu svinger ventetiderne fra 4 uger i Sønderborg til 110 uger i Århus. En sådan forskel vedrørende den samme behandling efter samme lov er ikke acceptabel.

I forvejen nævner bekendtgørelsen til Sundhedsloven i § 2, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, herunder at opfylde behovet for kort ventetid på behandling. Regionerne, og førhen amterne, har ikke formået at leve op til kravet om kort ventetid.

DH mener derfor, at der er behov for en behandlingsgaranti. Det kan passende ske ved at behandling af høretab på de offentlige høreklivikker placeres i sundhedsloven under det udvidede frie sygehusvalg. Regionerne kan således indgå kontrakter med private klinikker, som på regionens vegne kan udføre behandling af høretab i det omfang, regionen ikke selv formår det indenfor gældende ventetid.

Med venlig hilsen



Stig Langvad
formand

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk
c.c. spok@sum.dk

Direktionen
Palægade 5
1261 København K
Telefon 33 46 22 26

Den 31. oktober 2012

Høringssvar – udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Sygeforsikringen "danmark" takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater).

"danmark"s tilskud til køb af høreapparat af godkendt, privat forhandler af høreapparater steg betragteligt per 1. januar 2012 og vi har ikke planlagt yderligere stigninger af denne tilskuds-takst.

Hvis de med lovforslaget fremsatte ændringer i tilskud til høreapparater med offentligt tilskud vedtages, vil det dog alt andet lige indebære, at "danmark" samlet set får stigende udgifter til høreapparater.

Forslaget om at samle myndigheds- og finansieringsansvar for udlevering af høreapparater med offentligt tilskud i såvel offentligt som privat regi vurderes ikke at få konsekvenser for os.

Hvis høringssvaret giver anledning til spørgsmål, er I velkommen til at kontakte undertegnede.

Venlig hilsen
Allan Luplau
Administrerende direktør



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk med kopi til spok@sum.dk

Det Etiske Råd
Holbergsgade 6
1057 København K
Tel + 45 7221 6860
www.etiskraad.dk

Den 17. oktober 2012
J.nr.: 1209958
Dok. nr.: 1067207
UH

Vedrørende høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Det Etiske Råd takker for modtagelse af ovennævnte i høring.

Rådet har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen
på Det Etiske Råds vegne

Jacob Birkler
Formand

Camilla Flintholm Jensen

Fra: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Sendt: 22. oktober 2012 11:17
Til: Emil Niragira Rasmussen
Emne: VS: Høringssvar vedr. udkast til forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven

Fra: Helle Borg Larsen [mailto:hbl@patientombuddet.dk]
Sendt: 17. oktober 2012 15:10
Til: DEP Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Cc: DEP Sygehuspolitik Kontorpostkasse
Emne: Høringssvar vedr. udkast til forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 28. september 2012 anmodet om bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven.

Patientombuddet skal vedrørende klageadgang bemærke følgende:

Der har hidtil været klageadgang over kommunalbestyrelsens afgørelser vedrørende tilskud til høreapparatbehandling til det sociale nævn og Ankestyrelsen efter reglerne i retssikkerhedslovens kapitel 10.

Patientombuddet har noteret sig, at der efter lovudkastet fremover ikke vil være klageadgang over regionsrådets afgørelser om tilskud til høreapparatbehandling efter sundhedslovens § 70 a.

Patientombuddet kan hertil oplyse, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn henholdsvis Patientombuddet efter de gældende regler i §§ 1 og 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet såvel på nuværende tidspunkt som fremover kan behandle klager over den sundhedsfaglige behandling i forbindelse med høreapparatbehandlingen. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og/eller Patientombuddet kan således tage stilling til, om der er sket sundhedsfaglige fejl i forbindelse med undersøgelsen af patienten i forbindelse med høreapparatbehandlingen. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har således kompetence til at tage stilling til høreapparatbehandling, der er varetaget af speciallæger, uanset om behandlingen er foretaget i offentligt eller privat regi. Disciplinærnævnet har dog ikke kompetence til at tage stilling til høreapparatbehandling, der er varetaget af audiologiasistenten. Patientombuddet har imidlertid kompetence til at tage stilling til al høreapparatbehandling, herunder behandling varetaget af audiologiasistenten, forudsat at høreapparatbehandling er helt eller delvist offentligt finansieret.

Patientombuddet skal bemærke, at udkastet indebærer, at der fremover ikke er hjemmel til at behandle klager over f.eks. regionernes afslag på tilskud til høreapparatbehandling eller klager over tilskuddets størrelse eller beregningen af tilskuddet. En eventuel klageadgang herover forudsætter en ændring af klage- og erstatningslovens § 6.

Patientombuddet skal i øvrigt bemærke følgende:

Borgere, der benytter adgangen til frit at vælge en godkendt privat høreapparatleverandør, har hidtil været berettiget til befodringsgodtgørelse efter reglerne i § 25 i hjælpemiddelbekendtgørelsen, jf. Socialministeriets vejledning om hjælpemidler (vejledning nr. 6 til serviceloven).

Lovudkastet vil efter Patientombuddets opfattelse indebære, at retten til befodringsgodtgørelse fremover ikke vil følge af hjælpemiddelbekendtgørelsen. Spørgsmålet om befodringsgodtgørelse i forbindelse med høreapparatbehandling er ikke berørt i lovudkastet.

Det bør efter Patientombuddets opfattelse overvejes, i hvilket omfang retten til befordringsgodtgørelse i forbindelse med høreapparatbehandling skal videreføres og om dette forudsætter ændringer af lovgivningen (bekendtgørelsen om befordring eller befordringsgodtgørelse efter sundhedsloven).

Patientombuddet skal desuden henlede opmærksomheden på, at der bør tages højde for den foreslåede lovændring ved en kommende ændring af reglerne for tilskud efter sundhedsloven til varer og tjenesteydelser, der er købt eller leveret i et andet EU-/EØS-land, jf. bekendtgørelse nr. 1098 af 19. november 2008.

Patientombuddet har endelig bemærket, at det af lovudkastet fremgår, at der vil blive foretaget ændringer i cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber. Patientombuddet skal i den forbindelse venligst anmode om, at ombuddet bliver hørt i forbindelse med udstedelsen af de kommende regler.

Med venlig hilsen

Helle Borg Larsen
Kontorchef

Patientombuddet

T(dir.) 7228 6650

T(inst.) 7228 6600

hbl@patientombuddet.dk

www.patientombuddet.dk

Patientombuddet • Finsensvej 15 • DK2000 Frederiksberg

Fra: Peter Bak Mortensen

Sendt: 28. september 2012 13:01

Til: Helle Borg Larsen

Cc: Steffen Egesborg Hansen

Emne: VS: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Fra: POB Institutionspostkasse

Sendt: 28. september 2012 12:30

Til: Peter Bak Mortensen

Emne: VS: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Med venlig hilsen

Lis Bejerholm
Overassistent

 Patientombuddet

Telefon (direkte) +45 72 28 66 00

Telefon (institution) +45 72 28 66 00

Fax +45 72 28 66 01

E-mail pob@patientombuddet.dk

Hjemmeside www.patientombuddet.dk

Patientombuddet • Finsensvej 15 • DK-2000 Frederiksberg

Fra: Emil Niragira Rasmussen [<mailto:enr@sum.dk>]

Sendt: 28. september 2012 12:05

Til: 3f@3f.dk; admin@hjernesagen.dk; administration@dsff.dk; ae@aeldremobiliseringen.dk; aef@aeldreforum.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk; amerbs@rct-jylland.dk; bpedersen@rct-jylland.dk; amo@hospicesonderjylland.dk;



FOR
OG

**MINISTERIET
SUNDHED
FOREBYGGELSE**

apoterkerforeningen@apoterkerforeningen.dk; ast@ast.dk; center@humanrights.dk;
dadl@dadl.dk; dbio@dbio.dk; dch@dch.dk; delta@delta.dk; df@diabetes.dk;
dh@handicap.dk; dhf@dhf-net.dk; di@di.dk; DKF@kiropraktor-foreningen.dk;
dnvk@sum.dk; do@optikerforeningen.dk; dp@dp.dk; ds@socialrdg.dk; dsr@dsr.dk;
dt@datatilsynet.dk; due@sygeforsikring.dk; Epilepsihospitalet@filadelfia.dk; etf@etf.dk; fas@dadl.dk; fbr@fbr.dk;
ff@farmakonom.dk; fm@fm.dk; foa@foa.dk; fp@forsikringogpension.dk; frd@radiograf.dk; fysio@fysio.dk;
govsec@nanoq.gl; haslev@sclerosehospital.dk; hoeringssager@danskerhverv.dk; hospice@diakonissen.dk;
hospice@hospice.regionsyddanmark.dk; hospice@hospicedjursland.dk; hospice@sanktlukas.dk;
hospiceforum@hospice.dk; hospicefyn@hospice.regionsyddanmark.dk; hovedstaden@statsforvaltning.dk; OIM
Økonomi- og Indenrigsministeriet postkasse; info@arresoedal.dk; info@cancer.dk; info@danske-aeldreraad.dk;
info@danskepatienter.dk; info@dansktp.dk; info@deoffentligetandlaeger.dk; DKetik Institutionspostkasse;
info@gigtforeningen.dk; info@gnresound.dk; info@hosj.dk; info@hospicelimfjord.dk; info@hospice-vendsyssel.dk;
info@hospice-aalborg.dk; info@igldk.dk; info@lif.dk; info@lkt.dk; info@patientforeningen-danmark.dk;
info@patientsikkerhed.dk; info@pfl.dk; info@privatehospitaler.dk; info@rigsrevisionen.dk;
info@scleroseforeningen.dk; info@socialstyrelsen.dk; info@tandlaegeforeningen.dk; info@tinganes.fo;
info@ost@rcfm.dk; ism@ism.dk; kfst@kfst.dk; kl@kl.dk; kontakt@cfh.ku.dk; lasf@lasf.dk; lonedp123@gmail.com;
lvs@dadl.dk; mail@ankerfjordhospice.dk; mail@dukh.dk; mail@hoereforeningen.dk; mail@sjaelndiagnoser.dk;
middelfart@gigtforeningen.dk; midtjylland@statsforvaltning.dk; nordjylland@statsforvaltning.dk;
pd@pharmadanmark.dk; pf@patientforsikringen.dk; plo@dadl.dk; POB Institutionspostkasse; post@alzheimer.dk;
post@diaetist.dk; post@hjertereforeningen.dk; ptu@ptu.dk; randwetk@rm.dk; rct@rct.dk; regioner@regioner.dk;
regioner@regioner.dk; riomfr@fo.stm.dk; riomgr@gl.stm.dk; ry@sclerosehospital.dk;
samfund@advokatsamfundet.dk; sct.maria@hospice.regionsyddanmark.dk; sek@jordemoderforeningen.dk;
sekretariatet@vejleford.dk; sjælland@statsforvaltning.dk; skaelkoer@gigtforeningen.dk; Sundhedsstyrelsen
Institutionspostkasse; syddanmark@statsforvaltning.dk; tl@tl.dk; vihs@socialstyrelsen.dk; yl@dadl.dk;
 [aarhus@gigtforeningen.dk](mailto: aarhus@gigtforeningen.dk); amgros@amgros.dk; sm@sm.dk; fm@fm.dk

Emne: Høring - Forslag til Lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Se venligst vedhæftede høringsmateriale vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Med venlig hilsen

Emil Niragira Rasmussen
Fuldmægtig, Sygehuspolitik

Direkte tlf. 7226 9468
Mail: enr@sum.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse • Holbergsgade 6 •
1057 København K • Tlf. 7226 9000 • Fax 7226 9001 • www.sum.dk

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk



Høreforeningen

Kløverprisvej 10 B, 1

2650 Hvidovre

Tlf.: +45 3675 4200

mail@hoeforeningen.dk

www.hoeforeningen.dk

Hvidovre, den 17. oktober 2012

Høringsvar til høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Indledningsvis skal Høreforeningen takke for muligheden for at kommentere lovforslaget. Betingelserne for behandling af høretab har stor betydning for de ca. 350.000 mennesker i Danmark, som har hørenedsættelse, tinnitus og andre hørelidelser, som behandles med høreapparat.

Ny model for høreomsorgen i Danmark

Høreforeningen lancerede for noget tid siden en ny model for høreomsorgen under overskriften ”Sammenhæng i høreapparat-behandlingen”. Modellen har som udgangspunkt, at borgeren får en nem og gennemskelig adgang til at få foretaget høreundersøgelse, blive behandlet med høreapparat, herunder udvælgelse af apparattype, tilpasning, justering og efterbehandling.

Sammenhæng handler om at sikre, at den medicinske undersøgelse af borgerens hørestatus er grundlaget for det efterfølgende forløb, hvori blandt andet indgår:

- Instruktion i brug af høreapparat
- Vurdering af behov for supplerende tekniske hjælpemidler
- Vurdering af behov for kompenserende specialundervisning og/eller specialrådgivning
- Opfølgning på behandlingen
- Kvalitetssikring af behandlingen, - som ikke må forveksles med tilfredshedsundersøgelser

Mange ligger under for den misforståelse, at man - ligesom med briller - blot tager et høreapparat på, og så er man afhjulpnet for sit hørehandicap. Sådan er det desværre ikke! Kompensation for en hørenedsættelse forudsætter en grundig tværfaglig indsats, en længerevarende tilvænnning og mulighed for løbende teknisk, pædagogisk og rådgivningsmæssig opfølgning. Alle de elementer, der dækkes af begrebet **rehabilitering**.

Høreforeningen mener derfor, at da den pædagogiske efterbehandling og genoptræning har så stor betydning for en succesrig høreapparattilpasning, bør også denne del hænge sammen med selve høreapparatbehandlingen. Der henvises i øvrigt til Dansk Standards Vejledning og krav til udbydere af høreapparattilpasning - DS/EN 15927:2011

Ventetider

Siden 2000 har mennesker med høretab haft mulighed for at vælge behandling på såvel den offentlige audiologiske afdeling eller hos en privat høreapparatforhandler med det formål at fjerne ventelisterne på de offentlige høreklinikker. Dette er ikke lykkedes; man har blot fået flyttet fagpersonalet fra de offentlige høreklinikker til de private forhandlere.

Den lange ventetid på de fleste offentlige audiologiske afdelinger har dog for mange borgere gjort dette valg helt illusorisk. For hørehæmmede i den erhvervsaktive alder er hørelsen en forudsætning for at bestride arbejdet. Man kan sige, at deres erhvervsevne sidder i de velfungerende høreapparater! For denne gruppe lader det sig ikke gøre at vente op til to år for at blive høreapparatbehandlet, og de vil derfor fortsat være tvunget til at købe et høreapparat med tilskud og egenbetaling. Og vi ved fra ministeriets egen rapport, at 70 % af de, der køber høreapparater privat, selv må betale gennemsnitlig ca. kr. 2.500 ekstra med det nuværende tilskud på 5.607 kr.

Høreforeningen ønsker, at høreapparatbehandling omfattes af sundhedslovgivningens ventetidsgaranti, som det fungerer med det udvidede frie sygehusvalg. Herved kan man sikre hurtig og effektiv adgang til høreapparatbehandling, hvor fokus er på kvaliteten i behandlingen.

I forvejen nævner bekendtgørelsen til Sundhedslovens § 2, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet, herunder at opfylde behovet for kort ventetid på behandling. Regionerne, tidligere amterne, har ikke formået at leve op til dette krav om kort ventetid.

Med et estimeret tab på op mod kr. 2,7 mia. årligt i mistede arbejdsproduktionsindtægter - SFI's rapport "Uhørt" fra 2006 - er der absolut samfundsøkonomisk belæg for at sikre, at denne handicapgruppes potentiale ikke formindskes på grund af lange ventetider på relevant behandling.

Kommentarer til lovforslaget

Høreforeningen ser med tilfredshed på flytningen af det samlede område til sundhedslovgivningen. Det har længe været en politisk mærkesag for Høreforeningen, at kommunerne ikke skulle være et forsinkende sagsbehandlende led.

Høreforeningen ønsker gratis høreapparater til alle borgere. Dette ønske begrundes dels i vigtigheden af, at borgeren sikres den korrekte kompensation for sit høretab, dels i erfaringer om, at en del mennesker ikke har økonomiske midler til at dække egenbetalingen ved køb hos en privat forhandler. Et lavere tilskud vil blot forøge denne gruppe af borgere. Høreforeningen gentager sit forslag om at lade behandling af høretab være omfattet af den offentlige behandlingsgaranti som ved det udvidede frie sygehusvalg.

Høreforeningen har på den baggrund ingen konkrete forslag til tilskuddets størrelse.

Høreforeningen er ikke enig i lovforslagets oplæg til, at der skal gå fem år, før en borger kan tildeles nyt høreapparat. Den tekniske udvikling på høreapparatområdet går utroligt hurtigt, ligesom undersøgelser dokumenterer, at et høreapparat allerede efter ca. to år har mistet sin positive effekt, helt markant ved brug i støjende omgivelser, jf. EHIMA-undersøgelse fra 2009.

Høreforeningen er meget enig i lovforslagets overvejelser om at sikre ensartede kvalitetsundersøgelser og mener, at disse dels skal være landsdækkende, dels skal omfatte såvel den offentlige som den private sektor.

På Høreforeningens vegne



Søren Dalmark
Landsformand



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt pr. mail til sun@sum.dk med kopi til spok@sum.dk

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

KL har modtaget udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater) i høring. Ifølge udkastet skal forslaget til lov træde i kraft 1. januar 2013.

Forslaget til lovændringer indeholder forslag om, at udlevering og finansiering af høreapparater og høreapparatbehandling samles i sundhedsloven. Regionerne får dermed det samlede myndighedsansvar og finansieringsansvar for udlevering af høreapparater i offentligt og privat regi.

KL har ikke haft mulighed for en politisk behandling af forslaget inden høringsfristen. Derfor tager KL forbehold for en efterfølgende politisk behandling af udkastet. Ligeledes tager KL forbehold for de økonomiske konsekvenser af forslaget.

KL har en række bemærkninger til forslaget, som gennemgås i det følgende.

Vedligeholdelse af høreapparater, udskiftning af batterier mv.

Det fremgår af forslaget, at regionsrådet fremover får ansvaret for tilskud til høreapparatbehandling. Det fremgår af forslaget, at kommunernes ansvar i dag omfatter høreprøve, høreapparat, tilpasning, service og garanti og er inkl. moms. I henhold til bekendtgørelse nr. 743 af 27. juni 2011 om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven (hjælpemiddelbekendtgørelsen) omfatter kommunens ansvar i dag også hjælp til reparation og udskiftning, herunder vedr. vedligeholdelse og batterier.

Den 17. oktober 2012

Jnr 09.00.14 G01
Sagsid 000244373

Ref RIL
ril@kl.dk
Dir 3370 3238

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

Tlf 3370 3370
Fax 3370 3371

www.kl.dk

1/4

Af forslaget § 1 fremgår det, at de eksisterende bestemmelser i lov om social service om støtte til høreapparat som hjælpemiddel ophæves, hvorved grundlaget for de i medfør af loven fastsatte bestemmelser i hjælpemiddelbekendtgørelsen ligeledes bortfalder.

Samtidig indføres en bestemmelse i sundhedsloven, jf. forslaget § 2, hvorefter regionsrådet yder tilskud til høreapparatbehandling til personer over 18 år efter regler fastsat af ministeren for sundhed og forebyggelse.

KL anbefaler, at det tydeliggøres i forslaget, at kommunernes ansvar for service og garanti, herunder hjælp til reparation, udskiftning, vedligeholdelse og batterier (jf. de aktuelle regler i hjælpemiddelbekendtgørelsen) også fremover overgår til regionsrådet.

Sammenhæng til andre kommunale opgaveområder

Det fremgår ikke af forslaget, hvem der fremover skal have ansvar for en række kommunale opgaver, der er relateret til høreapparatbehandlingen.

Det drejer sig særligt om følgende opgaveområder:

- *Undervisning i brug af høreapparater og kompensation for høretab.* Kommunen kan i dag henvise borgere med høreapparat til specialundervisning for voksne på kommunale og regionale kommunikationscentre. Borgerne kan her modtage undervisning i, hvordan de bedst muligt udnytter høreapparatet i hverdagen, håndtering af høretab, supplerende teknikker som mundaflæsning og andre kommunikationsstrategier, håndtering af særlige høreproblemer (f.eks. høretræning til Cochlear Implant, tinnitus, lydfølsomhed), samt håndtering af kombinerede problematikker (f.eks. demens og hørenedsættelse, hjerneskade og hørenedsættelse, svagsynede med hørenedsættelse, m.m.).
- *Høreomsorgen.* Kommunen yder i dag støtte til borgerne i forhold til den almene brug af høreapparatet i hverdagen. Støtten har sammenhæng med og er en del af den omsorg og støtte, som kommunen i øvrigt tilbyder jf. serviceloven. Denne støtte imødekommer de svageste borgeres behov for lokal hjælp til simple betjenings- og vedligeholdelsesopgaver relateret til høreapparatet, formidling af kontakt til kommunikationscentrene, når dette er nødvendigt, mv.
- *Øvrige høretekniske hjælpemidler.* Borgere med behov for høreapparatbehandling kan have behov for andre høretekniske hjælpemidler. Det kan for eksempel være indretning i hjemmet eller på arbejdspladsen. Disse hjælpemidler bevilges i dag af kommunen jf. de generelle regler i servicelovens § 112.

KL anbefaler, at det præciseres i lovforslaget, at disse opgaver fortsat løses af kommunerne.

Kommunale høreklivnikker

Flere kommuner har etableret kommunale høreklivnikker. Høreklivnikkerne er dels oprettet med henblik på at imødekomme borgernes behandlingsbehov, dels for at støtte op om borgernes ret til frit valg af høreapparat. Der er i forslaget ikke taget stilling til den fremtidige drift af de kommunale høreklivnikker.

KL foreslår, at de kommunale høreklivnikker fremadrettet skal indgå som en del af de audiologiske afdelingers/regionernes kapacitet på høreapparatområdet. Dette kunne medvirke til at sikre behandling af borgere med ukomplicerede høretab, og medvirke til at sikre borgerne reelt frit valg på området.

KL foreslår, at det indarbejdes i forslaget, at regionerne kan lave leverandøraftaler med kommunerne, således at de kommuner, der har høreklivnikker m.v. kan fortsætte med den rolle, de har haft hidtil på området.

Afgrænsningscirkulæret

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser, at forslaget vil give anledning til at justere det af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udstedte cirkulære nr. 149 af 21. december 2006 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet.

Jf. lovforslaget vil justeringen ske med henblik på, at det skal fremgå af cirkulæret, at udgifter til høreapparater afholdes i det regionale sygehusvæsen. KL anbefaler, at der samtidig tages stilling til behovet for at foretage andre justeringer af cirkulæret, jf. breve til ministeren for sundhed og forebyggelse fra henholdsvis KL af 6. januar 2012 og fra Danske Handicaporganisationer i samarbejde med en række andre interesseorganisationer af 10. juli 2012.

Sagsbehandling af ansøgninger indgivet før 1. januar 2013

Det fremgår af forslagets § 3, stk. 2, at ansøgninger om tilskud til høreapparater efter § 112, stk. 5, i lov om social service indgivet før lovens ikrafttræden behandles efter de hidtil gældende regler.

KL anbefaler, at det præciseres, hvad det betyder for de borgere, der søger om et høreapparat inden 1. januar 2013, og efterfølgende får bevilget et høreapparat. Herunder bør det præciseres, hvordan sagsbehandlingen skal være i sagerne fremadrettet.

Der er bl.a. behov for at følgende problemstillinger afklares og tydeliggøres:

- Hvilken myndighed vil have ansvaret fremover for tilpasning, service, hjælp til reparation, vedligeholdelse, samt batterier til høreapparater, der er søgt om inden den 1. januar 2013?
- Jf. forslaget har borgere med privat udleveret høreapparat tidligst ret til at få et nyt høreapparat efter fire år efter de nuværende regler, dog med visse undtagelser. Skal disse retningslinjer også gælde fremover for borgere, som har indgivet ansøgning om et høreapparat inden 1. januar 2013?

Overlevering af opgaven til regionerne

Ifølge udkastet skal forslaget til lov træde i kraft 1. januar 2013. Jf. regeringens lovkatalog forventes forslaget at blive fremsat og vedtaget af Folketinget i november 2012. Det betyder, at kommuner og regioner får meget kort tid til dels at overlevere opgaven, dels få administrationen efter de nye regler til at fungere.

KL vil arbejde for en smidig overgang af høreapparatområdet fra kommuner til regionerne, når lovændringen er vedtaget. Det kan dog ikke udelukkes, at der vil være administrative problemstillinger vedr. overgangen, der ikke kan løses inden den 1. januar 2013.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

sum@sum.dk

cc: spok@sum.dk

17. oktober 2012

Isl

Høringssvar vedrørende lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har følgende bemærkninger:

Det fremgår af det sammenfattende skema over konsekvenser af lovforslaget, at borgere ikke vil opleve nogle negative konsekvenser/medudgifter. Dette stemmer ikke overens med Ældre Sagens opfattelse af konsekvenserne for borgerne, hvis loven vedtages i den foreslåede form. Særligt den betydelige nedsættelse af tilskuddet til høreapparater kan føre til, at borgere med nedsat hørelse køber apparater af dårligere kvalitet, evt. slet ikke anskaffer et høreapparat eller søger behandling hos det offentlige med meget lange ventetider. Det kan altså føre til en dårligere eller udskudt behandling af høretabet, hvilket dokumenteret har betydelige negative konsekvenser.

F.eks. fremgår det af SFI's rapport "Uhørt" fra 2006, hvilke konsekvenser det har for hørehæmmede, hvis de ikke får behandlet deres høretab. Nedsat hørelse kan ifølge rapporten have konsekvenser i forhold til hørehæmmedes tilknytning til arbejdsmarkedet, følelse af ensomhed og livskvalitet i det hele taget. Det er derfor vigtigt, at der er en tilgængelig hørebehandling af høj kvalitet i Danmark.

For Ældre Sagen er det ikke afgørende, om behandlingen foregår i det offentlige eller det private, men det er vigtigt, at der uanset borgerens økonomiske formåen tilbydes behandling af god kvalitet, og at man ikke skal vente uforholdsmæssig lang tid på at få behandlet sit høretab. Ligesom det er vigtigt, at det er gennemskueligt for borgere, der skal have høreapparat, hvilken konsekvens det har at vælge behandling henholdsvis i det offentlige eller det private. Ældre Sagen skal derfor opfordre til enten at opgive den foreslåede nedsættelse af tilskuddet, eller at opgradere den offentlige behandling af hørenedsættelse og indføre en behandlingsgaranti, så de uacceptabelt lange ventetider afskaffes.



Overflytning af høre-området til sundhedsloven

Ældre Sagen finder det fornuftigt, at området overflyttes til regionerne under sundhedsloven, da det giver en klarer og enklere struktur for borgerne, og området falder naturligt herunder, da der er tale om behandling af høretab.

Det fremgår ikke af lovforslaget, om overflytningen betyder, at høreapparatsbehandling fremover vil være omfattet af det frie sygehusvalg og dermed blive omfattet af behandlingsgarantien. Ældre Sagen mener, at der bør være en behandlingsgaranti svarende til de øvrige områder under sundhedsloven, da det er uacceptabelt, at man kan risikere at skulle vente op mod 110 uger eller over to år på den første undersøgelse, når man har fået konstateret sit høretab.

Nedsættelse af tilskuddet

Ældre Sagen vurderer, at det kan få betydelige konsekvenser, hvis tilskuddet nedsættes så voldsomt, som foreslået. Det fremgår af kulegravningsrapporten, at ca. 75% af dem, der vælger behandling i det private, har en egenbetaling i forbindelse med deres køb af høreapparat. Nedsættelsen af tilskuddet vil højst sandsynligt betyde, at flere vælger at få behandling i det offentlige, hvilket vil føre til øgede ventetider. Dette kan føre til større ulighed, da det er dem, der har råd til den ekstra egenbetaling, der vil vælge de private klinikker, mens de, der ikke har råd, må stille sig i køen i det offentlige. En anden konsekvens kan være, at nogle helt fravælger at få gjort noget ved deres høretab.

Ifølge www.ventetider.dk er ventetiden til den første undersøgelse i forbindelse med behandling af høretab mellem 3 og 110 uger, hvilket er urimelig lang tid at vente på en undersøgelse. Det fremgår ikke af lovforslaget, om der er foretaget nogle beregninger på, hvad betydningen af lovforslaget bliver for ventetiderne. Ligesom det ikke fremgår, om der er taget stilling til, om man vil øge kapaciteten i det offentlige for at undgå endnu længere ventetider. Disse konsekvenser bør belyses.

Det er endvidere sandsynligt, at det nedsatte tilskud vil føre til, at de høreapparater, der vil blive udleveret fremover, ikke er af samme kvalitet, som dem der bliver udleveret i dag. Det er ikke klart dokumenteret, hvor udbredt skuffeapparater er, men det kan frygtes, at antallet vil stige, hvis de høreapparater, der bliver anskaffet, er af ringere kvalitet.

Nedsættelse af arbejdsgruppe

Det fremgår af lovforslaget, at der skal nedsættes en faglig arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen, der bl.a. skal se på mulighederne for at stramme tilkendelseskriterierne til høreapparatbehandling. Ældre Sagen finder ikke, at der er behov for dette. Vi tror ikke, at personer, der ikke har behov for høreapparat, vil søge tilskud til en sådan behandling. Ved at stramme tilkendelseskriterierne rammer man derfor personer, som har behov for og kan få glæde af at få behandlet sit høretab.



Ældre Sagen synes det er fornuftigt, at arbejdsgruppen har mulighed for at foretage en yderligere faglig vurdering af problemstillingerne i kulegravningsrapporten vedrørende kvalitet og gennemsigtighed.

Venlig hilsen

Ældre Sagen
Bjarne Hastrup
Adm. direktør



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

København, den 17. oktober 2012

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har fremsendt udkast til lovforslag om ændring af lov om social service og sundhedsloven vedrørende samling af høreapparatområdet og ændret tilskud til høreapparater.

Dansk Kiropraktor Forening har ikke bemærkninger til forslaget.

Med venlig hilsen

Annette Bonne
Chefkonsulent

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Sygehuspolitik
Sendes til sum@sum.dk
Cc: spok@sum.dk

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

STRANDGADE 56
DK-1401 KØBENHAVN K
TEL. +45 32 69 88 88
FAX +45 32 69 88 00
CENTER@HUMANRIGHTS.DK
WWW.MENNESKERET.DK
WWW.HUMANRIGHTS.DK

Dato 17.10. 2012
J.nr.: 540.10/27918/DETS

Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ved e-mail af 28. september 2012 anmodet om Institut for Menneskerettigheders eventuelle bemærkninger til ovennævnte udkast.

Det er en generel forpligtelse i FN's handicapkonvention, at Danmark skal fremme eksistensen og anvendelsen af hjælpemiddelteknologi, som er egnet for personer med handicap, med særlig vægt på teknologi til en overkommelig pris, jf. artikel 4, stk. 1, afsnit g. Det skyldes bl.a., at formålet med konvention er at give personer med handicap mulighed for fuldt ud at nyde alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder på lige fod med andre.

Institut for Menneskerettigheder noterer med tilfredshed, at lovforslaget lægger op til, at høreapparatbehandling i offentligt regi fortsat skal være vederlagsfri for borgeren. Det er en politisk-økonomisk vurdering, hvordan høreapparatbehandlingen skal organiseres, herunder om der – som forslaget lægger op til – fremover skal gives mindre tilskud til høreapparatbehandling i privat regi.

I dag er der mange steder lang ventetid på høreapparatbehandling i offentligt regi. Nedsættelsen af tilskuddet må forventes at medføre, at endnu flere borgere end hidtil vil vælge en høreapparatbehandling i offentligt regi fremfor i privat regi.

Institut for Menneskerettigheder er i den forbindelse opmærksom på den foreslåede samling af myndighedsansvaret og den heraf følgende forventede forenkling af sagsbehandlingen, samt på planerne om senere at evaluere bl.a. udviklingen i ventetiden i offentligt regi.

Det er imidlertid velkendt, at et høretab kan have en række negative konsekvenser for den enkelte borgers sociale liv og tilknytning til arbejdsmarkedet, dvs. for det nævnte formål med handicapkonventionen. Lang ventetid på høreapparater er derfor uheldig.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler på den baggrund – med henblik på at fremme den enkeltes menneskerettigheder – at der allerede i forbindelse med de foreslåede ændringer er fokus på, hvordan det kan sikres, at borgeren ikke oplever en lang ventetid på høreapparatbehandling i offentligt regi.

Der henvises til sags nr. 1206602.

Med venlig hilsen

Dennis Toft Sørensen

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K.

19. oktober 2012

Vedrørende forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Stenløse Hørecenter er ikke direkte indbudt til at afgive høringssvar vedrørende den ovennævnte lovgivning. Men som en mindre privat aktør på høreområdet tillader vi os imidlertid at indsende et høringssvar, da vi tror, at det i den videre lovgivningsproces kan være værdifuldt for ministeriet og for det politiske system at få et perspektiv på forslaget fra en mindre, privat aktør i branchen.

Vi vil især koncentrere vores høringssvar om tre områder, hvor vi mener, at der er behov for justeringer i forslaget. Det vedrører spørgsmålet om halvt tilskud til høreapparat på det andet øre, ændring af genudleveringsperioden samt forslagets ikrafttrædelsestidspunkt.

Indledende bemærkninger

Indledningsvis vil vi fremhæve, at vi er meget tilfredse med, at høreapparatområdet nu samles lovgivningsmæssigt i sundhedsloven og i praksis kun skal håndteres af regioner. Det forenkler finansieringen og administrationen. Og det skaber større, fagligt bæredygtige enheder i regionerne.

Stenløse Hørecenter har forståelse for, at der politisk er brug for også på det her område at finde besparelser, og at det påvirker størrelsen af tilskuddet til høreapparatbehandling i det private. Men vi er samtidig enige med de mange, der har gjort opmærksom på, at en så markant nedsættelse af tilskuddet uundgåeligt vil medføre stigende egenbetaling, endnu længere ventelister i det offentlige, og dårligere service, især i udkantsområder med et lavere patientunderlag.

Halvt tilskud til det andet øre

Det anføres i bemærkningerne til lovforslaget, at tilskuddet fremover tænkes adskilt i en takst på 2.000 kr. for selve apparatet, og 2.000 kr. som tilskud til behandlingen. I den sammenhæng fremhæves det, at det ikke anses for væsentligt mere arbejdskrævende at behandle to ører. Det er baggrunden for at reducere tilskuddet til det andet øre, så det kun dækker apparatet.

De 2.000 kr. til behandlingen skal ifølge bemærkningerne til lovforslaget bl.a. omfatter høreprøve, tilpasning, service og garanti. Både tilpasning, service af apparatet, herunder løbende justeringer, eventuelle reparationer mv. er potentielt lige så omfattende for det andet høreapparat som for det første. Det er alene i forbindelse med høreprøve og general servicering af patienten, at der ikke er tale om dobbelt arbejde.

Realiteten er, at det ikke kan lade sig gøre inden for et tilskud på 2.000 kr. at finansiere høreapparatet, tilpasse det, samt løbende justere og foretage eventuelle reparationer på det i op til 5 år. Derfor vil det kræve en noget større egenbetaling, hvis patienter har brug for høreapparat på begge ører. Det er ikke alle danskere, der har råd til det. Så resultatet kan meget let være, at nogle vælger kun at få et høreapparat, selv om de har brug for to. Det er en dårlig løsning for dem og for samfundet, fordi det ikke i tilstrækkelig grad afhjælper deres høretab.

Vi anbefaler derfor, at tilskuddet på det andet øre sættes op, så der er mulighed for også at dække udgifter til tilpasning, justeringer, service og garanti for det høreapparat.

Længere genudleveringsperiode

Det anføres i bemærkningerne til lovforslaget, at mange i dag gør brug af at få et nyt høreapparat efter 4 år, selv om deres høreapparat stadig er velfungerende. Derfor foreslås det at forøge genudleveringsperioden fra 4 til 5 år.

Høreapparatområdet er et af de områder, hvor vi i de sidste 10-15 år har set de største teknologiske fremskridt. Det betyder, at patienter i dag får en markant bedre afhjælpning af deres høretab end for blot 10 år siden på grund af langt bedre teknologiske løsninger. Den udvikling forventer eksperter vil forsætte. Det betyder, at et høreapparat efter blot 2-3 år i dag ofte slet ikke er tidssvarende.

En del høreapparater fungerer naturligvis fortsat efter 4 år. Men behandling af høretab handler vel i høj grad om at få så god en afhjælpning af høretabet som muligt. Forslaget vil betyde, at de mennesker, der ikke selv har råd til at betale, skal vente endnu længere tid med at få en mere optimal behandling af deres høretab, i takt med at teknologien i høreapparaterne konstant forbedres.

Dertil kommer, at antallet af efterjusteringer, genbesøg og reparationer vil stige markant, fordi høreapparaterne især i den sidste del af deres levetid får flere tekniske problemer på grund af almindelig slidtage. Det harmonerer dårligt med, at tilskuddet nu reduceres markant og sættes helt ned til det 2.000 kr. for det andet øre, så der slet ikke er afsat ressourcer til ekstra service af de høreapparater.

Vi skal på den baggrund anbefale, at genudleveringsperioden fastholdes på de nuværende 4 år.

Kort frist for ikrafttræden

Lovforslaget er fastsat til ikrafttræden den 1. januar 2013, selv om forslaget efter lovprogrammet først behandles i Folketinget i løbet af november. Den hurtige ikrafttræden skyldes givetvis et ønske om at få fuld virkning af de økonomiske besparelser for 2013.

Men regeringen må have respekt for, at en så markant ændring af regelgrundlaget for hele området, også kræver en lang række omlægninger hos de private leverandører. Der er brug for at ændre en række procedurer og forretningsmæssige forhold. Og det kan vi reelt ikke gå i gang med at gøre, før vi kender den endelige lovtekst og det samlede regelgrundlag.

Derudover kan vi være bekymrede for, om regionerne kan nå at have de administrative enheder klar til 1. januar 2013, så borgerne ikke oplever større forsinkelser på området. Det vil være uheldigt, hvis en større omlægning af administrationen af regelsættet ikke er helt på plads, før den skal træde i kraft.

Vi anbefaler derfor, at forslagets ikrafttræden skydes et halvt år.

Vi håber, at vores bemærkninger vil indgå i den videre behandling af lovforslaget.

Med Venlig hilsen

Per Majgaard
Stenløse Hørecenter

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt pr. e-mail til:
sum@sum.dk
spok@sum.dk

København den: 19-10-2012

Med henvisning til høringsbrev af 28. september 2012 (sags nr.120662) takker PAKS (Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning) for muligheden for at sende foreningens hørings svar og bemærkninger til:

Udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

Kommentar:

Vi har fuldt forståelse for at der af samfundsøkonomiske årsager ønskes besparelser på høreapparatområdet.

Vi har dog ikke forståelse for at regeringen ønsker at lægge besparelserne på den behandlings vej der ud af 3 veje, i forvejen er den billigste, har det hurtigste behandlings forløb, den bedste service, samt er den mest lokalt placeret i forhold til hver enkelt høreapparat bruger.

Vi ser lovforslaget som en politisk nedslagning af de private høreklinikker.

Vi forudser at lovforslaget vil afstedkomme lukning af mange private høreklinikker og dermed efterlade mange hørehæmmede borgere uden mulighed for efterjusteringer og service.

Vi forudser at der efter lovforslaget kun vil være få private høreklinikker, primært i større byer, dette vil medføre at hørehæmmede i land- og ydre distrikter vil have vanskeligere ved at få hørehjælp.

Lovforslaget vil desuden betyde større egenbetaling, for de brugere der ønsker en privat høreapparat behandling, i de klinikker der måtte blive tilbage.

Der vil efter nedsættelse af tilskuddet ikke længere kunne behandles med høreapparater uden egenbetaling i privat regi. Hvilket vil gå ud over de borgere der ikke har midler til egenbetaling, disse borgere vil ikke have andet valg end at vente på behandling i offentligt regi.

Vi forudser at lovforslaget vil øge presset på de offentlige høreklinikker markant, med deraf følgende længere ventelister, større offentlige udgifter til efterjusteringer, større offentlige udgifter til kørsel, medføre flere "skuffe apparater" samt øge den sociale isolation blandt hørehæmmede.

Vi ser i forslaget, at der er lagt op til endnu mere konkurrenceforvridende løsninger, som på ingen måde kan ende i brugerens favør.

Endvidere mangler lovforslaget i bemærkningerne og den bagved liggende kuglegravnings rapport en dybere forståelse for hvad høreapparatbehandling er.

Der er endvidere en række faglige og faktuelle fejl i de antagelser og beregninger der ligger bagved lovforslaget. Antagelser og betragtninger som er hjørnestene i regeringens retfærdiggørelse af dette voldsomme lovforslag, som vil have konsekvenser for de 300.000 danske høreapparatbrugere, og for samfundet i sin helhed.

Vi er også betænkelige ved at den arbejdsgruppe regeringen har nedsat i regi af sundhedsstyrelsen ikke er repræsenteret af personer der er uddannet i at tilpasse høreapparater. Derimod tæller gruppen personer med personlige økonomiske interesser i udfaldet af gruppens arbejde, hvilket forekommer yderst u-fagligt, uprofessionelt og udemokratisk. Alle implicerede parter bør inviteres med, hvilket vil give en bedre og bredere forståelse for det komplekse område.

Uddybende kommentarer til bemærkningerne:

2.2.1. Myndigheds- og finansieringsansvaret for høreapparatområdet.

Vi ser ikke umiddelbart nogen anledning til indsigelser imod at flytte Myndigheds- og finansieringsansvaret for høreapparatområdet fra socialministeriet til sundhedsministeriet, dette afhænger dog af de bekendtgørelser der træder istedet for de pt. gældende^{1,2}

Vi er dog betænkelige ved hvad regionerne har af planer for området.

2.2.2. Bemyndigelsesbestemmelser vedr. vilkår for tilskud til høreapparatbehandling.

- **"vil den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse endvidere blive anvendt til at nedsætte det nuværende tilskud på 5.607 kr. til høreapparatbehandling, således at der ydes 4.000 kr. i tilskud til behandling på ét øre,"**

Bemyndigelse til at nedsættelse af tilskuddet fra 5.607 kr. til 4.000 kr. begrundes i at priserne på offentligt indkøbte apparater er faldet. Tilskuddet skal dog dække mere end selve høreapparatet, da en høreapparatbehandling udover selve høreapparatet omfatter forundersøgelser, rådgivning, vejledning i høreapparatvalg, aftryk, ørepropper, tilpasning, instruktion i høreapparatet, tilpasning og instruktion af tilbehør, efterkontrol, efterjusteringer i service perioden, garanti, mm.

Behandling og service af høreapparatbrugere er en langvarig proces der ofte kan omfatte mange besøg over hele høreapparatets service periode.

Taksterne for **behandling med høreapparater** i de to andre behandlings veje er stadig de samme, offentlige Audiologiske klinikker (DAGS takster) og behandling hos øre-næse-halslæge via rammeaftale med regionerne (takst 5007, 5008, 5018) som oven i købet yderligere er reguleret **op** pr, 1 oktober 2012 !!

Hørelsen svækkes naturligt med alderen fra 50 årsalderen med ca. 1 dB på år (2000Hz, mænd) og en høreapparatbruger har derfor behov for justering af sine høreapparater i takt med denne nedsættelse. Med det nuværende tilskuds niveau på 5607,- pr øre + plus egenbetaling har det været muligt at tilbyde fri efterjustering i en 4årig periode. Det vil ikke være muligt efter en nedsættelse af tilskuddet.

- **"og 6.000 kr. i tilskud til behandling på 2 ører (2012-priser)."**
- **"Samtidig anses det ikke for væsentligt mere arbejdskrævende at behandle 2 ører"**

Dette er ukorrekt!

Begrundelsen for dette forslag, er at det påstås i bemærkningerne, at det ikke er dyrere at behandle og servicere binaural v. monaural. Denne påstand kan kun komme fra en total mangel på indsigt i høreapparatbehandling. Det er kun den forudgående undersøgelse af hørelsen der er lige tidskrævende, da man altid tester hørelsen på begge ører. De efterfølgende procedurer, aftrykstagning, tilpasning, justering og service tager mere end den dobbelte tid med to høreapparater i forhold til et.

Et øreftryk af det højre øre kan ikke bruges til et venstre apparat, så der SKAL tages aftryk af begge ører med forudgående otoskopi af BEGGE ØRER **dette tager præcis den dobbelte tid !**

Hørelsen på højre og venstre øre er aldrig helt ens, der skal derfor ved binaural tilpasning og efterfølgende justeringer bruges tid på finjustering i forhold til de binaural forskelle ligesom der skal bruges tid på justering i forhold til brugerens opfattelse af lyd balance imellem de to høreapparater. **Dette tager ofte mere end den dobbelte tid i forhold til monaural tilpasning!**

Ved binaural tilpasning og efterjusteringer skal der bruges tid til indstillinger og instruktion af det samspil der er imellem de to høreapparater (binaural synkronisering og kontrol) **Dette tager ekstra tid i forhold til monaural tilpasning!**

Ved service og garanti reparationer af høreapparater skiftes der komponenter i apparater der har indflydelse på forstærkningen, dette medfører en efterfølgende justering af apparatet igen med finjustering og balance imellem de to apparater **Dette tager ekstra tid i forhold til monaural efterjustering!**

Service og garanti på to apparater er **dobbelt så tidskrævende i forhold til et høreapparat!**. idet der er tale om to adskilte apparater der kræver service, justeringer, reparationer uafhængigt af hinanden. I modsatfald må ministeriet forklare hvordan apparat nummer 2 kan vide at det ikke må gå i stykker og efterfølgende ikke skal justeres!

- ***"Dette er allerede i dag afspejlet i takstafregningen i forhold til de regionale audiologiske klinikker og de praktiserende ørelæger".***

Dette er ukorrekt!

En praktiserende ørelæge med rammeaftale får takst 5008 for en monaural tilpasning og takst 5008+5108 for en binaural tilpasning³.

Yderligere takseres **efterjusteringerne** jo med yderligere Kr.1.898,80 (takst 5108) for øre-læger og Kr. 1.265,- (takst DAGS BG50A+DG30S) for de offentlige audiologiske afdelinger. Dette vil sige at en høreapparatbruger kan få efterjustering af det højre høreapparat (f.eks. efter reparation) i den ene måned

for derefter at få justeret eller serviceret det venstre apparat i den efterfølgende måned , dette giver ca. den dobbelte udgift for binauralt behandling i forhold til monauralt behandling. (ca. da det kan forekomme at brugeren venter med at få justeret sit ene apparat til det andet apparat også trænger til justering, i sådanne tilfælde takseres kun en gang)

Frekvensen og de heraf følgende udgifter af disse efterjusteringer fremgår ikke af kuglegravnings rapportens udregninger, men hvis det antages at der foretages en efterjustering hvert andet år pr. bruger (hvilket er lavt sat i forhold til frekvensen af efter og service justeringer i private høreklivikker) bliver beløbet 2 * Kr. 1.898,- = 3796,- eller 2 * Kr. 1,265.- = 2530,- i ekstra offentlig udgift pr. høreapparat bruger!! (dette skal og burde dog undersøges nærmere)

Desuden er der også en anden udgift forbundet med høreapparat behandling i det offentlige, nemlig undervisning m.m. på høreinstitutionerne, dette er også ydelser der koster penge. Denne funktion varetages i dag i høj grad af de private høreklivikker selv, uden merudgift.

En sådan takst aflønning for efterjusteringer findes der ikke i den private tilskuds ordning, her kan der kun ydes ét tilskud pr. øre i hele perioden!

- ***"Fremadrettet ønskes dette tilskud opdelt i en takst for selve høreapparatet på 2.000 kr., mens de resterende 2.000 kr. omfatter tilskud til behandlingen, dvs. høreprøve, tilpasning, service og garanti. Det indebærer således, at der kun ydes tilskud til selve apparatet (og hermed ikke behandling) på 2. øre (2.000 kr.) ved behandling på 2 ører".***

En behandlings pris på 2000,- for binaural høreapparat behandling inklusiv høreprøve, tilpasning, service og garanti ? Er urealistisk lavt. Til sammenligning har regeringen accepteret langt højere udgifter i de to andre behandlings veje , praktiserende ørelæge med rammeaftale på Kr. 6.890,- og Audiologiske klivikker på 4.128,-. Dette vil medføre store stigninger i egenbetalingen !

- ***at der pr. 1. august 2012 er opnået en offentlig indkøbspris på i gennemsnit ca. 1.500 kr. pr. apparat, mod 3.894 kr. i 2011.***

PAKS henleder på det kraftigste opmærksomheden på ikke at sammenligne de 1500 kr. Med det som forventes af et tilskudsapparat fordi:

1. De 1500 kr. Amgros snitpris er eksklusiv moms. (Tilskuddet er inkl. moms)
2. Amgros licitation er med 4 års garanti, ikke 5 år. Vi kender endnu ikke prisen på 5 års garanti, men et forsigtigt, konservativt gæt er 375 kr. Inkl. moms (tilskuddet forventes at indebærer 5 års garanti på apparater)
3. At den reelle pris, på indkøbte apparater i Amgros regi er nærmere 2000 kr. Den gennemsnitspris som regeringen baserer hele sin tanke om halvering af tilskudet på, er beregnet ud fra et skøn over hvilke modeller der bliver brugt i fremtiden. Dette viser sig nu, efter 2 mdr's reel aktivitet, ikke at stemme overens med virkeligheden.(kilde: producenterne)
4. At prisen ikke inkludere ørepropper til ca. 250 kr + moms kr. (Propper er inklusiv i tilskudet)
5. Den reelle pris til sammenligning bør således være alt. 3187,5 kr.

- ***"Regeringen foreslår, at genudleveringsperioden ændres til, at der tidligst er ret til genudlevering efter 5 år."***

Garanti på behandlingen? Hvordan vil ministeriet definere garanti i forbindelse med behandlingen?

Høreapparater bruges hele dagen og udsættes for fugt, sved, skidt og slidtage, dette medfører behov for service og reparation i hele apparatets garanti periode.

En forlængelse af genudleverings periode vil efterlade 150.000 hørehæmmede borgere med manglende mulighed for service, justering og garanti i 1 år da deres nuværende service og garanti ordninger udløber efter 4 år. Da der ikke samtidig sker en FORHØJELSE af tilskuddet vil udgiften til justeringer og reparationer blive påkrævet brugeren.

- ***"En sådan garantiperiode er f.eks. set ved udbud af høreapparater i Sverige."***

Dette passer ikke

En garanti periode på 5 år for høreapparater findes IKKE i Sverige. Ingen licitationer i Sverige har længere garantiperioder end 3 år. Efter 3 år må den svenske borger selv betale for reparationer, Bortset fra i Stockholm hvor man har afsat en ekstra pulje til reparationer, efter man fandt ud af hvor store problemer det gav kun at have 3 års garanti. Det er derfor forkert at der i lovgrundlaget, på denne baggrund, argumenteres for en 5 årig genudleveringsperiode.

I øvrigt bør det bemærkes at en svensk høreapparatsbruger selv skal betale for forbrugs dele dvs. slanger, tipper, domes, filtre, batterier mm. Som efter 3-5 år løber op i ganske betydelige beløb.

- ***"Med henblik på en vurdering af den overordnede organisering af høreapparatbehandlingen i Danmark vil regeringen evaluere den nye model for tilskud til høreapparatbehandling 2 år efter den foreslåede ikrafttrædelse af lovforslaget."***

Efter 2 år med den foreslåede nedskæring af tilskuddet vil der ikke være det netværk af lokale private høreklinikker som findes i dag, til gavn for den enkelte høreapparats bruger, det vil tage 5 til 10 år at reetablere det.

Yderligere bemærkninger

Som afsluttende bemærkning til dette lovgivnings arbejde ønsker PAKS at henlede opmærksomheden på den manglende stillingstagen i lovgivningen til følgende punkter:

Kvalitetssikring af behandlingen, ens for alle aktører:

Der bliver talt meget om at de private klinikker ikke udfører kvalitets arbejde eller at vi ikke bruger kvalitetsprodukter. Til dette har PAKS følgende kommentarer:

- Ifølge producenterne købes der bedre produkter til det private marked end til det offentlige.

- Hvis kvaliteten er så ringe i det private, hvorfor kommer vores kunder så igen og igen og igen?
- At brugeren, i et hårdt konkurrerende marked vælger at komme igen er det bedst tænkelige kvalitetsstyringssystem man kan få, og det lyver ikke.
- Der findes INGEN kvalitetssikring i det offentlige system, eller i ØNH lægernes klinikker.
- Hvis det skal være en sikring for kvalitet at ØNH-læger er ansvarlige for behandlingen med høreapparater, vil vi i PAKS gerne spørge om læger bør have tid til at sætte sig ind i høreapparater og tilpasninger når det er generelt er lange ventetider på at få behandling hos ØNH-læger i Danmark.
- Der er en grund til at tilpasning af høreapparater er et fagområde for sig selv.
- PAKS foreslår at man sammen med branchen går i dialog omkring et kvalitets-sikringssystem, som kan være med til at drive aktørerne til at yde det absolut bedste.
- Der er ikke i lovgivning taget tiltag til at sikre de uddannelsesmæssige krav til det personale der skal udføre høreapparat behandlingen, såsom at genetablere den autorisation af audiologiasistenten der var for år tilbage, dette ville sikre kvaliteten af behandlingen.

PAKS er bekendt med at der er nogle "Brodne-kar" i branchen, men at man relativt nemt kan regulere sig ud af det problem, blot man som tænker sig om. Men det er vores holdning at det er decideret hasarderet at smide 300.000 danske hørehandicappede ud i et kaos for at komme disse få "Brodne-kar" til livs.

PAKS er ligeledes bekendt med at nogle partier ikke ønsker private initiativer i sundhedssektoren, og at dette lovforslag unægtelig ligner et ideologisk korstog imod sådan. I PAKS har vi dog svært ved at forstå hvorfor det er så galt at vi i de private klinikker behandler og hjælper 150.000 danskere til få et bedre liv. En opgave som ikke varetages bedre andre steder i verden idet vi i Danmark har den højeste andel af høreapparatbærende borgere.

I PAKS vil vi i øvrigt gerne henlede regeringens opmærksomhed på at der kun er ganske få aktører der for tiden har overskud. Således er Ideen om at vi skovler statsmidler ind en myte.

I denne tid har Danmark ikke brug for flere arbejdsløse, hvilket uden tvivl vil blive konsekvensen af vedtagelsen af nærværende lovforslag. Derfor har PAKS følgende alternative spareforslag, som ikke vil give samme chok-effekt, men som vil give samfundet reelle besparelser:

1. (Som beregnet og beskrevet i lovforslaget). Mindre udgifter som følge af, at den kommunale sagsbehandling bortfalder ved en samlet regulering i sundhedsloven, forventes at udgøre kr. 5 mio. p.a.
2. (som beregnet og beskrevet i lovforslaget). Strammere tildelingskriterier på grund af standardiserede henvisninger forventes at føre til mindre udgifter på kr. 10 mio. årligt
3. Ændring af batteriordningen således, at der fortsat udleveres gratis batterier til borgeren, men udgiften skal afholdes af de private aktører i de tilfælde, hvor apparatet er udleveret med tilskud. På baggrund af viden om batteriforbrug og udgiften til batterier anslås mindre udgiften, at udgøre kr. 6,5 mio. p.a.
4. Ændring af forundersøgelse (Ydelse 5007) for 2. gangs brugere. Det vurderes som usandsynligt, at en borger pludseligt skulle generhverve sin hørelse, hvorfor denne forundersøgelse, der har til

formål at afdække hvorvidt borgeren er egnet til høreapparatbehandling er overflødig, i de tilfælde hvor en ØNH tidligere har vurderet borgeren som værende egnet til høreapparatsbehandling.

Forventet mindre udgift på baggrund af ændrede forundersøgelses regler for 2. gangs brugere forventes at udgøre kr. 9 mio. p.a.

5. En nedsættelse af binauralt tilskud (behandling på begge ører) til kr. 8.000,- inkl. høreapparat og nedsættelse af monauralt tilskud (behandling på 1 øre) til kr. 5.000,- inkl. høreapparat, forventes at resultere i mindre udgifter på kr. 91 mio. Tilskuddet dækker fortsat alle ydelser som nuværende, men omfatter nu også batterier, der fremover afholdes af den private aktør.
6. Den samlede alternative offentlige besparelse udgør således kr. 122.279.000 fra år 2013.
7. Dog gør vi opmærksom på at egenbetalingen, i gennemsnit, stadig vil stige, da 8.000 kr for en bi-neural tilpasning er i underkanten af hvad der er muligt.

PAKS står naturligvis til rådighed for uddybning af ovenstående kommentarer og for fremadrettet dialog.

Med venlig hilsen

Private Audiologiske klinikers sammenslutning

PAKS

Dronningensgade 46 st. th.

1420 København K

Humblebæk 19.10.2012

Til
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K.
Sendt på mail: sum@sum.dk og spok@sum.dk

Vedr.: Høring over udkast til forslag til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud høreapparater).

Hermed Din Hørespecialist APS' betænkninger ved nærværende lovforslag:

1. Hastigheden hvormed ændringerne træder i kraft, kan kun ende i kaos.

- a) At sætte tilskuddet så meget ned som det er foreslået er meget voldsomt i sig selv, men det får dobbelt negativ effekt fordi det sker så hurtigt.
- b) Ingen interessenter, offentlige, private eller brugere kan på nogen måde nå at tilpasse sig effektivt.
- c) Resultatet vil blive kaos for 300.000 aktive høreapparatsbrugere.
- d) Der findes ingen saglig begrundelse for at haste så vidtrækkende beslutninger igennem, andet end at man ikke kan lide det private initiativ i sundhedssektoren.
- e) Det er besynderligt at man drager den konklusion, at vores kvalitet ikke er i orden, når 150.000 brugere vedbliver med at gå til private aktører. At en bruger kommer igen efter 4 års service hos os, må være det bedste kvalitetsstempel man kan få.

2. Ændring af genudleveringsfrekvensen fra 4 til 5 år:

- a) Behovet for efterjusteringer og hjælpebesøg vil stige markant, hvis genudleverings frekvensen øges til 5 år, da apparaterne bliver slidt og mekanisk vil fungere dårligere. Der er ingen plan for at håndtere dette massive problem.
- b) Borgeren må undvære sine høreapparater oftere, især i den sidste periode.
- c) Høreapparaternes pris fra fabrikanterne stiger markant når de skal håndtere det 5 års garanti.
- d) Man drager ikke nytte af den nyeste teknologi.
- e) Der findes som det ellers er skrevet i lovforslaget ingen gennemført offentlig licitation med garanti på høreapparatet på 5 år. De fleste licitationer er på 3 år, og herefter betaler borgeren selv, eller som i Stockholm, bliver der sat en pulje penge af til det formål.

3. Sænkning af tilskuddet som foreslået i lovforslaget,

a) behandlingsdelen:

Regeringen har i lovforslaget lagt op til at selve behandlingen må koste 2000 kr. Det kan ikke lade sig gøre:

En anstændig og kvalitetssikker behandling som skal løbe over 4 år kræver mindst:

- 1 ½ time til første konsultation, inkl. Audiologisk udredning.
- 1 time til udlevering, første justering, introduktion og vejledning
- 1 time til efterjustering
- Gennemsnitligt 4 timer løbende justering fordelt over typisk 5-7 gange over 4 år. Selv med det bedste høreapparat bør dette ikke undværes.

Til sammenligning forstår og accepterer regeringen at behandlingen i offentlige regi koster 4128 kr. Beløbet inkluderer dog kun 2,5 besøg til udredning, udlevering og første justering. Løbende justering og hjælp foregår på kommunikationscentrene, og takseres særskilt.

Bemærk at beløbet ikke inkluderer omkostninger til bygninger, vedligehold, IT systemer samt en lang række andre udgifter.

Regeringen begrundede halveringen af tilskuddet med at omkostningerne i offentligt regi er halveret. Dog vælger regeringen ikke at fortælle at det kun er omkostningerne til høreapparaterne der er halveret, og altså ikke ovenstående omkostninger til behandlingen.

Tilpasning, garanti, løbende justering og hjælp i 5 år samt 2 høreapparater er ganske simpelt ikke muligt at gøre for 6.000 kr. Uanset hvor billige apparater man benytter.

b) Høreapparatdelen:

Eftersom hele sænkningen af tilskuddet begrundes med at man i den offentlige licitation har halveret udgiften til høreapparaterne, bedes man bemærke følgende om de 1500 kr. Pr. apparat.

1. Det er eksklusiv moms.
2. Det er for 4 års garanti, ikke 5 år.
3. At den reelle pris, indkøbt er nærmere 2000 kr.

Den gennemsnitspris som regeringen baserer hele sin tanke om halvering af tilskuddet på, baseres på en beregnet gennemsnitspris ud fra et skøn over hvilke modeller der bliver brugt i fremtiden. Dette viser sig nu, efter 2 mdr's Aktivitet ikke at stemme overens med virkeligheden (kilde: producenterne)

4. At prisen ikke inkluderer ørepropper (ca. 6-800 kr. For et sæt)
5. Alt i alt er det tydeligt at man simpelthen ikke har fakta på plads.

4. Længere ventetider på behandling og justering/hjælp.

- a) Vi forudser at 50% af alle private klinikker vil lukke indenfor 3 mdr, da det vil tage tid for brugerne at vende sig til tanken om at skulle betale mere selv. Fx betød 10% nedskæring i tilskuddet 2011 en 25% nedgang i antal apparater.
- b) Brugere af de lukkede klinikker vil nu søge hjælp i det i forvejen hårdt pressede offentlige system. Hermed vil ventetiderne på hjælp og behandling stige dramatisk.
- c) Ovenstående påvirker ikke blot de 150.000 borgere, som benytter det private system i dag, men alle 300.000 høreapparatbrugere, da presset på de resterende behandlingssteder vil stige.
- d) Lange ventelister på løbende justering og hjælp, vil betyde at flere brugere ikke får gavn af høreapparaterne.

5. Brugere ladt i stikken i randområder.

- a) En stor del af de private klinikker ligger i randområder, hvor ældre borgere har været lykkelige for at få hjælp i en privat klinik. Det vil være disse klinikker som vil lukke først.
- b) Brugere af disse klinikker vil nu være nødt til at rejse langt for at få hjælp. En del af disse brugere er ikke særligt mobile, og de vil derfor ikke formå at få den hjælp der skal til for, at deres apparater fungerer ordenligt.
- c) Især de ældre og svage borgere vil således ikke kunne overskue at få høreapparater i fremtiden.

6. Egenbetaling

- a) Hvis en borger ønsker samme kvalitet som før tilskuddets sænkning er egenbetaling eneste mulighed.
- b) Social skævvridning

Vi står naturligvis ministeriet og alle andre implicerede parter til fuld rådighed, og ønsker dialog for en bedre høreforsorg i Danmark

Mvh Michael Vassing Westermann,
Din Hørespecialist Aps
Hans Rostgårdsvej 3050 Humlebæk. Telefon 26 19 10 39



We help ideas meet the real world

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
DK-1057 København K

Høringssvar – høreapparatområdet

Vi har med interesse læst lovforslaget, og finder det positivt at høreapparatområdet nu foreslås samlet under sundhedsområdet. Samling under sundhedsområdet vil forbedre mulighederne for etablering af en mere gennemskuelig struktur med mindre bureaukrati.

GTS-instituttet DELTA fungerer via afdelingen Teknisk-Audiologisk Laboratorium – TAL som konsulenter for den offentlige høreomsorg i samarbejde med AMGROS. DELTA – TAL er desuden udpeget som certificeringsinstans for høreapparatområdet, og fører derfor tilsyn med de godkendte private leverandører af høreapparater.

Vi finder anledning til at henlede opmærksomheden på følgende punkter:

Central registrering og kvalitetsopfølgning

Med de pr. 1/8-2012 gennemførte ændringer i høreapparatsortiment for de offentlige høre-klinikker og de foreslåede ændringer i tilskud til private høre-klinikker finder vi det overordentlig vigtigt, at der etableres en struktur, som sikrer ensartet registrering og opfølgning på høreapparatbehandling i Danmark. Det fremføres i lovforslaget, at der efter en 2 års periode skal gennemføres en evaluering. En stringent evaluering vil kræve, at der etableres et stabilt datamateriale.

Godkendte private leverandører er i forvejen forpligtet til at anvende et standardiseret spørgeskema, men strukturen omkring håndteringen bør forbedres (se vedhæftet bilag). AMGROS fører registrering over udlevering af høreapparater fra de offentlige klinikker, men der har ikke siden 2009 været en landsdækkende og struktureret proces omkring efterkontrol. Central registrering og kvalitetsopfølgning vil være en nødvendighed for vurdering af konsekvenserne af ændret sortiment på offentlige høre-klinikker, og ændret lovgivning for tilskud til høreapparater udleveret i privat regi. Central registrering og kvalitetsopfølgning udført af DELTA for Amtsrådsforeningen og Danske Regioner i perioden 2006 – 2009 beløb sig til kr. 38 pr. udleveret høreapparat ekskl. moms.

Forbedrede muligheder for journalgennemgang

DELTA udfører tilsyn med de godkendte private leverandører af høreapparater. I forbindelse med tilsyn gennemgås journaler, som vurderes i forhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Det bør pålægges de godkendte private leverandører, at de i størst mulige omfang skal indhente tilladelse fra deres klienter, så tilsynet reelt - og i større omfang end det er tilfældet i dag - kan afdække at audiometri og høreapparattilpasning udføres i overensstemmelse med



19. oktober 2012
GeR

Ref. GeR/CSK/SLJ/ger

DELTA
Teknisk-Audiologisk
Laboratorium
Edisonsvej 24
5000 Odense C
Danmark

Tlf. +45 72 19 41 00
Fax +45 72 19 41 01
www.delta.dk
CVR nr. 12275110

Sundhedsstyrelsens retningslinier. Det er allerede i dag praksis hos en del godkendte leverandører af høreapparater, at de har indhentet tilladelse til journalgennemgang for størstedelen af deres klienter. I dag er den eneste sanktioneringsmulighed overfor klinikkerne at tage dem af den officielle liste over godkendte private høreklinikker. Da en del uregelmæssigheder er af periodisk karakter kan en klinik være taget af listen for en kortere periode. De bevilligende myndighed skal derfor dagligt kontrollere listen for at kortere perioder af fravær fra listen får konsekvenser. En supplerende sanktioneringsmulighed kunne være pålæggelse af skærpet tilsyn ved uregelmæssigheder, således at klinikken pålægges tilsyn med kortere tidsinterval end det normalt årlige.

Til gengæld findes det ikke hensigtsmæssigt generelt at udføre uanmeldte tilsyn, da de ikke vil kunne tilvejebringe yderligere information, men tværtimod kan gribe forstyrrende ind i forløbet omkring undersøgelse og høreapparatbehandling hos de godkendte private leverandører.

Minimumskrav til høreapparater udleveret med tilskud

Med de foreslåede ændringer i tilskud, bør det sikres at høreapparater udleveret med offentligt tilskud lever op til minimale kvalitetskrav. Som det er tilfældet med høreapparater der indkøbes via AMGROS udbud til de offentlige høreklinikker, bør høreapparaternes elektroakustiske og EMC egenskaber som minimum dokumenteres i henhold til standarder i IEC 60118-serien, og apparaterne skal overholde Nordiske Kravspecifikationer. DELTA er bekendt med, at visse private leverandører af høreapparater tidligere har benyttet parallel importerede høreapparater og høreapparater uden CE mærkning som medicinsk udstyr.

Det foreslås, at godkendte private leverandører af høreapparater på tilsynets foranledning skal kunne forelægge en liste over hvilke høreapparat -typer og -fabrikater der udleveres med offentligt tilskud, samt at der inden for 30 dage skal kunne forelægges dokumentation for, at ovennævnte minimumskrav overholdes.

Levetid for høreapparater

Vi stiller spørgsmålstejn ved hensigtsmæssigheden af at forlænge udskiftningsintervallet for høreapparater fra 4 til 5 år. Via AMGROS's udbud på høreapparater er der etableret praksis i Danmark for en 4 årig garanti på høreapparater. Udbudsbetingelserne har i høj grad haft afsmittende virkning, således at mange godkendte private leverandører også sælger høreapparater med 4 års garantiperiode.

Et forlænget udskiftningsinterval vil bringe uafklarethed omkring udskiftning/repairation af 4-5 årige apparater, og prisstrukturen for høreapparater vil utvivlsomt blive påvirket negativt, hvis den i forvejen meget lange garantiperiode via udbuddet forsøges forlænget yderligere. Desuden bærer et høreapparat efter 4 års daglig brug sædvanligvis meget tydelige tegn på nedslidning.

Tilskuddets omfang

Mange høreapparater kræver i deres levetid en del forbrugsstoffer. Udover batterierne som i dag leveres gratis, drejer det sig om filtre, propper, slanger, domes og recievere, Af forslaget fremgår ikke hvorledes disse udgifter afholdes efter udleveringen af apparatet. Det bør formuleres i lovforslaget hvorledes disse udgifter afholdes.

Vi stiller os gerne til rådighed for eventuel yderligere information omkring ovennævnte.

Venlig hilsen
DELTA

A handwritten signature in black ink that reads "Gert Ravn". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the bottom.

Gert Ravn
Laboratoriechef
ger@delta.dk



We help ideas meet the real world

Rapport

IOI-HA tilfredshedsundersøgelse for første halvår, 2012

Udført for Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sagsnr.: T201764

Side 1 af 14

1. oktober 2012

DELTA

Teknisk-Audiologisk

Laboratorium

Edisonsvej 24

5000 Odense C

Danmark

Tlf. (+45) 72 19 41 00

Fax (+45) 72 19 41 01

www.delta.dk

CVR nr. 12275110

Titel

IOI-HA tilfredshedsundersøgelse for første halvår, 2012

Sagsnr.
T201764

Vores ref.
SLJ/GeR/JGE/slj

Rekvirent

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Rekvirentens ref.

Emil Niragira Rasmussen, enr@sum.dk

Resumé

Der er modtaget indberetninger fra de private hørelinikker vedrørende IOI-HA-spørgeskemabesvarelser og lavet en opgørelse over, hvordan besvarelserne fordeler sig i første halvår af 2012.

Undersøgelsen viser, at under ½ % af de høreapparatbrugere, som har svaret på undersøgelsen, ikke benytter deres høreapparat, mens over 90 % benytter deres høreapparat i mere end 4 timer om dagen.

De godkendte private hørelinikker forestår selv spørgeskemahåndteringen og indrapportering af data til tilfredshedsundersøgelsen. DELTA har indtryk af, at forvaltningen af denne del af efterkontrollen er meget forskelligartet. Troværdigheden af de indkomne data ville blive styrket betydeligt, hvis spørgeskemaerne blev udleveret som en del af tilskudsprocessen. En centralisering vil endvidere medføre mulighed for landsdækkende registrering af alle høreapparatbrugere, som har fået offentligt tilskud, hvilket vil lette sagsbehandlingen i kommunerne omkring 4-årsreglen for tilskud til høreapparatbehandling.

DELTA anbefaler, at efterkontrol med spørgeskemaer fremover administreres centralt.

DELTA, 1. oktober 2012



Gert Ravn

Teknisk- Audiologisk Laboratorium



Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. Indberetninger fra IOI-HA-undersøgelse på private høreklinikker | 4 |
| 1.1 Status for de private høreklinikker..... | 4 |
| 1.2 Besvarelser fra tilfredshedsundersøgelse..... | 4 |
| 1.3 Kort om IOI-HA-spørgeskemaet og resultaterne..... | 5 |
| 1.4 Overordnet resultat for de syv spørgsmål i IOI-HA | 5 |
| 1.5 IOI-HA spørgsmål 1: Brugstid | 7 |
| 1.6 Svarprocent for tilfredshedsundersøgelsen | 10 |
| 2. Konklusion | 12 |
| 3. Appendiks A | 13 |

1. Indberetninger fra IOI-HA-undersøgelse på private høreklivnikker

De private høreklivnikker i Danmark er pålagt at udføre en tilfredshedsundersøgelse af høreapparatbehandlingen for kunderne på klivnikkerne. Undersøgelsen er baseret på det internationale spørgeskema International Outcome Inventory for Hearing Aids (IOI-HA). IOI-HA-spørgeskemaet ses i appendiks A. DELTA har opgaven med to gange årligt at indsamle spørgeskemaopgørelser fra de enkelte høreklivnikker og udarbejde en samlet statistik.

Denne rapport indeholder de overordnede resultater fra IOI-HA-tilfredshedsundersøgelsen for første halvår af 2012.

1.1 Status for de private høreklivnikker

Opgørelsen er lavet på baggrund af indberetninger fra de private klivnikker for perioden 1. januar 2012 til 30. juni 2012. Indberetningerne sker på opgørelsesskemaer udsendt af DELTA til de enkelte klivnikker.

De private høreklivnikker indberetter kun resultater fra IOI-HA tilfredshedsundersøgelsen halvårligt. Det betyder, at det ofte ikke er muligt at få fyldestgørende indberetninger fra høreklivnikker, som er lukket, har skiftet ejere eller på anden måde har ændret status mellem indberetningerne.

Der var på udsendelsestidspunktet af opgørelsesskemaerne 207 godkendte private høreklivnikker i Danmark. Tre høreklivnik lukkede inden indberetningsfristens udløb – de to uden returnering af opgørelsen. Desuden fik en høreklivnik frataget godkendelsen midlertidigt, da den ikke havde returneret opgørelsesskemaerne selv efter en rykkerskrivelse. Indberetningen blev dog modtaget kort tid efter, at klivnikken var slettet fra klivniklisten på hjemmesiden www.audiologi.dk, og resultaterne er medtaget i denne rapport.

1.2 Besvarelser fra tilfredshedsundersøgelse

Det er de private høreklivnikker, der udleverer spørgeskemaerne og modtager besvarelserne fra høreapparatbrugerne. Høreklivnikkerne optæller herefter deres besvarelser og sender resultaterne til DELTA hvert halve år på et indberetningsskema.

DELTA har indtryk af, at forvaltningen af IOI-HA i efterkontrollen er meget forskelligartet, idet svarprocenterne fra de godkendte private leverandører svinger mellem nogle få procent og 100 %. Desuden er der stor forskel på, hvornår høreklivnikkerne beder høreapparatbrugerne udfylde spørgeskemaet. Det kan ske kort tid efter udleveringen af høreapparatet og helt op til et halvt år efter.

Ligeledes er der forskel på, hvordan spørgeskemaet udfyldes. Nogle høreklivnikker udsender spørgeskemaet til høreapparatbrugeren, mens andre interviewer høreapparatbrugeren, når denne er til efterkontrol på høreklivnikken.



Ovenstående forhold kan påvirke besvarelsene fra tilfredshedsundersøgelsen. Derfor kan resultaterne fra denne undersøgelse ikke umiddelbart sammenlignes med andre undersøgelser, der benytter IOI-HA-spørgeskemaet, uden at tage disse forhold i betragtning.

Der er i forbindelse med den nuværende håndtering af tilfredshedsundersøgelsen begrænsede muligheder for at checke, om antallet af udsendte spørgeskemaer er dækkende for det antal personer, som har fået høreapparat hos de private leverandører i første halvår af 2012. Dette skyldes primært følgende tre faktorer. I forbindelse med tilfredshedsundersøgelsen forholder det sig sådan, at andelen af personer, som får henholdsvis et og to høreapparater, ikke kendes. Desuden indberettes antallet af tilskudsberørte høreapparater på årsbasis og ikke per halvår, og det vides ikke, om udleveringerne foretages jævnt hen over året. Den sidste faktor har med forskydninger i udsendelse og returnering af spørgeskemaerne at gøre. Høreklinikkerne kan udsende spørgeskemaer en halvårsperiode, som først bliver returneret i det efterfølgende halvår, og ligeledes modtage udfyldte spørgeskemaer, som er udsendt i det foregående halvår. Mere om dette i afsnittet ”Svarprocent for tilfredshedsundersøgelsen”.

Troværdigheden af de indkomne data ville blive styrket betydeligt, hvis spørgeskemaerne blev udleveret som en del af tilskudsprocessen. Der er mulighed for, at et system lignende det, som tidligere er blevet benyttet af DELTA i en spørgeskemaundersøgelse til efterkontrol på de offentlige klinikker, indføres i forbindelse med de godkendte private leverandører. En centralisering vil endvidere medføre mulighed for landsdækkende registrering af alle høreapparatbrugere, som har fået offentligt tilskud, hvilket vil lette sagsbehandlingen i kommunerne omkring 4-årsreglen for tilskud til høreapparatbehandling.

1.3 Kort om IOI-HA-spørgeskemaet og resultaterne

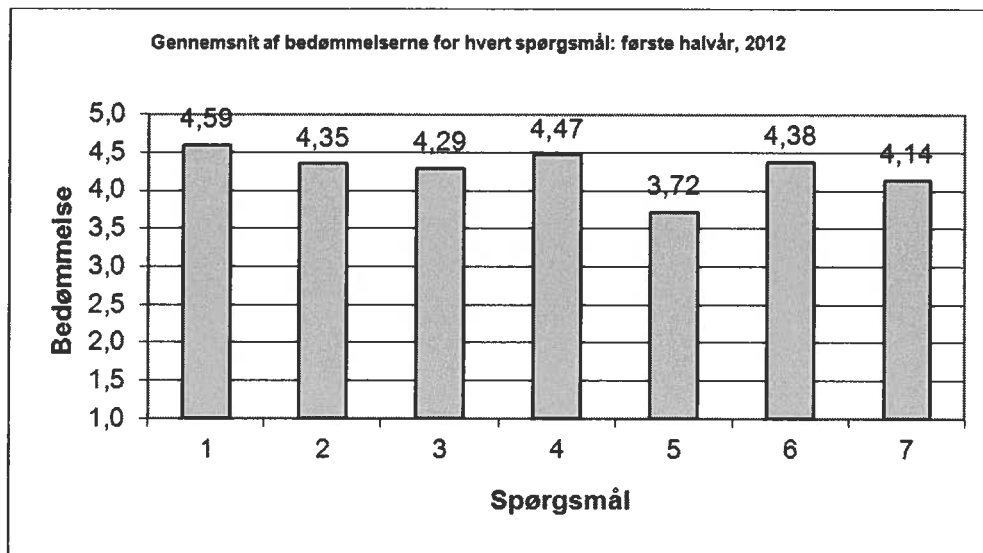
IOI-HA-spørgeskemaet indeholder syv spørgsmål. Hvert spørgsmål har fem svarmuligheder, som tildeles karaktererne 1 til 5. Svarene er opbygget sådan, at jo større udbytte man har af sit høreapparat, jo højere karakter gives. Det er karaktererne 1-5 for de syv spørgsmål, som ligger til grund for beregningerne af de efterfølgende resultater.

1.4 Overordnet resultat for de syv spørgsmål i IOI-HA

For hvert af de syv spørgsmål i IOI-HA-spørgeskemaet er den gennemsnitlige bedømmelse beregnet. Resultatet ses i Figur 1.

Det ses, at for de seks spørgsmål, 1, 2, 3, 4, 6 og 7, ligger gennemsnittet mellem 4 og 5, hvilket er pænt, når den højest mulige bedømmelse er 5. Dog er gennemsnittet for spørgsmål 5 lidt lavere. Det har vist sig i flere undersøgelser med den danske oversættelse af IOI-HA, at sidstnævnte spørgsmål kan opfattes på flere måder med modsatrettede bedømmelser. Derfor er det lave gennemsnit ikke så overraskende.

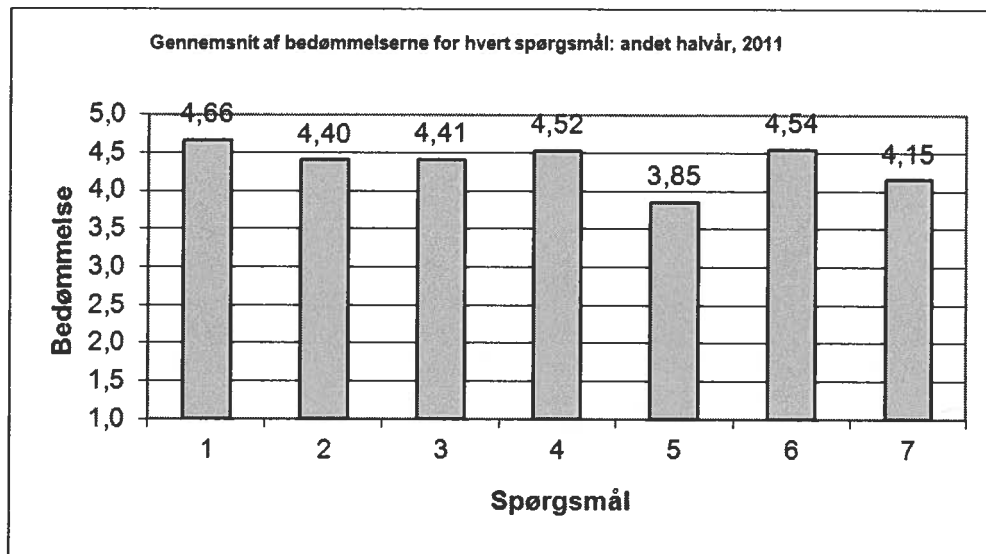
DELTA har kendskab til, at en ny oversættelse af spørgsmål 5 er blevet udarbejdet. Det vides dog ikke, hvornår den nye oversættelse bliver offentligt tilgængelig på linje med de andre sprogversioner af IOI-HA¹.



Figur 1. Den gennemsnitlige bedømmelse er beregnet for hvert af de syv spørgsmål i IOI-HA-undersøgelsen. Resultatet er for første halvår af 2012. Det ses, at det laveste gennemsnit er opnået for spørgsmål 5.

Gennemsnittene for første halvår af 2012 kan sammenholdes med dem fra andet halvår af 2011, som er vist i Figur 2.

¹ Se hjemmesiden <http://www.memphis.edu/ausp/harl/ioi-ha.htm>



Figur 2. Den gennemsnitlige bedømmelse er beregnet for hvert af de syv spørgsmål i IOI-HA-undersøgelsen. Resultatet er for andet halvår af 2011.

Det ses i Figur 1 og Figur 2, at gennemsnittet for hvert spørgsmål i første halvår af 2012 ligger lavere end for andet halvår af 2011.

Det overordnede gennemsnit for bedømmelserne af alle syv spørgsmål er ligeledes beregnet for de to perioder. Resultatet er vist i Tabel 1. Det ses, at det overordnede gennemsnit for bedømmelserne er lavere i første halvår af 2012, end det var i andet halvår, 2011.

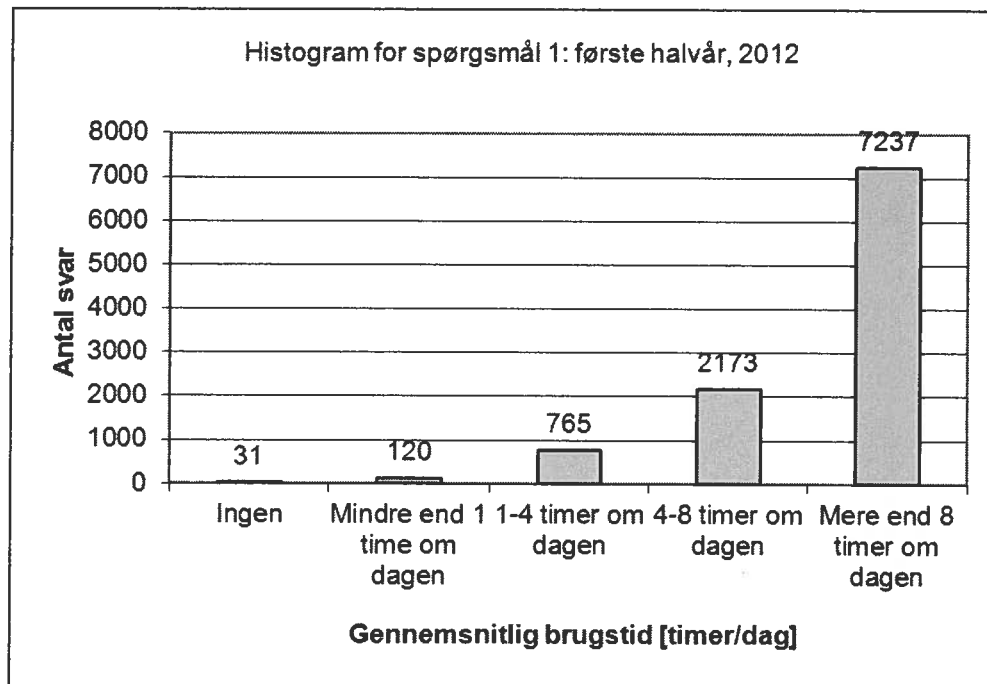
| Periode | Samlet gennemsnit for alle spørgsmål |
|---------------------|--------------------------------------|
| 2011, andet halvår | 4,36 |
| 2012, første halvår | 4,28 |

Tabel 1. Det overordnede gennemsnit beregnet på baggrund af alle syv spørgsmål ses for andet halvår af 2011 og første halvår af 2012.

1.5 IOI-HA spørgsmål 1: Brugstid

Det første spørgsmål i IOI-HA-spørgeskemaet omhandler, hvor meget høreapparatbrugerne i gennemsnit benytter sit høreapparat om dagen (se appendiks A). Det må forventes, at der er en sammenhæng mellem brugstiden af høreapparatet, og det udbytte brugeren opnår.

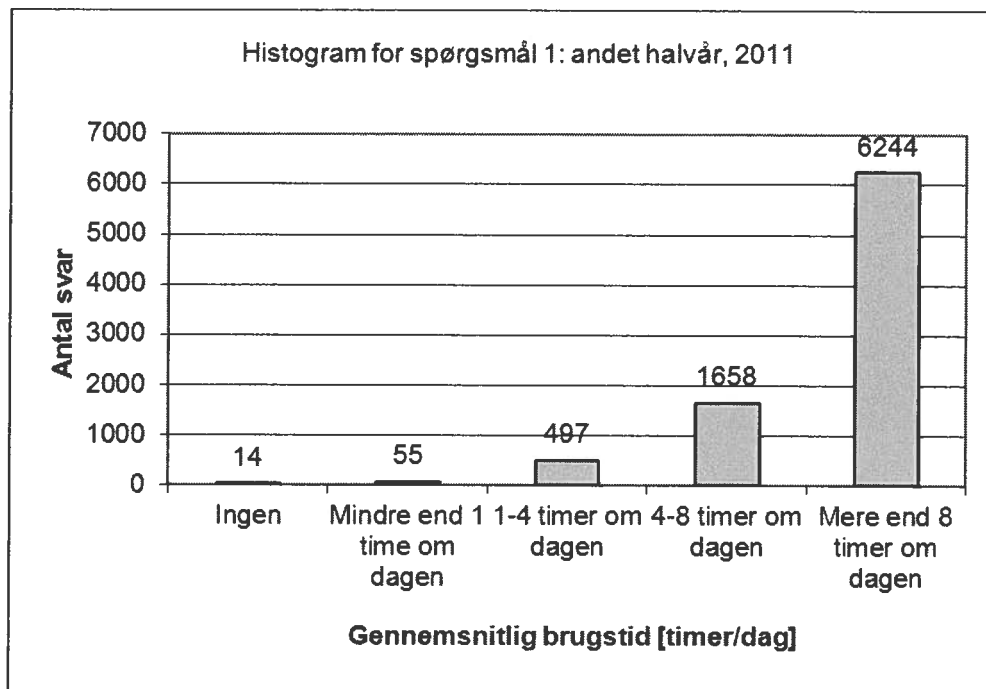
I Figur 3 ses fordelingen af besvarelser for spørgsmål 1. Det ses, at den største gruppe af de høreapparatbrugere, som har besvaret spørgeskemaet, benytter høreapparat mere end otte timer om dagen. Desuden ses det, at der er en lille andel af brugerne, som ikke bruger deres høreapparater.



Figur 3. Figuren viser et histogram for besvarelserne af spørgsmål 1. Resultaterne er for første halvår af 2012. Det ses, at de fleste høreapparatbrugere, som har svaret, bruger deres høreapparat i mere end 8 timer om dagen.

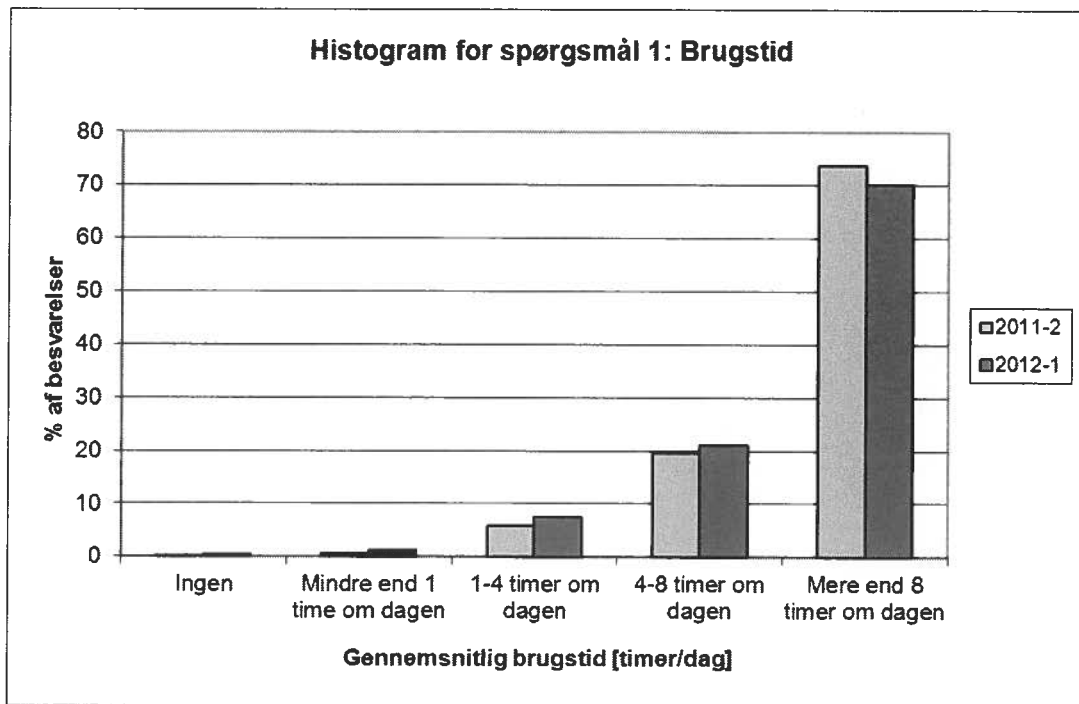
Det tilsvarende histogram for besvarelserne af spørgsmål 1 i andet halvår af 2011 ses i Figur 4. Igen er det den største gruppe, som benytter deres høreapparater mere end 8 timer.

Det ses, at fordelingen af besvarelser i andet halvår, 2010, og første halvår, 2011, er sammenlignelige, men at der er flere besvarelser i første halvår af 2012 end i andet halvår af 2011.



Figur 4. Figuren viser et histogram for besvarelserne af spørgsmål 1. Resultaterne er for andet halvår af 2011.

For bedre at kunne sammenligne resultaterne for de to perioder er den relative fordeling af besvarelserne udregnet i procent. Resultatet ses i Figur 5 for begge perioder.



Figur 5. Fordelingen af besvarelserne for spørgsmål 1 i IOI-HA-spørgeskemaet er vist for andet halvår af 2011 (2011-2) og første halvår af 2012 (2012-1).

Det ses, at der i de to perioder er en lille andel, som ikke benytter høreapparat eller bruger det op til en time om dagen. I første halvår af 2012 er andelen af høreapparatbrugere, som ikke benytter sine høreapparater, ca. 0,3 %.

Andelen af høreapparatbrugere, som benytter sine høreapparater 4 – 8 timer om dagen er i første halvår af 2012 ca. 21 %, mens det er langt den største gruppe (ca. 70 %), som benytter deres høreapparat mere end 8 timer om dagen. Altså er over 90 % af besvarelserne samlet i de to ”højeste” kategorier.

1.6 Svarprocent for tilfredshedsundersøgelsen

Som nævnt tidligere er tilfredshedsundersøgelsen baseret på indberetninger fra de private høreklinikker. Høreklinikkerne indberetter, hvor mange spørgeskemaer de har udsendt og fået retur i udfyldt stand. På baggrund heraf, er der beregnet en svarprocent, som ses i Tabel 2.

Desværre er svarprocenten ikke helt retvisende, da der ikke er taget højde for, at nogle spørgeskemaer, som er udsendt i første halvår af 2012, muligvis først returneres til høreklinikkerne efter denne periode. Tilsvarende kan der være spørgeskemaer, som er udsendt fra høreklinikkerne i andet halvår af 2011, som først er returneret i første halvår af 2012.

| Periode | Svarprocent |
|---------------------|-------------|
| 2011, andet halvår | 44,5 |
| 2012, første halvår | 54,7 |

Tabel 2. Svarprocenten for tilfredshedsundersøgelsen.

Svarprocenten var i første halvår af 2012 på 54,7 %, hvilket er noget højere end i andet halvår af 2011, hvor den var 44,5 %. Ud fra en gennemgang af svarprocenter for de seneste to indberetninger, kunne det se ud som om, at en gruppe høreklivikker har ændret i deres procedure for håndtering af spørgeskemaer i andet halvår af 2011. Dette kan forklare den markant lavere svarprocent i andet halvår, 2011. Niveauet i første kvartal af 2012 er fundet tidligere, og er altså forventeligt.

2. Konklusion

Der er modtaget indberetninger fra de private hørelinikker vedrørende IOI-HA-spørgeskemabesvarelser og lavet en opgørelse over, hvordan besvarelserne fordeler sig i første halvår af 2012.

Undersøgelsen viser, at under ½ % af de høreapparatbrugere, som har svaret på undersøgelsen, ikke benytter deres høreapparat, mens over 90 % benytter deres høreapparat i mere end 4 timer om dagen.

De godkendte private hørelinikker forestår selv spørgeskemahåndteringen og indrapportering af data til tilfredshedsundersøgelsen. DELTA har indtryk af, at forvaltningen af denne del af efterkontrollen er meget forskelligartet. Troværdigheden af de indkomne data ville blive styrket betydeligt, hvis spørgeskemaerne blev udleveret som en del af tilskudsprocessen. En centralisering vil endvidere medføre mulighed for landsdækkende registrering af alle høreapparatbrugere, som har fået offentligt tilskud, hvilket vil lette sagsbehandlingen i kommunerne omkring 4-årsreglen for tilskud til høreapparatbehandling.

DELTA anbefaler, at efterkontrol med spørgeskemaer fremover administreres centralt.

3. Appendiks A

Herunder ses den danske udgave af IOI-HA-spørgeskemaet.

SPØRGESKEMA – UDBYTTE AF HØREAPPARAT

Sæt venligst ét kryds ved en af de fem svarmuligheder til hvert spørgsmål. De bedes svare så ærligt og umiddelbart som muligt. Besvarelsenerne behandles fortroligt.

| | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Tænk på hvor meget du har brugt dit nuværende høreapparat i de seneste to uger. Hvor mange timer brugte du dit høreapparat på en gennemsnitlig dag? | | | | |
| Ingen | Mindre end 1 time om dagen | 1-4 timer om dagen | 4-8 timer om dagen | Mere end 8 timer om dagen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. Forestil dig den situation, hvor du først og fremmest ønskede at høre bedre, før du fik dit nuværende høreapparat. Hvor meget har dit høreapparat hjulpet dig i den situation i de seneste to uger? | | | | |
| Slet ikke hjulpet | Hjulpet lidt | Hjulpet moderat | Hjulpet en hel del | Hjulpet betydeligt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Forestil dig den situation, hvor du først og fremmest ønskede at høre bedre. Hvor meget besvær har du STADIG i den situation, når du bruger dit nuværende høreapparat? | | | | |
| Betydeligt besvær | En hel del besvær | Moderat besvær | Lidt besvær | Intet besvær |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 4. Synes du alt taget i betragtning, at dit nuværende høreapparat er besværet værd? | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Slet ikke besværet værd | I mindre grad besværet værd | I moderat grad besværet værd | I overvejende grad besværet værd | I betydelig grad besværet værd |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 5. Hvor meget har dine høreproblemer med dit nuværende høreapparat i de seneste to uger haft indflydelse på de ting du kan gøre? | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Betydelig indflydelse | En hel del indflydelse | Moderat indflydelse | Lidt indflydelse | Slet ingen indflydelse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 6. Hvor meget tror du, andre mennesker har været besværet af dine høreproblemer i de seneste to uger med dit nuværende høreapparat? | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Betydeligt besværet | En hel del besværet | Moderat besværet | Lidt besværet | Slet ikke besværet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 7. Hvor meget har dit nuværende høreapparat alt taget i betragtning ændret din livsglæde? | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Til det værre | Ingen ændring | Lidt til det bedre | En hel del til det bedre | Betydeligt til det bedre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Forbundskontoret
Nørre Voldgade 12
1358 København K
Tlf.: 3343 6500
Fax: 3343 6570
E-post: tl@tl.dk

19. oktober 2012

Teknisk Landsforbunds (TL) hørings svar til udkast til lov om ændring af lov om social service og sundhedsloven (Samling af høreapparatområdet i sundhedsloven og ændret tilskud til høreapparater)

I TL støtter vi hensigterne i lovforslaget om at sikre en enklere og mere hensigtsmæssig fordeling af kompetencer mellem myndigheder. Vi anerkender også behovet for at kontrollere de stigende udgifter til behandling af borgere med høretab. Vi er enige i, at der ikke skal være en u hensigtsmæssig og unfair forskel i støtten til ydelsen på hhv. det offentlige og private område. At sikre en bedre balance mellem det offentlige og private område er en rigtig prioritering. Vi er dog betænkelige ved, om der spares de forkerte steder. Er det tilfældet, påvirker det kvaliteten i behandlingen og vil samlet set kunne få en negativ påvirkning af den offentlige økonomi – og dermed virke modsat hensigten.

Fra TL's side har vi et ønske om, at ministeren og Sundhedsudvalget vil have øje for, at det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt at fokusere alene på støttebeløbet til apparatet. Vi håber at følgende elementer vil blive taget i betragtning i forbindelse med den videre behandling af lovforslaget:

Besparelser direkte på støttebeløbet kan skade den offentlige økonomi

Generelt skal anføres, at de markante nedskæringer i støtten til såvel behandling som til apparatet kan resultere i en øget brugerbetaling og en forringet service for de hørehandicappede, hvis ikke det følges op med tiltag for at sikre kvaliteten i behandlingen. Flere undersøgelser viser, at der er en stor samfundsøkonomisk gevinst ved offentlig støtte til behandlingen af borgere med hørenedsættelse (øget arbejdsudbud, mindre fravære fra arbejdsmarkedet mv.). Vi frygter, at en nedsat støtte kan resultere i, at flere apparater ender i borgernes skuffer, på grund af, at den løbende service af apparaterne vil falde til et minimum. Tillige forventer vi en stigende parallel produktimport, fra især Asien, af appa-

rater hvor kvaliteten af apparaterne kan være ganske svingende. Vi tror, at den reducerede støtte vil betyde et faldende salg af dansk producerede apparater og dermed en nedgang af arbejdspladser i høreapparatbranchen herhjemme.

Én henvisning bør være nok

Et af de primære ønsker med lovforslaget er, at kontrollere de stigende udgifter til behandlingen af borgere med hørenedsættelse. Fra TLs side vil vi anbefale, at man i lovforslaget fokuserer mere på den uhensigtsmæssige henvisningsstruktur. Det er ikke hensigtsmæssigt, at brugere skal henvises mere end én gang. I dag sker henvisninger gang på gang, hvilket er både dyrt og besværligt og høretab der kræver høreapparat forsvinder jo ikke. Med et system hvor der kun er behov for "førstegangshenvisninger" fra en ørelæge, vil der kunne spares mange penge på de dyre henvisninger og man vil kunne lave markante forkortelser af de ofte lange ventelister til ørelægerne.

Henvisninger har ofte dårlig kvalitet

På klinikkerne oplever en af vores medlemsgrupper, audiologiassistenterne, ofte, at henvisningerne ikke har den ønskede kvalitet – nogle gange sker det tilmed, at patienter er henvist på fejlagtigt grundlag. Det er ofte personale uden relevant uddannelsesmæssig baggrund, der laver undersøgelsen, der danner grundlag for henvisningen. TL vil anbefale, at der stilles krav om, at undersøgelserne der danner grundlag for udlevering af høreapparater med offentlig støtte, skal foretages af fagpersonale. Dvs. audiologiassistenter, tekniske eller pædagogiske audiologer eller audiologopæder, der er uddannede til netop denne funktion.

Autorisation vil øge kvaliteten markant

Det er vores klare opfattelse, at kvaliteten i behandlingen i både offentligt og privat regi kan sikres ved autorisation af personalet, som består af audiologiassistenter, tekniske og pædagogiske audiologer samt audiologopæder. Det vil medføre, at alene autoriseret personale kan behandle og rådgive borgere med høretab. Ved at sætte krav til personalets uddannelsesmæssige kvalifikationer, kan der aflæses besparelser ved, at kun borgere med reelle behov får udleveret apparater med offentlig støtte.

Ørelæger henviser til sig selv

Det er en uheldig problematik at ørelæger kan henvise til egen praksis. Det skaber uklarhed hos borgeren omkring frit valg. Det skal bemærkes at lande som vi normalt sammenligner os med, ikke har denne praksis. I Tyskland er der tilmed en domstolsafgørelse, der direkte har kendt denne "henvisning til sig selv"-praksis ulovlig.

Der er behov for uvildig kontrol og tilsyn

Opmærksomheden skal henledes på en for os uforståelig praksis i forbindelse med loven. Delta/TAL foretager godkendelser og tilsyn af de private klinikker med udgangspunkt i krav fastsat i bekendtgørelsen på området. Vi finder det

uhensigtsmæssigt, at en privat virksomhed (Delta/TAL), der indgår i et leverandør/kunde forhold med klinikkerne, samtidig skal agere myndighed og på samme tid har en økonomisk egeninteresse i at godkende klinikkerne.

Det er almindeligt kendt, at alle tilsyn er varslede længe i forvejen, og os bekendt er det aldrig forekommet, at en klinik ikke er blevet godkendt, hvilket er tankevækkende.

TL's anbefalinger

Vi vil derfor anbefale, at ministeren og udvalget i forbindelse med dette lovforslag overvejer:

- **Om en del af de planlagte besparelser i stedet kan findes i en optimering af henvisningsstrukturen?** Som det er nu, skaber den unødigt lange ventelister. Henvisninger koster mange skatte kroner, og det er vores klare holdning, at én førstegangshenvisning er tilstrækkelig når vi taler diagnosticeret høretab.
- **Hvordan kvaliteten i henvisningerne forbedres?** Forslag om autorisation og krav til personalets uddannelsesmæssige kvalifikationer. Det er uansvarligt, at uddele apparater med offentlig støtte uden at sikre, at henvisninger laves af fagpersonale.
- **Om det skal være muligt for ørelæger at henvise til egen klinik?** Praxis er i strid med tanken bag henvisningssystemet, at det skal være en uvildig læge, der skal vurdere behovet for behandling.
- **Det hensigtsmæssige i, at myndighedsfunktionen i forbindelse med godkendelse og tilsyn af klinikkerne, foretages af en privat virksomhed der ikke har noget incitament til ikke at godkende klinikker?** TL's anbefaling er, at der indføres uvildige og uanmeldte tilsyn af klinikkerne, så det sikres, at kvaliteten til en hver tid er i orden.

Med venlig hilsen



Gita Grüning
Forbundsformand for Teknisk Landsforbund