



Hvordan få flere til å ta i bruk høreapparatet?

2025
HØRSELSFORBUNDET

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAKSGIVER: Hørselsforbundet

RAPPORTNUMMER: R1023083

RAPPORTENS TITTEL: Hvordan få flere til å ta i bruk høreapparatet?

ANSVARLIG KONSULENT: Kristin Brænden

PROSJEKTMEDARBEIDERE: Martin A. Nome og Rolf Mjønes

KVALITETSSIKRET AV: Tom E. Markussen

FOTOGRAFI I RAPPORT: –

DATO: 27. juni 2025

Forord

På oppdrag fra Hørselsforbundet har Agenda Kaupang kartlagt mulige årsaker til at innbyggere som har fått tildelt høreapparat, ikke tar dem i bruk.

Vi ønsker å takke alle informantene for deres deltakelse i intervjuer, workshop og innspillsmøte. Flere har delt personlige historier om hvordan hørseltapet og oppfølgingen har påvirket dem, med ønske om forbedringer for andre.

Vi ønsker å takke Hørselsforbundet for tilliten til å gjennomføre denne kartleggingen og for bistand underveis.

Fra Agenda Kaupang har Martin A. Nome, Tom E. Markussen og Kristin Brænden deltatt. Sistnevnte har vært ansvarlig konsulent. Audiograf Rolf Mjones har bistått prosjektet som faglig kvalitetssikrer.

Oslo, 27. juni 2025

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Om oppdraget	7
1.2 Rapportens oppbygging	8
2 Metode	9
2.1 Design	9
2.2 Kartleggingsspørsmål	9
2.3 Metoder for datainnsamling	10
2.4 Analyse	12
2.5 Begrensninger og usikkerheter	13
3 Eksisterende kunnskap om og rammer for hørselsrehabilitering	14
3.1 Innledning	14
3.2 Pasientreisen og aktørbildet	14
3.3 Oppfølging, koordinering og ansvar	16
3.4 Ventetider og kapasitetsutfordringer	17
3.5 Brukeropplevelse, informasjon og mestring	18
3.6 Beste praksis, utviklingstiltak og standardisering	19
3.7 Tiltak fra tidligere undersøkelser og føringer fra pågående oppdrag	20
3.8 Oppsummering og vurderinger	23
4 Kartlegging av dagens situasjon	24
4.1 Innledning	24
4.2 Oppdage hørselstap	25
4.3 Henvisning	26
4.4 Utredning og kartlegging	27
4.5 Tilpassing og formidling av høreapparat	28
4.6 Oppfølging og bruk	30
4.7 Samarbeid mellom aktører	32
4.8 Arbeidsforhold for audiografer	32
4.9 Oppsummering og våre vurderinger	33
5 Eksempler på god praksis	35
5.1 Forskning og tiltak for bedre henvisningspraksis	35
5.2 Bruk av teleaudiologi	36
5.3 Digital hjemmeoppfølging på Akershus universitetssykehus	38
5.4 Ambulerende audiograftjenester	39
5.5 Hørselskartlegging i Malvik kommune	40
6 Tiltak	41

6.1	Innledning	41
6.2	Rammeverk for å kategorisere faktorer som kan påvirke faktisk bruk av høreapparat	41
6.3	Klassifisering av tiltak	42
6.4	Oversikt over forslag til tiltak	43
6.5	Samfunnsøkonomiske konsekvenser av forbedret hørselsoppfølging	48
6.6	Kriterier for utvelgelse av tiltak	49
6.7	Foreslåtte tiltak	49
7	Anbefalinger	56
7.1	Øk kunnskapen i befolkningen og hos helsepersonell om hørselstap	56
7.2	Sett i gang tiltak for økt kvalitet i henvisninger og prioritering i spesialisthelsetjenesten	56
7.3	Sett i gang tiltak for å frigjøre tid og øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten	57
7.4	Sett i gang tiltak for bedre oppfølging av høreapparatbrukere	57
7.5	Avsluttende vurderinger	59
	Litteraturliste	60

Sammendrag

Hørselstap er en av de mest utbredte funksjonsnedsettelsene i Norge, med en forekomst på 18,2 prosent i den voksne befolkningen (Engdahl et al., 2021). Høreapparat kan være et nyttig hjelpemiddel for personer med hørselstap, og det er omtrent 300 000 høreapparatbrukere i Norge i dag (HLF, 2024c). Likevel viser studier at mange ikke tar i bruk høreapparatene sine, selv når de er medisinsk anbefalt. Hørselsforbundet ¹ har derfor initiert en kartlegging for å forstå hvorfor høreapparater ikke tas i bruk, og hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen. Målet har vært å identifisere barrierer i pasientforløpet og foreslå løsninger som styrker bruken av høreapparater og mestring av hørselstap.

Gjennom dokumentstudier, intervjuer, workshop og innspillsmøte har vi fått innsikt fra ulike aktører i hørselsomsorgen. Kartleggingen er strukturert rundt pasientreisen: fra oppdagelse av hørselstap til utredning, tilpassing og oppfølging i etterkant av utdeling. I tillegg belyser vi hvordan samhandlingen mellom nivåene fungerer, og hvilke faktorer som påvirker faktisk bruk av høreapparat.

Dokumentgjennomgang har vist at det finnes omfattende kunnskap om utfordringene i hørselsomsorgen. Hovedutfordringene som går igjen, er lange ventetider, mangelfull oppfølging, svak koordinering og stor variasjon i kvaliteten på tjenestene. Dokumentene beskriver en rekke forslag til forbedringstiltak, særlig knyttet til bedre samhandling, bruk av teleaudiologi og mer systematisk oppfølging av brukere.

Vårt innsiktsarbeid viser at dagens høreapparatformidling preges av fragmenterte tjenester, manglende informasjonsflyt og ujevn kvalitet. Hørselstap oppdages ofte sent, og fastleger har varierende kompetanse og rutiner for tidlig identifisering og riktig henvisning.

Henvisninger beskrives som varierende i kvalitet, noe som kan føre til feilprioritering og unødvendige ventetider. Informantene peker på ressursknapphet, særlig knyttet til audiografer, som kan føre til for lite tid til individuell tilpassing, veiledning og kvalitetssikring. Oppfølgingen etter utlevering er varierende og ofte mangelfull, noe som bidrar til feilbruk og lav nytte av høreapparater over tid. Samarbeid mellom aktørene beskrives som ustrukturert, og ansvarsfordelingen uklar. Mangelen på audiografer beskrives som en kritisk utfordring som truer bærekraften i hele tjenesten.

Både Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2025 som er relevante for denne kartleggingen. Oppdragene innebærer å se på forbedringer som er relevante for hørselsomsorgen. Det er flere av tiltakene som er identifisert i denne kartleggingen, som kan være relevante for disse oppdragene.

På bakgrunn av vår kartlegging anbefaler vi:

Øk kunnskapen i befolkningen og hos helsepersonell om hørselstap

- ▶ Helsedirektoratet bør arbeide med å styrke kunnskapen om hørselstap, gjennom informasjon til befolkningen generelt og innbyggere med hørselstap spesielt.
- ▶ Helsedirektoratet bør arbeide med å styrke kunnskapen til helsepersonell om hørselstap, særlig fastlegene, for å sikre at hørselstap oppdages og at innbyggerne henvises til spesialisthelsetjenesten.

¹ Hørselsforbundet er fra juni 2025 det nye navnet til Hørselshemmedes Landsforbund (HLF)

Sett i gang tiltak for økt kvalitet i henvisninger og prioritering i spesialisthelsetjenesten

- ▶ Helsedirektoratet bør, i samarbeid med de regionale helseforetakene, igangsette målrettede tiltak for å heve kvaliteten på henvisninger fra fastleger, herunder:
 - Opplæringstiltak
 - Oppdatering av relevante veiledere og fagstøtte
- ▶ Helseforetakene bør jobbe med tiltak for bedre koordinering av ventelister for å sikre at pasientene ikke er dobbelthenvist.

Sett i gang tiltak for å frigjøre tid og øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

- ▶ Dagens søknadsprosesser om høreapparat er manuelle og tidkrevende. Behovet for forbedringer i Navs prosesser bør løftes av Helse- og omsorgsdepartementet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Nav.
- ▶ Det bør gjennomføres tiltak for å øke antall audiografer og audiopedagoger
 - Rammebetingelsene for audiografer gjennomgås for å se etter forbedringer som kan bidra til å øke tilgangen til audiograf og gjøre at audiografene blir værende i yrket
 - Økte rammer til ansettelse av audiografer og audiopedagoger

Sett i gang tiltak for bedre oppfølging av høreapparatbrukere

- ▶ Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen
- ▶ Det bør gjennomføres tiltak for bedre oppfølging av høreapparatbrukere, herunder:
 - Etablering av lavterskeltilbud for mindre justeringer og tilpassinger av audiograf. Bruk av digitale løsninger kan være særlig aktuelt.
 - Etablering støttetjenester for teknisk og praktisk bistand
- ▶ Det bør gjennomføres tiltak for bedre informasjon og støtte i tilvenningsfasen
- ▶ Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør i fellesskap se på tiltak for mer strukturert samarbeid og avklaringer i ansvarsforhold. Leverandørene og frivilligheten kan være relevante aktører å samarbeide med.
- ▶ Det bør gjennomføres tiltak for å øke hørselskompetansen i kommunene
- ▶ Frivilligheten styrkes for å kunne være et supplement til det offentlige tilbudet

1 Innledning

Hørselstap er en av de mest utbredte funksjonsnedsettelsene i Norge, med en forekomst på 18,2 prosent i den voksne befolkningen (Engdahl et al., 2021). Høreapparat kan være et nyttig hjelpemiddel for personer med hørselstap, og det er omtrent 300 000 høreapparatbrukere i Norge i dag (HLF, 2024c). Likevel viser studier at mange ikke bruker høreapparatene sine, selv om de er medisinsk anbefalt.

Til tross for at teknologien har blitt stadig bedre og mer tilgjengelig, kan veien fra å erkjenne et hørselstap til faktisk å bruke høreapparat, være lang. Flere barrierer kan stå i veien, blant annet manglende informasjon, lite opplæring og manglende oppfølging fra helsetjenesten.

1.1 Om oppdraget

Kartleggingen ble initiert av Hørselsforbundet med mål om å skape positive endringer for personer med hørselstap. Hørselsforbundet ønsket å finne ut av hvorfor noen ikke tar i bruk sitt tildelte høreapparat. Kartleggingen skulle avdekke barrierer, og se på mulige løsninger.

Målet med kunnskapsinnhenting har vært å avdekke **hvilke utfordringer personer med hørselstap møter i prosessen fra utredning til aktiv bruk av høreapparat**. Formålet har vært å samle innsikt om hvordan tjenestetilbudet fungerer i dag, og hva som kan gjøres for å sikre at flere får den hjelpen de trenger for å mestre sitt hørselstap og høreapparat. Gjennom kvalitative intervjuer, casestudier og analyser av pasientreisen har vi identifisert flaskehalser i dagens system og foreslått konkrete tiltak for forbedringer.

Vi har undersøkt hvilke utfordringer personer med hørselstap har møtt i prosessen fra utredning til aktiv bruk. Målet har vært å gi et bilde av hvordan tjenestene har fungert, og hva som kan forbedres for at flere skal få bedre hjelp til å mestre sin hverdag med nedsatt hørsel. Kartleggingen har omfattet hele pasientreisen: fra den første kontakten med fastlegen, via utredning i spesialisthelsetjenesten, til tilpassing av høreapparat og oppfølging i kommunen og i spesialisert rehabilitering. Vi har hatt særlig oppmerksomhet på hvordan informasjon formidles, hvilken veiledning brukerne får, og hvordan samhandlingen fungerer mellom ulike deler av helsetjenesten. I tillegg har vi vurdert samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og sett på organisatoriske barrierer som kan forklare at høreapparatene ikke brukes.

Brukernes egne erfaringer har vært sentrale. Flere har rapportert om mangelfull oppfølging, lite informasjon og utfordringer med å venne seg til høreapparatet. Kartleggingen har vært avgrenset til personer over 50 år, som utgjør den største gruppen brukere av høreapparater. Teknologiske løsninger som teleaudiologi (fjernjustering og -oppfølging av høreapparater) og digitale tjenester har blitt vurdert som mulige forbedringer. Vi har også identifisert gode eksempler fra praksis, både nasjonalt og internasjonalt, som kan tilpasses norske forhold.

Vi har benyttet en kombinasjon av dokumentgjennomgang, kvalitative intervjuer og innsiktsarbeid. For å få brukerperspektivet har vi intervjuet brukere og likepersoner fra Hørselsforbundet. For informasjon fra tjenestene har vi inkludert audiografer, ØNH-spesialister, en fastlege og en hørselskontakt fra en kommune. Vi har i tillegg gjennomført en samtale med en talsperson fra ekspertgruppe hørsel i bransjeforeningen Melanor. I innspillsmøtet deltok representanter fra Norsk audiopedagogisk forening, Audiografforbundet, Norsk audioteknisk forening, Audiologisk utvalg i ØNH-foreningen og ekspertgruppe hørsel i Melanor. I tillegg deltok representanter fra audiologiutdanningen ved NTNU, en audiograf ansatt ved en hørselssentral, en audiograf fra en privat audiografklinik og representanter fra åtte av Hørselsforbundets fylkeslag.

Vi har gjennomgått regelverk og tidligere undersøkelser, og brukt verktøy fra tjenestedesign for å få innsikt i hele pasientreisen. For innspill og forslag til tiltak gjennomførte vi en workshop og et større innspillsmøte.

Denne rapporten oppsummerer funnene våre og gir en vurdering av hvordan hørselsomsorgen i Norge kan forbedres. Vi har sett på individuelle faktorer som kan påvirke bruken av høreapparat, men lagt mest vekt på systemet og behov i hørselsomsorgen. Målet har ikke bare vært å identifisere faktorer som kan øke bruken av høreapparater, men også faktorer som bidrar til at personer med hørselstap får bedre støtte til å mestre hverdagen.

1.2 Rapportens oppbygging

Kapittel 2 beskriver hvordan vi har arbeidet med kartleggingen, og drøfter begrensninger i datagrunnlaget. Kapittel 3 gir en oversikt over eksisterende kunnskap og rammebetingelser knyttet til hørselsrehabilitering. I kapittel 4 beskriver vi funnene fra kartleggingen. Kapittelet følger prosessen fra oppdagelse av hørselstap og henvisning, til utredning, tilpassing og oppfølging i etterkant av utdelingen. I tillegg omtaler vi samhandling mellom aktører og arbeidsforhold for audiografer. Kapittel 5 inneholder eksempler på god praksis. I kapittel 6 beskriver vi tiltak fra kartleggingen samt tidligere foreslåtte tiltak fra andre utredninger. De tiltakene vi foreslår basert på kartleggingen, beskrives mer detaljert. I kapittel 7 gir vi våre anbefalinger.

2 Metode

2.1 Design

For å besvare problemstillingene og utarbeide tiltak som aktørene opplever som relevante, har vi brukt en kombinasjon av kvalitative metoder og prinsipper fra tjenstedesign. Hensikten med denne tilnærmingen har vært å kartlegge brukernes opplevelser og systemiske utfordringer. Vi har brukt tjenstedesign som rammeverk ved å systematisere innsikt rundt pasientreisen og identifisere sentrale kontaktpunkter og barrierer. Workshopen og innspillsmøtet har vært viktige møtepunkter for å la aktørene gi innspill og delta i utformingen av begrunnede tiltaksforslag.

Gjennom dokumentstudier, intervjuer, casestudier og workshopen har vi innhentet innsikt fra ulike aktører i hørselsomsorgen. Kartleggingen er strukturert rundt pasientreisen, fra oppdagelse av hørselstap til utredning, tilpassing og oppfølging i etterkant av utdeling. I tillegg belyser vi hvordan samhandlingen mellom nivåene fungerer, og hvilke faktorer som påvirker faktisk bruk av høreapparat.

Datamaterialet er analysert i lys av tidligere forskning og utredninger, samt eksisterende retningslinjer og standarder for høreapparatformidling og hørselsrehabilitering. Vi har også inkludert eksempler på beste praksis fra både Norge og utlandet for å identifisere potensielt relevante tiltak. De ulike metodene er valgt med utgangspunkt i forsknings- og kartleggings-spørsmålene, for å sikre bred dekning og variasjon i perspektiver. Valget av metoder har vært styrt av kartleggingsspørsmålene, og har hatt som mål å sikre bredde og variasjon i perspektivene.

2.2 Kartleggingsspørsmål

For å strukturere kunnskapsinnhentingene har vi formulert en rekke kartleggingsspørsmål. Disse dekker sentrale temaer som pasientreisen, brukeropplevelser, samhandling mellom tjenestenivåer og tiltak for å få flere til å ta i bruk høreapparatet. Spørsmålene danner grunnlaget for analysen og skal sikre at prosjektet adresserer de utfordringene som er beskrevet i oppdraget. Tabell 1 viser hvilke kapitler som omhandler hovedtemaene og spørsmålene i kartleggingen.

Tabell 1: Hovedtemaer, forskningsspørsmål og tilhørende kapitler i kartleggingen.

Hovedtema	Kartleggingsspørsmål	Knyttet til kapittel
Pasientreisen – utredning og tilpassing	Hvordan fungerer dagens utredning og tilpassing av høreapparater i spesialisthelsetjenesten? Hvilken informasjon og opplæring får brukere i første fase av pasientreisen? Er dagens system tilstrekkelig for å sikre at brukere forstår hvordan de skal bruke høreapparatet sitt? I hvilken grad følger fastleger opp pasienter med hørselstap, og hva er deres rolle i prosessen?	Kap. 4 – Kartlegging av dagens situasjon
Oppfølging i kommunene og samhandling mellom tjenestenivåer	Hvordan fungerer oppfølgingen i kommunen etter at høreapparatet er tilpasset? Hvilke utfordringer opplever brukerne i overgangsfasen fra spesialisthelsetjenesten til kommunal oppfølging?	Kap. 4 – Kartlegging av dagens situasjon

	Hvilke roller har ulike kommunale aktører, og hvordan samarbeider de med hverandre? Hvordan fungerer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?	
Individuelle og systemiske barrierer for høreapparatbruk	Hva kjennetegner brukere som tar i bruk høreapparater, sammenlignet med dem som lar dem ligge ubrukt? Hvilke faktorer bidrar til at høreapparat sjelden eller aldri blir brukt? Hvordan påvirker teknologisk kompleksitet, brukervennlighet og høreapparattilpassing brukeropplevelsen? Hvordan opplever brukerne at informasjonen de får om høreapparatet, dekker deres behov?	Kap. 4 – Kartlegging av dagens situasjon
Tiltak og løsninger – læring fra beste praksis	Hvilke tiltak har vist seg effektive for å øke høreapparatbruk i Norge og internasjonalt? Hvordan kan teleaudiologi bidra til bedre oppfølging og samhandling mellom nivåer? Kan økt bruk av likepersoner og mentorordninger bidra til bedre brukeropplevelse? Hvordan kan kommuner styrke sitt ansvar for opplæring og rehabilitering av høreapparatbrukere?	Kap. 4 – Kartlegging av dagens situasjon / Kap. 5 – Forslag til tiltak

2.3 Metoder for datainnsamling

For å kartlegge av utfordringer og mulige løsninger har vi brukt flere metoder som er delvis komplementære. Dette inkluderer dokumentstudier, kvalitative intervjuer, workshop, gjennomgang av eksempler på god praksis og en tjenstekartlegging. Hver metode er valgt for å belyse ulike sider ved problemstillingen og få frem et helhetlig kunnskapsgrunnlag. Tabell 2 gir en oversikt over hvilke metoder som er brukt i kartleggingen, og hva hver enkelt metode har bidratt med. Tabellen synliggjør hvordan de ulike metodene utfyller hverandre, og samlet gir et helhetlig grunnlag for analysen.

Tabell 2: Metoder og formål med datainnsamling

Metode	Formål
Dokumentstudier	Kartlegge eksisterende kunnskap og rammeverk
Intervjuer	Innhente erfaringer fra brukere og fagmiljø
Workshop	Validere funn og utvikle tiltak sammen med brukerrepresentanter
Innspillsmøte	Justere forslag og diskutere med en bredere gruppe av aktører
Gjennomgang av eksempler på god praksis	Identifisere overførbar beste praksis

2.3.1 Dokumentstudier

Dokumentstudiene har hatt som formål å kartlegge eksisterende kunnskap, regelverk og standarder som påvirker formidlingen av høreapparater i Norge. Dokumentene gir viktig innsikt i hvordan systemet er organisert i dag, hvilke krav som stilles til tjenestene, og hvilke utfordringer som er kartlagt tidligere.

Vi har gjennomgått:

- ▶ Helsedirektoratets utredning om tilbud til hørselshemmede (2020)
- ▶ Prioriteringsveilederen for øre-nese-halssykdommer (2024)
- ▶ Navs samarbeidsavtale med helseforetakene (2009)
- ▶ Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov (HK-dir, 2025)
- ▶ Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus (Oslo Economics, 2025)
- ▶ NS-EN ISO 21388:2021 Akustikk – Organisering av høreapparatilpasning
- ▶ NS-EN ISO 21388-2:2024 Akustikk – Organisering av høreapparatilpasning – Del 2: Teletjenester som en del av organisering av høreapparatilpasning (tHAFM)
- ▶ Hørselsklinikkundersøkelsen (2023)

2.3.2 Intervjuer

I kartleggingen har vi lagt vekt på å få frem ulike perspektiver fra både brukere og fagmiljøer. Vi har gjennomført semi-strukturerte intervjuer. Vi hadde noen hovedtemaer vi ønsket å få belyst, men var åpne for at informantene kunne trekke inn andre temaer de opplevde som relevante og viktige. Intervjuguide ble utviklet med utgangspunkt i kartleggingens problemstillinger og det eksisterende kunnskapsgrunnlaget.

Vi gjennomførte 23 intervjuer med totalt 24 deltakere fra seks ulike grupper av informanter. Informantutvalget er satt sammen for å fange variasjon i erfaringer og perspektiver, og omfatter brukere, fagpersoner og representanter fra relevante fag- og brukerorganisasjoner. Tabell 3 gir en oversikt over informantgruppene som har blitt intervjuet, og antall informanter i hver gruppe.

Tabell 3: Informantgrupper og antall intervjuer.

Informantgruppe	Informanter	Tema/begrunnelse
Likepersoner i Hørselsforbundet ²	3	Har erfaring gjennom dialog med mange ulike brukere og har særlig bidratt med innsikt i utfordringer og behov som oppstår i hverdagen etter at høreapparatet er tatt i bruk
Høreapparatbrukere (aktive og mindre aktive brukere)	8	Intervjuer både med personer som bruker apparatet aktivt, og personer som bruker det svært lite, eller ikke i det hele tatt. Samtalene har gitt et bredt innblikk i hvilke faktorer som påvirker bruken, hvilke utfordringer som oppstår, og hva som fremmer opplevelsen av nytte og mestring i bruken av høreapparat.
Audiografer (inkl. Audiografforbundet)	7	Intervjuer med audiografer på hørselssentraler og hos avtalespesialister, inkludert representanter fra Audiografforbundet. De har gitt innsikt i hvordan utredning, tilpassing og oppfølging fungerer i praksis, samt hvilke forbedringer de mener er nødvendige i dagens tjenester.
ØNH-spesialister	3	Har delt sine erfaringer og gitt synspunkter særlig på hvordan henvisning og utredning kan forbedres
Fastleger	1	Har gitt innblikk i primærhelsetjenestens rolle i oppdagelse og oppfølging av hørselstap
Hørselskontakter i kommunen	1	Har delt sine erfaring med rollen, opplæring og hvordan den organiseres i dag
Leverandører	1	En talsperson for ekspertgruppe hørsel i bransjeorganisasjonen Melanor bidro med innspill om hvordan leverandørene opplever dagens situasjon.

² En likeperson i Hørselsforbundet er en frivillig som gir erfaringsbasert støtte om hørselstap som supplement til offentlig rehabilitering. For mer informasjon, følg [lenken](#).

2.3.3 Workshop

Som en del av kartleggingen gjennomførte vi en workshop 31. mars 2025, der åtte likepersoner fra Hørselsforbundet deltok. En representant for Audiografforbundet deltok også på deler av workshopen. Formålet med samlingen var å få innspill til de foreløpige funnene i kartleggingen, samt å diskutere og utvikle forslag til tiltak. Likepersonene som deltok, hadde bred erfaring gjennom deres arbeid med å hjelpe andre høreapparatbrukere. De bidro med viktige perspektiver basert på egne erfaringer og erfaringer fra likepersonarbeidet.

Workshopen startet med en kort gjennomgang av funnene fra kartleggingsarbeidet slik det forelå på dette tidspunktet. Deretter ble deltakerne delt inn i to grupper for å diskutere konkrete problemstillinger knyttet til tjenestetilbudet og bruken av høreapparater. Gruppene ga tilbakemeldinger på

- ▶ hvorvidt funnene var gjenkjennbare
- ▶ om det var områder kartleggingen ikke hadde fanget opp
- ▶ hvilke tiltak som kunne bidra til bedre oppfølging og økt bruk

Det var også en særlig oppmerksomhet på tiltak som kunne involvere likepersoner, både som støttespillere for brukerne og som et supplement til helse- og omsorgstjenestene.

2.3.4 Innspillsmøte

Mot slutten av kartleggingen gjennomførte vi et innspillsmøte for å få tilbakemeldinger på de foreløpige funnene og drøfte forslag til tiltak. I møtet deltok representanter fra Norsk audiopedagogisk forening, Audiografforbundet, Norsk audioteknisk forening, Audiologisk utvalg i ØNH-foreningen og ekspertgruppe hørsel i Melanor. I tillegg deltok representanter fra audiografutdanningen ved NTNU, en audiograf ansatt ved en hørselssentral, en audiograf fra en privat audiografklinikk og representanter fra åtte av Hørselsforbundets fylkeslag.

I møtet presenterte vi hovedfunnene fra prosjektet på dette tidspunktet, blant annet knyttet til utfordringer i henvisningsprosessen, behovet for bedre informasjon om tilvenningsfasen og manglende oppfølging etter utlevering av høreapparat. Deretter diskuterte gruppen forslag til løsninger og tiltak. Vi åpnet også for at deltakerne kunne sende skriftlige tilbakemeldinger i etterkant.

2.3.5 Beskrivelser av eksempler på god praksis

For å få innspill til eksempler på god praksis som prosjektet kan lære av, oppfordret vi informantene til å dele eksempler i intervjuene vi gjennomførte. Vi har også gjort egne undersøkelser. Eksemplene er både norske og internasjonale.

Utvalget av eksempler har vært basert på følgende kriterier:

- ▶ Dokumenterte resultater i form av økt høreapparatbruk eller forbedret pasientopplevelse
- ▶ Relevans og overføringsverdi til norske forhold
- ▶ Bruk av nye teknologiske eller organisatoriske løsninger

Eksemplene gir innsikt i hvilke tiltak som fungerer i praksis, og hvilke faktorer som er avgjørende for å oppnå gode resultater.

2.4 Analyse

I kartleggingen har vi brukt en kvalitativ tilnærming med mål om å få frem brukernes erfaringer og opplevelser. Vi har strukturert analysen rundt å identifisere gjennomgående temaer og mønstre i materialet. Temaer som har gått igjen i flere kilder, har blitt vurdert som særlig relevante. Disse funnene har vi gruppert og satt i sammenheng med kartleggingens overordnede problemstillinger og hovedtemaer. Det har gjort det mulig å identifisere mønstre på tvers av ulike informantgrupper og datakilder.

Vi har også vurdert hvor mange som har rapportert om de ulike erfaringene, for å kunne si noe om hvor sterke eller representative funnene kan anses å være. Temaer som er nevnt av flere informanter, har fått større vekt i analysen. Funn som bare har blitt nevnt av én eller noen få, har vi vurdert mer varsomt.

For å styrke treffsikkerheten i analysene har vi brukt både workshopen og innspillsmøtet til å teste og validere funnene. Tilbakemeldingene fra disse møtene har bidratt til å justere og videreutvikle analysene, og samtidig bekrefte at resultatene stemmer overens med brukernes og fagpersonenes erfaringer.

2.5 Begrensninger og usikkerheter

Kartleggingen har enkelte begrensninger. Utvalget av informanter og deltakere har vært relativt lite. Det er vanlig i kvalitative undersøkelser, men kan påvirke i hvilken grad man kan generalisere på bakgrunn av funnene. For å fange et bredere spekter av erfaringer og synspunkter har vi intervjuet likepersoner som selv bruker høreapparat. De har i sin rolle regelmessig kontakt med et stort antall brukere. Dette har gitt oss indirekte tilgang til et bredere erfaringsgrunnlag enn det antallet individuelle intervjuer skulle tilsi.

Når det gjelder fagpersoner, har vi hatt dialog med både enkeltaktører og relevante fagorganisasjoner og Hørselsforbundet. Disse organisasjonene har bidratt med verdifulle innspill underveis i arbeidet, og har også deltatt i vurderingen av funn og tiltaksforslag. Dette har gitt et mer sammensatt og balansert kunnskapsgrunnlag som styrker kvaliteten på analysene.

Datainnsamlingen har foregått som en lærende prosess, der innsikt fra én aktivitet har pekt ut retningen for den neste. For eksempel har intervjuer bidratt til å forme temaene i workshopen, og dokumentanalysen har lagt grunnlag for utvelgelse av eksempler på god praksis. Denne tilnærmingen har gjort det mulig å utvikle forståelsen gradvis og følge opp nye spor, men innebærer også en risiko for bekreftelsestendens. For å motvirke denne har vi involvert ulike informantgrupper og validert funn gjennom dialog og tilbakemeldinger.

Vi har også sammenholdt våre funn med resultater fra tidligere undersøkelser, for å vurdere i hvilken grad de samsvarer med eksisterende kunnskap. På grunn av de metodiske begrensningene har vi vært varsomme med å trekke bastante konklusjoner. I stedet har vi valgt å presentere funnene som de fremstår i materialet, slik at de kan danne grunnlag for videre vurderinger og eventuelle nye tiltak.

3 Eksisterende kunnskap om og rammer for hørselsrehabilitering

3.1 Innledning

Dette kapittelet presenterer hovedfunn fra en dokumentgjennomgang av eksisterende kunnskap om høreapparatformidling og hørselsomsorg i Norge. Vi har gjennomgått utredninger, veiledere, standarder og rapporter fra både offentlige og andre aktører. Hensikten med gjennomgangen har vært å samle og sammenstille eksisterende kunnskap relevant for kartleggingens problemstillinger. Dette har bidratt til et kunnskapsgrunnlag for videre analyse og utvikling av begrunnede tiltaksforslag.

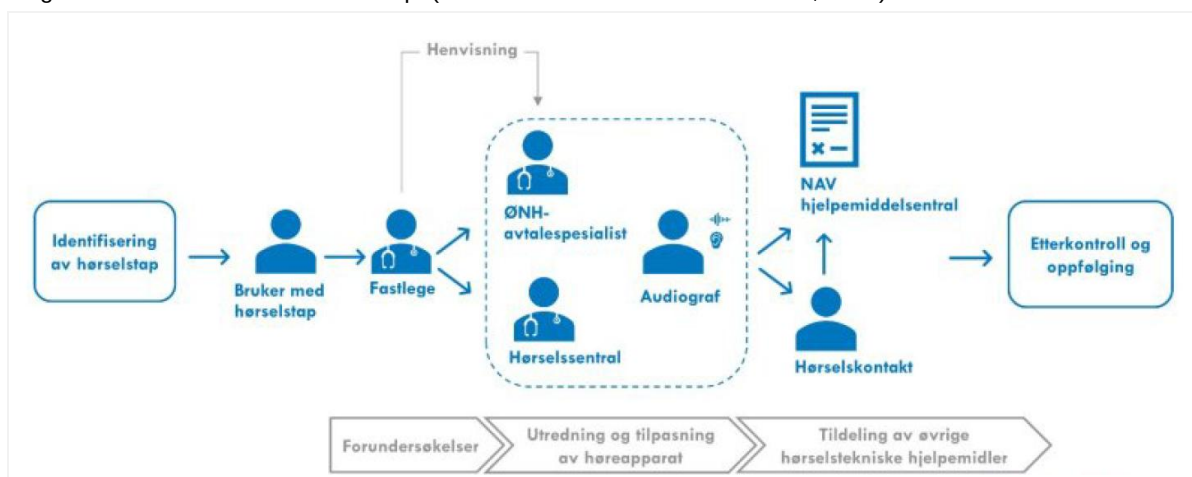
Metodisk tilnærming og kriterier for dokumentutvalg er beskrevet i kapittel 2.3.1. Kildene som omtales her, er samlet i rapportens referanseliste. Innholdet i gjennomgangen er organisert tematisk.

Gjennomgangen viser at det allerede finnes omfattende kunnskap om hørselsomsorgens svakheter. Det er foreslått en rekke forslag til forbedringer. Likevel har mange av utfordringene vist seg å være vedvarende, og flere av de foreslåtte tiltakene har ennå ikke blitt implementert.

3.2 Pasientreisen og aktørbildet

Ved hørselstap innebærer pasientreisen et sammensatt forløp fra identifisering av hørselstap til hørselsutredning, høreapparattilpassing, opplæring og langvarig oppfølging. Figur 1 viser pasientreisen i hovedtrekk, slik den er illustrert av Oslo Economics, vist til i Helsedirektoratet (2020).

Figur 1: Pasientreisen ved hørselstap. (Oslo Economics i Helsedirektoratet, 2020).



Ifølge Helsedirektoratet (2020) starter prosessen ofte ved at brukeren selv eller familie, venner og kollegaer oppdager hørselstapet. Fastlegen spiller en nøkkelrolle som første vurderingsinstans. Kommunale aktører, som hjemmesykepleien, bidrar også til å fange opp hørselstap hos eldre. For dem som jobber i støyutsatte yrker, kan bedriftshelsetjenesten være inngangsporten. Tidligere undersøkelser viser at mange venter altfor lenge med å søke hjelp for hørselstap, før de tar kontakt med helsetjenesten (NGC, 2018). I Norge går det i snitt tre år fra en person blir oppmerksom på hørselstap til anskaffelse av høreapparat (EHIMA, 2019, s. 42). 62 prosent av høreapparateiere oppgir at de burde ha anskaffet høreapparat tidligere (EHIMA, 2019, s. 43).

Utredning og behandling med høreapparattilpassing skjer ved offentlige hørselssentraler eller hos øre-nese-hals avtalespesialister. Førstegangs konsultasjon omfatter blant annet en ØNH-undersøkelse for å stille diagnose og utelukke andre sykdommer, samt hørselsmålinger (minimum rentoneaudiometri og utarbeidelse av audiogram) utført av audiograf. Audiografen har ansvar for oppfølging av pasienten gjennom behandlingsprosessen, inkludert tilpassing og etterkontroll av høreapparat (Helsedirektoratet, 2020, s. 10).

Etter konsultasjon hos spesialisthelsetjenesten skal epikrise sendes til pasientens fastlege. Oppfølging i perioden etter at høreapparatet er tildelt, skal hovedsakelig foregå i kommunen, gjennom hørselskontakt eller Nav Hjelpemiddelsentral. HLF (nå Hørselsforbundet, red.anm.) tilbyr også supplerende støtte til høreapparatbrukere gjennom likepersoner (Helsedirektoratet, 2020, s. 10).

De aller fleste kommuner har avtaler med Nav Hjelpemiddelsentral og har egne hørselskontakter. Hørselsrådgivere ved Nav Hjelpemiddelsentral har ansvar for alle typer hørselstekniske hjelpemidler. De gir råd og veiledning om tilrettelegging i ulike settinger, som barnehage, skole, arbeidsplass og i hverdagslivet (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Hørselskontaktene bistår med kartlegging av hjelpemiddelbehov, utprøving og søknadsprosess til Nav (Helsedirektoratet, 2020, s. 11). Hørselsforbundet gjennomførte i 2024 undersøkelsen «Hørselskontakter i kommunene». Kartleggingen viste at disse ofte har lav stillingsprosent. I 48 prosent av kommunene har hørselskontakten mindre enn 10 prosent stilling i rollen (HLF, 2024b). 1 prosent av kommunene som har hørselskontakt har audiograf i denne rollen. I 87 prosent av kommunene har hørselskontakten en annen helsefaglig bakgrunn, der ergoterapeut er den største gruppen, med 62 prosent (HLF, 2024b).

Hørselsforbundets likepersoner

En likeperson er et medmenneske som lytter og deler av egne erfaringer. Hørselsforbundets likepersontilbud er et supplement til det offentlige rehabiliteringstilbudet. Hørselsforbundets likepersoner gjør en frivillig jobb og skal, gjennom sine egne erfaringer og kunnskap, gi hjelp som:

- være en god samtalepartner
- motivere til å bruke aktuelle hjelpemidler
- informere
- gi råd og veilede

Tekst hentet fra Hørselsforbundets nettsider, se [lenke](#).

Etterkontroll etter tilpassing av høreapparat er viktig for å sikre at høreapparatet fungerer optimalt og at brukeren får nødvendig opplæring og veiledning (Helsedirektoratet, 2020, s. 16). Det er imidlertid variasjon i praksis mellom ulike hørselssentraler og ØNH avtaleklinikker når det gjelder rutinemessig innkalling til kontroll (Helsedirektoratet, 2020, s. 17). Noen hørselsklinikker har systematiske etterkontroller, mens andre krever at brukerne selv tar kontakt ved behov.

Mange brukere opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon og veiledning om hørselstap, og bruk av høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler. Dette kan føre til dårligere nytte av høreapparatet, og at de i verste fall slutter å bruke det. Hørselsklinikkundersøkelsen (2023, s. 11) viser at pasientforløpet varierer mellom klinikker, særlig med tanke på involvering av andre aktører. Det fremgår blant annet at henvisning av nye høreapparatbrukere til audiopedagog skjer i «en eller annen grad» i 71,4 prosent av klinikkene, men i over halvparten av tilfellene har de valgt alternativet «i liten grad». Fritekstsvarene peker entydig på at årsaken er mangel på tilgjengelige audiopedagoger å henvise til. Hørselssentralene er forpliktet til å ha tilknyttet audiopedagog i gjeldende regelverk (Vedlegg 3 til ftrl § 10-7 bokstav b). I Hørselsklinikkundersøkelsen (2023, s. 5) oppgir 46,7 prosent av hørselssentralene å ha ansatt audiopedagog.

Teksten og figur 1 beskriver hvordan pasientreisen ved hørselstap involverer aktører fra både primær- og spesialisthelsetjenesten og andre deler av forvaltningen. Dette er en kompleksitet som er sentral i kartleggingens analyse av hvordan brukeropplevelse, informasjonsflyt og ansvar håndteres i praksis.

3.3 Oppfølging, koordinering og ansvar

Innbyggere med behov for høreapparat følges opp av både spesialist- og primærhelsetjenesten. Eksisterende kunnskap viser at oppfølgingen den enkelte får, varierer.

For spesialisthelsetjenesten beskriver Helsedirektoratet (2020, s.18) at det ikke stilles formelle krav til hørselssentralenes virksomhet, organisering eller ansvar. Rapporten viser til forskriftene som regulerer rett til stønad for hørselshemmede. Både i Vedlegg 3 til ftrl § 10-7 bokstav b og i samarbeidsavtalen mellom de regionale helseforetakene og Nav, fremkommer det konkrete krav til hørselssentralene (vedlegg 3b og samarbeidsavtalen) og avtalespesialistene (samarbeidsavtalen). Disse beskrives mer detaljert i faktaboksene nedenfor. Disse kravene er relativt lite detaljerte, som åpner for at tilbudet organiseres på ulike måter. De helprivate klinikkene omfattes ikke av avtalene og har derfor ikke de samme kravene som regulerer tilbudet.

Vedlegg 3 til Folketrygdloven § 10-7 bokstav b:

Dette vedlegget til Folketrygdloven beskriver «krav til kvalifikasjoner, regler for undersøkelse, krav til utstyr, lokaler mv. og om faglig medvirkning ved undersøkelse av hørselshemmede, avtrykk av øregang og tilpasning av høreapparat». Den beskriver blant annet hvilke undersøkelser som skal gjennomføres, og hvilke tjenester som skal være tilgjengelige, for eksempel instruksjon og opplæring i bruk og vedlikehold av høreapparat. Den stiller også krav til utstyr som skal være tilgjengelig, og hvordan lokalene skal utformes. I tillegg lister den opp krav til hørselssentralene, blant annet hvilke yrkesgrupper de må ha tilknyttet.

Kilde: Vedlegg 3 til ftrl § 10-7 bokstav b

Samarbeidsavtalen mellom de regionale helseforetakene og Nav om formidling av høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler

«Formålet med denne avtalen er å sikre samhandling som gir brukere med behov for høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler et helhetlig tilbud av god kvalitet og dermed mulighet for deltakelse og likestilling.» Avtalen definerer ansvar for de regionale helseforetakene, Nav og ansvar som skal løses i fellesskap. Denne avtalen omfatter også avtalespesialistene. Avtalen definerer blant annet at de regionale helseforetakene skal:

- «Sørge for at helseregionens tilbud om utredning av hørselstap, tilpasning og formidling av høreapparat, informasjon, opplæring og oppfølging av brukerne skjer i samsvar med faglig god praksis og innen akseptabel ventetid»
- «Som eier/driftsavtalepart, bidra til at helseforetak/sykehus, som tilpasser høreapparat, er bemannet og utstyrt for å drive en tilfredsstillende tjeneste, herunder bidra til at det tilbys ambulante tjenester i nært samarbeid med kommunene»
- «Bidra til at helseforetakene/sykehusene i samarbeid med øvrige tjenesteyterne i tiltakskjeden og brukerorganisasjonene tilbyr lærings- og mestringskurs til brukere som har behov for dette.»

Kilde: Avtale om samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet om formidling av høreapparat og hørselstekniske hjelpemidler (2009)

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene står fritt til å organisere tjenestene slik de selv ønsker, så lenge ikke annet er fastsatt i lov eller forskrift (Helsedirektoratet, 2020, s. 19). Når det gjelder voksne med hørselstap, er det i hovedsak fastlegen som ivaretar utredning, diagnostisering og henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Innen medisinsk habilitering og rehabilitering har kommunen ansvar for å tilby tjenester som fremmer egen læring, motivasjon, funksjons- og mestringsvegne, likeverd og deltakelse (Helsedirektoratet, 2020, s. 19). Ifølge Helsedirektoratet varierer organiseringen av praktisk bistand

og opplæring for høreapparatbrukere betydelig mellom kommuner og helseforetak. De fleste hørselssentraler tilbyr praktisk bistand som å bytte filtre, domer eller slanger, enten som servicetime eller drop-in. Enkelte sentraler har rutiner for etterkontroll 6–12 måneder etter tilpassing, mens andre mangler kapasitet til dette og forutsetter at pasientene selv tar kontakt ved behov. Tilsvarende variasjon finnes blant avtalespesialister (Helsedirektoratet, 2020, s. 19–20). Hørselsklinikkundersøkelsen (2023, s. 13) viser også at oppfølgingen varierer. Hele 43,9 prosent oppgir at de ikke tilbyr årskontroller, og kun 36,6 prosent oppgir at kontroll skjer etter 49–52 uker. Det er forskjeller mellom klinikkene. Det er også et tydelig kapasitetsproblem, som går utover oppfølgingstilbudet, ifølge fritekstsvarene.

Når det gjelder hørselskontakter i kommunene, gjennomførte Hørselsforbundet en kartlegging i 2024. 96 prosent av kommunene oppga å ha en hørselskontakt, men i 48 prosent av kommunene har hørselskontakten mindre enn 10 prosent stilling i rollen. Mange har heller ikke hørselsfaglig utdanning eller kompetanse (HLF, 2024b).

Hørselskontakter

Helsedirektoratet (2023) beskriver rollen slik: «De fleste kommuner har synskontakter og hørselskontakter. Ordningen er frivillig. Rollen er ofte lagt til personell i helse- og omsorgstjenesten. Synskontaktene og hørselskontaktene er NAV Hjelpemiddelsentralens forlengede arm i kommunene. En viktig oppgave er formidling av enklere synstekniske og hørselstekniske hjelpemidler og å gi råd og veiledning i forbindelse med bruken av disse. Flere enn halvdelene er både syns- og hørselskontakt samtidig.

Det anbefales at syns- og hørselskontakter i kommunene legges inn under koordinerende enhet sitt ansvarsområde.»

3.4 Ventetider og kapasitetsutfordringer

Både Helsedirektoratet (2020) og Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 beskriver lange ventetider. Fristbrudd ³/ventelistebrudd er formelt kun relevant for hørselssentralene, da de private avtalespesialistene ikke har de samme kravene. Halvparten av hørselssentralene oppgir ventelistebrudd (HLF, 2023, s. 13). Det innebærer at pasientene ikke får hjelp i tråd med Helsedirektoratets prioriteringsveileder (se mer informasjon i faktaboks), der anbefalt ventetid for hørselstap og tinnitus for voksne varierer fra 12 til 52 uker, avhengig av alvorlighetsgrad.

Prioriteringsveilederen beskriver frister for oppstart av helsehjelpen. Ventetiden for pasientene omfatter også tiden det går fra første time hos ØNH-spesialist til utredning hos audiograf og til time for tilpassing og tildeling av høreapparat. Denne ventetiden omfattes ikke av veilederen. Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 undersøkte også ventetiden mellom første kontakt og påfølgende timer (s. 12–13). Ventetiden varierer, men kan være lang.

Prioriteringsveilederen for hørsel

Veilederen gir anbefalinger om rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og frister basert på tilstandens alvorlighetsgrad og forventet behandlingsnytte.

Veiledende frister

- 1 Døvhets (medfødt/ervert): 12 uker (4 uker ved meningitt/kombinerte sansetap)
- 2 Alvorlig hørselstap (> 60 dB HL): 12 uker (4 uker ved rask progresjon/kombinerte sansetap)
- 3 Moderat hørselstap (40–60 dB HL) og tinnitus: 26 uker
- 4 Hørselstap utenfor talefrekvensområde: 52 uker

Fristene kan justeres ut fra individuelle forhold, som kombinerte sansetap, funksjonstap eller sosiale hensyn.

³ Et fristbrudd innebærer at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp innen fristen som helseforetaket har satt basert på vurderingen. For mer informasjon, se [lenke](#).

Dokumentgjennomgangen viser at tilbudet til personer med hørselsutfordringer står overfor betydelige utfordringer, særlig med tanke på økende behov, sen identifisering av hørselstap og manglende samordning av tjenester. Helsedirektoratet (2020, s. 12) anslår at antallet personer med invalidiserende hørselstap vil øke med 40 prosent sammenlignet med 2016-tall innen 2030, noe som vil legge press på helse- og omsorgstjenesten. Uten kapasitetsøkning kan dette føre til lengre ventetider og redusert tilgang til behandling.

Mangel på audiografer trekkes frem som en av de mest sentrale utfordringene i systemet, og kapasitetsproblemer forsterkes av varierende organisering og et fragmentert tjenestetilbud. Denne situasjonen viser ikke tegn til å bli bedre på kort sikt. I november 2023 omtales situasjonen slik i en artikkel i Din Hørsel: «Kritisk mangel på audiografer gir rekordlang ventetid. Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), frykter at det bare blir verre» (Johansen, T. S., 2023).

Audiografforbundets daværende leder, Håvard O. Paulsen påpekte i mars 2022 behovet for flere audiografer: «I Norge i dag er det enkelte steder opp til ett års ventetid for å få avtale hos klinisk audiograf i spesialisthelsetjenesten. Norge trenger langt flere audiografer» (Bjelland, S. M., 2022). Hørselsforbundet og Audiografforbundet har regnet ut at Norge mangler 150 audiografer i klinisk arbeid, gitt et mål på én audiograf per 10 000 innbyggere (Venås, 2024).

I rapporten «Effekten av å fjerne tidstyver i helsevesenet» (2025, s.17) trekker Oslo Economics blant annet frem ufullstendige henvisninger og manuelle søknadsprosesser for høreapparat som eksempler på oppgaver som stjeler kapasitet med mulighet for å spare mellom 10 og 20 årsverk for audiografer.

I en kartlegging fra Oslo Economics (2019, sitert i Hdir, 2020 s. 19) svarte en stor andel av hørselssentralene at de utførte oppgaver som de mente burde ha blitt utført av kommunene. Eksempler på dette var bytte av batterier og rengjøring av høreapparater.

3.5 Brukeropplevelse, informasjon og mestring

Mangelfull informasjon og lite oppfølging kan bidra til manglende bruk av høreapparater. Jorunn Solheim (2011) fant i sin doktorgradsavhandling ut at bruk av høreapparat var signifikant assosiert med oppfølging i etterkant og erkjennelse av eget behov. Mange brukere opplever ikke å få optimalisert sine høreapparater utover førstegangstilpassingen og mottar ikke nok veiledning i den kritiske tilvenningsfasen. Solheim med flere (2018) har også undersøkt effekten av motiverende intervjuer. Studien viste at motiverende intervjuer bidro til å øke bruken av høreapparat. Den inkluderte ikke dem som sjelden eller aldri brukte høreapparatene sine, men er relevant for store grupper av brukere.

Ifølge Helsedirektoratet (2020) og Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 er det varierende om brukerne får tilbud om etterkontroll. Dette svekker både brukeropplevelsen og den faktiske nytten av å bruke høreapparatene.

Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 (s. 11) viser at informasjonstilbudet til pasienter og tiltak for å støtte mestring i høreapparatbruk, er begrenset og preget av store variasjoner. Kun en av tre klinikker anbefaler ofte bruk av digitale informasjonsressurser som nettsider og e-læringsverktøy, mens en betydelig andel gjør dette sjelden eller aldri. Henvisning til lærings- og mestringskurs forekommer i svært liten grad. Bare 4,8 prosent tilbyr dette rutinemessig. Mangel på tilgjengelige audiopedagoger trekkes frem som en viktig årsak til at pasienter i liten grad får slik oppfølging. Manglende personellressurser løftes gjentagende frem som en barriere mot å tilby tilstrekkelig informasjon og mestringsstrategier. Fritekstsvaret fra klinikkene tyder på at det fører til nedprioritering av oppfølgingstiltak, inkludert kurs, årskontroller og anbefaling av støtteressurser. Samtidig brukes strukturerte verktøy for å dokumentere pasientopplevelse og nytte av høreapparat lite. For eksempel benyttes COSI-skjemaet kun av 19,5 prosent av klinikkene (s. 14).⁴

⁴ COSI (Client Oriented Scale of improvement) er et selvevalueringsverktøy som benyttes for å dokumentere informantenes behov og mål for hørselsrehabilitering og som er egnet til å vise fremgang over tid. Se [lenke](#).

3.6 Beste praksis, utviklingstiltak og standardisering

Helsedirektoratet (2020) løfter frem flere eksempler på beste praksis innen hørselsomsorg. På Ringerike har de oppnådd gode resultater med e-læringsprogrammer for å øke hørselskompetansen blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene (s. 20). Videre trekkes teleaudiologi frem som et virkemiddel for økt effektivitet gjennom fjernjustering av høreapparater og digital oppfølging via nettbaserte løsninger (s. 29). Til slutt understrekes betydningen av lærings- og mestringstilbud, både for å øke bruk av høreapparater og for å styrke den enkelte brukers mestring av hørselstap (s. 30). Ved St. Olavs hospital HF viste rapporten til at de har etablert ambulerende tjenester som reduserer behovet for pasientreiser og styrker lokal oppfølging. Ved spesielle behov kan konsultasjonene for disse pasientene utvides (s. 21–22). I dag er tilbudet ved St. Olavs hospital HF organisert med servicekontorer i Orkdal og på Øya.⁵

Digitale konsultasjoner og oppfølging trekkes frem som et tiltak for å redusere tidstyver i spesialisthelsetjenesten (Oslo Economics, 2025).

Standardiserte prosedyrer kan gjøre det lettere å sikre likeverdig kvalitet, uavhengig av geografi og organisatorisk tilknytning. NS-EN ISO 21388:2021 beskriver en helhetlig prosess for organisering av høreapparattilpassing og stiller krav til kompetanse, utstyr, hygiene, etikk og pasientkommunikasjon. Standarden er særlig relevant med tanke på variasjonene som er dokumentert i tjenestene. NS-EN ISO 21388-2:2024 omhandler teleaudiologi. Se faktaboks for mer informasjon om standardene.

NS-EN ISO 21388:2021 Akustikk – Organisering av høreapparattilpassing

Standarden NS-EN ISO 21388:2021 fastsetter retningslinjer for organisering av høreapparattilpassing (Hearing Aid Fitting Management – HAFM), med mål om å sikre kvalitet, standardisering og en pasientsentrert tilnærming til rehabilitering. Standarden beskriver en helhetlig prosess:

- Kartlegging av pasientprofil
- Rådgivning og tilpassing
- Testing og etterkontroll

Standarden stiller krav til kompetanse og etisk praksis, og gir retningslinjer for testrom, utstyr, hygiene og pasientkommunikasjon. Den vektlegger også pasientmedvirkning og systematisk oppfølging for å sikre varig bruk av høreapparater.

NS-EN ISO 21388-2:2024 Akustikk – Organisering av høreapparattilpassing – Del 2: Teletjenester som en del av organisering av høreapparattilpassing (tHAFM)

NS-EN ISO 21388-2:2024 omhandler teleaudiologi og er et supplement til ISO 21388. Dokumentet fokuserer på ulike typer «fjernhjelp» eller teleaudiologi, som kan erstatte eller komplementere tjenestene som er definert i ISO 21388. Det spesifiserer også viktige forutsetninger for å sikre forsvarlig utførelse av disse tjenestene, som anbefalinger til utstyr, kompetanse og fasiliteter.

Fordelene ved å følge «best practice» / faglige retningslinjer er godt dokumentert. Å utføre tale i støy-testing og REM-verifisering bidrar til en betydelig forbedring av høreapparatets ytelse, mer fornøyde pasienter og mindre behov for oppfølgende justeringer (Jorgensen, L. E. 2016). Den ekstra tiden som brukes på å verifikasjon og validering av tilpassingen, spares inn på mindre etterarbeid, og gir langtidsvirkende fordeler for pasientene.

⁵ Mer informasjon finnes på St. Olavs hospital HF's nettsider, se [lenke](#).

3.7 Tiltak fra tidligere undersøkelser og føringer fra pågående oppdrag

Det er flere undersøkelser og pågående oppdrag som trekker frem konkrete forslag for forbedring av hørselsomsorgen.

3.7.1 Helsedirektoratets gjennomgang fra 2020

Det er tidligere gjennomført flere kartlegginger og undersøkelser av hørselsomsorgen i Norge. Blant disse er Helsedirektoratets utredning fra 2020 særlig sentral. Den omfatter en rekke tiltak som også er relevante i dagens situasjon, og som i stor grad sammenfaller med innspill og behov som har kommet frem i vår kartlegging.

Det er særlig de følgende tiltakene fra Helsedirektoratets utredning som er relevante:

- ▶ 4.2. Ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten
- ▶ 4.3. Audiograf i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- ▶ 4.4. Systematiske etterkontroller etter tilpassing av høreapparat
- ▶ 4.5. Økt bruk av avtalespesialister
- ▶ 4.6. Andre modeller for utredning og behandling av hørselstap
- ▶ 4.7. Digitale helsetjenester (e-helse/telemedisin)
- ▶ 4.8. Teknisk utvikling av høreapparattilpassing
- ▶ 4.9. Lærings- og mestringstilbud
- ▶ 4.10. Befolkningsrettet informasjon
- ▶ 4.11. Utvikle veiledningsmateriell for kommunene om arbeidet med aldersrelatert hørselstap (Kompetanseøkning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)
- ▶ 4.12. Revidere nasjonal veileder om forebyggende hjemmebesøk slik at hørsel blir eksplisitt anbefalt som tema i dialogen
- ▶ 4.13. Stimulere kommuner til modellutvikling der hørselskontakten organisatorisk knyttes til tilbudet med helsestasjon til eldre

3.7.2 Rapporten «Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus»

Rapporten ble utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den har som formål å kartlegge og analysere hvordan fjerning av tidstyver i spesialisthelsetjenesten kan frigjøre tid for helsepersonell, og dermed bidra til reduserte ventetider og økt effektivitet. Arbeidet er en del av regjeringens *Ventetidsløftet*.

Rapporten viser at det finnes et betydelig potensial for å frigjøre tid i spesialisthelsetjenesten ved å redusere såkalte «tidstyver»: oppgaver som tar tid, men gir liten eller ingen nytte. Rapporten identifiserer over hundre slike tidstyver.

Det understrekes at små forbedringer i arbeidsflyt må sees i sammenheng for å realisere reell effekt. Det er summen av tiltak som gir gevinst (s. 12). Rapporten anbefaler at innsatsen rettes både mot «lavhengende frukter», som enklere IT-tiltak og bedre utnyttelse av bygg, og mer omfattende organisatoriske og teknologiske tiltak på lengre sikt (s. 6).

I rapporten trekkes søknad om høreapparat frem som et konkret eksempel på en tidstyv (s. 17): «Dersom søknad/rekvirering av høreapparat kan forenkles og automatiseres, vil ØNH-leger, audiografer og helsesekretærer få frigjort tid tilsvarende mellom 10 og 20 årsverk for audiografer, mellom 8 og 15 for helsesekretærer og 3 og 14 for ØNH-leger.»

I tillegg trekkes det frem (s. 20) at: «Ufullstendige eller unødvendige henvisninger fører til unødvendig ressursbruk.» Rapporten viser også til Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten fra 2018. Halvparten av sykehuslegene opplever jevnlig at det ikke fremgår klart hvorfor

pasienten trenger spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger rapporterer stor variasjon i henvisningskvaliteten (Riksrevisjonen, 2018, oppsummering fra Oslo Economics, 2025, s 21). Dette er generelle funn, men kan også være relevant for hørselsomsorgen.

3.7.3 Direktoratet for høyere utdanning og kompetanses rapport «Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov»

Rapporten «Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov» er en utredning fra Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir), utført på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet. Den undersøker fire små og sårbare helsefagutdanninger i Norge: audiograf-, optiker-, ortopediingeniør- og tannteknikerutdanningene. Målet har vært å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag som kan støtte beslutninger om hvordan disse utdanningene bør organiseres fremover, slik at helse- og omsorgstjenestenes behov for spesialisert kompetanse kan dekkes.

I rapporten (HK-dir, 2025, s. 50) oppsummeres hovedfunn og anbefalinger:

- ▶ Audiografutdanningen fremstår som godt integrert, innrettet og organisert ved NTNU, men det er utfordringer knyttet til finansiering av utdanningen.
- ▶ Det er utfordringer med tilgang på praksisplasser.
- ▶ Det er lav gjennomføringsgrad, blant annet på grunn av diskrepans mellom studentenes forventninger, innhold i utdanningen og møtet med praksisfeltet.
- ▶ Utdanningskapasiteten fremstilles ikke som et problem på kort sikt, men på lengre sikt kan det bli aktuelt å øke utdanningskapasiteten.
- ▶ Det er stor etterspørsel etter audiografer i spesialisthelsetjenesten.
- ▶ For helsetjenestene er det et stort problem at en større andel av audiografene ikke jobber klinisk. Arbeidsbetingelser og hvordan kompetansen blir brukt i spesialisthelsetjenesten, løftes frem som årsaker.
- ▶ HK-dirs vurdering er at audiografutdanningen bør bevares som bachelorutdanning ved NTNU, og at det bør settes inn tiltak som gir bærekraftig økonomisk forutsigbarhet for utdanningen.

3.7.4 Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2025 som er relevante for denne kartleggingen.

Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2025

Helsedirektoratet har i sitt tildelingsbrev (HOD, 2025a) fått i oppdrag å ferdigstille et tidligere gitt oppdrag om et bedre tilbud til hørselshemmede (TB2022-33), samt å følge opp relevante tiltak og anbefalinger som bidrar til å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten i hørselsomsorgen:

1. Konkretisere hvilke tiltak som bør gjøres på sansetap-feltet på kort og mellomlang sikt, herunder hvilke pasientgrupper det er særlig viktig å prioritere i arbeidet
2. Vurdere hvordan arenafleksible tilbud kan styrkes, inkludert ambulant team ved synstap og ambulant arbeid for audiografer
3. Vurdere rammebetingelsene for audiografenes arbeid. Dette inkluderer arbeidet i hørselssentraler og avtalepraksiser, og audiografers mulighet til å kreve refusjon på selvstendig grunnlag. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med regionale helseforetak.
4. Vurdere forbedringer i pasientforløp og saksbehandlingsrutiner ved søknad om og tildeling av høreapparat
5. Vurdere hvordan oppfølgingen av høreapparatbrukere kan forbedres, inkludert hørselskontakt- og hørselshjelperordningene

Arbeidet skal ses i sammenheng med tiltak som Ventetidsløftet, Bu trygt heime-reformen samt nasjonale handlingsplaner for rehabiliterings- og habiliteringsområdet. Pasient- og brukerorganisasjoner skal involveres aktivt i arbeidet.

Oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene for 2025

De regionale helseforetakene har i sine oppdragsbrev (HOD, 2025b) fått oppdrag som er relevante for denne kartleggingen.

Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har fått likelydende oppdrag i sitt oppdragsdokument fra HOD: «Dokument 3:12 (2023–2024) Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Dei regionale helseforetaka skal følge opp Riksrevisjonen sine hovedfunn, vurderingar og tilrådingar.» Det står ikke spesifisert hvilke hovedfunn, vurderinger og råd HOD viser til. Nedenfor følger en oppsummering av Riksrevisjonens rapport.

Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for. En årsak er manglende kompetanse i kommunene: Over 85 prosent av kommunene mangler den lovpålagte kompetansen som kreves i rehabiliteringsarbeidet (s. 8). I tillegg oppgir færre enn 25 prosent av kommunene at de tilbyr alle de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler (s. 10). Samhandlingen mellom forvaltningsnivåene fungerer heller ikke alltid til pasientens beste. Nesten 40 prosent av kommunene opplever dessuten at ansvarsforholdene mellom aktørene er uklare (s. 14).

Ifølge rapporten er det «kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for» (s. 8). Tilgangen til rehabiliteringstjenester beskrives som lite behovsstyrt. Det er i stor grad diagnose, bostedskommune og kapasitet ved sykehuset som avgjør om en pasient får et tilbud eller ikke (s. 17). Dette kan ha store konsekvenser, både for den enkelte og for samfunnet.

Utvalgte anbefalinger (fra s. 20–21):

Riksrevisjonen mener at HOD bør vurdere om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte enn i dag. Riksrevisjonen anbefaler at departementet:

- bidrar til å legge bedre til rette for samhandling mellom aktørene slik at pasientene med behov for rehabilitering får helhetlige pasientforløp
- tydeliggjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og avklarer hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt rehabiliteringstilbud hvis kommunene ikke har den nødvendige kompetansen og kapasiteten de skal
- setter tydeligere krav til hvordan og når det skal foreligge nødvendige data til hjelp i tjenestenes arbeid med å planlegge og forbedre sine rehabiliteringstjenester

Riksrevisjonen anbefaler at HOD bidrar til å styrke kommunenes arbeid med rehabilitering. Dette innebærer blant annet å

- vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse

Ventetider og helhetlig pasientforløp

RHF-ene har også fått følgende oppdrag: «Hovedmål 1: Rask tilgang til trygge helsetjenester av høy kvalitet og sammenhengende pasientforløp.» Det fremheves at ventetidene skal reduseres og gjennomsnittlig ventetid for somatikken skal være «lik eller under 61 dager» (s. 4). For å utvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet skal de se på samarbeid mellom små og store sykehus, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og ved bruk av digitale løsninger (s. 4–5). Her trekkes blant annet digital hjemmeoppfølging og digitale løsninger innen logistikk frem som eksempler.

3.8 Oppsummering og vurderinger

Dokumentgjennomgangen har vist at det finnes omfattende kunnskap om utfordringene i hørselsomsorgen. Mange av problemene har vært godt dokumentert i tidligere utredninger og rapporter. Hovedutfordringene som går igjen, er lange ventetider, lite kapasitet og mangel på helsepersonell, mangelfull oppfølging, svak koordinering og stor variasjon i kvaliteten på tjenestene.

Det er også utviklet en rekke forslag til forbedringstiltak, særlig knyttet til bedre samhandling, bruk av teleaudiologi og mer systematisk oppfølging av brukere.

Til tross for dette har det skjedd lite, eller utviklingen har gått for sakte. Et gjennomgående problem er det fragmenterte ansvaret mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten, kommuner og Nav. Når hørselssentraler og kommunehelsetjenester har relativt stor frihet til å organisere tjenestene slik de ønsker, har det også ført til ulik praksis og uforutsigbarhet i tilbudet.

Gjennomgangen har avdekket flere hindringer for implementering av kjente og foreslåtte løsninger:

- **Begrensede ressurser:** Både spesialisthelsetjenesten, spesielt på grunn av mangel på audiografer, og kommunene har hatt kapasitetsutfordringer. Lav bemanning, kombinert med økt pasienttilstrømning, har gjort det krevende å iverksette tiltak i stor skala.
- **Utydelig ansvarsfordeling:** Det har vært stor uklarhet rundt hvem som har ansvar for ulike deler av hørselsomsorgen, særlig når det gjelder oppfølging og praktisk støtte. Dette har ført til at oppgaver faller mellom ulike instanser, og at tiltak ikke prioriteres.
- **Lite systematisk bruk av beste praksis:** Selv om det finnes dokumenterte eksempler på gode løsninger, har de sjelden blitt implementert bredt. Årsakene kan blant annet være manglende kapasitet.
- **Økende etterspørsel:** En aldrende befolkning har ført til økt behov for høreapparater og oppfølging. Dette har forsterket presset på et allerede sårbart tjenesteapparat og økt ubalanse mellom kapasitet og behov.
- **Sosialt stigma og lav mestring:** Brukere har kviet seg for å ta i bruk høreapparat på grunn av stigma og praktiske utfordringer. Manglende informasjon og opplæring har ført til at mange høreapparater ikke tas i bruk, selv om de er tilpasset og tildelt.

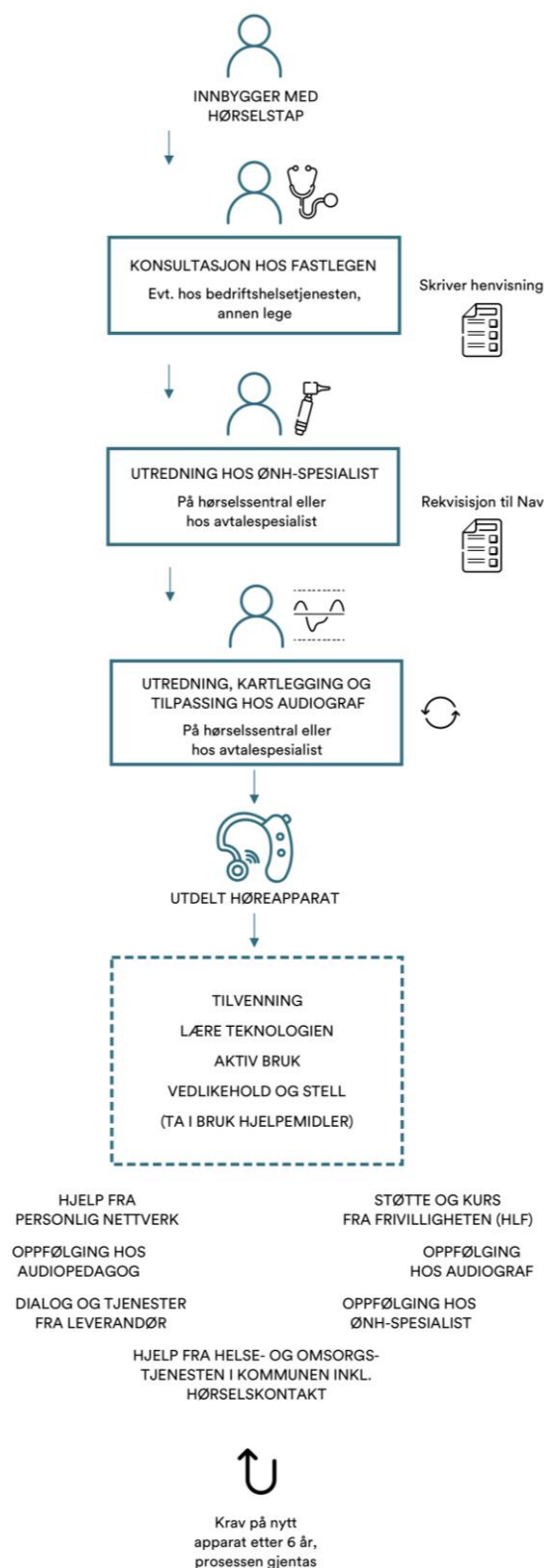
4 Kartlegging av dagens situasjon

4.1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi funn fra intervjuene, innsikt fra workshopen og innspillsmøtet. Funnene omfatter både brukernes erfaringer og fagpersoners vurderinger av dagens tjenester og system. Datagrunnlaget og metode er nærmere beskrevet i kapittel 2.

Fremstillingen er tematisk strukturert og følger hovedtrekkene i pasientreisen, illustrert i figur 2: fra første gang man mistenker at hørselen er svekket, via utredning og tilpassing av høreapparat, til oppfølging og langvarig bruk. Vi belyser også samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og ser nærmere på rammebetingelsene for fagpersoner, særlig audiografer. Underveis løfter vi frem både systemiske og individuelle barrierer, og viser til forslag og eksempler på foreslåtte tiltak som informantene mener kan gi gode resultater.

Formålet med dette kapittelet er å gi et bilde av dagens praksis og hva den betyr for brukerne. Funnene er tett koblet til kartleggingsspørsmålene i metodekapittelet og danner grunnlaget for de foreslåtte tiltakene og anbefalingene som presenteres senere i rapporten.



Figur 2: Illustrasjon av pasientreisen, Agenda Kaupang

4.2 Oppdage hørselstap

4.2.1 Erfaringer og behov

Både brukere og fagpersoner peker på svakheter i hvordan symptomer blir fanget opp og fulgt opp tidlig i forløpet.

Flere audiografer og ØNH-avtalespesialister forteller om pasienter som henvises sent i forløpet. Dette kan skyldes at hørselstapet utvikler seg gradvis og ikke blir anerkjent som et problem før det er svært merkbart. Særlig eldre pasienter kan ha lav motivasjon for å søke hjelp. Informantene forteller at det fortsatt er flere som uttrykker motvilje mot høreapparater, ofte på grunn av stigma knyttet til det å «ha hjelpemidler», selv om dagens teknologi er mer diskret og avansert enn tidligere. Samtidig understrekes det at det er utfordrende for mange å erkjenne sitt hørselstap, og at det ofte går lang tid før de oppsøker hjelp. Flere peker på at befolkningen generelt har lav kunnskap om symptomer på hørselstap og hvor de kan henvende seg.

Både audiografer, ØNH-spesialister og brukere peker på fastlegens rolle som avgjørende for å fange opp hørselstap og henvise videre til rett tid. De forteller om varierende kompetanse hos fastlegene. Flere likepersoner og brukere beskriver frustrasjon og usikkerhet i møte med helsevesenet, og trekker frem eksempler på feilbehandling og mangel på veiledning.

«Jeg gikk til fastlegen og sa at jeg ikke hørte. Han ba meg bruke nesespray.»

Bruker

Flere informanter, både fagpersoner og brukere, mener at dagens informasjonsflyt og ansvarslinjer ikke er tilstrekkelige for å sikre tidlig identifisering. Det pekes også på at dagens helsetjeneste i liten grad oppfordrer til forebygging eller tar initiativ til kartlegging før problemet er betydelig.

4.2.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Informantene har foreslått en rekke tiltak som kan bidra til tidligere identifisering av hørselstap. Et gjennomgående tema er behovet for bedre kompetanse hos fastleger og andre ansatte i primærhelsetjenesten. Flere informanter ønsker tydeligere informasjon rettet mot fastleger, med fokus på typiske symptomer, kartleggingsverktøy og forventningsavklaring overfor pasienten.

Det foreslås også tiltak rettet mot befolkningen, som offentlig informasjon om hørselstap og rettigheter, brosjyrer om hjelpetilbud, og økt tilstedeværelse på digitale og fysiske møteplasser. Informasjon til befolkningen om konsekvensene av ubehandlet hørselstap ble foreslått for å redusere stigma og øke motivasjonen hos pasientene. Flere foreslår kampanjer rettet mot eldre, eller fast oppfølging gjennom for eksempel «helsestasjoner for eldre», med hørselsscreening for alle over 60 som fast tilbud. En av brukerne i et støyuattsatt yrke trakk frem at hans hørselstap ble oppdaget gjennom en rutinemessig kontroll hos bedriftshelsetjenesten og ble fulgt opp over tid. Dette opplevde han som positivt.

Fra workshopen og innspillsmøtet kom det også idéer om lavterskel hørselstester på kjøpesentre, samt bruk av samfunnshus og eldresentre til informasjonsarbeid og screening (for å oppfordre til å ta kontakt med fastlege hvis det ble avdekket hørselsutfordringer). Likepersoner trekker frem samarbeid med kulturhus og utdeling av ørepropper på konserter som lavterskeltiltak for bevisstgjøring og forebygging.

I ett forslag ble det nevnt å opprette stillinger der én audiograf dekker hele bredden av tilbudet i et område, inkludert forebygging, kartlegging og oppfølging.

En ØNH-spesialist fortalte at tilgang til enkle hørselsmålere kan bidra til å identifisere pasienter med faktisk behov for videre utredning. I USA tilbyr store kjeder som «CVS» og «Costco» hørselstesting, både fysisk og via egne nett-tjenester og apper, noe som senker terskelen for å oppsøke hjelp.

4.3 Henvisning

4.3.1 Erfaringer og behov

Henvisning til spesialisthelsetjenesten ble trukket frem som et område med betydelige svakheter av både fagpersoner og brukere. De viste til henvisninger som ofte kan være mangelfulle og lite målrettede, noe som kan føre til feilprioriteringer, unødvendig ventetid og at det brukes ressurser på pasienter som ikke har et reelt behov for høreapparat.

Flere audiografer og avtalespesialister forteller om stor variasjon i kvaliteten på henvisninger fra fastleger. Enkelte opplever at henvisninger fra fastleger ofte mangler nødvendig informasjon om hørselstapets alvorlighetsgrad og funksjonelle konsekvenser. Dette kan gjøre det vanskelig å avgjøre prioriteringen og føre til at pasienter med stort behov for rask hjelp havner bak i køen.

En lege stilte spørsmål ved hvordan fastleger i praksis kan skille mellom moderat og alvorlig hørselstap, slik prioriteringsveilederen forutsetter, uten tilgang til hørselsmåling. I tillegg ble det uttrykt frustrasjon over informasjonen i helseforetakets oversikt over ØNH-avtalespesialister. Der oppgis kun ventetid for time hos ØNH-spesialist, men oversikten gir ikke informasjon om ventetid hos audiograf og kunne derfor være misvisende. Det er heller ikke spesifisert hvilke problemstillinger spesialistene faktisk tar imot, og legen mente hen da risikerte å henvise til en spesialist uten audiograf og mulighet til å tilpasse høreapparat.

Det ble også rapportert om doble henvisninger, der pasienter står oppført hos flere behandlingssteder samtidig. Slike tilfeller belaster systemet unødvendig og bidrar til lengre ventetider for alle. Informanter beskriver at det mangler struktur og dokumentasjonskrav i henvisningsprosessen.

Brukere av høreapparat rapporterte om varierende erfaringer med henvisningsprosessen. Noen hadde fått time etter kort tid, mens andre måtte vente lenge etter henvisning fra fastlege. Flere etterlyste bedre informasjon om forventet ventetid og bedre kommunikasjon i prosessen. Likepersoner beskrev at lange ventetider og dårlig koordinering kan føre til at pasienter mister motivasjonen, noe som forsinker hele rehabiliteringsforløpet.

Fra workshopen med likepersoner kom det frem at de hadde fått tilbakemeldinger om at fastleger ofte har begrenset kunnskap om hørselstap og rehabilitering, og at de kan være tilbakeholdne med å henvise, selv når det foreligger dokumentert hørselstap.

4.3.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Det ble foreslått å innføre en forundersøkelse som kunne fungere som et vurderingsledd før henvisning, hvor audiografen gjør en innledende vurdering. En spesialist foreslo at denne vurderingskompetansen kunne formaliseres gjennom videreutdanning eller mastergrad for audiografene.

Både audiografer og brukere påpekte behovet for bedre opplæring av fastleger, særlig knyttet til vurdering av hørselstapets alvorlighetsgrad og formulering av henvisning. Det ble også foreslått å utvikle informasjonsmateriell som forklarer hvilke tilbud som finnes, hvilke rettigheter pasientene har, og hvordan Hørselsforbundet og likepersoner kan bidra.

Fra flere hold ble det etterlyst tydeligere og mer standardiserte krav til henvisningsdokumentasjon, inkludert forslag om nasjonale rutiner og sjekklister. Et annet konkret forslag var å koordinere henvisninger gjennom en sentral enhet, slik det gjøres på for eksempel rusområdet i Helse Sør-Øst. Dette kunne redusere problemet med doble henvisninger og sikre bedre oversikt over kapasitet og ventetider.

Brukerne fremhevet behovet for raskere henvisningsrutiner og bedre informasjon underveis i prosessen. Én informant trakk frem et screeningsprosjekt på sykehjem i Sør-Trøndelag som et godt eksempel på effektiv henvisningspraksis. Der ble pasienter vurdert for henvisning på

bakgrunn av reelle behov, noe som reduserte unødvendige henvisninger og styrket prioriteringen i spesialisthelsetjenesten.

En annen informant foreslo å redusere ventetidene ved å styrke bemanningen, rekruttere audiografer fra Sverige og digitalisere deler av prosessen, inkludert Navs søknadsrutiner.

4.4 Utredning og kartlegging

4.4.1 Erfaringer og behov

Utredning av hørselstap er en kompleks og ressurskrevende prosess som krever faglig kompetanse, god kommunikasjon og individuell tilpassing. Norge har ikke nasjonale, juridisk bindende retningslinjer for hørselsutredning. Det eksisterer etablerte beste praksiser og internasjonale standarder som gir viktige føringer. ISO-standarden NS-EN ISO 21388:2021 beskriver kvalitetsaspekter ved hørselsutredning og høreapparattilpassing og NS-EN ISO 21388-2:2024 beskriver kvalitetsaspekter ved teleaudiologi.

Fagmiljøet fremhever viktigheten av rentone- og taleaudiometri som utgangspunkt for en god utredning, kombinert med behovskartlegging for å forstå pasientens hverdag, forventninger og funksjonsnivå.

Både audiografer og avtalespesialister fremhevet imidlertid en gjennomgående utfordring: mangel på audiografer. Flere beskrev lange ventelister som direkte følge av for lav bemanning, og at én ansatts fravær i praksis kan true hele tilbudet. Flere avtalespesialister pekte i tillegg på en uheldig finansieringsmodell, der pasienter må innom lege uavhengig av medisinsk behov, noe som forsinker og kompliserer prosessen.

Brukererfaringene bekrefter at kvaliteten på hørselsutredningen varierer. Noen hadde gode opplevelser, mens andre opplevde at de endte opp med høreapparater som fysisk ikke passet, ga dårlig lydgjengivelse og/eller var feiljustert. Flere informanter opplevde at den tekniske veiledningen var mangelfull, særlig når det gjaldt bruken av tilhørende apper og funksjoner.

Både brukere og likepersoner peker på at det er mye informasjon som gis i forbindelse med timer til hørselsutredning og høreapparattilpassing. Mange pasienter føler seg overveldet, og flere glemmer eller misforstår viktig informasjon. Det etterlyses mer skriftlig materiale, bedre tilpasset informasjon og mulighet for flere konsultasjoner underveis i forløpet.

I tillegg blir enkelte høreapparater omtalt som for små og vanskelige å håndtere, særlig for eldre brukere med redusert finmotorikk og/eller nedsatt syn. Dette gjør bruken utfordrende og kan bidra til lavere motivasjon for å ta apparatet i bruk.

Et annet gjennomgående funn er fraværet av systematisk kvalitetssikring i utredningsprosessen. I innspillsmøtet ble det fremhevet at verifikasjon og validering av høreapparattilpassinger gjøres sjelden, og at verktøy som REM-målinger (Real Ear Measurement – målinger som verifiserer at høreapparatet gir riktig lydnivå for pasienten) og spørreskjemaer i liten grad benyttes konsekvent. Dette gjør det vanskelig å dokumentere om apparatet faktisk gir ønsket effekt og er riktig justert. Det ble også uttrykt bekymring for manglende evaluering av reell funksjonsevne før og etter tiltak/rehabilitering.

4.4.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Flere fagpersoner anbefalte tiltak for å gjøre hørselsutredningen mer helhetlig og tilgjengelig. En audiograf understreket viktigheten av en grundig utredning av pasientens behov for å bidra til å sette realistiske forventninger for pasienten og bidra til riktig høreapparatvalg.

En av ØNH-spesialistene som ble intervjuet, trakk frem at utdanningen av audiografer bør styrkes og desentraliseres. Ett konkret forslag var å etablere en samlingsbasert modell, som kan gjøre det lettere å utdanne fagpersonell i distriktene.

Brukerne fremmet flere forslag som handler om bedre informasjon og individuell tilpassing. Det ble foreslått at pasienter skal få reell mulighet til å teste ulike typer høreapparater før det gjøres et endelig valg. Dette er en mulighet i dag, men flere opplevde at de i praksis ikke fikk denne muligheten. Mange ønsket mer kunnskap om ulike teknologier, med tilhørende fordeler og begrensninger i forkant av tilpassing. Det ble også etterspurt bedre tilpassing for komfort og funksjonalitet, spesielt for brukere som opplever fysisk ubehag eller feiljustering.

Likepersoner foreslo å supplere dagens informasjon med skriftlig materiell samt flere timer med audiografen, der man i trygge rammer kan stille spørsmål og lære om vedlikehold og funksjon.

Flere informanter ønsket også at audiografene i større grad tilpasser kommunikasjonen til brukerens funksjonsnivå og tar seg tid til å sikre at informasjonen faktisk forstås. I workshopen ble det foreslått å gi brukerne en huskeliste eller et forberedelsesskjema før møte med audiograf, for å gjøre samtalen mer målrettet.

Digital hjemmeoppfølging ble trukket frem som en løsning både pasienter og fagpersoner har hatt gode erfaringer med, særlig fordi det gir brukeren mulighet til å lære i eget tempo i trygge omgivelser. Vestre Viken HF og hørselssentralen i Drammen ble trukket frem, der de har hatt gode erfaringer med utprøving av digital hjemmeoppfølging, som gir pasienten ro og bedre forutsetninger for mestring.

En ØNH-avtalespesialist fortalte om utekontorordninger, der de sammen med audiografer reiser ut til distriktsmedisinske sentre for å tilby tjenester lokalt. Disse ordningene har eksistert siden 1990-tallet, og har bidratt til å gjøre tilbudet mer tilgjengelig i områder med lav dekning. En annen ØNH-avtalespesialist fortalte om samarbeid mellom sykehus og avtalespesialister, hvor pasienter tas inn på kveldstid for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Tiltaket har bidratt til å korte ned ventetidene noe, men ikke nok til å løse de underliggende kapasitetsutfordringene.

I innspillsmøtet kom det forslag om å gjøre bruk av REM-målinger, taleoppfattelsestester og ICF Core Set for hearing loss til en integrert del av hørselsutredningen, for å styrke kvalitet og dokumentasjon. ICF Core Set for hearing loss er standardiserte sett med kategorier fra WHO's klassifikasjonssystem for funksjon, funksjonshemming og helse, som gir et strukturert rammeverk for å vurdere pasientens funksjonsevne på ulike livsområder (ICF, u.d.). Slike sett finnes innenfor spesifikke funksjonsområder, inkludert hørsel.

4.5 Tilpassing og formidling av høreapparat

4.5.1 Erfaringer og behov

Tilpassing av høreapparat er et avgjørende ledd i rehabiliteringen, og har stor betydning for om brukeren faktisk tar i bruk høreapparatet og får nytte av det. Funnene viser at kvaliteten på tilpassingen varierer, og at flere faktorer påvirker både brukeropplevelse og resultat.

Audiografer beskrev at en standard tilpassingstime gjerne omfatter programmering av apparatet, opplæring i bruk og stell samt samtale om forventninger. En informant fremhevet at tidsbruk og førsteinntrykk er avgjørende for pasientens tillit og mestring, og at det ikke bør gå lang tid fra brukeren får et høreapparat til første kontroll.

Brukere rapporterte om varierende erfaringer med tilpassingen. Flere beskrev fysiske utfordringer med apparater som ikke passet og skapte kløe, eller ble feiljustert. En informant opplevde at hen kun fikk tilpasset ett høreapparat, uten forklaring på hvorfor hen ikke fikk høreapparat til begge ørene. Hen fikk heller ikke prøve flere typer eller leverandører før tildeling. Flere uttrykte et ønske

om mer fleksibilitet og medbestemmelse i valg av løsning. Flere informanter fortalte at de ikke fikk noen informasjon om sin rett til å prøve flere typer høreapparater, og at de ikke trenger å akseptere høreapparater de ikke er fornøyd med.

Likepersoner og informanter fra workshopen og innspillsmøtet pekte på at mange brukere får lite informasjon om hvordan høreapparatet fungerer, hvordan det vedlikeholdes, og hvilket ekstrautstyr som finnes. Flere eldre brukere strevde med avanserte funksjoner som fjernkontroller og apper, og etterspurte enklere, manuelle løsninger.

I tillegg ble det trukket frem at kvalitetssikring ofte uteblir. Informantene trakk frem at verifikasjonsmetoder som REM-målinger og taleoppfattelsestester brukes i varierende grad, noe som gjør det vanskelig å verifisere om apparatet faktisk er optimalt tilpasset.

4.5.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Flere fagpersoner etterlyste rammer for mer informasjon og opplæring i tilpassingsprosessen. En informant anbefalte at tilpassingstimen inkluderer grundig praktisk opplæring og gjennomgang av tilvenningsperioden, og en annen foreslo at det alltid bør gis skriftlig oppsummering og brukerveiledning som pasienten kan ta med seg. En spesialist beskrev praksis der samme audiograf følger pasienten gjennom hele forløpet, noe som gir trygghet og kontinuitet. Sørlandet sykehus ble trukket frem som eksempel, som tidligere hadde obligatoriske kurs før tilpassingstime, noe som styrket pasientenes forberedelser. Dette har de måttet slutte med grunnet kapasitetsutfordringer, selv om erfaringene var gode.

Både audiografer og enkelte ØNH-spesialister mente at audiografenes rolle bør styrkes. Det ble foreslått at de får større selvstendighet i tilpassing og oppfølging, uten krav om involvering av ØNH-lege i alle tilfeller.

Flere brukere ønsket bedre muligheter til å prøve ulike modeller før valg av apparat, og bedre informasjon om hva som finnes på markedet. Et tiltak som ble foreslått, var å gi pasientene et standardisert informasjonsskriv om pasientens rettigheter under utprøving av høreapparater. Enkelte etterlyste et strukturert forløp, et «pakkeforløp» for å sikre at alle fikk nødvendig informasjon og hjelp. Individuell tilpassing og rom for justeringer ble nevnt som avgjørende for mestring.

Likepersoner foreslo økt bruk av informasjonstimer hos audiografen. De la vekt på at audiografer i større grad bør tilpasse informasjon og valg av apparat etter brukerens funksjonsnivå og forutsetninger for å bruke teknologi. De viste til at noen høreapparater blir for teknisk avanserte for enkelte og at de ville hatt bedre nytte av et høreapparat med færre funksjoner. Flere ønsket mer informasjon om ekstrautstyr og hjelpemidler fra Nav.

Reserveapparater for yrkesaktive var også et behov som ble løftet av flere av informantene i undersøkelsen. De beskrev utfordringer når apparatene går tomme for strøm eller når apparatene måtte repareres. En informant hadde blant annet valgt å utsette en reparasjon som var nødvendig for at apparatet skulle fungere optimalt, fordi alternativet med å være helt uten høreapparat var verre.

I workshopen og på innspillsmøtet ble det foreslått at verifikasjonsmetoder som REM og taleoppfattelsestester innføres som standard, og at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer. Mer brukervennlig og differensiert tilpassing, særlig for eldre, ble sett som nødvendig for å redusere feilbruk og øke bruken.

4.6 Oppfølging og bruk

4.6.1 Erfaringer og behov

God oppfølging etter utlevering av høreapparat er avgjørende for at brukerne skal oppnå varig nytte og oppleve mestring. Funnene fra intervju, workshop og innspillsmøte peker på variasjon i tjenestetilbudet og at oppfølgingen i mange tilfeller mangler. Flere brukere opplevde at de selv måtte ta ansvar for å få nødvendig hjelp, og mange beskrev at små praktiske utfordringer utviklet seg til større barrierer som følge av at det ikke er mulig å få løst problemet ved å kontakte eller oppsøke hørselsklinikken. Eksempler er feilplassert propp, dårlig passform, eller manglende forståelse for justeringsmuligheter.

Flere audiografer fortalte at pasientene ofte glemmer mye av det de lærer i tilpassingstimen, og at manglende oppfølging bidrar til at høreapparater blir liggende ubrukt. Eldre med nedsatt syn og motorikk har særlige utfordringer med vedlikehold, og hjemmetjenesten har ofte ikke tilstrekkelig kompetanse til å bistå. Ifølge informanter fra både sykehus og avtalepraksis er det få lavterskeltilbud og dårlig koordinering mellom aktørene, noe som fører til at enkle problemer ender opp hos spesialistene.

Brukeropplevelsene varierer betydelig. En aktiv bruker beskrev et svært godt oppfølgingsløp med audiograf og ØNH-lege, som samarbeidet tett, og mulighet for å ta kontakt mellom konsultasjonene. Andre fortalte om fravær av etterkontroller, uoversiktlig ansvar og lite informasjon om hjelpemidler eller hvor de kunne henvende seg. Én informant fortalte at justering først skjedde flere år etter utlevering, etter at hen selv tok initiativet. En annen aktiv bruker fortalte at det «har blitt litt mer oppfølging i de senere årene, men må ta initiativ selv». Leverandørrepresentanten fortalte at firmaet hen jobber i, har ansatt egen audiograf som kan bistå med mindre tilpassinger (kostnadsfritt). Firmaet opplever at få tar kontakt for dette og at mange ikke vet om tilbudet. Flere som kontakter deres support, vet heller ikke hvilket merke de har på høreapparatet, som kan tyde på et behov for mer informasjon til bruker.

Tilvenning til nytt lydbilde var et tilbakevendende tema. Mange brukere var ikke forberedt på den mentale og praktiske innsatsen det krever å venne seg til høreapparatet. Flere ga uttrykk for at de hadde ønsket mer informasjon om støy, hverdagsutfordringer og nødvendigheten av å trene opp hørselen. Her beskrev informantene også at det er viktig at brukeren er motivert for jobben det krever å ta i bruk høreapparatet. I tillegg må kroppen venne seg til den faktiske bruken. En av informantene som brukte høreapparatet sitt lite, fortalte at hen opplevde problemer med kløe og at bruk handlet om å «overleve kløingen». Personen hadde vært i kontakt med fastlegen, som hadde skrevet ut øredråper, men hadde ikke blitt informert om at dette kunne gå seg til etter hvert. En annen fortalte at høreapparatene i mange år lå ubrukte, fordi de «var plagsomme å ha på». Dette er problemer som trolig ville gått over når øret ble vant til apparatet.

Høreapparatene blir stadig mer teknisk avanserte, med muligheter for tilhørende apper og tilbehør. Likepersoner og leverandørene forteller om en sterk økning i spørsmål og behov for hjelp knyttet til det tekniske. «Før var det stort sett rengjøring, bytte filter. Nå er det veldig mye spørsmål om apper og parring av utstyr som slutter å virke», fortalte en likeperson i et av intervjuene.

I workshopen og innspillsmøtet ble det også nevnt at frivillige og likepersoner ofte fyller tomrommet etter at den profesjonelle oppfølgingen er avsluttet. Filterbytte, app-bruk og feilsøking ble fremhevet som områder der mange brukere står alene. Det ble også pekt på store forskjeller mellom by og land i tilgang til støtte. Det var også flere som fortalte at ikke alle kommunene informerer om muligheten for å kontakte hørselskontakt, selv om de har dette tilbudet.

I et innspill fra Norsk Audiopedagogisk Forening ble det trukket frem at en helhetlig hørselsomsorg må jobbe også med det psykososiale og pedagogiske hørselsarbeidet. Deres erfaring var at manglende bruk ofte kan bedres ved psykososialt arbeid og hørselspedagogisk trening i

rehabiliteringen. Arbeid med aksept, sorg, skam, livsomstilling, endre strategier med mer er helt sentralt for en del av dem som strever med å bruke høreapparatene.

Figur 3 oppsummerer faktorer som informantene trakk frem for å mestre bruken av høreapparatet.

Figur 3: Illustrasjon, eksempler på elementer som må mestres for god bruk av høreapparatet. Agenda Kaupang



4.6.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Det er bred enighet blant informantene om at oppfølgingen må bli mer systematisk og tilpasset brukerens behov. Flere audiografer foreslo at alle pasienter bør få en oppfølgingstime kort tid etter tilpassing, for å sikre riktig bruk, korrigere småfeil og fange opp dem som har utfordringer med å bruke apparatet. Dette kan være avgjørende for å hindre at problemene brukere opplever blir større. Det ble også foreslått at man kan hente inn data om hvor ofte høreapparatene brukes, for å gjøre oppfølgingen mer målrettet.

Flere av utfordringene som ble beskrevet, handler om tilvenningsfasen og det å akseptere hørselstapet. Audiopedagogisk oppfølging kunne adressert flere av disse utfordringene. Gjennom audiopedagogisk veiledning og systematisk hørselstrening får brukeren hjelp til å mestre det nye lydbildet og håndtere de praktiske utfordringene. Slik oppfølging kan være avgjørende for å bygge motivasjon og kan forhindre at apparater blir liggende ubrukt på grunn av problemer som i utgangspunktet er forbigående. Flere informanter etterlyste mer informasjon om audiopedagogikk.

For eldre og personer med redusert funksjonsevne ble det foreslått bedre opplæring av hjemmetjenesten, slik at enkle vedlikeholdsoppgaver ikke krever spesialist. En informant foreslo at det innføres lovpålagt opplæring for kommunale hørselskontakter, som i dag har varierende kompetanse. En likeperson foreslo å samle inn gamle apparater for bruk i opplæring av elever i helsefag, som et ledd i å styrke kompetansen på høreapparatbruk for de ansatte i helsetjenesten. ØNH-spesialistene ønsket at kommunene tar et større ansvar for service og enkle justeringer.

Det ble foreslått en fast ettårskontroll for alle høreapparatbrukere, og at audiografer får en definert «førstelinj rolle» også i oppfølgingsfasen.

Brukerne etterlyste regelmessige kontroller og bedre informasjon om tilvenning, teknisk bruk og tilgjengelige hjelpemidler. Et forslag var å gjøre tilrettelegging som teleslynge og skrive tolk mer kjent og tilgjengelig. Flere ønsket også bedre oversikt over hvem de kunne kontakte for hjelp i kommunen.

Leverandørrepresentanten foreslo mer systematisk samarbeid mellom aktørene, slik at det ble tydelig hvilket tilbud som finnes og hvem som kan bistå med ulik hjelp. Leverandørene opplevde å ha muligheter for bistand som brukerne ikke kjente til, og som de ikke fikk informasjon om.

Likepersoner og fagpersoner foreslo et tettere samarbeid mellom audiografer, likepersoner og hjemmetjenesten. Dette kunne inkludere flere oppfølgingstimer, kurs og lavterskeltilbud. Det ble foreslått obligatoriske kurs før høreapparatutlevering, samt bruk av digitale plattformer som Teams for oppfølging. En av likepersonene hadde startet et samarbeid med Seniornett, slik at de hadde et tilbud rett etter hørselskaféen, og hen kunne henvise de som hadde spørsmål om apper, dit. Hørselsforbundets kurs ble også trukket frem som et godt eksempel.

4.7 Samarbeid mellom aktører

4.7.1 Erfaringer og behov

Et velfungerende samarbeid mellom aktørene i hørselsomsorgen er en forutsetning for god og effektiv oppfølging. Dette står i kontrast til dagens samarbeid, som beskrives som fragmentert og preget av store variasjoner. Flere audiografer opplevde at samhandlingen mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og private avtalespesialister er ustrukturert, særlig i byområder. Tilbakemelding etter gjennomført prosess er mangelfull, og informasjonsflyten mellom nivåene fungerer ofte dårlig.

UNN Tromsø (Universitetssykehuset Nord-Norge) ble trukket frem som et godt eksempel på samhandling, med fysisk nærhet mellom audiografer og audiopedagoger som muliggjør tett samarbeid.

Også fra brukerne selv, frivillig sektor og fagmiljøene pekes det på mangelfull koordinering. I workshopen og innspillsmøtet ble det fremhevet at det ofte er uklart hvem som har ansvar for hva, og at brukere og likepersoner ikke vet hvem de skal kontakte. Kommunikasjon mellom kommunen, helsepersonell og frivillige aktører skjer i mange tilfeller tilfeldig og uformelt. I tillegg trakk de frem ulik kvalitet på tvers av landet.

4.7.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

For å styrke samhandlingen ble det foreslått å etablere tydeligere strukturer og forankret samarbeid. Flere audiografer etterlyste bedre koordinering mellom nivåene og anbefalte at kommunale hørselskontakter får mer formell opplæring innen hørsel og høreapparater. I dag får de først og fremst kurs fra Nav knyttet til hjelpemidlene de formidler. De ønsket mer hørselsfaglig kompetanse hos hørselskontaktene, slik at de kunne svare ut flere av spørsmålene fra innbyggerne som tok kontakt. Det ble også foreslått å tydeliggjøre frivillige aktørers rolle, inkludert Hørselsforbundets likepersoner, gjennom informasjonsmateriell og bedre synlighet hos audiografene.

Et forslag fra innspillsmøtet som fikk stor tilslutning, var å etablere nasjonale faglige retningslinjer for hørselsrehabilitering. Disse bør tydeliggjøre ansvarsdeling og sikre bedre koordinering og kvalitet i oppfølging og tiltak.

4.8 Arbeidsforhold for audiografer

4.8.1 Erfaringer og behov

Mangelen på audiografer er en gjennomgående utfordring i hørselsomsorgen. Flere av audiografene vi intervjuet, beskrev lave lønninger og manglende fleksibilitet i arbeidssted og oppgaver som hovedårsaker til at mange forlater yrket. Utdanningstilbudet er i dag sentralisert til NTNU i Trondheim, noe som gjør det vanskelig å utdanne fagpersoner i distriktene. I workshopen og innspillsmøtet ble det trukket frem at mange studenter ønsker å jobbe i distriktene, men at det mangler fleksible stillingsstrukturer og faglig støtte for å få det til.

4.8.2 Informantenes foreslåtte forbedringer

Det ble foreslått høyere lønn, tydeligere karriereveier og faglig utvikling for å beholde audiografer i yrket. Flere ønsket at audiografer får refusjonsrett og kan etablere egne klinikker, noe som også kan bidra til kortere ventetider og avlastning for spesialisthelsetjenesten, gitt at det fører til flere tilgjengelige audiografer som blir værende i yrket.

Andre forslag inkluderte flere utdanningssteder eller mulighet for samlingsbasert studie, samt fleksible stillinger i små kommuner, med bredt ansvar og høy grad av faglig frihet.

4.9 Oppsummering og våre vurderinger

Nedenfor oppsummerer vi funnene fra kartleggingen, og beskriver våre vurderinger av dem.

4.9.1 Oppsummering av funn

Kartleggingen viser at dagens system for høreapparatformidling preges av fragmenterte tjenester, manglende informasjonsflyt og ujevn kvalitet på tvers av pasientreisen. Hørselstap oppdages ofte sent, og fastleger har varierende kompetanse og rutiner for tidlig identifisering og riktig henvisning.

Henvisninger beskrives som varierende i kvalitet, noe som fører til feilprioritering og unødvendige ventetider. Informantene peker på ressursknapphet, særlig knyttet til audiografer, og for lite individuell tilpassing, veiledning og kvalitetssikring. Oppfølgingen etter utlevering er ujevn og ofte mangelfull, noe som bidrar til feilbruk og lav nytte av høreapparater over tid. Samarbeid mellom aktørene beskrives som ustrukturert, og ansvarsfordelingen uklar. Mangelen på audiografer beskrives som en kritisk utfordring som truer bærekraften i hele tjenesten.

Brukerne pekte på flere overordnede utfordringer og mulige forbedringer i hele pasientforløpet. Et gjennomgående tema var manglende informasjon om rettigheter, forventninger og valg underveis. Mange opplevde at de sto alene, særlig etter utlevering av høreapparat, og at det var vanskelig å vite hvor de skulle henvende seg.

Forbedringsforslagene omhandler både strukturelle, faglige og praktiske tiltak. Det foreslås bedre kompetanse og tydeligere roller for fastleger, audiografer og hørselskontakter, samt etablering av nasjonale faglige retningslinjer for hele pasientreisen.

Flere informanter etterlyser reell fleksibilitet og valgmuligheter i apparattilpassing, samt mer individuell veiledning og tilrettelegging, særlig for eldre og personer med lav teknologisk mestring. Det foreslås også å ta bruk digitale løsninger og hjemmeoppfølging i større grad. For å sikre bedre samhandling foreslås det bedre koordinering mellom aktører og systematisk bruk av frivillige og likepersoner. Økt utdanningskapasitet, bedre lønnsbetingelser og utvidet selvstendighet for audiografer trekkes frem som nøkkeltiltak for å styrke fagfeltet.

4.9.2 Våre vurderinger

Flere av utfordringene som beskrives i dette kapittelet, må forstås i sammenheng. Det er ikke ett tiltak alene som avgjør om høreapparatet tas i bruk, men summen av støtte, informasjon og kvalitet i hele forløpet. Vi vurderer derfor at tiltak som informasjon før tilpassing, oppfølging etter utlevering og lavterskel teknisk bistand, bør ses som gjensidige forutsetninger, ikke som isolerte grep.

Funnene indikerer også at særlig tiltak i tilvenningsfasen kan ha stor effekt. Når brukeren får realistiske forventninger, støtte i møte med ny teknologi og hjelp til å håndtere mindre problemer tidlig, øker sjansen for varig og riktig bruk. Dette taler for at tiltak som teknisk støtte, audiopedagogisk oppfølging og bedre informasjon i tilvenningsfasen, bør prioriteres høyt.

Vi har fått mange gode innspill gjennom datainnsamlingen. Blant annet har informantene bidratt med flere forslag til tiltak. Det varierer imidlertid om forslagene retter seg mot bakenforliggende årsaker («rotårsaker»), eller om de først og fremst har som formål å avhjelpe utfordringer slik

situasjonen er i dag. Nedenfor ser vi kort på noen utvalgte forslag som har fått mindre vekt i den videre analysen og tiltaksutviklingen.

Flere informanter peker på at det henvises personer som reelt sett ikke har behov for høreapparat, eller som mangler motivasjon for å ta det i bruk. Det etterlyses tiltak for sterkere seleksjon før henvisning. Samtidig uttrykkes det tvil om fastlegenes kompetanse på hørsel og deres mulighet til å gjøre slike vurderinger. Vi har derfor valgt å vektlegge tiltak som kan styrke beskrivelsen av behov i henvisningene, slik at spesialisthelsetjenesten får et bedre grunnlag for prioritering. Vi vil også understreke at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom behov og motivasjon. Våre videre forslag vil derfor i hovedsak omhandle tiltak for å styrke brukerens motivasjon for bruk.

Mange av forslagene til tiltak for bedre oppfølging etter tildeling handler om situasjoner der pasienten har fått utilstrekkelig opplæring underveis, eller hvor apparatet ikke er godt nok tilpasset. Eksempelvis vil tiltak som å sørge for bedre reelle muligheter for bytte av høreapparat være mindre nødvendig, dersom behovskartlegging, utredning og oppfølging i utprøvningsperioden er god.

Når det gjelder audiografutdanningen, foreslo flere informanter å etablere utdanningen flere steder i landet, eller som samlingsbasert studium. Dette ble fremhevet som et mulig virkemiddel for å rekruttere flere, ved at de unngår flytting. HK-dir (2025) har imidlertid nylig anbefalt å beholde utdanningen ved ett studiested. Denne vurderingen er basert på en grundigere gjennomgang enn vår, som primært har handlet om høreapparatbrukere og deres erfaringer. Vi har derfor valgt ikke å vektlegge dette funnet i våre forslag til tiltak.

5 Eksempler på god praksis

I dette kapittelet beskriver vi eksempler på god praksis, og hvordan disse kan ha relevans i norsk hørselsomsorg.

5.1 Forskning og tiltak for bedre henvisningspraksis

Allmennlegetjenesten er en sentral del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og portvokter til andre deler av helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Fastlegenes portvokterrolle er et tilbakevendende tema i den offentlige debatten. Legeforeningen har blant annet tatt initiativ til kampanjen «Gjør kloke valg».⁶

I en større studie av henvisningspraksis fra England identifiserte forskerne noen konkrete tiltak som kan være relevante for å kunne utvikle tiltak for henvisningspraksis også i denne kartleggingen. Undersøkelsen er generell, men en av de inkluderte studiene omhandlet henvisninger for innbyggere med behov for høreapparat. De mest effektive tiltakene var informasjonstiltak rettet mot fastlegene og førstelinjetjenesten, konsultasjon med spesialist før henvisning, innføring av elektroniske henvisningssystemer og retur/avvisning av henvisninger med for dårlig kvalitet (Blank, et al., 2014). Nedenfor oppsummerer vi hovedfunn og anbefalinger fra studien.

Oppsummering av hovedfunn og anbefalinger

Studien gjennomgikk 140 studier fra perioden 2000–2013 om tiltak som skal forbedre henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Studien inkluderte forskning fra en rekke land, særlig Storbritannia og USA, og benyttet både kontrollerte studier, før-og-etter-studier og evalueringer. Målet var å finne frem til virkemidler som kan bidra til at pasienter henvises på riktig grunnlag, til rett tid og med god informasjonsflyt for å sikre god pasientbehandling og for å redusere unødvendig press på spesialisthelsetjenesten.

Studien delte tiltakene inn i fire hovedkategorier:

- ▶ Den første typen tiltak handlet om **opplæring og fagutvikling for fastleger**. Dette inkluderte faglige retningslinjer, enten brukt alene eller sammen med opplæring, samt mer omfattende kurs og etterutdanning. I tillegg ble det sett på tiltak hvor fastleger fikk tilbakemelding og veiledning fra kolleger. Hensikten var å øke kvaliteten på henvisningene og sikre at de var medisinsk nødvendige og godt begrunnet.
- ▶ Den andre kategorien omfattet **endringer i selve henvisningsprosessen**. Her inngikk bruk av elektroniske henvisninger, innføring av rask tilgang til diagnostiske tester uten at pasienten måtte til spesialist først, etablering av prioriterte timeavtaler (såkalte fast-track-klinikker) og muligheter for at fastlegen kunne drøfte saken med spesialist før henvisning ble sendt. Også digitale beslutningsverktøy og ulike former for vurdering av ventelister ble inkludert.
- ▶ Tredje kategori var **større organisatoriske grep**, som endringer i hvordan helsetjenesten er strukturert. Her så de blant annet på tiltak hvor spesialister jobber ute i lokalmiljøet, og der fastleger med spesialkompetanse overtok oppgaver som vanligvis ligger til spesialisthelsetjenesten. Det ble også undersøkt tiltak hvor henvisninger som ikke oppfylte kriterier ble sendt i retur, samt endringer i henvisningssystemer, krav til henvisning (såkalt gatekeeping), og justeringer i finansieringsmodeller.
- ▶ Til slutt så de på **tiltak som retter seg direkte mot pasientene**. Dette kunne være informasjonsmateriell eller støtteverktøy som skal hjelpe pasienter til å forstå når det er nødvendig med henvisning, og hva de kan forvente. Denne delen av studien var ikke konkluderende. Få studier hadde fokus på hvordan slike tiltak påvirket kvaliteten på henvisninger, til tross for at pasientenes ønsker ofte påvirker henvisningsbeslutninger.

⁶ Gjør kloke valg er en kampanje for å redusere unødvendige behandling og undersøkelser. For mer informasjon, se [lenke](#).

Studien viste at det ikke finnes én universalløsning for å forbedre henvisningspraksis, men at enkelte tiltak ser ut til å fungere godt under visse forutsetninger.

Tiltak der fastleger får kollegabasert veiledning og tilbakemelding på henvisninger, viste god effekt. Dette førte ofte til lavere henvisningsrate, bedre henvisningskvalitet og tydeligere henvisningsbrev. Også mer formell opplæring, spesielt når den var spesifikk for et fagområde og kombinert med støtte fra spesialister, førte til mer presise og relevante henvisninger, samt økt faglig trygghet blant fastleger.

Elektroniske henvisningssystemer viste flere fordeler. De ga bedre informasjonsflyt mellom nivåene, førte til høyere tilfredshet hos fastlegene, kortere ventetid for pasientene og færre uteblitte konsultasjoner. Henvisningene ble også mer strukturerte og fullstendige.

Tiltak der fastlegen kunne drøfte pasienttilfeller med spesialist før henvisning ble sendt, bidro til å redusere antall unødvendige henvisninger. Dette forbedret også treffsikkerheten i diagnostikk og førte i mange tilfeller til raskere avklaring for pasientene.

Når spesialisttjenester ble flyttet ut i lokalmiljøet, enten gjennom spesialister som jobber ved lokal helsestasjon eller fastleger med ekstra spesialkompetanse, førte det til bedre tilgjengelighet, høyere pasienttilfredshet og mer hensiktsmessige henvisninger. Studien tyder på at det å øke tilgangen til henvisninger ved å la for eksempel sykepleiere eller rådgivere skrive henvisninger, kunne føre til flere unødvendige henvisninger og henvisninger med lavere kvalitet.

Et viktig funn var det påfallende fraværet av pasientfokuserte tiltak i forskningslitteraturen, til tross for at pasientens rolle i henvisningsbeslutningen er betydelig.

Studiens anbefalinger for praksis:

- ▶ Kollegaveiledning og faglig støtte til fastleger er lavkosttiltak som viser god effekt og bør videreutvikles.
- ▶ Elektroniske henvisninger og mulighet for dialog med spesialist før henvisning er tiltak som ser ut til å ha bred og positiv effekt, og bør vurderes videre.
- ▶ Allmennpraktiserende leger med utvidet kompetanse innenfor hørsel vil senke behovet for henvisninger og øke kvaliteten på de henvisningene som er nødvendige, spesielt om de befinner seg i distriktene hvor slik kompetanse ellers ikke finnes.
- ▶ Å tilgjengeliggjøre retningslinjer og anbefalinger er mest effektivt når det følges opp av formell trening og oppfølging, helst med tilbakemeldinger på egen praksis.
- ▶ Det er nødvendig med en helhetlig tilnærming. Tiltak som innføres i primærhelsetjenesten, påvirker spesialisthelsetjenesten, og omvendt. Henvisningspraksis må derfor forstås som en del av et større system.

5.2 Bruk av teleaudiologi

De siste årene har de fleste høreapparatleverandørene utviklet gode løsninger for teleaudiologi. Denne teknologien lar høreapparatbrukerne forbli hjemme mens audiografen kobler seg opp til pasientens høreapparater over Internett, via pasientens egen telefon. Dette forutsetter som oftest at pasienten har fått sin førstegangstilpassing hos audiografen, fått installert en app fra høreapparatprodusenten på sin telefon og koblet disse sammen. Disse løsningene lar ofte audiografen og pasienten kommunisere sammen gjennom video mens konsultasjonen pågår.

Denne typen løsninger refereres av og til under begrepene fjernaudiologi, tele-audiologi og «remote-care» audiologi.

Teleaudiologi er i dag en teknologi som har modnet, og som gir store muligheter for mer effektiv pasientkontakt. Audiografen kan gjøre justeringen på pasientens høreapparat uten at pasienten

trenger å møte opp fysisk på klinikken eller hørselssentralen, noe som muliggjør besparelser i tid og ressurser for både sykehuset og pasienten. Dette er spesielt gunstig for sårbare grupper som har utfordringer i forbindelse med ferdsel utenfor hjemmet.

Pasienters opplevelse av tele-audiologi

Uavhengige undersøkelser har generelt vist at slike fjernjusteringer er effektive og gir et resultat som er på høyde med tradisjonelle konsultasjoner, selv for pasienter som ikke har noen erfaring med teknologien fra før (Mashmous, M. H. A. B. 2022).

En undersøkelse fra 2023 sammenlignet pasienttilfredshet mellom tradisjonell høreapparat-tilpassing i klinikk med en lavterskel form for tele-audiologi (Çelikgün & Büyükkal, 2023). Her ble høreapparatene sendt til pasientene med bud, og all tilpassing ble utført av en audiograf gjennom høreapparatets app. Inklusjonskriteriene var blant annet at pasientene hadde smarttelefoner, riktig kombinasjon av app og høreapparat, i tillegg til tilstrekkelig syn, hørsel og kognitive evner til å delta. Pasienten og audiografen hadde video-link gjennom appen mens konsultasjonen pågikk. Pasienten fikk utført hele hørselsundersøkelsen og høreapparattilpassingen i sitt eget hjem. Pasienten rapporterte sine opplevelser og sin tilfredsstillelse med prosessen gjennom et spørreskjema, og resultatene ble sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk sine høreapparater tilpasset på tradisjonelt vis i klinikken.

Resultatene viste ingen signifikante forskjeller i tilfredshet mellom de to gruppene. Undersøkelsen tyder på at lavterskel tele-audiologi gjennom en app kan være et godt supplement til tradisjonell praksis for en pasientgruppe som har nødvendige forutsetninger for å bruke teknologien.

Fagpersoners opplevelser av tele-audiologi

Flere høreapparattilbydere har hatt app-basert fjerntilpassing i flere år, men først i forbindelse med COVID-pandemien fikk dette betydelig utbredelse blant audiografer. En undersøkelse fra England kartla audiografers bruk av fjerntilpassing under pandemien (Saunders & Roughley, 2021).

Omtrent 30 prosent av audiografene oppga å ha brukt fjerntilpassing før pandemien, mens så mange som 98 prosent hadde brukt fjerntilpassing i løpet av pandemien. Videre sa 86 prosent at de ville fortsette å benytte denne muligheten for fjernjustering selv når restriksjonene i forbindelse med COVID oppheves.

Funnene viser en betydelig økning i bruken av teleaudiologi under pandemien, med en positiv totalopplevelse blant fagpersonene som deltok i undersøkelsen.

Status i Norge

De fleste høreapparatleverandører tilbyr løsninger som lar audiografen tilpasse pasientens apparater som om pasienten satt i samme rom. Selv om noen hørselssentraler har hatt prøveprosjekter for å høste erfaringer med teleaudiologi, så har det av ulike grunner ikke blitt tatt i bruk i vanlig klinisk praksis. Grunner som oppgis, er blant annet at sykehusenes sikkerhetssystemer ikke er kompatible med oppkoblingen som kreves av programvaren. Utbredelsen i Norge er lav.

Enkelte private klinikker har imidlertid tatt i bruk teleaudiologi og opplevd at det fungerer godt. Audiograf Jorid Løkken presenterte sine erfaringer på Hørselsforbundets hørselskonferanse i mars 2025. Din Hørsels artikkel beskriver denne metodikken slik:

«Etter pandemien har denne teleteknologien skutt fart, og den er særlig ideell for pasienter som er lite mobile eller som bor langt unna en hørselsklinikk. Pasientene kan sitte hjemme i sin egen stue med apparatene på, mens audiografen justerer og tilpasser lydbildet fra sin klinikk mange mil unna. Underveis kommuniserer de på telefon eller video» (Engdahl, B. 2025).

Innføring av tele-audiologi i offentlig sektor har blitt hindret av regulatoriske utfordringer som vanskeliggjør oppkobling mellom audiograf og pasient. De praktiske og juridiske utfordringene bør avklares og løses på et nasjonalt nivå dersom dette skal få større utbredelse.

På Hørselskonferansen 2025 ble utfordringene drøftet i en paneldebatt, der det ble fremhevet at «implementeringen er vanskelig på grunn av tidkrevende risikoanalyser rundt personvern og datasikkerhet» (Engdahl, B., 2025). Disse utfordringene jobbes det aktivt med å løse.

5.3 Digital hjemmeoppfølging på Akershus universitetssykehus

Akershus universitetssykehus (Ahus) har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging som et supplement til tradisjonelle konsultasjoner. Den digitale løsningen innebærer at pasientene kan kommunisere med fagpersonell ved hjelp av meldinger, bilder og video i stedet for å måtte møte fysisk opp for hver forespørsel. Dette gjelder særlig praktiske og tekniske spørsmål knyttet til bruk og vedlikehold av høreapparater, noe som tradisjonelt har krevd fysiske konsultasjoner. I mange tilfeller oppnår pasientene kontakt og får hjelp i løpet av samme dag, noe som bidrar til å gjøre oppfølgingen mer tilgjengelig og fleksibel.⁷

Denne modellen og innføring av digital hjemmeoppfølging skal være et supplement til tradisjonell oppfølging. Det gir helsepersonell mulighet til å prioritere fysiske konsultasjoner til pasienter med mer komplekse behov, eller til pasienter som har utfordringer med å bruke digitale løsninger.

For andre aktører innen hørselsomsorgen kan dette være en modell som bidrar til å frigjøre tid og ressurser. Ikke alle institusjoner har samme pasientsammensetning eller teknologiske forutsetninger, men det er likevel flere elementer som kan overføres. Det gjelder blant annet bruken av enkel, pasientvennlig teknologi for kommunikasjon, klare rutiner for hvilke henvendelser som kan håndteres digitalt, og god opplæring og støtte til både ansatte og pasienter.

Samtidig er det viktig å understreke at dette ikke er en løsning som passer alle. Noen pasienter har behov for tett og direkte oppfølging, og enkelte vil møte barrierer knyttet til teknologi. Derfor bør digitale løsninger alltid vurderes som én del av et bredere tilbud, ikke som en erstatning. For aktører som ønsker å forbedre tilgjengeligheten og effektivisere enkelte deler av tjenestene sine, kan erfaringene fra Ahus likevel gi nyttige innspill til hvordan man kan gå frem.

Eksempelet fra Ahus viser at det finnes muligheter for å tilby mer fleksibel og tilgjengelig hørselsomsorg gjennom digitale verktøy. Ved å gjøre enkle grep har man potensial for å nå ut til flere, redusere ventetid og bidra til at pasientene opplever bedre kontinuitet og støtte i oppfølgingen.

⁷ For mer informasjon, se [lenke](#).

5.4 Ambulerende audiograf tjenester

Hørselsklinikken Namdal, med base i Namsos kommune, har utviklet et ambulerende tjenestetilbud. Tilbudet dekker et vidt geografisk område i Namdalen, inkludert mindre kommuner som Rørvik, Sørli og Nordli. Sykehuset Namsos åpnet for at de som hadde vært til utredning der, kunne velge om høreapparatet skulle tilpasses på sykehuset eller hos en privat aktør. På sine nettsider beskriver Hørselsklinikken Namdal tilbudet på følgende måte: ⁸

«[...] klinikken reiser rundt på besøk 2-4 ganger i året til hver kommune. Da tilbyr Hørselsklinikken høreapparatkontroller, service, reparasjoner, hørselstest og avstøp av øregang til nye ørepropper og skall. Ved besøket er audiografen stasjonert på en kommunal institusjon. Audiografen er også tilgjengelig for andre innbyggere i kommunen for dem som ønsker å få høreapparatene kontrollert eller å teste hørselen.»

Dette tiltaket har fått positive tilbakemeldinger fra høreapparatbrukere, pårørende og personale på institusjoner.

Formålet med denne måten å organisere tilbudet på er å gjøre tjenestene lett tilgjengelige for befolkningen i distriktene. Der kan avstanden til ordinære klinikker kan være lang. Ved å bringe tjenestene ut til brukerne, kan tilbudet bidra til lavere terskel for å ta kontakt og bedret oppfølging av innbyggerne. Denne modellen kan være til inspirasjon for andre og kan vise hvordan audiografene kan jobbe ute i kommunene uten å være fast ansatt der. Erfaringene fra Namdalen viser at desentralisert og fleksibel tjenesteutforming kan bidra til å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Dette tilbys av en privat aktør, men eksempelet kan være til inspirasjon for flere som ønsker å tilby mer fleksible og lokale tjenester.

Modellen med ambulerende audiograf har tidligere blitt testet i Setesdal. I sluttrapporten (Benum, Knudsen og Skretteberg, 2018, s. 2) oppsummeres erfaringene slik:

«Hørselssentralen i Arendal og LMT Setesdal opprettet stillingen som Hørselskoordinator med et arbeidsforhold på henholdsvis 50 % i kommunene og 50 % ved Hørselssentralen. Navnet på stillingen er etter hvert endret til Interkommunal audiograf. Det ble etablert et eget kontor og testrom ved LMT Setesdal i sentrum av Evje og Hornnes kommune med alt nødvendig audiologisk utstyr, slik at 2. linjes tjenesteoppgaver kan gjennomføres lokalt. For å sikre god kontakt med alle kommunene har audiografen gjennomført jevnlige kommunebesøk sammen med hørselskontakten i den enkelte kommune. Hjemmebesøk ble gjennomført der det var nødvendig, og dropp-in service er opprettet. Samarbeidet og kompetanseheving av hørselskontakter, helsestasjon, leger, bo og omsorgssenter mfl. samt med pasienten selv har vært viktig og nødvendig. Ved å bringe kvalifisert audiologisk kompetanse ut i kommunene har Setesdal blant annet fått:

- brukere får raskere hjelp når de trenger det
- lav terskel for hjelp
- nærhet til pasient / bruker
- rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede på lokalt plan styrkes
- rehabiliteringsbehov blir mer synliggjort fordi det er nærhet og mer kjennskap til pasient
- bedre kompetanseheving av helsepersonell i kommunen
- bedre og mer samhandling mellom aktørene på 1. og 2. linje nivå
- pasienten slipper lange turer til Hørselssentralen for å få hjelp»

⁸ For mer informasjon fra Hørselsklinikken Namdal, se [lenke](#).

5.5 Hørselskartlegging i Malvik kommune

AudioPlus Norge AS har i samarbeid med Malvik kommune i Sør-Trøndelag, igangsatt et pilotprosjekt. Prosjektet varer ut 2025. Målet er å synliggjøre hørselshelsens betydning for livskvalitet og generell helse, samt å gi kommunene en metode for å innføre faste årlige hørselskartlegginger.⁹ Prosjektet retter seg mot eldre som bor hjemme eller i omsorgsbolig og mottar kommunale tjenester. Erfaring viser at mange eldre lever med udiagnostisert, og dermed ubehandlet, hørselstap, noe som kan føre til redusert livskvalitet, sosial tilbaketrekning og i enkelte tilfeller forverring av kognitiv funksjon. Ved å systematisere tidlig identifisering av hørselstap og tilby tidlig intervensjon, ønsker Malvik kommune å motvirke slike negative konsekvenser.

Metoden innebærer at de eldre får tilbud om en gratis hørselstest.¹⁰ Dersom det avdekkes tegn på redusert hørsel, kobles brukeren videre til høreapparatformidling og oppfølging gjennom etablerte helsetjenester. Dette kan gi en sømløs overgang fra kartlegging til behandling.

Prosjektet har fått positive tilbakemeldinger, og det vurderes å videreføre modellen som en permanent del av kommunens tjenestetilbud etter pilotperioden. Dersom resultatene dokumenterer økt livskvalitet og redusert belastning for brukere og pårørende, kan prosjektet være til inspirasjon som modell for andre kommuner i landet.

Satsingen i Malvik er et eksempel på hvordan kommuner kan ta ansvar for å styrke arbeidet innen hørsel, og samtidig sikre at helse- og omsorgstjenestene er tilpasset brukernes behov og livssituasjon. Når tjenestene er tett på brukeren og samarbeider på tvers, skapes det grunnlag for bedre oppfølging og at hørselstap oppdages tidligere.

⁹ Mer informasjon finnes på Hørselsforbundets nettsider, se [lenke](#).

¹⁰ For mer informasjon om metoden, se [lenke](#) (PDF).

6 Tiltak

I dette kapittelet presenterer vi et mulig rammeverk for å forstå hvilke faktorer som påvirker bruk av høreapparat. Deretter oppsummerer vi de tiltakene som er foreslått i kartleggingen og fra tidligere utredninger. Vi redegjør for hvilke kriterier som ligger til grunn for hvordan de foreslåtte tiltakene er valgt ut og vurdert. Avslutningsvis presenterer vi de prioriterte tiltaksforslagene i detalj.

6.1 Innledning

Det er tidligere lansert en rekke forslag om tiltak for å forbedre hørselsomsorgen og øke bruken av høreapparater. Flere rapporter og utredninger har pekt på utfordringer og foreslått løsninger, men mange av disse er enten bare delvis gjennomført eller fortsatt ikke iverksatt. Dette er beskrevet i kapittel 3.

Gjennom intervjuene, workshopen og innspillsmøtet i kartleggingen har mange av de samme utfordringene og løsningsforslagene blitt nevnt. Samtidig har informantene også fremhevet problemstillinger som tidligere har fått mindre oppmerksomhet, blant annet knyttet til teknologiske utfordringer. Flere har også foreslått konkrete endringer i praksis, som å sikre mer presise henvisninger fra fastleger, bedre koordinering av ventelistene, bruk av teleaudiologi og etablere mer strukturert oppfølging i kommunene.

6.2 Rammeverk for å kategorisere faktorer som kan påvirke faktisk bruk av høreapparat

Bruken av høreapparat er ikke bare et spørsmål om teknisk tilpassing, men resultatet av et samspill mellom hvordan tjenestene er organisert, hvilken støtte brukerne får, og hvordan de selv opplever og mestrer situasjonen. For å strukturere forståelsen av dette har vi her satt opp en modell, se figur 4, med tre nivåer av faktorer som i ulik grad påvirker faktisk og vedvarende bruk.

Nivå 1: Strukturelle og systemiske forhold

Dette nivået omfatter hvordan tjenestene er organisert, tilgjengelig kapasitet og hvilke rammer som gjelder for samhandling og ansvar. Lang ventetid, lav bemanning og uklar rollefordeling er eksempler på faktorer som preger mange deler av hørselsomsorgen, og som kan skape barrierer allerede før brukeren får tilgang til høreapparatet. Lang ventetid kan i tillegg føre til at hørselen og/eller helsen og livssituasjonen generelt forverres ytterligere i mellomtiden. Dermed vil overgangen til det nye lydbildet bli større, noe som gjør det mer krevende å tilpasse seg det for brukeren. Dette kan svekke motivasjonen.

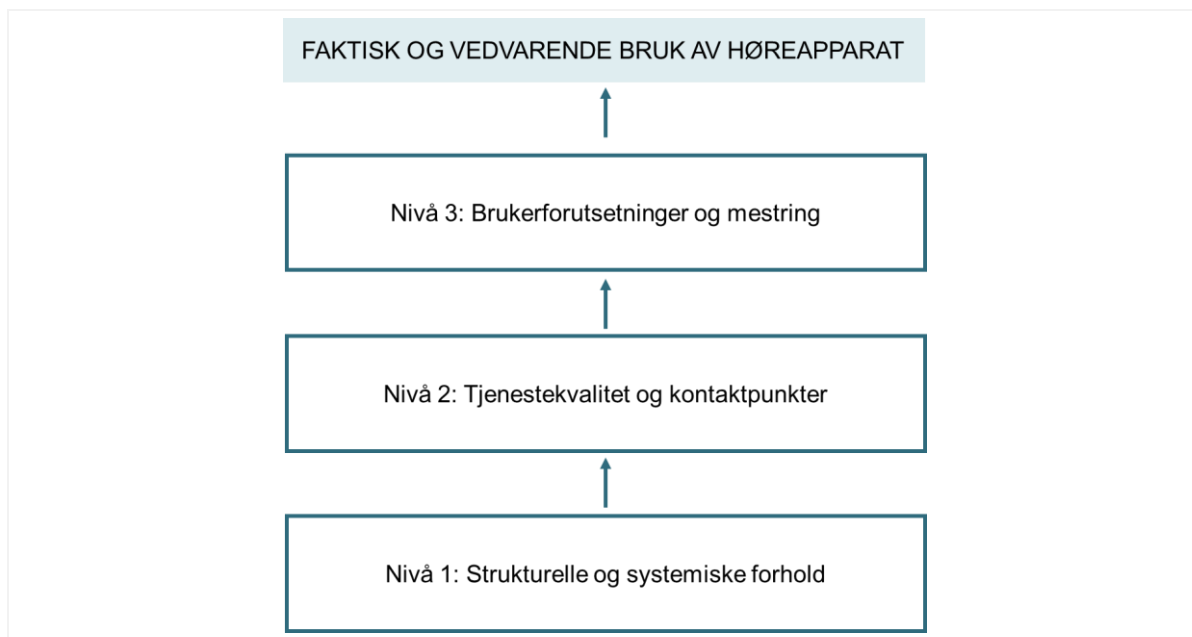
Nivå 2: Tjenestekvalitet og kontaktpunkter

Dette nivået handler om hvordan brukeren møter tjenestene i ulike faser av pasientreisen. Kvaliteten i disse kontaktpunktene er avgjørende for brukerens opplevelse og mestring. Når oppfølgingen er god og informasjonen er tilpasset, øker sannsynligheten for at høreapparatet tas i bruk og fungerer som tiltenkt. Bedre henvisninger gir også hørselsklinikkene et riktigere grunnlag for prioritering, noe som gjør at tiden kan brukes mer målrettet til å avklare behov og til målrettet innkalling av pasienter i henhold til prioriteringsveilederen.

Nivå 3: Brukerforutsetninger og mestring

På dette nivået står brukerens egne ressurser, forventninger, tekniske trygghet og motivasjon sentralt. Mange brukere er usikre på hva de kan forvente, og opplever utfordringer med å håndtere teknologien. Liten tro på egen mestring, manglende støtte og urealistiske forventninger kan føre til at høreapparatet blir liggende ubrukt, selv når det er riktig tilpasset. Samtidig påvirkes disse

forutsetningene sterkt av hvordan helsetjenesten møter brukeren i tidlige faser, og hvordan informasjon, støtte og anerkjennelse av behov formidles.



Figur 4: Modell med tre nivåer av faktorer som i ulik grad kan påvirke bruk. Agenda Kaupang

Modellen tydeliggjør hvorfor mange av tiltakene som foreslås i det neste kapittelet handler om strukturer, prosesser og kvalitet i tjenestene, og ikke bare om selve høreapparatet. En bedre henvisningspraksis kan bidra til at de brukerne med størst behov får hjelp raskere og mer målrettet. Flere audiografer kan gjøre det mulig å prioritere systematisk oppfølging, ikke bare utredning. Tiltak som gir tydeligere informasjon, lavterskelstøtte og trygghet i møte med teknologien, kan i praksis avgjøre om høreapparatet brukes eller blir liggende ubrukt. Modellen viser hvordan systemforbedringer og tjenestekvalitet kan være nødvendige forutsetninger for at flere faktisk skal ta i bruk sine høreapparater og oppleve gevinst av dem i hverdagen.

6.3 Klassifisering av tiltak

For å sikre en systematisk og oversiktlig presentasjon av tiltakene klassifiserer vi dem etter tematiske områder. Denne tilnærmingen bidrar til å tydeliggjøre hvilke mekanismer tiltakene virker gjennom, hvilke deler av tjenesteforløpet de berører, og hvordan de kan kombineres for å gi størst effekt.

Tiltakene deles inn i følgende hovedkategorier:

Tjenestefaglige tiltak: Tiltak som retter seg mot forbedringer i organisering, praksis og kvalitet innen hørselsomsorgen. Tiltakene kan omfatte prosedyrer for utredning, behandling, oppfølging og samhandling mellom aktører i helsetjenesten.

Kompetanse- og utdanningstiltak: Tiltak som sikrer nødvendig fagkompetanse i tjenestene, enten gjennom utdanningskapasitet, videreutdanning eller styrking av spesialisert kunnskap innenfor hørselsfeltet.

Økonomiske og strukturelle insentiver: Tiltak knyttet til finansieringsmekanismer og økonomiske insentiver for både enkeltindivider og institusjoner. Dette kan inkludere justeringer i refusjonsordninger, støtteordninger eller insentivsystemer.

Arbeidslivs- og inkluderingstiltak: Tiltak som handler om hvordan hørselsrelaterte utfordringer håndteres i arbeidslivet og samfunnet for øvrig. De kan dreie seg om bedre tilrettelegging på

arbeidsplasser, økt bevissthet blant arbeidsgivere eller styrking av rettigheter og praksis for inkludering av personer med hørselstap.

Teknologiske og innovasjonsrettede tiltak: Tiltak for utvikling og implementering av ny teknologi og digitale løsninger innen hørselsomsorgen. Dette kan inkludere bedre bruk av digital oppfølging, fjernjustering av høreapparater eller nye former for digital samhandling mellom brukere og tjenesteytere.

Regulatoriske og juridiske tiltak. Tiltak rettet mot endringer i regelverk, standarder eller krav for å styrke rettigheter, forbedre kvalitetssikring eller sikre tydeligere ansvarsfordeling mellom ulike aktører.

Det er sammenheng mellom kategoriene. Selv om tiltakene klassifiseres separat, vil de i praksis ofte ha gjensidig påvirkning. Eksempelvis kan et tiltak innenfor økonomiske incentiver legge grunnlaget for implementering av tjenestefaglige endringer, mens kompetansetiltak kan være en forutsetning for å lykkes med teknologiske innovasjoner.

6.4 Oversikt over forslag til tiltak

Kartleggingen har identifisert en rekke foreslåtte tiltak som kan bidra til økt bruk av høreapparat og bedre oppfølging for personer med hørselstap. Tiltaksforslagene som presenteres under, bygger på tidligere utredninger og forslag til tiltak derfra, og funn fra dette prosjektets innsiktsarbeid. De dekker hele pasientreisen, fra oppdagelse av hørselstap til langvarig bruk og mestring. De omfatter forebygging, kompetanseheving, styrket organisering, bedre samhandling og økt pasientstøtte.

Tiltakene er gruppert i tabeller etter kategori, med tilhørende beskrivelse og forventet gevinst. Hver kategori innledes med en kort beskrivelse av tiltakene og forventet gevinst.

6.4.1 Arbeidsliv og inkludering

Tiltakene i denne kategorien handler om hvordan personer med hørselstap kan inkluderes og følges opp bedre i arbeidslivet og i nærmiljøet. Formålet er å øke kunnskap, synlighet og tilgjengelighet, og å senke terskelen for å oppsøke hjelp tidlig.

Tabell 4: Oversikt over tiltak arbeidsliv og inkludering

Navn på tiltak	Kort beskrivelse	Forventet gevinst
Økt synlighet og aktivitet fra lokale helsetjenester i forebyggende arbeid	Bruke kjøpesentre, samfunnshus og eldresentre til lavterskel screening og informasjonsarbeid. Frivilligheten kan eventuelt supplere i informasjonsarbeidet	Bedre lokal informasjon og lavere terskel for hjelp
Tidlig screening for å oppdage hørselstap	Screening gjennom lavterskeltilbud som hørselstester på nett og mobiltelefon, frivillighetens hørselsbokser og lignende	Lavere terskel for å oppsøke hjelp
Mer informasjon om hørsel inn i Helsedirektoratets dashboard for Nasjonale kvalitetsindikatorer	Enklere tilgang til informasjon om hørsel og relaterte tjenester for befolkningen	Økt informasjon til befolkningen generelt
Mer informasjon på kommunenes nettsider om hørsel og tilbud	Informasjon på kommunens nettsider om hvor innbyggerne tar kontakt for å søke hjelp, hvor det finnes hørselskompetanse, likepersontilbud og lignende	Lavere terskel for å søke hjelp

6.4.2 Kompetanse og utdanning

Denne kategorien omfatter tiltak som skal styrke kompetansen hos fagpersonell og brukere. Tiltakene omfatter opplæring i bruk av høreapparater, helsefaglig forståelse og informasjonsarbeid i kommune- og spesialisttjenesten samt tiltak for rekruttering og utdanning.

Tabell 5: Oversikt over tiltak kompetanse og utdanning

Navn på tiltak	Kort beskrivelse	Forventet gevinst
Bedre tilgang til informasjon om pasientens rettigheter og hvilke tilbud som finnes	Tydelig informasjon på nett, i brosjyrer og konsultasjoner	Bedre innsikt og eierskap hos pasientene
E-læring for helsepersonell i hjemmetjenesten og sykehjem som ønsker å bistå sine brukere	Digital opplæring i stell, bruk, problemløsning og vedlikehold av apparater	Økt bruk og redusert feilbruk i eldreomsorgen
Opplæring av fastleger	Informasjon om hørselstap og målrettede tiltak for bedre henvisningsrutiner	Bedre henvisninger og rett prioritering
Økt opplæring i bruk av høreapparat og hjelpemidler ved oppstart	Infotimer, skriftlig materiale og erfaringsbasert læring	Høyere mestring og bedre nytteverdi
Lærings- og mestringstilbud	Gruppebasert veiledning i hverdagsmestring med hørselstap	Høyere mestring og bedre nytteverdi
Veiledningsmaterieill om aldersrelatert hørselstap for kommuner	E-læringsprogram eller annen opplæring. Maler og standarder for kommunal praksis	Bedre lokal oppfølging og mindre variasjon
Tiltak for økt hørselskompetanse i kommunene	Ansettelse av kommunal audiograf eller kompetanseheving for andre ansatte som hørselskontakten	Bedre lokal oppfølging og støtte. Redusert belastning på spesialisthelsetjenesten
Informasjon og forventningsavklaring	Klargjøring av bruk, tilvenning og utfordringer	Redusert frafall og mer realistiske forventninger
Økte midler til formell opplæring av likepersoner	Frivillige skolerers og anerkjennes i rollen	Høyere kvalitet og bedre brukeropplevelse
Økt rekruttering til audiografyrket	Kampanjer og SoMe-tiltak for økt søkning. Praksisplasser, studiemiljø, mer autonomi og selvstendighet i rollen	Fremtidig styrking av kapasitet
Fast informasjon om Nav, hjelpemidler og tilrettelegging	Systematisk informasjon ved utdeling	Høyere mestring og bedre bruk av støtteordninger

6.4.3 Regulatoriske og juridiske tiltak

Her presenteres tiltak som krever endringer i regelverk, ansvarslinjer eller nasjonale føringer. Målet er å sikre bedre kvalitet og lik praksis på tvers av regioner og aktører gjennom tydeligere strukturer og ansvar.

Tabell 6: Oversikt over regulatoriske og juridiske tiltak

Navn på tiltak	Kort beskrivelse	Forventet gevinst
Standardisering av henvisningsdokumentasjon	Felles krav til dokumentasjon og oppsummering	Likeverdig kvalitet på tvers av regioner og bedre muligheter for prioritering
Rolleavklaring mellom faggrupper	Styrkede og tydeliggjorte roller	Effektiv ressursbruk og mindre dobbeltarbeid
Revidere nasjonal veileder om forebyggende hjemmebesøk	Inkludere hørsel som anbefalt tema i dialogen	Tidligere identifisering og bedre hjelp lokalt
Etablere nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen	Faglige retningslinjer som sikrer likere og mer systematisk oppfølging uavhengig av bosted	Økt bruk og bedre nytte av høreapparatene
Avklare juridiske problemstillinger som hindrer utbredelse av digitale løsninger for oppfølging	Juridiske barrierer beskrives som en årsak til at teleaudiologi og digital oppfølging ikke er tatt i bruk i større grad. Disse må avklares og eventuelt løses	Bedre kapasitet i tjenestene og bedre tilgang til hjelp uten behov for reise
Forskriftsendring i tildeling av reservehøreapparat	Dagens praksis for tildeling av reservehøreapparat er svært restriktiv. Nav bør undersøke konsekvensene av dette og vurdere å endre forskriften	Sikre at personer som har høreapparat til reparasjon ikke blir stående utenfor jobb og samfunnsliv i perioden

6.4.4 Tjenestefaglige tiltak

Denne kategorien rommer tiltak som gjelder praksis og organisering i tjenestene, fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Tiltakene retter seg mot utredning, tilpassing, oppfølging og informasjonsflyt gjennom hele pasientforløpet.

Tabell 7: Oversikt over tjenestefaglige tiltak

Navn på tiltak	Kort beskrivelse	Forventet gevinst
Rutinemessig bruk av verifikasjon og validering iht. standard NO-ISO21388	Standardisert verktøy i utredning og oppfølging	Mer presis tilpassing og dokumentert effekt
Styrket beslutningsmyndighet for audiografer	Vurdere muligheter for mer selvstendig vurdering og henvisningsrett – enten for hele forløpet eller for ferdigbehandlede pasienter	Raskere forløp, mulighet for nye typer aktører
Bedre ventetids- og kontaktoversikt	Bedre system for informasjon i forløpet	Forutsigbarhet og brukermedvirkning
Tidlig identifisering av hørselstap i helsetjenesten	Mer systematisk screening og informasjonsarbeid	Tidlig innsats og rask hjelp
Informasjonstiltak mot befolkningen	Kampanjer, brosjyrer og åpen informasjon	Redusert stigma og bedre tilgang
Forberedelse før første konsultasjon	Digitalt og fysisk materiell	Bedre informerte og tryggere brukere
Ambulerende audiografer fra spesialisthelsetjenesten	Audiografene reiser ut i distriktene for eksempel ved bruk av distriktsmedisinske sentre eller satellittklinikker	Bedre tilgjengelighet og mindre reising
Audiograf i kommunehelsetjeneste	Fast lokal oppfølging	Bedre lokal oppfølging
Etterkontroller etter tilpassing	Fast rutine for individuell oppfølging. Bruk av teleaudiologi og annen digital oppfølging for å selektere de som har behov	Høyere faktisk bruk og bedre tilpassing
Modellutvikling: hørselskontakt i helsestasjon	Kommuner utvikler lokale modeller	Styrket lokal forankring og tilgjengelighet
Økt reell fleksibilitet i valg og bytte av apparat i utprøvningsperioden	Mulighet for bytte av apparat ved feil eller misnøye	Redusert frafall og bedre tilpassing
Synliggjøring av hørselskontakt	Økt kjennskap og tilgjengelighet lokalt ved at kommunene gir mer informasjon om tilbudet	Bedre oppfølging
Screening ved helsestasjon for eldre	Systematisk hørselsscreening	Tidlig avdekking og hjelp
Kurs før tilpassing av høreapparat	Obligatorisk opplæring med rom også for at nærpersoner (familie og andre i pasientens nettverk) kan delta.	Bedre forberedelse og mer tid til individuelle spørsmål
Hørselskafé og informasjon på skjermer på venterom	Lavterskel informasjon og støtte	Høyere mestring og trygghet

Teknisk støtte i kommunen	Hjelp med tekniske funksjoner og apper	Riktig bruk og mindre avhengighet av spesialisthelsetjenesten
---------------------------	--	---

6.4.5 Økonomiske og strukturelle insentiver

Tiltakene her handler om endringer i finansieringsmodeller, avtaleregimer og organisering for å sikre bedre kapasitetsutnyttelse og tilgjengelighet, særlig i møte med økende behov i befolkningen.

Tabell 8: Oversikt over økonomiske og strukturelle insentiver

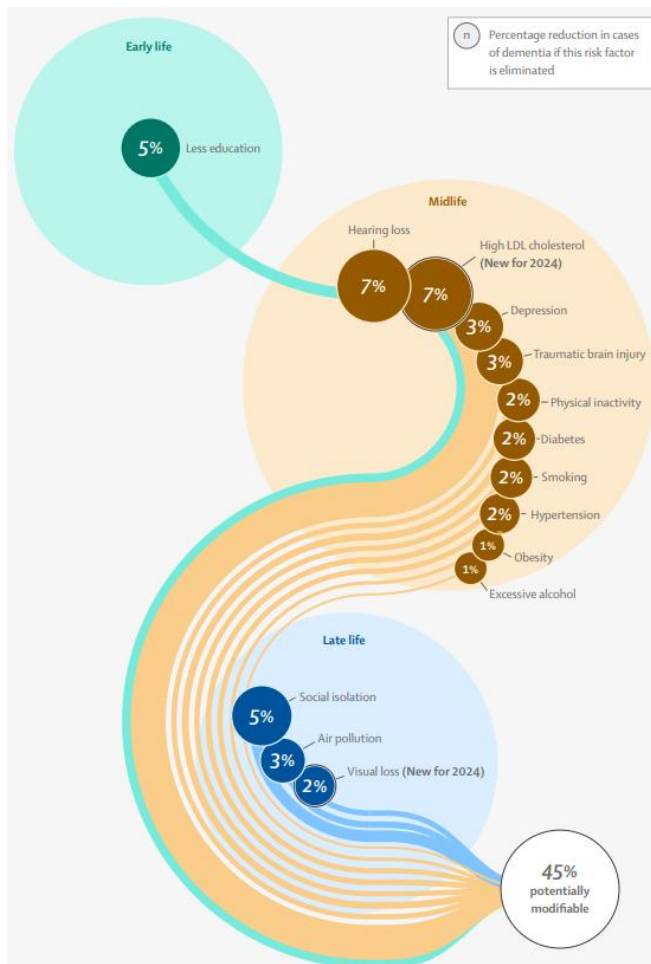
Navn på tiltak	Kort beskrivelse	Forventet gevinst
Økt bruk av ØNH-avtalespesialister med tilknyttet audiograf	Flere ØNH-spesialister som har tilknyttet audiograf får refusjonsavtale	Redusert ventetid og bedre kapasitetsutnyttelse
Egne takster for audiografer	Takster som gjør at det er økonomisk lønnsomt å prioritere oppfølging	Høyere mestring
Tiltak for å forebygge dobbeltbookinger	Tiltak som informasjon til fastlegene, bruk av KI-verktøy for gjennomgang av lister, eventuelt sentralisering av mottak av henvisninger	Økt kapasitetsutnyttelse

6.5 Samfunnsøkonomiske konsekvenser av forbedret hørselsoppfølging

Investeringer i bedre hørselsrehabilitering og systematisk oppfølging av høreapparatbrukere kan gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster. En av de mest direkte effektene gjelder arbeidslivsdeltakelse. Helsedirektoratet (2020, s. 34) peker på at redusert arbeidsevne som følge av nedsatt hørsel er en samfunnsutfordring. Oslo Economics (2024, s. 7) estimerer at produksjonstapet blant personer i arbeidsfør alder med hørselsutfordringer kan tilsvare 3 milliarder kroner årlig. God hørselsomsorg kan også føre til at flere kan bo lengre hjemme (HLF, 2024, s. 2). Bedre oppfølging og kontinuerlig bruk av høreapparater kan dermed ha potensial til å utsette eller redusere behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette er samfunnsøkonomisk betydningsfullt, siden langtidsomsorg utgjør en stor andel av helsebudsjettene (SSBs helseregnskap, 2023).

Også på individnivå er gevinstene store. Oslo Economics (2020, s. 33) beskriver at den største samfunnskostnaden forbundet med hørselstap er verdien av tapt livskvalitet. Denne ble for 2018 estimert til å være 37 milliarder kroner. I et langsiktig perspektiv er det funnet sammenheng mellom hørselstap og kognitiv svikt, med 36 prosent økt risiko for demens blant de med hørselstap (Kvestad et al., 2024). Å redusere konsekvensene av hørselstapet ved bruk av hjelpemidler kan dermed gi helsegevinster.

Fritekstsvar i Hørselsklinikkundersøkelsen (2023) tyder på at dagens kapasitets-situasjon ofte går utover oppfølgingstiltak som kunne bidratt til bedre mestring. Når pasienter får støtte og opplæring, øker sjansen for kontinuerlig bruk av høreapparat og dermed bedre sosial deltakelse og livsutfoldelse. Slik fremstår hørselsoppfølging ikke bare som helsehjelp, men som en investering med stor effekt både samfunnsøkonomisk og for den enkelte.



Figur 5: Utklipp fra oversikt over risikofaktorer for demens og hvor mange tilfeller som kunne ha blitt eliminert dersom risikofaktoren ble fjernet hentet fra The Lancet (2024).

Eksempel på kostnader ved ubrukte høreapparater

I 2024 ble det fakturert Nav for 116 591 høreapparater fra leverandørene (NTAF, 2025). Gjennomsnittlig sats for høreapparater i 2024 var 5 463 kr (Nav, 2025). I tidligere undersøkelser estimeres det at rundt 20 prosent ikke bruker høreapparatene sine eller bruker dem svært lite (Bakke, 2011). Vi har ikke konkrete tall på hvor mange som har to apparater, men Helsedirektoratet (2020) estimerer at om lag 75 prosent har to stk. Hvis 20 prosent av høreapparatene forblir ubrukt eller brukes mindre enn tiltenkt, innebærer det at Nav og samfunnet i 2024 investerte **127 387 327 kr** i høreapparater som ikke brukes etter hensikten. I tillegg kommer kostnadene knyttet til oppfølging i helsetjenesten. Dette er grove estimater og anslag, men illustrerer at økt bruk kan gi bedre utnyttelse av investerte midler.

6.6 Kriterier for utvelgelse av tiltak

Som gjennomgangen over viser, er det allerede foreslått en rekke tiltak for å forbedre hørselsomsorgen i Norge. Mange av disse har tydelige gevinster og relativt lave kostnader, men er likevel ikke blitt gjennomført i tilstrekkelig grad. Dette aktualiserer spørsmålet om hvordan det kan legges bedre til rette for at de foreslåtte løsningene blir fulgt opp og satt ut i livet. For å svare på dette har vi identifisert og vurdert hvilke tiltak som har størst potensial for faktisk gjennomføring og effekt, basert på et sett med tydelige kriterier.

Vi har valgt å gå videre med tiltaksforslagene som vurderes som både gjennomførbare og virkningsfulle. Fire kriterier har vært styrende for utvalget av hvilke tiltaksforslag som skulle inkluderes i den videre analysen.

1. **Kostnadseffektivitet:** Tiltak med høye kostnader og lav forventet gevinst er ikke prioritert. Vi har lagt vekt på tiltak som gir god effekt i forhold til ressursbruk.
2. **Kapasitetskrav:** Med dagens ressursknapphet i hørselsomsorgen har vi i hovedsak valgt bort tiltak som krever betydelig økt bemanning eller vesentlig ny infrastruktur, med mindre dette vurderes som realistisk på kort til mellomlang sikt.
3. **Forventet gevinst.** Tiltak som kan føre til økt bruk av høreapparat, bedre mestring og redusert behov for annen helsehjelp, er vurdert som særlig relevante med tanke på brukeropplevelse og samfunnsøkonomisk gevinst.
4. **Grad av nytenkning og aktualitet:** Vi har unngått å inkludere tiltak som allerede er godt utredet, med mindre det foreligger ny kunnskap eller erfaringer som tilsier at de bør vurderes på nytt.

Vi har forsøkt å finne tiltak som kan realiseres innenfor dagens rammebetingelser. Samtidig vil tiltak som å bruke teleaudiologi og digital hjemmeoppfølging, kreve investeringer, og tiltak som medfører behov for flere audiografer og audiopedagoger vil kreve økte rammer.

6.7 Foreslåtte tiltak

I dette kapittelet beskriver vi tiltakene som vi mener er mest aktuelle for å bidra til at flere tar i bruk høreapparatene sine. Disse må ses i sammenheng med tiltakene som er foreslått tidligere, og som ikke utdypes her.

1. Informasjon til befolkningen og helsepersonell om hørselstap

Bakgrunn/behov

Mange opplever hørselstap som en gradvis prosess og søker derfor hjelp sent. Det er fortsatt utbredt stigma knyttet til bruk av høreapparat, og mange forbinder det med alderdom eller funksjonsnedsettelse. Fastleger og annet helsepersonell har behov for kunnskap om hvordan de kan oppdage og følge opp personer med hørselstap. Dette fører til at hørselstap ofte forblir ubehandlet lenger enn nødvendig. Audiografer forteller om økt antall henvisninger da informasjon om sammenhengen mellom demens og hørselstap ble delt i media. Det tyder på at informasjon til befolkningen generelt har effekt.

Gjennomføring

Det må utvikles kampanjer rettet både mot befolkningen generelt og mot helsepersonell, særlig fastleger og ansatte i kommunale helsetjenester. Dette krever produksjon av informasjonsmateriell, e-læringskurs og muligens oppdatering av informasjonssider på offentlige plattformer som Helsenorge.no. Dagens side om hørsel på Helsenorge legger blant annet primært vekt på de personlige og sosiale konsekvensene av hørselstap, men nevner for eksempel ikke den økte

risikoen for demens.¹¹ Siden «Om bruk av høreapparat» nevner kort tilvenningsprosessen, men har potensial for mer informasjon.¹² Hørselsforbundet har allerede detaljerte råd om dette på egne nettsider, som kan brukes som underlag.¹³ Audiografforbundet og Norsk Audiopedagogisk Forening kan også involveres i arbeidet med informasjonsmateriell. Helsepersonell må også få tilgang til konkrete veiledere om oppdagelse og oppfølging av hørselstap. Et mulig tiltak er å legge til en hørselsmodul i ABC-opplæringen.¹⁴

Samfunnsøkonomisk effekt

Kostnadene vil i hovedsak knytte seg til utvikling av informasjonsmateriell, kampanjer og digitale opplæringstilbud. Dette er engangsinvesteringer med relativt lav driftskostnad. Over tid kan det føre til besparelser i form av bedre helse og redusert behov for mer omfattende tiltak senere i sykdomsforløpet. Bedre og mer målrettet informasjon vil kunne føre til at hørselstap oppdages tidligere, og at flere blir motivert til å prøve ut høreapparater. Økt kunnskap hos helsepersonell vil også sikre at flere pasienter får god veiledning i tide. På lengre sikt kan dette bidra til at flere faktisk tar i bruk høreapparatene og dermed får bedre livskvalitet og økt sosial deltakelse.

2. Tiltak for økt kvalitet i henvisninger fra fastlegene

Bakgrunn/behov

Dagens henvisninger fra fastlegene beskrives av flere som mangelfulle og lite detaljerte, noe som gjør det vanskelig for spesialisthelsetjenesten å prioritere pasientene riktig. Dette kan føre til at pasienter med alvorlig hørselstap venter unødvendig lenge, mens pasienter som har mindre behov for høreapparat, prioriteres. Lite effektive henvisningsprosesser kan generere unødvendige kostnader både i den enkelte klinikk, for helsetjenesten samlet og for samfunnet i stort.

Gjennomføring

Tiltaket krever utvikling av tydelige maler og sjekklister for henvisninger som fastlegene må følge. Et konkret forslag er å oppdatere Helsedirektoratets henvisningsveileder med mer informasjon om hva det er viktig at en henvisning inneholder.¹⁵ I tillegg bør det gjennomføres opplæring for fastleger, om hvordan de kan vurdere pasientens behov og motivasjon bedre før henvisning. Her kan for eksempel en artikkel i Allmennlegeforeningens medlemsblad være aktuelt, eller annen opplæring i samarbeid med dem. Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) inneholder god informasjon om hørsel, og det er viktig at fastlegene har kjennskap til denne. Vi anbefaler at det gjennomføres noe mer innsiktsarbeid i forbindelse med dette tiltaket for å sikre treffsikkerhet. Dette vil sikre en mer målrettet bruk av spesialisthelsetjenestens ressurser. Hørselssentralene kan også spille en rolle i å veilede og lære opp fastlegene.

Samfunnsøkonomisk effekt

Tiltaket vil ha lave til moderate kostnader knyttet til utvikling av opplæringsmateriell og implementering av nye rutiner i fastlegetjenesten. På lengre sikt kan tiltaket gi store besparelser ved at unødvendige henvisninger reduseres og at ressursene rettes mot personer med størst behov. Med mer detaljerte henvisninger kan pasientene bli prioritert på en bedre og mer treffsikker måte. Dette vil redusere ventetiden for pasienter med størst behov og sikre en mer effektiv bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten.

¹¹ Se [Helsenorge - hva er nedsatt hørsel](#)

¹² Se [Helsenorge - leve godt med nedsatt hørsel](#)

¹³ Se [Hørselsforbundet - Gode råd til nybegynnere med høreapparat](#)

¹⁴ Se [Nasjonalt senter for aldring og helse - Om ABC-opplæring](#)

¹⁵ Se [Henvisningsveileder - Helsedirektoratet](#)

3. Tiltak for bedre koordinering av ventelister og timer (inkludert dobbeltbookinger)

Bakgrunn/behov

Det er store variasjoner i ventetider på hørselstjenester, og mange pasienter opplever unødvendig lange ventetider grunnet manglende koordinering. I tillegg forekommer dobbeltbookinger og ineffektiv utnyttelse av timer, som fører til frustrasjon hos brukerne og sløsing med helsepersonellressurser. Dette er særlig utfordrende i en situasjon med begrenset kapasitet og mangel på audiografer.

Gjennomføring

Tiltaket krever at spesialisthelsetjenesten koordinerer henvendelsene, både til hørselssentralene og avtalespesialistene, slik det for eksempel gjøres på rusområdet på OUS i dag. Det bør etableres rutiner for systematisk prioritering av pasienter basert på behov og hastegrad, og det må gjennomføres opplæring av ansatte i bruk av nye verktøy og rutiner. Digitalisering og innovasjon kan også bidra til koordinering av ventelistene. Et eksempel er å bruke KI til å rydde i listene slik det gjøres på Sykehuset Telemark HF.¹⁶ Telemedisin, gjennom en innledende digital samtale eller automatiserte spørreskjemaer, kan også brukes for å prioritere pasientene.

Samfunnsøkonomisk effekt

Bedre koordinering vil gi raskere tilgang til tjenester for dem med størst behov. Ressursbruken i helsevesenet vil bli mer effektiv, og unødvendig venting og frustrasjon blant brukerne vil reduseres. Det vil også redusere antallet avlyste eller bortfalte timer som følge av dårlig planlegging. Investeringen vil være moderat til høy, avhengig av behovet for nye systemer. På noe sikt vil tiltaket kunne bidra til betydelige besparelser gjennom mer effektiv bruk av eksisterende kapasitet og redusert behov for ekstra bemanning.

4. Forenkling av prosesser hos Nav

Bakgrunn/behov

Brukere, fagpersoner og leverandørene opplever at søknads- og godkjenningprosesser hos Nav er tidkrevende og kompliserte. Søknad om stønad er fortsatt noe som gjøres via papir og postgang, og det er eksempler der søknadspapirer etter flere måneder viser seg å ha kommet bort, slik at audiograf må sende ny søknad til Nav. Alle søknader behandles manuelt hos Nav. I tillegg stilles det spørsmål ved at det må søkes på nytt etter seks år for medisinske tilstander som har permanent karakter. Dette skaper unødvendige forsinkelser i prosessen med å få høreapparater og tilleggsutstyr, og stjeler kapasitet fra tjenestene. Tid går med til manuelle prosesser som kunne ha vært brukt til å følge opp pasientene. Oslo Economics (2025, s. 17) estimerer at man kan spare 21 til 49 årsverk ved å innføre en forenklet og automatisert prosedyre for søknad/rekvirering av høreapparat rettet mot Nav.

Gjennomføring

Tiltaket krever at Nav reviderer og effektiviserer sine prosesser, blant annet gjennom økt digitalisering og automatisering av enkle søknadsprosesser. Nav-ansatte må få opplæring i de nye prosessene.

Samfunnsøkonomisk effekt

Kostnadene vil primært være knyttet til utvikling og implementering av digitale løsninger og endringer i arbeidsprosesser hos Nav. På sikt kan tiltaket gi betydelige besparelser for Nav, ved at saksbehandlingstiden reduseres og behovet for manuell oppfølging av saker blir mindre. Forenkling av prosessene vil også frigjøre tid hos tjenestene. Tiden kan brukes på oppfølging av pasientene.

¹⁶ For mer informasjon om hva Sykehuset Telemark gjør, se [lenke](#).

5. Etablere nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen

Bakgrunn/behov

Selv om det finnes flere forskrifter som regulerer hørselsomsorgen og standarder som beskriver god praksis, forteller informantene om stor variasjon i tilbudet. For å sørge for at beste praksis følges og tilbudet blir likere for innbyggerne, foreslår informantene å etablere nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen.

Gjennomføring

Etablering av nasjonale faglige retningslinjer, gjennom standardiserte prosesser for dette hos Helsedirektoratet, inkludert involvering av tjenestemottakere/ brukerorganisasjoner og fagmiljøene.

Samfunnsøkonomisk effekt

Med bedre oppfølging vil flere brukere mestre bruken av høreapparatet, oppleve økt livskvalitet og delta mer aktivt i sosiale og samfunnsmessige aktiviteter. Det vil også føre til bedre helse på lang sikt, gjennom redusert risiko for isolasjon, depresjon og kognitiv svikt. Etablering av retningslinjer i seg selv medfører lave kostnader, men implementeringen av dem kan innebære moderate til høye kostnader for den enkelte aktør i hørselsomsorgen.

6. Obligatorisk oppfølgingstime

Bakgrunn/behov

Flere som får høreapparat, opplever utfordringer i bruk av høreapparat. Flere får ikke tilbud om oppfølging før det har gått lang tid, eller i det hele tatt. Her er det variasjoner mellom aktørene. Uten tidlig oppfølging er det risiko for at høreapparatet ikke tas i bruk, fordi problemer ikke blir avdekket og løst i tide. Flere etterlyser også reell mulighet til å prøve flere apparater før de tar et endelig valg, for å sikre at apparatet passer til bruker. Samtidig kan en god kartlegging i forkant redusere behovet for å måtte bytte flere ganger underveis.

Gjennomføring

Det må etableres rutiner for automatisk innkalling til oppfølgingstime, for eksempel fire–seks uker etter tilpassing. Dette vil kreve økt kapasitet hos audiografer og andre som kan tilby oppfølging. Tiltaket må derfor ses i sammenheng med andre tiltak for å frigjøre kapasitet, blant annet koordinering av ventelister, økt bruk av digital oppfølging, økt bruk av avtalespesialister og tiltak for å økt rekruttering og tiltak for å beholde flere audiografer. Dette kan føre til noe økte ventetider for førstegangsutredning, men ved god prioritering og tydelig informasjon i henvisningen er det ikke gitt at dette vil ha stor påvirkning for den enkelte.

Samfunnsøkonomisk effekt

En obligatorisk oppfølgingstime kort tid etter utlevering av høreapparat vil kunne avdekke praktiske utfordringer tidlig og gi nødvendig støtte til brukeren. Dette vil øke sannsynligheten for at høreapparatet faktisk tas i bruk, og bidra til bedre mestring og livskvalitet. Kostnader øker ved at flere konsultasjoner må gjennomføres, men en del av aktørene har dette på plass allerede i dag. Det kan også medføre kostnader ved utprøving av flere apparater, men gevinsten ved at flere faktisk tar i bruk apparatene og dermed reduserer risiko for sosial isolasjon, depresjon og tidlig demens, vil gi betydelige langsiktige besparelser.

7. Bedre informasjon og støtte i tilvenningsfasen

Bakgrunn/behov

Mange brukere er ikke forberedt på at det krever tid og tålmodighet å venne seg til et nytt lydbilde med høreapparat. Urealistiske forventninger og manglende informasjon om tilvenningsprosessen fører til at brukere mister motivasjonen og legger høreapparatet til side. Dette er en avgjørende fase hvor god informasjon kan gjøre forskjellen mellom aktiv bruk og liten eller ingen bruk. Her kan kontakt mellom audiograf og pasient spille en viktig, motiverende rolle, med utgangspunkt i prosessen frem til verifisert og validert høreapparattilpassing. Brukerne må også lære seg nye mestringsstrategier for å håndtere hørselstapet på en god måte. Audiopedagoger kan spille en viktig rolle i dette arbeidet, men det var få av dem vi var i kontakt med, som hadde fått dette tilbudet. Audiopedagogene opplever også kapasitetsmangel. Strukturert samarbeid og samlokalisering på hørselssentralene trekkes frem som en god løsning. Selv om hørselssentralene er forpliktet til å ha tilknyttet audiopedagog, er det de færreste som har dette (HLF, 2023).

Gjennomføring

Det bør utvikles skriftlig og digitalt informasjonsmateriell som forklarer tilvenningsfasen på en enkel og forståelig måte. Audiografene må ha nok tid til den enkelte pasient. Audiopedagoger kan spille en viktig rolle i oppfølgingen for å gi veiledning om hvordan tilpasse seg nye lyder og mestre utfordringer. Tiltaket krever samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og Hørselsforbundet for å sikre god distribusjon av informasjon. Det foreslås også mer strukturerte prosesser for å henvise brukere med behov til audiopedagog. Lærings- og mestringskurs kan også bidra til støtte og veiledning. Disse kan gjennomføres som fysiske kurs, digitale kurs eller e-læring.

Samfunnsøkonomisk effekt

Lav til moderat. Utviklingen av informasjonsmateriell er en engangsinvestering, og mer bruk av audiografer og audiopedagoger vil innebære økte kostnader. Imidlertid kan tiltaket gi store gevinster ved å øke bruken av høreapparater, sørge for god opplæring for den enkelte og redusere behovet for senere inngrep og mer omfattende oppfølging. Bedre informasjon vil forberede brukerne på hva de kan forvente i tilvenningsperioden og bidra til økt utholdenhet i bruken av høreapparatet. Dette vil igjen øke sannsynligheten for varig bruk og bedre mestring av hverdagen. Brukere som er godt informert, vil også ha større utbytte av teknologien.

8. Lavterskeltilbud for små justeringer og tilpassinger (f.eks. drop-in) av audiograf

Bakgrunn/behov

Små problemer med høreapparater, som feil innstillinger, ubehag eller tekniske utfordringer, kan føre til at brukere slutter å bruke dem. Når det er vanskelig å få rask hjelp, vokser små problemer til store hindringer. Dagens system er ofte ikke rigget for å ta imot slike henvendelser på kort varsel.

Gjennomføring

Det er flere av hørselssentralene som har innført drop-in og digital hjemmeoppfølging for å kunne hjelpe til på kort varsel med enkle problemstillinger. Dette kan være til inspirasjon for andre. Satellittløsninger med besøk i kommunene vil også kunne bidra for dem som har lang reisevei. Audiograf ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan også være et viktig tiltak her. I fremtidige anbudsprosesser kan Nav stille krav om at leverandørene er tilgjengelige for enkel bistand, gjerne over video, med automatisert teksting eller lignende, og mulighet for skriveolk ved behov.

Samfunnsøkonomisk effekt

Moderate kostnader. Tiltaket krever ressurser til å etablere og drifte tilbudet. På lang sikt vil dette bidra til mer effektiv bruk av spesialisthelsetjenesten og færre høreapparater som blir liggende ubrukt. Lavterskeltilbud vil gjøre det enklere for brukerne å få rask hjelp med små justeringer, noe som øker sannsynligheten for kontinuerlig bruk av høreapparatet.

9. Praktiske og tekniske støttetjenester for høreapparatbrukere

Bakgrunn/behov

Et gjennomgående funn i undersøkelsen er at brukerne trenger hjelp og bistand til det tekniske og har spørsmål om hjelpemidler. Vi skiller her mellom justeringer som må gjøres av audiograf, som dette tiltaket ikke omfatter, og teknisk bistand til apper, sammenkobling med hjelpemidler mv. Det er også flere som har spørsmål om batteribytte, bytte av filter mv. Dette er oppgaver som man ved opplæring kan hjelpe til med uten å måtte ha en spesifikk fagkompetanse eller utdanning.

Hørselskontakter i kommunene bør styrkes og synliggjøres som en viktig ressurs. Selv om mange kommuner har den rollen i dag, er det mange som har avsatt kun en liten prosent tid til hørselskontaktrollen. Det er også et spørsmål om hørselskontaktene har fått nødvendig opplæring, og hvilken kompetanse de har. Få har hørselsfaglig bakgrunn (HLF, 2024b). Vi har eksempler på hørselssentraler som opplever at de får videresendt spørsmål fra hørselskontaktene som de selv burde kunne svare på.

Gjennomføring

Her kan økt bruk av teleaudiologi og digitale verktøy for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, slik at brukerne kan få veiledning uten å måtte møte opp fysisk, være viktige tiltak. Det bør også etableres lokale tilbud for teknisk støtte, inkludert hjelp med tilkobling av høreapparater til annet teknisk utstyr.

Tiltaket krever opplæringstilbud til hørselskontakter og andre ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie og på institusjon. Eksempler her er å informere mer om «SmartHørsel»-appen og utarbeide et grunnleggende e-læringskurs om høreapparatbruk.

Her kan også frivilligheten spille en viktig rolle, blant annet med gjennomføring av hørselskaféer, besøk på institusjoner og lignende. I kartleggingen har vi også hørt om vellykket samarbeid mellom Hørselsforbundet og Seniornett, som har erfaring med å bistå med tekniske problemstillinger. Vi foreslår at et samarbeid her utforskes nærmere.

Leverandørene er også viktige i denne fasen. De kan bidra med opplæring til dem som skal bistå brukerne, og de har eget tilbud om support. Muligheten for support kunne vært bedre informert om fra de som er i kontakt med brukerne. Leverandørene har i dag mye informasjon på sine nettsider. I kommende anbud kan Nav vurdere å stille krav til leverandørene om å være tilgjengelige på video for teknisk bistand og oppfølging, for eksempel med opplæring i apper.

Samfunnsøkonomisk effekt

Moderat til høy kostnad, avhengig av omfanget av de digitale og lokale tilbudene som etableres. Mer tilgjengelige hørselskontakter krever investeringer fra kommunene, men bidrar til økt lokal oppfølging og redusert belastning av spesialisthelsetjenesten, samt bedret livskvalitet for brukerne. Tiltaket kan gi store samfunnsøkonomiske gevinster ved at brukere får bedre funksjon i hverdagen, og reduserer behovet for andre helse- og omsorgstjenester. Kostnaden vurderes som lav til moderat, dersom kommunene får til et godt samarbeid med frivilligheten og brukerne får utnyttet tilbud hos leverandørene som i liten grad brukes i dag. Etablering av nye støttetjenester innebærer kostnader, men kan redusere frustrasjon og øke faktisk bruk av høreapparater. Det kan gi høyere livskvalitet og redusert behov for senere omfattende helsetjenester. Her er det potensial for høy effekt til relativt lav kostnad.

10. Mer strukturert samarbeid om støtte i oppfølgingsfasen

Bakgrunn/behov

Mange brukere får lite eller ingen oppfølging etter at høreapparatet er tilpasset, noe som gjør det vanskelig å håndtere tekniske utfordringer, tilvenne seg det nye lydbildet og ta i bruk teknologien på en god måte i samspill med omgivelsene. Dette fører til at apparatene blir liggende ubrukt, og at brukerne ikke oppnår den nytten som var tiltenkt (Solheim, 2011). Det er mange aktører som kan hjelpe til i denne fasen, men det er potensial for å utnytte kapasiteten bedre og samarbeide mer strukturert.

Gjennomføring

Tiltaket innebærer at representanter for de ulike aktørene som er involvert i arbeid og oppfølging i dag, jobber sammen for å definere hvordan de på best mulig måte kan samarbeide og definere områder der de enkelte kan bidra. I etterkant må det utarbeides informasjonsmaterieell som gir en overordnet oversikt over hvem det er mulig å kontakte for rådgivning.

Samfunnsøkonomisk effekt

Med bedre oppfølging vil flere brukere mestre bruken av høreapparatet, oppleve økt livskvalitet og delta mer aktivt i sosiale og samfunnsmessige aktiviteter. Det vil også føre til bedre helse på lang sikt, gjennom redusert risiko for isolasjon, depresjon og kognitiv svikt. Tiltak for bedre koordinering og ansvarsfordeling trenger ikke å medføre store kostnader.

11. Styrke og opprettholde frivilligheten

Bakgrunn/behov

Frivilligheten spiller en viktig supplerende rolle i oppfølgingen av høreapparatbrukere, både ved praktisk bistand, opplæring og likepersonarbeid. Gjennom kartleggingen har vi sett at det mange steder primært er Hørselsforbundets hørselskaféer og likepersoner som bistår med informasjon, samt teknisk og praktisk hjelp. I en kommune ble blant annet eget tilbud redusert sterkt grunnet økonomi, og de henviste heller til Hørselsforbundets frivillige. Det er ikke ønskelig at kommunene frasier seg eget ansvar på denne måten, men et godt samarbeid med frivillige som supplerer det offentlige tjenestetilbudet på høreapparatområdet, kan være nyttig og øke kapasiteten, samtidig som frivilligheten får være nettopp *frivillig*. Da er det behov for midler til opplæring av likepersoner for å finansiere tilbudene.

Gjennomføring

Tiltaket krever at det finnes tilstrekkelig med midler til å gjennomføre opplæring av de frivillige. I dag finansieres likepersonarbeidet av Helsedirektoratets tilskudd for «Frivillig informasjons- og kontaktskapende arbeid».¹⁷ Det er viktig at denne tilskuddsordningen opprettholdes og at tilskuddssummen står i stil med forventningene om at frivillig arbeid kan være viktig for å sikre bærekraftige tilbud og tjenester også i årene fremover.

Samfunnsøkonomisk effekt

Lav kostnad, potensielt høy gevinst. Frivillighet har lav kostnad, særlig hvis innsatsen fokuserer på opplæring. Likepersoner bidrar til mestring, og kan redusere behovet for tjenester fra helsevesenet ved å gi praktisk hjelp og motiverende støtte på basis på egne erfaringer som høreapparatbruker og kunnskapen som sertifisert likeperson.

¹⁷ Mer informasjon finnes på Helsedirektoratets nettsider, se [lenke](#).

7 Anbefalinger

I dette kapittelet presenterer vi våre anbefalinger fra kartleggingen. Der det er relevant, knytter vi anbefalingene til pågående oppdrag og prosesser, som Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2025 (HOD, 2025a) og oppdraget om oppfølging av Riksrevisjonens utredning om rehabilitering i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2025b).

7.1 Øk kunnskapen i befolkningen og hos helsepersonell om hørselstap

Som beskrevet i kapittel 6.5, har nedsatt hørsel negative effekter for den enkelte. Det kan ha store samfunnsøkonomiske konsekvenser om hørselstap ikke fanges opp og følges opp. Hos barn testes hørselen gjennom rutineundersøkelser på helsestasjonen. For den voksne delen av befolkningen der hørselstap er mest utstrakt, er det ikke noen tilsvarende anbefalinger og rutiner. Det er derfor viktig at innbyggerne informeres om hørselstap, slik at de selv kan ta kontakt med fastlege eller bedriftshelsetjeneste for en vurdering om henvisning til spesialisthelsetjenesten. God informasjon kan også bidra til å øke motivasjonen hos den enkelte til å ta i bruk høreapparat.

Vi anbefaler:

- ▶ Helsedirektoratet bør arbeide med å styrke kunnskapen om hørselstap gjennom informasjon til befolkningen generelt og innbyggere med hørselstap spesielt.
- ▶ Helsedirektoratet bør arbeide med å styrke kunnskapen til helsepersonell om hørselstap, særlig fastlegene, for å sikre at hørselstap oppdages og at innbyggerne henvises til spesialisthelsetjenesten.

7.2 Sett i gang tiltak for økt kvalitet i henvisninger og prioritering i spesialisthelsetjenesten

I kartleggingen har spesialisthelsetjenesten trukket frem at henvisningene fra fastlegene ofte er mangelfulle og at henvisningene mangler informasjon om alvorlighetsgraden av hørselstapet. Da blir det vanskelig for helseforetaket å gjøre en prioritering av hastegrad. I tildelingsbrevet for 2025 har HOD bedt Helsedirektoratet om å «vurdere endring i regelverk og veiledere for å bidra til god hørselsomsorg i kommunene og spesialisthelsetjenesten». Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av rehabilitering at tilgangen til rehabilitering i liten grad var behovsstyrt, og at diagnose, bostedskommune og kapasiteten til sykehuset i stor grad avgjorde hvem som fikk tilbud og ikke (Riksrevisjonen, 2024, s. 17). Dette er et generelt funn, men det kan ikke utelukkes at det også gjelder hørselsomsorgen. Dette tiltaket støtter dermed også opp under HODs oppdrag til RHF-ene for 2025 om å følge opp Riksrevisjonens rapport.

Vi anbefaler:

- ▶ Helsedirektoratet bør i samarbeid med de regionale helseforetakene, igangsette målrettede tiltak for å heve kvaliteten på henvisninger fra fastleger. Herunder:
 - Opplæringstiltak
 - Oppdatering av relevante veiledere og fagstøtte

7.3 Sett i gang tiltak for å frigjøre tid og øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

Ventetidene for behandling varierer mellom helseforetakene, men er gjennomgående lange. I kartleggingen har informantene trukket frem manglende koordinering av ventelister, tidkrevende søknadsprosesser hos Nav og manglende audiografkapasitet som områder med behov for forbedring.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å «vurdere forbedringer i pasientforløp og saksbehandlingsrutiner ved søknad om og tildeling av høreapparat» (HOD, 2025a). For å unngå at samme pasient er henvist både til hørselssentral ved sykehusene og til ØNH-avtalespesialist, anbefaler vi helseforetakene å jobbe med tiltak for bedre koordinering av ventelister. RHF-ene skal også jobbe for å redusere ventetidene og skape helhetlige pasientforløp (HOD, 2025b).

Navs prosesser for søknad om høreapparat trekkes frem som tidkrevende og med mulighet for forbedringer, både i vår kartlegging og i rapporten «Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus» (Oslo Economics, 2025). HOD og Helsedirektoratet har ikke myndighet til å endre Navs prioriteringer og prosesser, men vi anbefaler at behovet for digitalisering og forenkling av søknadsprosessene for høreapparat blir et tema i dialog med Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Nav.

Mangelen på audiografer trekkes frem som en begrensende faktor i vår kartlegging og i tidligere undersøkelser. Manglende kapasitet fører til lange ventetider for behandling. I Hørselsklinikkundersøkelsen (2023) nevnes begrenset kapasitet som en årsak til at noen ikke har mulighet til å tilby oppfølgingstimer etter tilpassing og utdeling av høreapparatene. Oppfølging er viktig for å sikre at høreapparatene brukes som tiltenkt (Solheim, 2011). HOD har bedt Helsedirektoratet om å: «Vurdere rammebetingelsene for audiografenes arbeid. Dette inkluderer arbeidet i hørselssentraler og avtalepraksiser, og audiografers mulighet til å kreve refusjon på selvstendig grunnlag. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med regionale helseforetak» (HOD, 2025a). Dette tiltaket støttes også av våre funn.

Vi anbefaler:

- ▶ Helseforetakene bør jobbe med tiltak for bedre koordinering av ventelister for å sikre at pasientene ikke er dobbelthenvist.
- ▶ Dagens søknadsprosesser om høreapparat er manuelle og tidkrevende. Behovet for forbedringer i Navs prosesser bør løftes av Helse- og omsorgsdepartementet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Nav.
- ▶ Tiltak for å øke antall audiografer og audiopedagoger:
 - Rammebetingelsene for audiografer gjennomgås for å se etter forbedringer som kan bidra til å øke tilgangen til audiograf og gjøre at audiografene blir værende i yrket
 - Økte rammer til ansettelse av audiografer og audiopedagoger

7.4 Sett i gang tiltak for bedre oppfølging av høreapparatbrukere

I kartleggingen har informantene trukket frem oppfølging av høreapparatbrukerne gjennom hele prosessen, men særlig i oppfølgingsfasen, som viktig for å sikre at høreapparatene tas i bruk.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere forbedringer i pasientforløp, og vurdere hvordan oppfølgingen av høreapparatbrukerne kan forbedres (HOD, 2025a). Kartleggingen vår viser at det er forskjeller i hvilken oppfølging innbyggerne får. Vi anbefaler at det som en del av Helsedirektoratets oppdrag, vurderes om oppfølgingstimer etter utdeling av høreapparatene skal gjøres obligatoriske. Telemedisin kan være relevant for å identifisere og kalle inn høreapparatpasienter med behov for videre oppfølgingstimer ved hørselsklinikken og/eller henvisning til audiopedagog.

I tillegg bør Helsedirektoratet vurdere å etablere nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen i tråd med oppdraget om å vurdere endringer i regelverk og veiledere. Dette kan sikre at tilbudet standardiseres og holder god faglig kvalitet. God oppfølging gjennom hele prosessen, der det sikres verifikasjon og validering, kan bidra til å redusere behovet for andre tilbud, som justeringer og teknisk bistand, i etterkant.

Videre anbefaler vi å styrke oppfølgingen som brukerne får når de har fått utdelt sitt høreapparat og er i gang med å bruke det. Utfordringer kan oppstå underveis, og de kan ha behov for justeringer og nye tilpassinger fra audiograf. De må tilvenne seg et nytt lydbilde og ta i bruk høreapparatene på en hensiktsmessig måte. Her kan også audiopedagoger spille en viktig rolle.

Vi anbefaler å etablere lavterskeltilbud for mindre justeringer av audiograf og etablere støttetjenester for teknisk og praktisk bistand, i tillegg til å se på løsninger for bedre informasjon og støtte i tilvenningsfasen. Arbeidet med lavterskeltilbud bør ses i sammenheng med oppdraget om å «Vurdere hvordan arenafleksible tilbud kan styrkes, inkl. ambulant team ved synstap og ambulant arbeid for audiografer» (HOD, 2025a). Forslaget om støttetjenester for teknisk og praktisk bistand lokalt støtter opp under oppdraget om å se på «tiltak for å gi brukerne økt mestring gjennom bedre opplæring» (HOD, 2022). Det støtter også opp under RHF-enes oppdrag om å se på samarbeid med kommunene og bruke digitale løsninger (HOD, 2025b).

God oppfølging krever også samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen (2024, s.20–21) anbefaler blant annet at HOD «Bidrar til å legge bedre til rette for samhandling mellom aktørene slik at pasientene med behov for rehabilitering får helhetlige pasientforløp» og «Avklarer hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt rehabiliteringstilbud hvis kommunene ikke har den nødvendige kompetansen og kapasiteten». Undersøkelsen til Riksrevisjonen viste også at helseforetakene og kommunene ikke har nok kunnskap om hverandres tjenestetilbud, og at de dermed ikke kan gi pasientene god informasjon om hva som skjer videre når en pasient overføres mellom nivåene. Vi anbefaler tiltak for mer strukturert samarbeid mellom de ulike aktørene og nivåene i hørselsomsorgen. Her bør spesialisthelsetjenestene og kommunene, for eksempel gjennom KS, ta ansvar for felles arbeid. Her kan også frivilligheten og leverandørene være viktige aktører som bør trekkes inn.

For å kunne følge opp innbyggere med hørselstap er det viktig at kommunene har tilstrekkelig kompetanse. I oppdrag TB2022-33 i tildelingsbrevet for 2022 ble Helsedirektoratet bedt om å «utrede tiltak for å øke kompetansen i kommunene om hørselstap». De foreslåtte tiltakene om opplæring for ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i denne kartleggingen, støtter opp under dette oppdraget. Tidligere foreslåtte tiltak om audiografer ansatt i kommunene, kan også støtte opp under dette. Riksrevisjonen har også anbefalt HOD å «Vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse» for å styrke kommunenes arbeid med rehabilitering (Riksrevisjonen, 2024, s. 21).

Frivilligheten kan også være et supplement i denne oppfølgingen. Da er det viktig å sikre at de har nok midler til å kunne sørge for god opplæring av de frivillige, og videreføring og etablering av tilbud som hørselskafé og likepersonarbeid. Helsedirektoratet anbefales derfor å opprettholde tilskuddsordninger på likepersonområdet og sørge for at midlene som tildeles, er tilstrekkelige for å dekke behovet.

Vi anbefaler:

- ▶ Utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer for hørselsomsorgen
- ▶ Tiltak for bedre oppfølging av høreapparatbrukere. Herunder:
 - Etablering av lavterskeltilbud for mindre justeringer og tilpassinger av audiograf. Bruk av digitale løsninger kan være særlig aktuelt.
 - Etablering støttetjenester for teknisk og praktisk bistand
- ▶ Tiltak for bedre informasjon og støtte i tilvenningsfasen
- ▶ Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør i fellesskap å se på tiltak for mer strukturert samarbeid og avklaringer i ansvarsforhold. Leverandørene og frivilligheten kan være relevante aktører å samarbeide med.
- ▶ Tiltak for å øke hørselskompetansen i kommunene
- ▶ Frivilligheten styrkes for å kunne være et supplement til det offentlige tilbudet

7.5 Avsluttende vurderinger

Våre anbefalinger i dette kapittelet bygger på kartleggingsarbeidet gjennom intervjuer, workshop, innspillsmøte og dokumentgjennomgang. Vi har kartlagt erfaringer fra hele pasientforløpet. Ett viktig funn som går igjen, er betydningen av kvalitet i førstelinjen, særlig i utredning og tilpassing av høreapparat. Når høreapparatet er godt tilpasset og brukeren får god veiledning tidlig i forløpet, vil behovet for videre oppfølging i mange tilfeller være redusert.

Et sentralt tiltak for å oppnå dette er å sikre at verifikasjon og validering inngår som en kvalitetsnorm i høreapparatformidlingen. Dersom audiografen får tilstrekkelig tid og rammer til å utføre arbeidet sitt grundig, vil mange høreapparatbrukere klare seg godt uten ytterligere bistand. Dette kan redusere belastningen på både spesialist- og primærhelsetjenesten, og styrke effektiviteten i hørselsomsorgen.

Samtidig må tjenestene rigges for å møte behovene til dem som har mer sammensatte utfordringer, der det kreves tettere oppfølging, individuell tilpassing og tverrfaglig støtte. For disse brukerne er tiltakene som foreslås i kapittel 7, som lavterskeltilbud, støttetjenester og bedre samhandling, nødvendige for at høreapparatene faktisk skal tas i bruk og gi ønsket nytte.

God hørselsomsorg forutsetter altså både kvalitet tidlig i pasientforløpet og en fleksibel oppfølgingsstruktur for dem som trenger mer støtte. Tiltakene må derfor ses som et differensiert og samvirkende sett av løsninger, der målsettingen er at flest mulig får et godt fungerende hjelpemiddel, på riktig nivå, til rett tid.

Litteraturliste

- Bakke, K. A. (2011, 25. august). *Hver femte bruker ikke høreapparatet*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/mer-somatikk/hver-femte-bruker-ikke-horeapparatet/310422>
- Benum, E., Knudsen, J. O., & Skretteberg, G. (2018). *Styrket rehabiliteringstilbud til hørselshemmede i kommunene: Sluttrapport fra pilotprosjekt*. LMT Setesdal, Hørselssentralen Sørlandet sykehus HF, NAV Hjelpemiddelsentral Aust-Agder
- Bjelland, S. M. (2022, 3. mars). Audiografer: - Vi får folk tilbake til samfunnet. Delta. <https://www.delta.no/yrke/yrkesfaglig-arbeid/audiografer-vi-far-folk-tilbake-til-samfunnet>
- Blank, L., Baxter, S., Woods, H. B., Goyder, E., Lee, A., Payne, N., & Rimmer, M. (2014). Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. *British Journal of General Practice*, 64(629), e765-e774.
- Çelikgün, B., & Büyükkal, F. (2023). The effect of remote fitting technology on hearing aid satisfaction. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 39(1), 83.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (2025). *Små helseutdanninger – tydelige samfunnsbehov: En utredning om audiograf-, optiker-, ortopediingeniør- og tannteknikerutdanningene* (Rapport nr. 02/2025). Hentet fra: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/sma-helseutdanninger-tydelige-samfunnsbehov-en-utredning-om-audiograf-optiker-ortopediingenior-og-tannteknikerutdanningene>
- EHIMA. (2012). EuroTrak Norway 2012. Hentet fra <https://www.ehima.com/surveys/>
- EHIMA. (2019). *EuroTrak 2019 Norway: A consumer survey about hearing aids and hearing loss*. European Hearing Instrument Manufacturers Association. https://www.ehima.com/wp-content/uploads/2019/05/EuroTrak_2019_NORWAY.pdf
- Engdahl, B. (2025, March 4). *Ny teknologi mot lang ventetid*. Din Hørsel. <https://www.dinhorsel.no/ny-teknologi-mot-lang-ventetid.6709962-460100.html>
- Engdahl, B., Strand, B. H., & Aarhus, L. (2021). Better hearing in Norway: A comparison of two HUNT cohorts 20 years apart. *Ear and Hearing*, 42(1), 42–52. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000898>
- Helsedirektoratet. (2020). Utredning av tilbud til hørselshemmede. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-av-tilbud-til-horselshemmede>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Ekspertutvalgets rapport om allmennlegetjenesten* (Rapport publisert 14. juni 2023). <https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/no/pdfs/ekspertutvalgets-rapport-om-allmennlegetjenesten.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025a). Tidelingsbrev 2025 - Helsedirektoratet. Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratet (2023) <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2024). Prioriteringsveileder: Øre-nese-halssykdommer, hode- og halskirurgi. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveileder-ore-nese-halssykdommer-hode-og-halskirurgi>

Hørselshemmedes Landsforbund (2023). Hørselsklinikkundersøkelsen 2023 og supplerende klinikkspørring 2024. Bergen: HLF. <https://www.hlf.no/slik-jobber-vi/prosjekter/hørselsklinikkundersokelsen-2023>

Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) (2024). *Høringsnotat til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*.

Hørselshemmedes Landsforbund (2024b). *Hørselskontakter i kommunene*

Hørselshemmedes Landsforbund (2024c). Norge mangler minst 150 audiografer. Hentet fra: <https://www.hlf.no/slik-jobber-vi/aktuelt/norge-mangler-minst-150-audiografer>

ICF Research Branch. (u.d.). *ICF core set for hearing loss*. Hentet fra <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/other-health-conditions/icf-core-set-for-hearing-loss>

ISO. (2021). *NS-EN ISO 21388:2021 - Organisering av høreapparattilpasning*. Standard Norge.

Johansen, T. S. (2023, November 30). 78 ukers ventetid - og verre vil det bli. Din Hørsel. <https://www.dinhorsel.no/78-ukers-ventetid-og-verre-vil-det-bli.6630861-460230.html>

Jorgensen, L. E. (2016). Verification and validation of hearing aids: Opportunity not an obstacle. *Journal of otology*, 11(2), 57-62.

Kvestad, E., Amlie, I. K., Strand, B. H., Morsund, Å. H., Tamnes, C. K., Midgard, R., Engdahl, B., Aarstad, H. J., Gjesdal, S., Gopinath, B., Espnes, G. A., & Brungardt, A. (2024). Hearing impairment and risk of dementia in The HUNT Study (HUNT4 70+): A Norwegian cohort study. *eClinicalMedicine*, 66, 102319. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102319>

Mashmous, M. H. A. B. (2022). Efficacy of Remote Hearing Aids Programming Using Teleaudiology: A Systematic Review. *E-Health Telecommunication Systems and Networks*, 11(1), 14-33.

Nav (2025): *Høreapparat* hentet fra <https://www.nav.no/horeapparat>. Sist oppdatert 09.04.2025

N-T-A-Fs statistikk (2025). Hentet fra: <https://www.n-t-a-f.org/Lev24.xlsx>

Oslo Economics. (2020). Nedsatt hørsel i arbeidsfør alder. Hentet fra <https://cdn.sanity.io/files/ajniw4rx/production/9f76044e33ceba4c95c8ff24d993a9f1d8bb9495.pdf>

Oslo Economics (2024). Hørselsutfordringer og arbeidsliv – en undersøkelse av hva som hemmer og fremmer deltakelse. Hentet fra: <https://cdn.sanity.io/files/ajniw4rx/production/9c342e3670389995870d4e64192fd258cc08d57f.pdf>

Oslo Economics (2025). Effekten av å fjerne tidstyver i sykehus. Hentet fra: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2025/05/Effekt-av-a-fjerne-tidstyver-i-sykehus.pdf>

Saunders, G. H., & Roughley, A. (2021). Audiology in the time of COVID-19: practices and opinions of audiologists in the UK. *International Journal of Audiology*, 60(4), 255-262.

Solheim, J. (2011). *Hearing loss in the elderly: Consequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo). DUO vitenarkiv. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31246/dravhandling-solheim.pdf?sequence=3>

Solheim, J., Gay, C., Lerdal, A., Hickson, L., & Kvaerner, K. J. (2018). An Evaluation of Motivational Interviewing for Increasing Hearing Aid Use: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Audiology*, 29(8), 696–705. <https://doi.org/10.3766/jaaa.16184>

SSBs helseregnskap: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap>

The Lancet (2024). Infographics - Risk factors for dementia Hentet fra:
<https://www.thelancet.com/infographics-do/dementia-risk>

UK, N. G. C. (2018). Cost-effectiveness analysis: early versus delayed management of hearing loss. In *Hearing loss in adults: assessment and management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Venås, I. H. (2024, 2. des.). *Uakseptabelt lange ventetider – Norge trenger 150 nye audiografer*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/helsepolitikk-og-helseekonomi-prioritering-ventelister/uakseptabelt-lange-ventetider-norge-trenger-150-nye-audiografer/664323>