

Allmän SiS-rapport
2009:9

Vård och behandling av missbruk för personer med begränsning i att höra

Nationell kartläggning av omfattning, behov och
åtgärdsförslag

Av Kerstin Möller

ISSN 1404-2584

Statens
institutions
styrelse SiS



Förord

Behandlingshemmet Rällsögården fick i verksamhetsplanen för år 2008 ett särskilt uppdrag att utveckla kompetensen för att kunna ta emot hörselskadade klienter och att tillsammans med socialtjänsten och andra relevanta aktörer, prognostisera det framtida behovet av sådan vård. Detta har gjorts inom ramen för ett utvecklingsprojekt med rubriken *Att utveckla anpassad vård för vuxna hörselskadade med behov av LVM-vård* (2.2007/0065.2). I projektet ingick att göra en kartläggning av målgruppen och att ta fram ett förslag om resursbehovet vid behandling av personer med olika grader av hörselskada att läggas till Rällsögården.

Det visade sig vara svårt att skatta målgruppens storlek. På basis av nationella data skattar man att ca 650 000 personer har nedsatt hörsel medan det finns olika skattningar på de dövas antal, från ca 6 000 till 10 000. Siffrorna och framför allt graden av hörselnedsättning är osäker. I enkätsvaren från professionella inom verksamheter riktade till döva och handikappade uppgavs totalt 124 personer tillhörande målgruppen, det vill säga hörselskadade med missbruksproblematik, av vilka 24 fanns inom SiS. Endast någon enstaka aktör finns som tar emot målgruppen för behandling.

Kartläggningen är gjord av med dr Kerstin Möller vid Örebro universitet. Kerstin har tidigare arbetat inom missbruksvård och bland annat medverkat i rapporten *40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare – Rällsögården* (SiS följer upp och utvecklar 1/98). Hon har skrivit *ICF – Om hälsa, miljö och funktionshinder* (2005) och medverkar i boken *Working with Deaf People A handbook for Genetics Professionals* (red Anna Middleton, 2009). Kerstin samverkar med flera handikapporganisationer, bland annat Handikappförbunden, Riksförbundet Sällsynta Diagnoser och Förbundet Sveriges Dövblinda.

Avsnittet Höra i ett bio-psyko-socialt perspektiv har faktagranskats av audionom, doktorand Åsa Skagerstrand.

Stockholm, december 2009

Nils Åkesson
Utvecklingsdirektör

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	4
1 Inledning	5
2 Bakgrund.....	6
2.1 Begrepp, policy och teori	6
Begrepp	6
Policy visavi funktionshinder.....	6
Teoretisk och modellmässig förankring.....	7
Höra i bio-psyko-socialt perspektiv	10
2.2 Antal med begränsning i att höra	12
2.3 Hälsa och livsvillkor i målgruppen	13
Utbildning.....	13
Språk och identitet.....	14
2.4 Drogmissbruk och behandlingsresurser för personer med begränsning i att höra	16
3 Syften och begränsningar	18
4 Genomförande	19
5 Resultat.....	21
5.1 Svarsfrekvens	21
5.2 Målgruppens sammansättning.....	21
5.3 Missbruk.....	23
5.4 Teckenspråkiga en heterogen grupp och komplex problematik.....	23
5.5 Behandling för missbruk inom SiS	25
5.6 Behandling för missbruk utanför SiS	26
5.7 Sammanfattning av resultaten	27
6 Kommentarer till resultatet.....	29
6.1 Kommentarer om antalet personer med hörselnedsättning	29
6.2 Kommentarer om livsvillkor för målgruppen	29
6.3 Kommentarer och diskussion om vård och behandling på SiS verksamheter	30
6.4 Kommentarer om behandling utanför SiS.....	30
7 Slutsatser	31
8 Förslag till åtgärder	32
8.1 Förslag för att öka tillgängligheten	32
Projekt för tillgängliga institutionsplatser	32
Centrala åtgärder för tillgänglighet	33
8.2 Vad personalen behöver	33
8.3 Teknisk utrustning.....	34
Referenser	37
Bilaga 1	40
Bilaga 2	42
Bilaga 3	44
Bilaga 4	47

Sammanfattning

Denna rapport redovisar en nationell kartläggning av omfattning och behov vid institutionsvård och behandling för personer som har alkohol-/drogmissbruk i kombination med hörselnedsättning. Det gäller dem som har måttlig till svår begränsning i att höra vad andra säger när flera pratar eller i miljöer med mycket ljud, även vid användning av t.ex. hörapparat. Målgruppen delas in i två undergrupper: *teckenspråkiga* som i dagligt tal ofta kallas döva och gruppen *talat språk med förstärkning* som ibland har kallats hörselskadade.

Kartläggningen genomfördes år 2008 på uppdrag av LVM-hemmet Rällsögården. Avsikten var att beskriva målgruppen, prognostisera behov av vårdplatser, beskriva och bedöma nuvarande behandlingsresurser samt att formulera förslag till åtgärder med sikte på delaktighet i vård- och behandling för missbruket.

Två enkäter utformades. En sändes till samtliga LVM-hem och de 22 LVU-hem som tar emot ungdomar som är 18 år och äldre. Den andra enkäten sändes till övriga verksamma inom fältet för vård, behandling och stöd till personer med begränsning i att höra samt till berörda handikapporganisationer. Vissa nyckelpersoner har intervjuats personligen, per telefon eller via e-post.

Svarsfrekvensen inom Statens institutionsstyrelse (SiS) var 100 procent. För den andra enkäten var det 54 procent. Bland de 124 personer i målgruppen som identifierades räknas 85 som teckenspråkiga och 39 till gruppen talat språk med förstärkning. Målgruppen är sannolikt grovt underskattad särskilt undergruppen talat språk med förstärkning. Sextiofem procent var över 20 år och männen utgjorde 59 procent. Cirka 20 procent hade ytterligare funktionsnedsättningar. Alkohol var den dominerande drogen även om narkotika förekom, främst bland ungdomarna. Särskilt hos de teckenspråkiga rapporterades om komplex problembild och komplicerade relationer både inom gruppen och gentemot andra i samhället.

Ingen SiS verksamhet rapporterade om systematiska åtgärder i verksamhet eller fysisk miljö med tanke på delaktighet för klienter med måttlig till svår begränsning i att höra. Det rapporteras dock om personal som gjort underlättande insatser. I stort sett saknas slutenvård i hela landet och öppenvård utom i Örebro. Förutom i Örebro saknas även eftervård och insatser för närstående.

Resultaten visar att målgruppen finns och indikerar att de har särskilda behov vid vård och behandling för missbruk. Inom SiS finns i nuläget inte verksamhetsmässiga och miljömässiga förutsättningar för att tillgodose dessa behov. För att SiS på sikt ska kunna erbjuda full delaktighet för klienter med måttlig till svår begränsning i att höra behövs information och kunskap på olika nivåer samt strukturella förändringar.

Därför mynnar denna rapport ut i följande förslag: Att SiS startar en försöksverksamhet med inriktning på att tillgänglighet för full delaktighet i vård och behandling av teckenspråkiga och klienter med talat språk med förstärkning och att denna försöksverksamhet förläggs till Rällsögården.

1 Inledning

Klienter som har alkohol-/drogmissbruk och måttlig till total begränsning i att höra riskerar inskränkningar i delaktighet vilket också kan få vittgående konsekvenser vid vård- och behandling för missbruket. Denna rapport redovisar en nationell kartläggning av omfattning, särskilda behov och förslag med tanke på tillgänglighet och professionellt bemötande vid vård och behandling på institution för missbruket.

Statens institutionsstyrelse (SiS) har bland annat i uppdrag att vårda unga och vuxna missbrukare. Vård enligt Lag om vuxna missbrukare i vissa fall (LVM) syftar till att avbryta livshotande missbruk och motivera klienten till behandling under frivilliga former. Vården sker ofta utan den enskildes samtycke. Detta innebär att kommunikation med klienten är känslig med tanke på personens fysiska och psykiska belägenhet samt allmänt utsatta situation. På behandlingshemmet Rällsögården, som hör till Statens institutionsstyrelse, finns ett initialt intresse av att utveckla kompetens för att tillgodose vård- och behandlingsbehov för missbruk hos män som också har begränsningar i att höra. Därför fick Rällsögården i sin verksamhetsplan för 2008 i uppgift att undersöka förutsättningar för att i sin vård och behandling ta emot klienter med hörselnedsättning.

2 Bakgrund

Detta kapitel är relativt omfattande med tanke på att rapporten också ska kunna användas som informations- och studiematerial. Det är disponerat enligt följande: 2.1 Begrepp, policy och teori, 2.2 Antalet med begränsning i att höra, 2.3 Hälsa och livsvillkor i målgruppen, 2.4 Drogmissbruk och behandlingsresurser för personer med begränsning i att höra.

2.1 Begrepp, policy och teori

Begrepp

Målgruppen delas fortsättningsvis in i två undergrupper med tanke på kommunikativa behov och identitet. Den ena gruppen med hörselnedsättning kommunicerar på teckenspråk medan den andra gruppens kommunikation bygger på talat språk. När båda grupperna avses används beteckningen person/klient med begränsning i att höra eller rätt och slätt *målgruppen*. Vid referat av andra källor används den term respektive författare använder.

De *teckenspråkiga* kallar i regel sig själva för döva. Teckenspråkiga utan hörselnedsättning till exempel teckenspråkstolkare och hörande med döva föräldrar räknas inte in i gruppen teckenspråkiga i denna rapport. För många teckenspråkiga syftar ordet döv snarare på identitet och kulturell och språklig gemenskap än grad av hörselnedsättning (Lane, 1997). Det innebär att det inom undergruppen teckenspråkiga även finns personer som har vissa hörselrester

Den andra undergruppen är personer med hörselnedsättning som har behov av olika slags förstärkning för att underlätta hörandet. Olika typer av hörapparater kan förstärka och i vissa fall omvandla ljudet. Vissa personer i denna grupp, men långt ifrån alla, kan läsa av det som sägs genom att studera den andra personens läpprörelser. Den som talar kan förstärka det som sägs med hjälp av tecken som stöd, TSS. Detta sätt att kommunicera skall inte förväxlas med teckenspråket även om de stödtecken som används hämtats från teckenspråket. TSS utgår från det talade språkets grammatik och tecknen utgör, tillsammans med det talade språket, visuell komplettering. Personer i denna grupp har i regel inte positiv identitet som hörselskadad. I rapporten kallas dessa personer/klienter med *talat språk med förstärkning*.

Bland personer som har svår till total begränsning i att höra finns två subgrupper, vuxendöva och barndomsdöva. Med vuxendöv menas en person som fått dövheten eller grav hörselnedsättning under ungdomsåren eller i vuxen ålder och som har svenska, eller annat talat språk, som modersmål. De räknas i rapporten till gruppen talat språk med förstärkning. Medan barndomsdöva i regel är teckenspråkiga.

De som besvarat enkäterna kallas informanter.

Policy visavi funktionshinder

Landstingen i Sverige åtog sig 1981 att successivt bygga upp samordnad tolktjänst för döva m.fl. Genom ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen fick landstingen krav på att bl.a. erbjuda hjälpmedel och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade (<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3322&rm=1992/93&bet=SoU19> [Nerladdad 091128]).

Svensk lagstiftning och policy har under lång tid utgått från att funktionshinder beror på faktorer i omgivningen som är påverkbara. Ett av målen för svensk handikappolitik är att samhäl-

let utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. Ett annat mål är att identifiera och undanröja hinder för full delaktighet i samhället för människor med funktionshinder (Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken, Prop. 1999/2000:79 s. 23).

Enligt förordningen om statliga myndigheters ansvar för genomförandet av handikappolitiken (SFS 2001:526) ska varje sektor i samhället utformas så att den blir tillgänglig för alla medborgare. Det är tänkt att statsförvaltningens egna verksamheter skall vara föredömen när det gäller att uppfylla målen. Tillgänglighet ses som en demokratisk angelägenhet som hela samhället gynnas av. Förordningen omfattar tillgänglighet i verksamheten, dess information och fysiska miljö. Kostnader för tillgänglighet ska tas i den ordinarie verksamheten vilket kallas ansvars- och finansieringsprincipen.

Enligt Myndigheten för handikappolitisk samordning (HANDISAM) har SiS en plan för tillgänglighet även om denna inte är formellt antagen och heller inte finns på SiS egen hemsida. (http://www.handisam.se/Tpl/NormalPage_1586.aspx [nerladdad 09 11 28])

Sverige spelade en aktiv roll vid utarbetandet av FN:s standardregler (United Nations, 1994) och Sverige ställde sig tidigt bakom FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (United Nations, 2006). Sveriges riksdag ratificerade FN:s konvention i november 2008 vilket innebär att den blev juridiskt bindande från och med år 2009. I konventionen står bl.a. att:

när det gäller information skall staterna godta och i offentliga sammanhang underlätta användning av teckenspråk, punktskrift, förstorande och alternativ kommunikation och alla andra tillgängliga medel, former och format för kommunikation som personer med funktionsnedsättning själva valt (Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning SÖ 2008:26).

Teoretisk och modellmässig förankring

Rapporten är teoretiskt inspirerad av teorin om handikappvetenskap som tvärvetenskap (Bhaskar och Danermark, 2006). Hörande ses som en del i ett laminat av bio-psyko-sociala processer inne i en individ, mellan individer och i förhållande till omgivningen i övrigt. Det betyder att krafter och motkrafter verkar på olika nivåer. För att beskriva faktorer som ingår i processerna används Världshälsoorganisationens klassifikation Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF (WHO, 2001; Socialstyrelsen, 2003).

ICF innehåller en standardiserad terminologi och struktur för att beskriva och förstå hälsa och hälsorelaterade tillstånd. ICF kan tillämpas på situationer rörande alla människor. Den är universalistisk i betydelsen att alla människor under livets gång har fluktuationer inom ramen för optimal hälsa och maximal ohälsa (Bickenbach, Somnath, Badley & Üstün, 1999; se även Zola 1989).

ICF inkluderar liksom i det miljörelativa handikappbegreppet omgivningen. Därutöver inkluderas i ICF komponenterna kroppsstruktur och kroppsfunktion, aktivitet och delaktighet och sist men inte minst personen själv. Därmed blir personen med sina erfarenheter och strategier också en kraft att räkna med (Möller 2008). I ICF ingår sex komponenter (omgivning, kroppsstruktur, kroppsfunktion, aktivitet, delaktighet och personliga faktorer) som antas ha centrala roller i förhållande till hälsa. Nedan beskrivs de positivt och negativt laddade termerna, komponenternas innebörd och exempel relaterade till hörsel och missbruk.

Faktorer i *omgivningen* påverkar människor och kan bli till krafter som kan påverka situationer människor är, har varit i eller kommer att vara i. När omgivningsfaktorer spelar positiv roll kallas det *underlättande*. Faktorer som spelar negativ roll kallas *hindrande*.

I omgivningen finns t.ex. alkohol och andra droger, ljud som är luftburna vågrörelser, produkter som t.ex. hörapparat som kan förstärka ljud, sociala företeelser som attityder och stöd i olika relationer samt samhällets service som behandling, policy och lagstiftning som LVM.

Den mänskliga kroppens alla delar, stora som små, utgör *kroppens strukturer*. Om strukturerna är missbildade eller skadade kallas det *strukturavvikelse*. Kroppen påverkar och påverkas av omgivningen. Kroppsstrukturerna påverkas även av faktorer inom individen.

Kroppsliga funktioner kan liknas vid inre bearbetning. De kroppsliga funktionerna möjliggörs av kroppsstrukturerna. Om de kroppsliga funktionerna inte fungerar normalt kallas det *funktionsnedsättning*. Termen funktionsnedsättning kan även användas för att beskriva negativa aspekter för kroppsstruktur och kroppsfunktion tillsammans.

Både kroppsstrukturer och faktorer i omgivningen är nödvändiga för att kroppens funktioner ska kunna verka. När hörselfunktionen blir verksam är det genom öronen och hörselsystemets strukturer. Hörselfunktion innebär att kroppens hörselorgan reagerar på de luftburna signalerna i omgivningen. Via hörselgången träffar ljudet trumhinnan som via hörselbenen förmedlas, signalerna som därefter omvandlas till att bli vätskeburna och sedan till elektriska signaler som når hjärnan. Därmed kan hörselfunktionen bli verksam. Processandet av signalerna i hjärnan ingår också. Droger påverkar flera kroppsliga funktioner som t.ex. omdöme och verklighetsuppfattning.

Det människor gör kallas *aktivitet*. Aktivitet kräver kroppsliga funktioner. Aktiviteter är således något som är beroende både av kroppen och av omgivningen. Om aktiviteter inte kan genomföras eller om det är större eller mindre svårigheter att göra något så kallas det *aktivitetsbegränsning*. Att höra och att lyssna är exempel på aktiviteter som någon gör. Att dricka sprit är också en aktivitet. Denna aktivitet påverkar i sin tur andra aktiviteter som t.ex. att gå.

Delaktighet innebär engagemang i en livssituation som att delta i eller att ingå i något sammanhang. Att inte vara delaktig kallas med ICF:s termer för *delaktighetsinskränkning*. I regel förutsätter delaktighet också aktivitet, kroppsfunktion och så vidare. I vissalivssituationer kan man bli delaktig på ett annat sätt. T.ex. genom att läsa om en händelse som någon annan har varit med om och som denne skrivit ner. Att vara delaktig i det som hörs innebär att ta del i meningen med det som hörs. Att vara delaktig i en social gemenskap med andra missbrukare kan innebära inskränkning i delaktighet med t.ex. grannar eller släkt.

Det unika som gör varje individ till den han eller hon är inkluderar bland annat ålder, kön och socio-kulturell tillhörighet kallas *personliga faktorer*. Tillsammans

med de kroppsliga förutsättningarna och faktorerna i omgivningen formas människors livserfarenheter och individens upplevelser.

I det individuellt unika i situationen ingår vilja och strategier för att hantera tidigare, nuvarande och kommande situationer. Aktivt lyssnande kan kräva motivation och strategier vilket även gäller för att uppnå och behålla drogfrihet.

Enligt WHO (<http://www.who.int/topics/disabilities/en/> 091121) är

funktionshinder ett komplext fenomen som återspeglar interaktionen mellan företeelser i en persons kropp och företeelser i det sociala sammanhang där han eller hon lever (Översättning av författaren¹).

WHO:s tolkning av termen funktionshinder innebär att även om funktionsnedsättningen (till exempel hörselnedsättningen) är bestående kan påverkan av olika faktorer (teckenspråkig personal, hörapparat mm) göra det möjligt att vara delaktig. I situationer när det fungerar² har personen där och då inte funktionshinder.

För att kunna bedöma om klienten har funktionshinder i en viss situation behövs:

1. Beskrivning av vilka faktorer inom komponenterna som har betydelse.
2. Analys och bedömning av graden av positivt, neutralt och eller negativt inflytande.
3. Analys och bedömning av påverkan inom och mellan komponenterna.

På detta sätt växer en kontextbunden definition och förståelse av funktionshinder fram. I detta arbete är klassifikationens system till stor hjälp. I ICF inkluderas även en skala med fem steg, 0-4, som också kan uttryckas i ord som inget, lätt, måttligt, svårt (mycket) och totalt.

ICF kan enkelt och pedagogiskt användas i behandlingsarbetet för att tillsammans med klienten kartlägga önskemål och behov med sikte på delaktighet i klientens vård och behandling. Användning av ICF ligger vidare i linje med den nationella IT-strategin som har ambitioner på att få till stånd ett nationellt fackspråk för alla aktörer inom vård och omsorg med bland annat ICF (Sveriges Kommuner och Landsting, 2008). ICF är således användbar i dialog med andra verksamheter som t.ex. landsting, kommuner, kriminalvården m.fl.

Hittills har ICF i regel använts för att beskriva situationer för enskilda individer. Modellen kan dock användas för att beskriva, planera, följa upp och utvärdera verksamheter (Möller, Eriksson, Sadeghi, Möller och Danermark, 2009) och även utifrån olika perspektiv som t.ex. ett professionellt eller ett närstående perspektiv.

ICF kan vidare användas för att understödja ett hälsofrämjande synsätt.³ Klienter som har behov av institutionsbehandling, kan ses som resurser. I förlängningen kan dessa personer betraktas som resurser både för sig själva och för andra. Därmed kan olikheter inom en grupp,

¹ Thus disability is a complex phenomenon, reflecting an interaction between features of a person's body and features of the society in which he or she lives. (WHO, 2009).

² Termen på engelska är functioning. I den svenska upplagan av ICF (2003) används termen funktionstillstånd.

³ Ett annat ord för hälsofrämjande synsätt är salutogent synsätt. Antonovskys (1991) studier av hälsofrämjande faktorer ledde till den salutogena teorin om människans behov av hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet vilket tillsammans utgör en känsla av sammanhang (KASAM).

som t.ex. att någon har funktionsnedsättning bli till något som hela gruppen kan dra nytta av (Tideman et al, 2004). I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (United Nations 2006) erkänner FN de värdefulla nuvarande och framtida bidrag som personer med funktionsnedsättning lämnar till den allmänna välfärden och mångfalden i sina samhällen... (Inledningen punkt m). Detta synsätt på personer med funktionsnedsättning står i skarp kontrast till rådande tankar om personer med funktionsnedsättning som svaga.

Höra i bio-psyko-socialt perspektiv

Detta avsnitt tar upp det äldre uttrycket hörselskada, kortfattat om några strukturavvikelse i öron och dess konsekvenser, hörselfunktion samt delaktighet i det som hörs.

Uttrycket hörselskada ryms inom ICF:s term strukturavvikelse. I vardagliga sammanhang har termen hörselskadad dock använts för att beteckna en person som har nedsättning i sin hörsel-funktion. Ibland kanske det även har använts för att markera negativa konsekvenser, det vill säga funktionshinder. Öronen är nödvändiga kroppsstrukturer för hörsel. Örat består av ytter-öra, mellanöra och inneröra. Hörselgången hör till ytterörat och därigenom kommer den luftburna ljudsignalen. Via trumhinnan överförs signalen via mellanörats hörselben in till inner-örat där signalen blir vätskeburen. Där sker omvandling till elektrisk energi som via hörsel-nerven går upp till hörselcentrum i hjärnan. I innerörat finns hörselnäckan (cochlea) med hårceller som stimuleras av ljudvågen. I innerörat sitter också balansorganet.

Det finns många olika orsaker till avvikelse i de strukturer som har med hörselfunktionen att göra. En del är ärftliga och andra är förvärvade av virus eller bakterier eller genom skador. Det finns ett samband mellan skallskada, avvikelse i hörselfunktionernas strukturer, hörsel och begränsningar i att höra (Bergemalm, 2004). Vid vissa sjukdomar drabbas både örat och balansorganet av avvikelse.

Avvikelse i öronen/hörselorganen delas grovt in i två typer. Ledningshinder innebär att alla ljud dämpas. Vax, avbrott i hörselbenskedjan, hål på eller ärrbildningar i trumhinnan är exempel på ledningshinder. Ledningshinder innebär att ljuden försvagas. Om avvikelsen däremot beror på sensoriska/cochleära avvikelse reduceras frekvensupplösningsförmågan. Det innebär försämrad funktion i att separera olika frekvenser i ett eller flera ljud från varandra (Gustafsson, 2007). Personer med denna typ av hörselnedsättning har svårt att höra när fler pratar och begränsningar i att höra vad någon säger i miljöer där många olika ljud förekommer samtidigt som till exempel i en matsal. Det finns också avvikelse i hjärnan som ger så kallad central nedsättning vilket påverkar förmågan att tolka ljuden på ett negativt sätt.

Under historiens lopp har det gjorts olika försök att bota avvikelse i örat och därmed också hörselnedsättningen. Än idag finns få möjligheter att bota avvikelse i hörselorganen, förutom de som beror på ledningshinder, som att ta bort vaxproppar och i vissa fall att operera deformerade ben inne i örat. Förr betraktades personer med begränsningar i att höra ofta som döva eftersom det inte fanns hjälpmedel som kunde underlätta hörandet för dem.

Vid undersökning av hörseln i hälso- och sjukvården används i regel tonaudiogram där patienten får lyssna på en ren ton i olika frekvenser. Varje öra mäts för sig. Därför visar audiogrammet också om avvikelsen är ensidig eller dubbelsidig (binaural). Undersökningen går ut på att finna hörtrösklar, dvs. det nätt och jämt hörbara vid olika frekvenser som mäts i hertz (Hz). Ljudets trycknivå, det vill säga ljudstyrka mäts i decibel (dB). Hörselnivån i form av hörtröskel förkortas dB HL (eng. hearing level). I regel spänner mätningen över många olika frekvenser från döva toner som 125 och 250 Hz till hög frekvens som 8000 Hz. Måttet ton-

medelvärde (TMV) bör avse genomsnittet på en persons hörtrösklar i frekvenserna 500, 1000, 2000 och 4000 Hz (Stephens, 2001). Detta mått visar möjligheter att uppfatta talljud eftersom dessa ligger inom detta frekvensområde. TMV anges för det bästa örat.

Om audiogrammet visar lägre än 20 dB HL vid tester upp till 6000 Hz anses personen ha normal hörselfunktion (<http://www.av.se/dokument/publikationer/bocker/h003.pdf> [nerladdad 091128]. Vid lätt hörselnedsättning är TMV över 20 dB HL men mindre än 40 dB HL, vid måttlig nedsättning över 40 dB HL men mindre än 70 dB HL. Till svår hörselnedsättning räknas TMV som är högre än 70 dB HL men mindre än 95 dB HL. Döv i audiologisk betydelse syftar på TMV på 95 dB HL och högre (Stephens, 2001).

Audiogrammet säger inte något om bekväm ljudnivå, det vill säga den nivå där lyssnandet inte är ansträngande och heller inget om de akustiska förhållandena i de miljöer som människor vistas i, t.ex. i matsalen vid lunchtid på ett behandlingshem. Trots detta är audiogrammet en källa till annan mycket viktig information. Tränade läsare av audiogram, som audiolog (läkare specialiserad på hörsel) eller audionom (som diagnostiserar hörsel och arbetar med rehabilitering som t.ex. att prova ut individuellt anpassade hörselhjälpmedel) kan få ut mycket information om hörselfunktionerna. Det kan emellertid finnas avvikelser i hörselnerven eller i de delar av hjärnan där ljuden kognitivt tolkas som innebär att begränsningen i att höra inte motsvaras av audiogrammets kurva. Då behövs utförligare undersökningar.

Att höra innehåller flera delaktiviteter t.ex. höra att något låter, identifiera vad och var det låter, att skilja ut vissa ljud bland många. Dessa aktiviteter möjliggörs av kroppsfunktionerna, perception av ljud, identifikation, lokalisering och diskriminering. För personer med begränsning i att höra kan reaktionstiden, det vill säga hur snabbt personen uppfattar det som sägs, ibland vara längre. Förlängd tid och att det krävs större ansträngning för att tolka den auditiva informationen kan bero på annan fysisk belastning som trötthet t.ex. efter en tid av hårt missbruk eller abstinensbesvär. Trötthet är en viktig konsekvens till följd av måttlig till svår begränsning i att höra.

Möjligheterna att höra beror inte bara på hörselfunktionen utan även på förhållanden i miljön. Lyssnande kan t.ex. underlättas eller hindras av faktorer i omgivningen som ljudens kvalitet inklusive volym. Förutom talljuden när någon talar finns det bakgrundsljud. Talarens ljud kan kallas signal medan bakgrundsljud, t.ex. ovidkommande tal kan kallas störning. Störningar kan ses som buller och kallas i teknisk audiologisk synvinkel brus. Förhållandet mellan signal och brus kan mätas och uttrycks i SNR (eng. signal to noise ratio). Det går att mäta SNR i olika lokaler, t.ex. behandlingshemmets gym och vid olika aktiviteter t.ex. när många klienter tränar. Åtgärder för att förbättra den akustiska miljön kan vara nödvändiga för personer med hörselnedsättning. Det underlättar dessutom för alla som vistas i miljön eftersom högt ljud och miljöer med hög efterklang är tröttsamt för alla.

För att bli delaktig i auditivt förmedlad information krävs att personen kan integrera det som uppfattats och tolka innebörden. Informationen ska vidare lagras för framtida bruk. Senare tiders forskning antyder vidare att möjligheterna att komma ihåg vad som sägs är svårare i bullrig miljö (Gustafsson, 2007).

Det finns många exempel på försök att förstärka ljud. Hörapparater syftar till att underlätta hörandet. Det görs genom att förstärka ljudet inom ett bestämt frekvensområde nämligen det som fattas i personens hörselfunktion. Hörapparaterna kan vara av olika typ beroende på hörselnedsättningens karaktär och på personens möjligheter att manövrera sin hörapparat. De kan

ge varierande möjligheter att anslutas till generella tekniska lösningar som mikrofon och tele-spole.

Under 1900-talet utvecklades först stationära förstärkare och senare kroppsburna hörapparater. Från 1960-talet började hörapparaterna placeras i hörselgången. Cochlea Implantat (CI) består av en mottagare utanpå huvudet och en inopererad omvandlare med elektroder som förts in i hörselnäcken. CI är särskilt lämpligt vid svår sensorisk hörselnedsättning. Vare sig hörapparat eller CI botar avvikelserna i hörselorganet utan är enbart hjälpmedel. Dessa hjälpmedel kan inte användas i alla sammanhang, t.ex. inte när personen badar. Om det är trasigt, batterierna slut eller personen av andra skäl inte kan använda sitt hjälpmedel kan han/hon bara höra det som hörselnedsättningen medger i förhållande till det som låter i den aktuella situationen.

Även med moderna hörapparater låter ljudet annorlunda. Det är krävande att lära sig använda hörapparat och ofta tröttsamt att lyssna med hjälp av hörapparat. Hörapparaten kan uppfattas som hindrande om det förväntas att den ska underlätta hörandet och denna förväntan inte infrias. Detta kan i sin tur t.ex. bero på att apparaten inte är ordentligt inställd, att brukaren inte fått tillräcklig rehabilitering i användning av sina hörseltekniska hjälpmedel m.m.

Beskrivningarna om hörsel och möjligheter att höra ovan visar hur kontextuellt betingat det är att kunna vara delaktig i det som hörs. Med kontextuellt menas att det inte bara är den kroppsliga hörselnedsättningen i sig utan att det även beror på omgivningen och på personliga faktorer.

2.2 Antal med begränsning i att höra

Människor med hörselnedsättning och begränsning i att höra har sannolikt funnits i alla tider. Fenomenet finns bland annat omnämnt i de stora religionernas skrifter. Antalet i Sverige med hörselnedsättning bygger på statistiska beräkningar. I Folkhälsoinstitutets undersökning om hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning (Boström, 2008) tillfrågades sammanlagt 29,904 slumpmässigt utvalda personer i åldern 16–84 år, under åren 2005–2007, om de har funktionsnedsättning. Hörselnedsättning definierades baserat på svaret på frågan:

Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer? De som svarat nej (inte ens med hörapparat) anses ha hörselnedsättning.

Med ICF:s terminologi kan man säga att definitionen ovan handlar om situationer där personer har aktivitetsbegränsning i att höra vad som sägs när flera är närvarande och därmed delaktighetsinskränkning i innehållet i det som sägs. I definitionen ingår också att även om personen har hörapparat, underlättar den inte tillräckligt för att undanröja begränsningen. I de två nästkommande styckena används termen hörselnedsättning eftersom styckena refererar till SCB:s och Folkhälsoinstitutets rapporter.

I åldern 16–84 år beräknas 10 procent av befolkningen, drygt 650,000 personer ha nedsatt hörsel. Det var fler män än kvinnor som uppgav att de hade hörselnedsättning. Andelen med hörselnedsättning ökar med stigande ålder (Boström, 2008). I Statistiska centralbyråns undersökning om svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) från 2007 bygger visserligen på ett litet urval men deras siffror indikerar att i åldersgruppen 65 – 74 år hade cirka en fjärdedel hörselnedsättning. I åldersgruppen 75 – 84 år hade antalet stigit till cirka 30 procent.

Antalet teckenspråkiga som också har hörselnedsättning (döva) är betydligt svårare att beräkna eftersom Folkhälsoinstitutets uppgifter (Boström, 2008) inte tar hänsyn till om personen är teckenspråkig. En siffra som ofta anges i officiella sammanhang är ca 10 000 döva. Vad detta antal egentligen grundar sig på är svårt att få fram. I ett försök att beräkna prevalensen av teckenspråkiga döva i Sverige efter en totalundersökning i ett län uppskattar Werngren-Elgström, Dehlin & Iwarsson (2003) att det rör sig om 0,7 per 1 000 invånare. Det innebär att hela populationen i Sverige snarare skulle vara cirka 6 000–6 500.

De flesta vuxendöva och särskilt äldre kan inte teckenspråk. Hörselskadades Riksförbund beräknar att det finns cirka 5,000 personer i Sverige som är vuxendöva (<http://www.hrf.se/templates/Page.aspx?id=2154> [nerladdad 090630]).

Klienter med hörselnedsättning kan ha fler funktionsnedsättningar och vissa av dem har stor betydelse vid vård och behandling för missbruk. Forskning har i flera olika studier visat att cirka 30 procent av elever med hörselnedsättning också har synnedsättning och de har dessutom ofta ytterligare funktionsnedsättningar (Nikolopoulos et al, 2006). Nedsättning av syn och hörsel i kombination försvårar både audiellt och visuellt förmedlade intryck. Personer med kombinerad syn- och hörselnedsättning kan beroende på kroppsliga och miljömässiga förutsättningar ha behov av att kommunikationen sker på olika sätt. Om personen ifråga har särskilda behov relaterat till kombinationen av begränsningar i att se och höra dvs. syn och hörselnedsättning, så har de funktionshindret dövblindhet (Möller 2008).

2.3 Hälsa och livsvillkor i målgruppen

Detta avsnitt handlar till största delen om bakgrund och förutsättningar för dövas kulturella och identitetsmässiga gemenskap. Denna hänger till stor del ihop med dövas språk, teckenspråket. Bland personer som använder tal med förstärkning finns inte någon motsvarighet till den subkultur som döva har.

Utbildning

Konsekvenserna av hörselnedsättning har tillmätts och tillmäts fortfarande stor betydelse. Oförmågan att höra har under historiens gång medfört avgörande juridiska konsekvenser. Historiskt sett har dövas ställning i samhället varit svag och döva har ofta nedvärderats.

Under lång tid kopplades dövhet ihop med oförmåga att tala. Döva omnämndes som dövstumma. I själva verket är det få personer som har hörselnedsättning som också har avvikelser i talorganet. Därför används uttrycket dövstum inte längre i tal och skriftspråk. Begränsning eller total oförmåga att höra under barndomen påverkar talspråksutvecklingen vilket beror på att de inte hör tal och heller inte kan höra sina egna ljud.

Det har rätt tveksamhet om dövas tankeförmågor (Eriksson, 1993; SOU 2006:29). Döv förknippades med dum eftersom deras språk, teckenspråket inte erkändes som ett fullvärdigt språk. Under 1400-talet uppstod i vissa europeiska länder, bland enstaka förmögna familjer behov av utbildning för sina barn med dövhet. De skulle utbildas i tal och skrift för att kunna få del av sin arvsrätt. Från 1700-talet finns rapporter om döva i Sverige som lärt sig läsa (Eriksson, 1993).

Den första skolan för elever med dövhet i Sverige var Manillaskolan som startade 1809. Under 1800-talet fanns döva lärare även om skolan startades av hörande. Vid en internationell konferens för dövlarare i Milano 1880 bestämdes att undervisning av döva elever skulle ske med så kallad *oral metod*. Det innebar att läraren talade och eleverna skulle tyda vad läraren

sa genom att titta på läpprörelserna. Avsikten var att eleverna skulle lära sig tala och därmed bli "normala" (Pärsson, 1997).

Skolgång för döva blev obligatorisk 1889 (Pärsson, 1997). Ända sedan slutet av 1800-talet har det funnits dövskolor med regionalt upptagningsområde. För teckenspråkiga elever och elever med tal med förstärkning som behöver tecken som stöd finns idag fem regionalt placerade statliga specialskolor, Manillaskolan i Stockholm, Östervångskolan i Lund, Vänerskolan i Vänersborg, Birgittaskolan i Örebro och Kristinaskolan i Härnösand). För elever i specialskolan är grundskolan 10-årig.

Numera står det föräldrarna fritt att placera sitt barn i specialskola eller i vanlig skola. Sedan det under 1990-talet blivit allt vanligare att döva barn fått CI så går allt färre i specialskolan utan i den vanliga skolan på hemorten. Döva elever blir därmed individualintegrerade eftersom det i regel inte finns fler elever i klassen eller skolan som har samma behov. Det är inte alltid dessa barn får lära sig teckenspråket. Denna utveckling påverkar sammanhållningen bland döva.

Det finns gymnasium med nationell intagning specialiserade på de två grupperna i Örebro kommun. Riksgymnasiet för döva (RGD) har funnits sedan läsåret 1967/68 och för den andra gruppen är Riksgymnasiet för hörselskadade (RGH) sedan läsåret 1984/85. RGD och RGH har nationell intagning även för elever med språkstörning och elever med dövblindhet. Vid RGD och RGH kan gymnasieutbildningen vara 4-årig. Detta innebär att elever som kommer till RGD och RGH i regel är 17–18 år när de börjar i gymnasiet och 21–22 år när de går ut. Både teckenspråkiga och ungdomar som använder talat språk med förstärkning som gått i specialskola är alltså ett par år äldre än hörande när de lämnar skolan. Bland annat i Stockholm och Göteborg finns också gymnasieskolor med tillgänglig verksamhet för gruppen tal med förstärkning.

I Skolverkets statistik över betyg för elever som gått ut grundskolan under läsåret 2007/2008 redovisas elever som gått ut specialskolan, dvs. någon av de regionala skolorna för elever i målgruppen. Detta år nådde 50 procent av eleverna inte målen i ett eller flera av ämnena som leder till behörighet i gymnasieskolan. Resurscenter syn (Ekeskolan) och Åsbackaskolan där det går elever med svåra flerfunktionshinder ingår inte i de ovan nämnda siffrorna för specialskolan. För döva elever gäller godkänt betyg i ämnet svenska som andraspråk eftersom teckenspråket räknas som dessa elevers första språk. (<http://www.skolverket.se/sb/d/2103> [nerladad 091129])

Bland vuxna teckenspråkiga finns stora variationer i allmänbildning. En del personer kan mycket om hur samhället fungerar och vet vart de ska vända sig om de har behov av samhällets insatser, andra inte. Skriftlig information kan vara svår att läsa eftersom svenska är deras andra språk. För döva med annan etnisk bakgrund kan svenska även vara deras tredje språk.

Språk och identitet

I slutet av 1970-talet visade forskning att teckenspråk är ett eget språk som skiljer sig från det svenska språket. Teckenspråk skiljer sig åt mellan länder och regioner på samma sätt som talade språk med olika dialekter. Teckenspråket uttrycks genom gester, handform och rörelseriktning samt mimik. Den vanligaste modaliteten för att ta emot teckenspråk är visuellt, att titta på den som tecknar. Teckenspråk kan också förmedlas taktilt genom att talare och lyssnare har fysisk beröring genom händerna. Teckenspråk talas förutom av döva också av hörande

närstående, teckenspråkstolkare och andra professionella som i mer eller mindre utsträckning har kontakt med döva.

En milstolpe i dövas historia var när Sverige år 1981 som första land i världen erkände teckenspråket. Det innebar bland annat att undervisningen av elever med dövhet sedan mitten av 1980-talet sker på teckenspråk med svenska som andraspråk, så kallad bilingual undervisning. I specialskolornas hörselklasser och i RGH sker undervisningen på talat språk och med stöd av tekniska hjälpmedel som t.ex. hörselslinga och tecken som stöd. Döva som genomgått sin utbildning före denna tid har i mer eller mindre stor utsträckning fått använda teckenspråket i och utanför undervisningen.

Trots att hörselnedsättning ofta har ärftliga orsaker är det vanligt att föräldrarna till döva barn inte själva är döva. Äldre döva brukar själva benämna åren före skolåldern som *de vita åren* med hänseelse till sin språklöshet. Det var först när de började skolan som de av kamratgruppen lärde sig sitt första språk, teckenspråket. Därmed invigdes de i dövas gemenskap. Kamratgruppen spelade en stor roll inte bara för den språkliga gemenskapen utan även på grund av att många elever under terminerna levde långt ifrån familj och släkt. Många döva som gick i skolan under den ”oral perioden” hade under barndomen ingen hemmavid som kunde teckenspråk att prata med. Först under senare hälften av 1990-talet fick hörande föräldrar till döva barn i Sverige rätt till att få undervisning i teckenspråk och ersättning för förlorad arbetsinkomst under studietillfällena.

Många föräldrar med barn i målgruppen som kunnat bryta upp har flyttat med barnet till Örebro i synnerhet sedan RGD startades. Andra elever har kvar föräldrarna på hemorten och eleven bor på elevhem eller inackorderad hos någon familj. Ungdomar i gymnasiet kan även bo i egna lägenheter. I förhållande till folkmängd är antalet i målgruppen stort i Örebro eftersom många väljer att bosätta sig där efter utbildningstiden.

Det finns personer med hörselrester som valt dövgemenskapen. Bland dessa finns även personer som har men inte använder hörapparater. Några av dem har aldrig kommit över introduktionssvårigheterna. De hörapparater som förskrivits har inte upplevts underlätta. Detta kan i sin tur bero på att avvikelserna i öronen är för svåra eller att de inte fått tillräckligt bra rehabilitering och utprovning. Andra har av sociala skäl valt att identifiera sig som döva.

Fredäng (2003) skriver om dövas identitet och menar att det skett stora förändringar inom gruppen i deras attityder till sig själva, i förhållande till andra döva och till andra i samhället i stort. Fredäng identifierar en period i dövas intressekamp som karaktäriserades av fokusering på den audiologiska graden av hörselnedsättning som gräns mellan döva och hörande. Dövas intresseorganisation strävade då för att få undervisning på teckenspråk som ett medel för att lära sig språk, vilket var liktydigt med att tala. Den hörande människan, hennes tal och betyden var förebild och norm, skriver hon. Under 1950-talet när denna kamp pågick som intensivast hade skolmyndigheterna attityden att teckenspråket var ett oacceptabelt hinder för att få döva barn att inse talets betydelse. Synen på dövhet som språk- och kunskapshandikapp växte inom Dövgemenskapen fram i slutet av 1960- och på 1970-talet. De hävdade under denna period att dövhet var en social och inte medicinsk fråga. Attityden till teckenspråket ändrades från ett medel för att understödja talutvecklingen till ett väsentligt existensvillkor för döva. Det egna språket fick en stark emotionell innebörd. Dövhet sågs som något naturligt. Dövmedvetandet bejakade döva som självständiga och kunniga personer. Efter det officiella erkännandet av teckenspråket 1981 och införande av tolktjänst som en kostnadsfri service till döva, hörselskadade och dövblinda förändrades den starka kollektiva attityden mot större in-

dividualitet. Dövas välfärd ses inte längre enbart vara beroende av beslutsfattarens kompetens i dövfrågor utan även beroende av dövas eget ansvar (Fredäng, 2003). I takt med den ökande individualiteten minskar också intresset för dövföreningarnas verksamhet bland unga döva. Istället väljer de aktiviteter och umgänge utifrån intresse och inte enbart utifrån Dövgemenskap skriver Fredäng (2003).

I citatet nedan från Sveriges Dövas Riksförbunds hemsida uttrycks de dövas syn på sig själva och funktionshinder relateras enbart till språkfrågan, och inte till ljudets betydelse.

Vi ser inte oss själva som funktionshindrade utan som en språklig minoritetsgrupp. I mötet mellan två teckenspråkiga finns inga hinder. Hindret uppstår i kommunikationen med det hörande samhälle som använder ett annat språk än vårt, ett språk vi inte hör.

(<http://www.sdrf.se/sdr/tmpl/standard.php?pageId=136&rid=0> [nerladdad 091129])

Fredäng (2003) skriver att dövmedvetandet innebar kollektiv homogen intolerans mot andra uppfattningar om förståelsen av dövhet och negativ syn på hörande (Lane, (1997). Intolerans bland döva gentemot avvikelser inom gruppen har även andra forskare uppmärksammat (se t.ex. Berbrier, 1998, Cioffi 1996 och Möller & Danermark, 2007). Intolerans mot avvikelse inom gruppen innebär att döva har starka skäl att vilja dölja ytterligare funktionsnedsättningar eller t.ex. missbruk.

Bland döva fanns under en period negativ attityd till den pedagogiska hörselvården och mot att döva barn fick hjälpmedlet CI inopererat. På senare tid har Sveriges Dövas Riksförbund (SDRF) emellertid ändrat attityd till CI. De menar att de inte är emot Cochlea Implantat, utan för teckenspråk. De anser att alla döva och hörselskadade barn tidigt ska få utveckla både svenska och teckenspråk, för att senare kunna välja vilket språk de vill använda i olika situationer.

2.4 Drogmissbruk och behandlingsresurser för personer med begränsning i att höra

I undersökningen om hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning (Boström, 2008) ställdes frågor om tobaks-, alkohol- och narkotikaanvändning. Generellt sett fanns inga statistiskt säkerställda skillnader för riskabla alkoholvanor mellan personer med någon sorts funktionsnedsättning i åldrarna 16–84 år ha jämfört med befolkningen i övrigt.

I en studie om alkohol- och narkotikakonsumtion bland elever i årskurs nio (15–16-åringar) i den vanliga skolan i ett län (Örebro län) redovisas typ och antal självskattad funktionsnedsättning samt alkohol och drogvanor. Ungdomar med självskattad hörselnedsättning som också hade ytterligare funktionsnedsättning rapporterade signifikant riskablare alkoholvanor än de utan funktionsnedsättning. De med enbart hörselnedsättning skilde sig dock inte från ungdomarna utan funktionsnedsättning (Brunnberg, Lindén Boström, & Berglund, 2008).

Socionom Fernando Ferreira genomförde på uppdrag av Sveriges Dövas Riksförbund en kartläggning om döva missbrukare i slutet av 1980-talet. Ferreira uttalade sig i en intervju 1999 (Runquist) om frekvensen döva ungdomar som missbrukade dels vid tiden för hans kartläggning och dels vid tiden för intervjun. Enligt Ferreira var det i slutet av 1980-talet ganska få under 18 år som missbrukade alkohol. Andelen hade emellertid ökat, uppgav Ferreira, vid tiden för Runquists intervju. Då, på 1980-talet, var det ytterst få döva som hade provat eller använt narkotika, enligt Ferreira.

Kartläggningssinstrumentet DOK som används inom LVM-vården redovisar inte hälsoproblem på detaljnivå som t.ex. hörsel utan endast allmänt fysiska hälsoproblem. Enligt DOK (Statens institutionsstyrelse, 2008a) uppgav 43 procent av de tvångsintagna och 32 procent av de frivilligt intagna att de hade fysiska hälsoproblem. På LVU-institutionerna används ett annat dokumentationssystem, ADAD. Enligt ADAD intervjuades 722 ungdomar som år 2007 skrivits in på de särskilda ungdomshemmen. Av ungdomarna i åldern 18–20 år uppgav 14 procent hörselproblem (Statens institutionsstyrelse, 2008b).

I en litteraturstudie från USA rapporteras om isolering och förnekande av missbruket, liksom hos personer med missbruk i övrigt (Egbert Rendon, 1992). Rendon rapporterar vidare att det finns ett fåtal behandlingsprogram specialdesignade för döva. Hon tillägger att döva missbrukare endast kan bli drogfria när tillgängliga vård- och behandlingsresurser inte längre är sällsynta undantag utan en realitet. Hon pekar också på attityder inom dövulturen. Hon menar att det krävs att dövas gemenskap erkänner att oavsett kultur, ras, religion påverkar alkoholism och drogmissbruk alla kulturer och att tillfrisknande är en rättighet för var och en. Missbruk kan medföra risk för utfrysning och vara en källa till mörkläggning av problem (Egbert Rendon, 1992).

Under åren 1993–2004 fanns en teckenspråkig behandlingsavdelning med fyra platser på Avenboken, ett behandlingshem för vuxna med missbruksproblematik som drivs av Malmö stad. Ansvarig för den teckenspråkiga avdelningen var socionom Fernando Ferreira. Det fanns under denna tid ingen motsvarighet i Norden. Den genomsnittliga behandlingstiden var 6 månader. Våren 1997 gjorde Avenboken i Malmö en uppföljning av de 18 döva klienter som man tagit emot under sina tre första verksamhetsår. Tre hade avbrutit behandlingen i förtid. Åtta uppgav att de levde nyktert och drogfritt samt att de hade bostad och arbete. Två hade återfallit i missbruk och en avlidit (Runquist 1999). Avdelningen stängde år 2004 eftersom de inte haft några klienter sedan 2002, skriver Avenbokens nuvarande chef, Anders Haglund i e-post 080722.

3 Syften och avgränsningar

Kartläggningens syfte var att beskriva målgruppen och prognostisera behov av vårdplatser utifrån målgruppens särskilda behov. I kartläggningen ingick även att beskriva och bedöma nuvarande behandlingsresurser i vård- och tillgänglighetsperspektiv samt att formulera förslag till åtgärder.

Rapportens syfte är vidare att kunna fungera som ett informations- och studiematerial för personal som möter klienter med missbruk och begränsningar i att höra.

Den information och de kunskaper, om särskilda behov och tillgänglighet med tanke på delaktighet, som genereras kan även vara till nytta i andra professionella möten inom vård och behandling och för personal, närstående med flera som själva har begränsningar i att höra.

Rapporten är begränsad till att gälla personer/klienter vars hörselnedsättning är så svår att de, även med individuellt utprovade hjälpmedel som hörapparat eller cochlea implantat (CI) har begränsningar i att höra vad andra säger när fler än en person pratar eller om de befinner sig i en miljö med mycket ljud. Undersökningen gäller vuxna 18 år och äldre.

Personer som har begränsningar i att höra, vare sig de är eller har varit klienter inom vård och behandling för missbruk har inte intervjuats och enkät har endast sänts till brukarorganisationerna på nationell nivå. Det innebär att gruppens egna erfarenheter och upplevelser av missbruk, behov av vård och behandling samt av behandling i ett tillgänglighetsperspektiv inte inkluderas i denna studie.

4 Genomförande

För att genomföra kartläggningen konstruerades två enkäter. Den ena vände sig till verksamheter inom SiS och den andra till verksamheter och professionella som verkar inom fältet samt till berörda handikapporganisationer. I de två följbrevens beskrevs de två undergrupperna, baserat på grad av hörselnedsättning och språk (talat respektive teckenspråk). Se följbrevet i bilaga 1 och 2. De skriftliga enkäterna med respektive följbrev sändes ut och besvarades per e-post. Efter påminnelse genomfördes även telefonintervjuer för att få högre svarsfrekvens.

Enkäterna, bilaga 3 respektive 4, innehåller i huvudsak kvantitativa frågor om båda målgrupperna under de senaste 12 månaderna, det vill säga i regel augusti 2007–juli 2008. I båda enkäterna ingick frågor om ålder, kön och fråga om förekomst av ytterligare funktionsnedsättning samt möjlighet till egna kommentarer. I enkäten till SiS verksamheter ställdes dessutom frågor om verksamhetens erfarenheter av målgrupperna i förhållande till övriga klienter, personal och fysisk tillgänglighet. I den andra enkäten ställdes även frågor om hemvist, drogtyp och om informanten kände till behandlingsresurser för målgrupperna.

Utskicket till verksamheter inom SiS sändes till samtliga LVM-hem och till ett urval LVU-hem. LVU-institutioner vars målgrupp var under 18 år exkluderades. De 22 LVU-hem som ingår i kartläggningen är: Behandlingshemmet Ljungaskog, Bergsmansgården, Bärby ungdomshem, Eknäs, Fagareds ungdomshem, Granhults behandlingshem, Håkantorps ungdomshem, Johannisbergs ungdomshem, Klarälvsgården, Klockbacka ungdomshem, Lundens ungdomshem, LVU-hemmet Rebecka, Långanässkolan, Margretelunds utrednings- och behandlingshem, Ryds brunns skola, Råby ungdomshem, Sirius behandlingshem, Stigbyskolan, Sundbo ungdomshem, Tunagården, Vemyra ungdomshem och Öxnevalla behandlingshem. De tre exkluderade LVU-hemmen är: Brättegården, Folåsa behandlingshem, Högantorps ungdomshem.

Den andra uppsättningen följbrev och enkät sändes till dövteam, dövpsykiatri, dövblindteam och hörselvårdschefer i landstingens/regionens regi, behandlingsgrupper för vuxna döva och döva ungdomar i kommunal regi, den privata aktören Mo Gård AB med sin verksamhet Odigos och folkhögskolefilialen i Stockholm samt de tre berörda handikapporganisationerna Hörselskadades riksförbund (HRF), Sveriges Dövas Riksförbund (SDR) och Föreningen Sveriges Dövblinda (FSDB)⁴.

Personliga samtal och/eller telefonsamtal och e-post genomfördes med vissa nyckelpersoner utifrån personlig kännedom om deras professionella position. Dessa är psykolog Michael Geigant vid dövpsykiatriska mottagningen i Stockholm, psykolog Sven-Erik Malmström, konsult till Odigos men även konsult i egna företaget Surdologi tillsammans med socionom Birgitta Martinell, Bengt Norén f.d. chef för Odigos, ett behandlingshem för döva med social- och eller neuropsykiatriska nedsättningar som drivs av Mo Gård AB, Elinor Brunnberg, docent i socialt arbete vid Örebro universitet, Anders Haglund, chef för Avenboken, Fernando Ferreira f.d. föreståndare för den teckenspråkiga avdelningen som tidigare fanns på Avenboken. Dessutom genomfördes ett antal samtal med institutionschef Harriet Lundefors Oscarsson vid Rällsögården.

⁴ FSDB bytte år 2009 namn till Förbundet Sveriges Dövblinda.

I analysarbetet användes deskriptiv statistik för kvantitativa uppgifter. För data som kom fram under intervjuer, och via öppna svar i enkäterna användes huvudsakligen manifest innehålls-
analys med latent, dvs. tolkande inslag (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorier relaterat till företeelser med koppling till målgrupperna har vuxit fram ad hoc.

5 Resultat

I resultatet redovisas uppgifter från SiS verksamheter och övriga svarande för sig. Först redovisas svarsfrekvens. Därefter följer ett avsnitt som redovisar antal, ålder kön och eventuell förekomst av ytterligare funktionsnedsättning. Det tredje avsnittet gäller missbruk. Därefter ett avsnitt som rör den komplexa problematiken och slutligen avsnitt om vård och behandling, dels inom SiS och dels utanför SiS. Avsnittet avslutas med en sammanfattning av resultaten.

5.1 Svarsfrekvens

Alla LVM-hem och alla utvalda LVU-hem har besvarat enkäten det vill säga 100 procents svarsfrekvens inom SiS. Av utskick till övriga var svarsfrekvensen 54 procent. Två av de tre brukarorganisationerna, HRF och SDR svarade. Från åtta län/regioner finns svar och informanterna har uppgivit antal i målgruppen: Stockholms län, Kronobergs län, Blekinge, Region Skåne, Hallands län, Västra Götalands region, Örebro län, Västerbottens län. För åtta län finns svar men informanten känner inte till antalet. Dessa är; Uppsala län, Södermanlands län, Jönköpings län, Gotlands län, Värmlands län, Gävleborg län, Västernorrland län och Jämtlands län. Uppgift saknas helt för fem län; Östergötlands län, Kalmar län, Västmanlands län, Dalarna och Norrbottens län.

5.2 Målgruppens sammansättning

Totalt har 124 personer i målgruppen rapporterats in. Av dessa har SiS verksamheter rapporterat 24 personer.

Tabell 1. Antal personer ur de två målgrupperna som vistats på någon SiS institution

Undergrupp	LVM	LVU
Teckenspråkiga	2	0
Personer med tal med förstärkning	18	4
Summa	20	4

Antalet som behandlas för missbruk och som även har begränsning i att höra är osäkert inom SiS. Frågor om hörsel och möjligheter att ta del av det som hörs (med eller utan hörapparat) ställs inte i DOK-systemet (Statens institutionsstyrelse 2008a) som används inom LVM-vården. Inom ADAD-systemet som används på ungdomsinstitutionerna finns en fråga om upplevda problem med hörseln. År 2007 uppgav 108 ungdomar (14%) av ungdomar i åldern 18–21 år som skrivits in på LVU-hem att de hade problem med hörseln (Statens institutionsstyrelse 2008b).

De flesta hörselvårdschefer som besvarade enkäten uppgav att de inte hade kännedom om eventuellt missbruk hos sina patienter. Några sände enkäten vidare till andra inom landstinget men även där har det varit ovanligt att personalen haft kännedom om situationen när det gäller förekomst av missbruk bland deras patienter.

En dövpsykiatrisk verksamhet som använder AUDIT misstänker att de får färre svar än förväntat som indikerar missbruk. Informanten menar att döva som har riskkonsumtion av alkohol inte gärna berättar om sitt konsumtionsmönster. Han menar att orsaken kan vara att döva kanske tror att om de uppger missbruk så får de inte gå kvar inom dövpsykiatrin. Beroendeheten på denna ort har ingen teckenspråkig verksamhet. Ytterligare en informant med

många kontakter med teckenspråkiga i flera län tror att det är fler i målgruppen än vad som syns i kartläggningen.

Sextiofem procent av rapporterna gäller personer som är över 20 år. Frågor om klienter yngre än 18 år ställdes för att få uppgift om eventuellt kommande behov. Totalt rapporterades 6 ungdomar under 18 år. I målgruppen finns 73 män och 51 kvinnor.

Tabell 2. Åldersfördelning hos klienter/personer med missbruk och hörselnedsättning

Undergrupp inom och utanför SiS	18–21	20>	Summa
Teckenspråkiga klienter inom SiS	0	2	2
Teckenspråkiga personer utanför SiS	33	50	83
Talat språk med förstärkning klienter inom SiS	4	18	22
Talat språk med förstärkning personer utanför SiS	6	11	17
Summa	43	81	124

Dövpsykiatri i Stockholm rapporterar att åldersfördelningen hos deras patienter är skev. De har ett glapp upp till 26 år och ställer sig därför frågorna; Finns det inga unga vuxna döva? Kan det vara så att unga personer reagerar mot omhändertaganden under uppväxten och därför inte söker kontakt? Kan det vara så att unga människor inte vill ha med dövpsykiatri att göra utan söker på vanliga psykiatriska mottagningar? Kan detta vara kopplat till att de yngre inte vill vara annorlunda utan ska ha körkort – bil – flickvän? De har själva inga svar på frågorna.

Totalt rapporterades 30 personer, dvs. 24 procent, ha ytterligare sjukdomar/skador med funktionsnedsättning förutom hörselnedsättningen. Bland de teckenspråkiga rapporterades ca 22 procent ha fler funktionsnedsättningar utöver hörselnedsättningen. Bland personer med talat språk med förstärkning rapporterades 28 procent ha ytterligare funktionsnedsättningar. Se även tabell 3.

Tabell 3. Rapporterade ytterligare diagnoser eller funktionsnedsättningar

Typ av diagnos/- funktionsnedsättning	Teckenspråkiga	Talat språk med förstärkning	Summa inrapporterat
Psykisk sjukdom	5	1	6
ADHD	2	1	3
Asperger	1	2	3
Utvecklingsstörning	5	1	6
Rörelsehinder	2	3	5
Synnedsättning	1	1	2
Flera ytterligare funktions- nedsättningar	3	2	5
Summa	19	11	30

Förekomst av ytterligare funktionsnedsättning rapporterades på olika sätt. Några informanter rapporterade diagnos som t.ex. bipolär sjukdom. Andra uppgav funktionshinder som t.ex. rörelsehinder. Det bör särskilt noteras att två teckenspråkiga och en person i den andra gruppen förutom hörselnedsättningen också uppgavs ha synnedsättning. De med flera funktionsnedsättningar hade t.ex. synnedsättning och rörelsehinder eller utvecklingsstörning och autism.

5.3 Missbruk

Flera informanter tar upp teckenspråkiga med missbruk som har behov av behandling. En informant, med kännedom om situationen i flera län, framhåller behov av behandling för män respektive kvinnor separat. En annan informant säger att bland unga teckenspråkiga kvinnor finns en del som har det väldigt svårt och som utnyttjas av jämnåriga eller äldre män.

Drogtyp uppgavs för 69 procent av målgruppen. Alkohol uppgavs som den primära drogen för 74 procent av dem. Se tabell 4.

Tabell 4. Rapporterad drogtyp

Typ av drog	Teckenspråkiga	Talat språk med förstärkning	Summa inrapporterat
Alkohol	48	16	64
Narkotika	19	3	22
Summa	67	19	86

De som har kontakt med ungdomar i Örebro län rapporterar att förutom alkohol och narkotika mer generellt förekommer också spice⁵ och cannabiserökning samt blandmissbruk. Även läkemedelsmissbruk rapporteras. Det är fler unga män än unga kvinnor som rökt spice enligt denna rapport.

En av informanterna som har kontakter med döva i flera län uppger att försvarsmekanismerna hos personer med missbruk är som alltid hos personer med missbruk starka. Motståndet känns större inom gruppen teckenspråkiga än hos missbrukare i allmänhet, uppger några informanter.

Flera källor rapporterar om fall med mycket komplex problematik. Det kan t.ex. vara personer som söker dövpsykiatri för ångest. Med i bilden kan det finnas antydningar om missbruk av läkemedel och kanske även överkonsumtion av alkohol. Det kan vara svårt att skilja det ena från det andra. Ibland behövs de samlade kunskaperna i tvärprofessionella team.

5.4 Teckenspråkiga en heterogen grupp med komplex problematik

Följande avsnitt handlar om teckenspråkiga. Några motsvarande rapporter som rör personer med talat språk med förstärkning har inte inkommit.

Flera informanter rapporterar att det inte är säkert att teckenspråkiga har ett fullt utvecklat språk. Det kan vidare vara svårt att bedöma om en person t.ex. har neuropsykiatrisk diagnos och/eller om kommunikativa svårigheter som beror på att personen har begränsat ordförråd i teckenspråk. Vissa personer har begränsningar både i att uttrycka sig själva och i att ta emot och tolka det som sägs. Det finns både personer med svensk och utländsk härkomst som närmast kan betecknas som språklösa. Det rapporteras också om teckenspråkiga som har stora läs- och skrivsvårigheter.

Beträffande allmänbildning bland teckenspråkiga uppger flera informanter att det är mycket stora skillnader inom gruppen. Det finns personer med universitetsutbildning som har stora kunskaper om hur samhället fungerar. Andra vet inte vad samhället har att erbjuda, och vet inte var eller hur de kan söka insatser från samhället.

⁵ Spice är en örtblandning som sägs vara mycket beroendeframkallande och ge ett rus liknande det vid cannabisrökning.

Samtliga informanter med många och långa kontakter med teckenspråkiga rapporterar att gruppen är heterogen. Det rapporteras vidare om komplicerade relationer både till andra teckenspråkiga och till hörande. Bland döva äldre, än cirka 50 år, finns oftast en anda av ”vi döva” som håller koll på och stöttar varandra. Det finns par som isolerar sig och uppfattar sig som ”vi två mot övriga världen”, personer som är utfryssta ur dövgemenskapen eller döva som lever i självvald isolering. Vissa vill att andra döva ska hjälpa dem. Andra vill absolut inte ha stöd av andra döva och det finns de som motsätter sig gruppbehandling med andra döva. Det rapporteras om unga vuxna teckenspråkiga som inte är med i dövföreningen och som inte bryr sig om folk de umgås med är hörande, hörselskadade eller döva. Det finns med andra ord en spänning gentemot andra teckenspråkiga och hörande.

Flera informanter rapporterar om personer med en migrerande livsstil. Däremot råder det delade meningar om bostadslöshet förekommer eller inte. En informant uppger att några personer är bostadslösa periodvis. Andra har inte stött på bostadslöshet utan uppger i stället att döva flyttar runt hos varandra. En informant med kännedom från många län säger:

Man kan säga att det är en särskild företeelse med några personer som flyttar runt i hela landet. De flyttar ihop och isär. De som flyttar runt är inte riktigt rotade någonstans.

Det rapporteras om unga vuxna döva som hankar sig fram och som inte har några kontakter med samhällets stödapparat. Det är vuxna som var struliga redan under skoltiden, men ändå har inget hänt. Det är förvånande att det kan pågå, säger informanten. Ytterligare en informant rapporterar att det i ungdomsgruppen (förf. kommentar i åldern upp till ca 21–22 år med tanke på den förlängda skolgången) i Örebro finns en del ungdomar som ”flyter” runt. En del har skolan som enda fasta punkt, men den sköter de inte mer än att de inte blir utskrivna. Andra blir kvar i Örebro efter att ha slutat skolan eller kommer ofta hit och hälsar på. Att vissa ungdomar inte kan sköta skolan m.m. uppges bero på olika saker; missbruk, eget psykiskt mående, uppväxt i familj där det finns missbruk, m.m. En informant med många kontakter med teckenspråkiga rapporterar om unga män med obearbetade traumatiska livserfarenheter från upplevelser från andra länder, något som också kan påverka om de placeras på institution eller hur vistelsen går.

En informant uppger att nätverket omkring teckenspråkiga i regel har stor tolerans. Omgivningen har ofta mycket vaga begrepp om när missbruksproblemen har uppstått. Gruppen är liten, och det kan kännas jobbigt att vara rak.

Från socialtjänsten rapporteras att det finns döva som lever i stor misär. Kommunens uppsökande verksamhet tycks inte nå ut till dessa människor. Informanten påstår sig ha stött på tjänstemän som vet om eländet, som säger att det är förfärligt men som ändå inget gör.

Det antyds att samhällets vanliga skyddsnet och normer delvis satts ur spel när det gäller teckenspråkiga. En av informanterna med kännedom från många olika delar av landet säger att det ska mycket till innan döva som begått brott blir straffade. Flera åtal uppges ha blivit nedlagda på grund av att det är ”synd om” personen. En annan informant har lagt märke till att döva själva ibland har använt dövheten ”som skydd” mot ansvar och konsekvenser.

5.5 Behandling för missbruk inom SiS

Inget LVM-hem rapporterar om systematiskt ordnad tillgänglighet i sin verksamhet för denna specifika målgrupp. Från Karlsvik,⁶ Ekebylund samt det särskilda ungdomshemmet Bergsmansgården finns dock rapporter om personal som gjort underlättande insatser.

Tio av LVM-hemmen rapporterade erfarenheter av målgrupperna; Ekebylunds behandlingshem, Fortunagården, LVM-hemmet Lunden (inklusive avdelningen Karlsvik), Behandlingshemmet Älvgården, Runnagården, Renforsens behandlingshem, Hornö LVM-hem, Gudhemsgården, Hessleby behandlingshem och Behandlingshemmet Rällsögården. Tre LVM-hem rapporterade att de inte hade några erfarenheter av målgruppen; Frösö LVM-hem⁷, LVM-hemmet Rebecka och Östfora behandlingshem.

Tre av de 22 utvalda LVU-hemmen rapporterar om erfarenhet av att ha haft ungdomar i målgruppen under perioden. Det har i huvudsak varit ungdomar med talat språk med förstärkning. Dessa är Behandlingshemmet Ljungaskog, Johannisbergs ungdomshem och Vemyra ungdomshem. Två LVU-hem har vissa erfarenheter längre tillbaka i tiden; Granhults behandlingshem, Bergsmansgården och Stigbyskolan.

Den klient som Älvgården rapporterade om uppgavs ha klarat sig bra med sina hjälpmedel. Karlsvik, Renforsens behandlingshem och Hornö LVM-hem understryker hur viktigt det är att hjälpmedlen fungerar eftersom det annars kan ställa till svårigheter i gruppbehandling. De klienter som haft hörapparater och vistats på Ekebylunds behandlingshem har i regel haft apparater i mycket dåligt skick. Enligt Karlsvik har vårdperioden oftast fått börja med att fixa till hörapparaterna för att få en fungerande vårdssituation.

Ekebylunds behandlingshem rapporterar att de klienter de haft har i stort sett fungerat väl på institutionen. De skriver vidare att både personal och medklienter har vinnlagt sig om att tala långsamt och tydligt. Det finns dock svårigheter att klara av grupsittningar på grund av för mycket brus. Karlsviks informant skriver att de inte har några speciellt anpassade lokaler utan använder sig av basala knep som att sitta nära, sitta på rätt sida och ha ögonkontakt samt att komplettera all muntlig information med skriftlig sådan. Karlsvik menar att andra klienter inte alltid visar tålamod med handikappet.

Ekebylunds behandlingshem rapporterar att de i början av 2000-talet hade en klient med dövblindhet. Klienten kommunicerade genom att man fick skriva i handen både till klienten och från klienten till personalen. De använde i viss utsträckning tolkhjälp. De uppger att det var en mycket komplicerad situation.

Två LVU-hem har erfarenhet av teckenspråkiga ungdomar. Bergsmansgården hade längre tillbaka några flickor och även pojkar akut eller för utredning. Detta har de kunnat genomföra tack vare att de har två personal som kan teckenspråk. Bergsmansgården har inte haft teckenspråkiga i behandling någon längre tid. Granhult rapporterar om en ungdom som vårdades en kort tid på 1990-talet. Personalen hade inte kompetens för att arbeta med teckenspråkiga och det fungerade inte med teckentolkar. Granhult skrev att resurserna helt enkelt inte fanns för det stora behov av tolk som förelåg.

⁶ Var tidigare ett självständigt behandlingshem, idag del av Lunden – Karlsvik LVM-hem.

⁷ Har avvecklats under 2009.

Bergsmansgården, Stigbyskolan och Vemyra ungdomshem har haft ungdomar som använt talat språk med förstärkning. Det uppges dock inte ha inneburit några problem för honom eller henne och inte föranlett vidare åtgärder. Dessa klienter kan möjligen ha kunnat höra bättre än vad som inkluderas i denna studies målgrupp. Ljungaskog har haft en flicka med lite hörselrester som kunde läsa på läpparna.

5.6 Behandling för missbruk utanför SiS

De flesta av de övriga informanterna uppgav under kartläggningen att det saknades behandlingsverksamhet med kompetens i missbruksbehandling och kunskap om målgruppernas särskilda behov. I Stockholm och Västra Götaland uppgavs att det finns behov av både sluten och öppen vård samt behov av stöd till anhöriga. Mo Gårds folkhögskola rapporterar behov av institutionsbehandling för teckenspråkiga och speciellt unga döva med missbruk. Det poängteras att arbete med denna målgrupp kräver hög kompetens i teckenspråk och kunskap om dövas kultur.

Flera informanter rapporterade att det är önskvärt att det finns någon institution i Sverige som tar emot placeringar enligt LVU, LVM och SoL som har kunskap om målgruppen personer med måttlig till total hörselnedsättning. Det saknas ett behandlingshem för döva/hörselskadade där dessa klienter kan få hjälp på teckenspråk och att träffa andra som är i samma situation, vilket uppges vara en mycket viktig del i behandlingen. Det sades vidare att detta är kanske än viktigare för teckenspråkiga eftersom de redan är en minoritet. Några informanter uppgav att det finns ett tomrum efter Avenbokens nedläggning för såväl institutions- som öppenvård samt möjlighet till grupp- och individuell behandling. En informant uppger att det numera nedlagda Avenboken i Malmö:

Fick vad jag förstår bra behandlingsresultat, men hade svårt att rekrytera klienter av flera skäl. Det fanns motstånd hos döva med missbruksproblematik, motstånd hos kommuner att förstå dövgruppens behov, höga behandlingskostnader ställdes mot andra kostnader inom hemkommunen och så vidare.

Efter att kartläggningen genomförts etablerades K REHAB. Det är ett HVB-hem med 26 platser, enligt SoL. K REHAB ligger i Gästrikland mellan Gävle och Sandviken. Verksamheten riktar sig till vuxna kvinnor och män över 18 år med psykiatrisk problematik, med eller utan olika former av missbruk och beroende samt samsjuklighet vilket i detta fall handlar om neuropsykiatrisk psykisk störning och olika former av missbruk. K REHAB uppger på sin hemsida att de har teckenspråkig personal och att de därför kan ta emot och utreda döva och hörselskadade (<http://www.docare.se/malgrupp.shtml> [091123]). Det finns ytterligare ett HVB-hem som enligt SoL tar emot döva med psykiska funktionshinder och/eller social anpassningsproblematik men där saknas kunskaper om behandling för missbruk. Odigos AB drivs av Mo Gård AB.

Det saknas behandling i öppenvård för målgrupperna, menar många informanter. I Örebro finns en behandlingsgrupp som erbjuds behandling i öppen vård för teckenspråkiga i form av enskilda behandlingssamtal med fokus på missbruket för vuxna (över 20 år). Behandlingen sker på teckenspråk med teckenspråkskunnig kurator. Informanten anser att den verksamheten täcker det behov döva har av öppenvårdsbehandling för missbruket. Informanten menar dock att det i samtliga ärenden med döva finns behov som sträcker sig utanför behandlingsgruppens uppdrag. Behandlingsgruppen i Örebro riktar sig enbart till personer som bor i Örebro kommun.

För ungdomar upp till 20 år som bor i Örebro eller läser på Riksgymnasiet för hörselskadade finns Ungdoms- och familjeteamet, där det finns en tjänst som kurator med inriktning mot dessa målgrupper i öppen vård. Ungdomar som inte kommer från Örebro kan vara kvar i Örebro under behandlingstiden. Då kan ungdomen komma tillbaka till skolan så fort han eller hon är drogfri. Där har de sysselsättning under behandlingstiden. I hemkommunen finns i regel inte missbruksbehandling på teckenspråk. Under 2007 och tom juni 2008 tog mottagningen i Örebro emot 58 teckenspråkiga och hörselskadade ungdomar. Orsaken till kontakterna med teamet har varit både missbruk och/eller psykosocial problematik. De som rapporterats i enkäten var enbart de som har haft missbruk i problembilden.

Enligt informanterna är familjearbete komplicerat eftersom familjen och missbrukaren ofta har kommunikationssvårigheter. Det saknas utredningsresurser för att få en helhetsbild av klientens och familjens behov och resurser. Det saknas verksamhet som kan anpassa kommunikationen efter klienternas och familjernas förmåga och behov. HRF skriver att vården även behöver ta hänsyn till närstående som är hörselskadade, vilket exempelvis innebär att information och stöd som erbjuds till närstående måste ske på ett sådant sätt att de kan vara delaktiga. Detta behov glöms ibland bort inom vården. Endast från Örebro finns rapporter om eftervård och stöd till anhöriga. Både Ungdoms- och familjeteamet och Vuxenhetens behandlingsgrupp arbetar med dessa frågor. Anonyma alkoholister har f.n. inte några speciella möten för teckenspråkiga. Dock finns det möjlighet att ta med tolk till de öppna möten som grupperna har men inte till de interna mötena. (E-post från AA:s servicekontor 080723).

Brukarorganisationen Hörselskadades riksförbund, HRF har inte någon klar bild över just denna fråga. Generellt ser de att tillgången till hörseltekniska hjälpmedel ofta brister inom vård och omsorg. HRF skriver att på många platser möts hörselskadade av stor okunskap om deras behov och om hur hörselskadan kan påverka en persons liv. Denna kunskap är viktig för diagnosbedömning och för att beslut om relevant behandling ska kunna sättas in. Konsekvensen kan i värsta fall bli dåligt bemötande eller rentav felbehandling. Varken HRF eller SDR har motsatt sig fränsteg från närhetsprincipen till förmån för tillgänglighet och specifik kompetenshöjning på någon eller ett par institutioner.

Det finns några rapporter om erfarenheter av att använda teckenspråkstolk i utrednings- och behandlingsarbete. Det är sällan som min bild av klienten ändras om det kommer en annan tolk som inte varit med på tidigare samtal, säger en informant. Det finns flera rapporter om positiva erfarenheter av att använda tolk. Samtidigt rapporteras att vissa frågor kan vara känsliga. I vissa fall hyser personen misstro mot tolk och har hellre velat tala ensam med behandlaren även om det ibland betyder att samtalet delvis har fått understödjas med papper och penna. En informant rekommenderar att om möjligt i förväg tala med tolken om vad som ska avhandlas på mötet med klienten.

5.7 Sammanfattning

Den nationella kartläggningen resulterade i att 125 personer med känt missbruk och begränsningar i att höra identifierades.

Av dessa hör 85 personer till undergruppen teckenspråkiga och cirka 40 personer använder sig av tal med förstärkning. Cirka 20 procent har ytterligare funktionsnedsättningar. Sextiofem procent var över 20 år och männen utgjorde 59 procent. Alkohol var den dominerande drogen även om narkotika förekom. Variationen inom gruppen är stor, särskilt bland de teckenspråki-

ga. Relationer både inom gruppen och gentemot andra i samhället är komplicerade liksom problembilden i stort.

Ingen SiS-verksamhet rapporterar om systematiskt ordnad tillgänglighet i sin verksamhet eller i den fysiska miljön med tanke på målgruppens behov. Klienternas egna hjälpmedel har i vissa fall fungerat underlättande. I andra fall har de inte fungerat och därmed inte heller kunnat underlätta. I några fall finns det uppgifter om personal som gjort underlättande insatser men även rapporter om hinder beroende på okunskap. Andra klienter har spelat både underlättande och hindrande roller. Klienter med begränsning i att höra har i vissa fall haft färdigheter och använt strategier, t.ex. läppavläsning på ett underlättande sätt. Erfarenheterna från de tio LVM-hem och sex LVU-hem som har haft klienter med begränsning i att höra är sammantaget inte entydiga.

Den dominerande bilden utanför SiS är avsaknad av behandlingsresurser inom slutenvård i hela landet och av öppenvård utanför Örebro. Med undantag av Örebro saknas det vidare eftervård och insatser för närstående.

6 Kommentarer till resultatet

I detta avsnitt kommenteras och diskuteras kartläggningens resultat. Detta sker i följande turordning: antal, karaktäristik av målgruppen, vård och behandling relaterat till målgruppen inom SiS verksamheter, vård och behandlingsresurser utanför SiS samt övriga frågor.

6.1 Kommentarer om antalet personer med hörselnedsättning

Antalet i målgruppen är osäkert och sannolikt avsevärt högre än vad kartläggningen visar med tanke på det totala antalet personer med begränsningar i att höra i Sverige (Boström, 2008). Identifikation av fler personer i målgruppen hade sannolikt dock inte ändrat något i sak beträffande deras livsvillkor och särskilda behov vid behandling för missbruk på institution. Internationellt genomförda kartläggningar av antal missbrukare med begränsningar i att höra har inte kunnat hittas. Diskrepansen mellan antalet ungdomar som behandlats på LVU-hem år 2007 (Statens institutionsstyrelse 2008a) och som uppgivit problem med hörseln och det antal ungdomar som LVU-hemmen rapporterat in (108 mot 4) är anmärkningsvärt högt. LVM-hemmen saknar motsvarande uppföljning av t.ex. hörsel i DOK-systemet (Statens institutionsstyrelse 2008b). Resultaten, i synnerhet uppgifterna från SiS understryker behovet av att uppmärksamma personer med begränsning i att höra inom SiS och behovet att inhämta kunskaper om målgrupperna och deras behov.

6.2 Kommentarer om livsvillkor för målgruppen

Köns- och åldersfördelningen i materialet är skev med övervikt av män över 21 år. Offentlig statistik (Boström, 2008; Statistiska Centralbyrån, 2005) bekräftar övervikt av män med hörselnedsättning.

Andelen med ytterligare funktionsnedsättningar är lägre än vad andra studier visat, t.ex. Nikolopoulos et al (2006) som kom fram till att cirka 30 procent av barn med hörselnedsättning också har synnedsättning. De flesta funktionsnedsättningar som anges har också betydelse med tanke på kommunikation och information i samband med vård och behandling och innebär att dessa klienter har ytterligare särskilda behov (se även Möller, 2008).

Resultaten indikerar stor sociokulturell komplexitet, i relationer till personernas familjer, andra teckenspråkiga samt till samhällets institutioner och verksamheter i stort. Dessa rapporter stämmer väl överens med forskning inom området (Berbrier, 1998; Fredäng, 2003). Fredängs forskning (2003) visade vidare på förändringar över tid i dövas syn på sig själva, sin grupp, på andra och i förhållande till samhället. Det innebär att för att kunna ge dem ett professionellt bemötande behövs även kunskaper om svängningar inom dövulturen och i de historiska skeenden som påverkat, påverkar och som kan bidra till förklaring av attityder, förhållningssätt och strategier.

De resultat i kartläggningen som indikerar försök att dölja missbruk både inför myndigheter och andra teckenspråkiga stämmer med tidigare forskning (Egbert Rendon, 1992). Intolerans mot avvikelser inom gruppen är också väl dokumenterat i forskning (se t.ex. Berbrier, 1998, Cioffi 1996 och Möller & Danermark, 2007). Mot denna bakgrund är samverkan med handikapporganisationerna, särskilt SDR, i attitydfrågor viktig.

Denna studie riktade sig inte till personer som har begränsningar i att höra och missbruk på individuell nivå. En sådan utvidgning av studien hade kunnat ge fördjupade kunskaper om till exempel upplevelser av inklusion, exklusion och önskemål när det gäller vård och behandling. Synpunkter på närhetsprincipen kontra tillgänglig vård hade också kunnat lyftas fram.

6.3 Kommentarer och diskussion om vård och behandling på SiS verksamheter

Kartläggningens resultat visar att tillgänglighet i vård och behandling för missbruk är beroende av strukturella frågor samt om attityder, kunskap och resurser på verksamhets-, grupp- och individnivå.

Ingen av de SiS-institutioner som ingick i kartläggningen kunde erbjuda systematiskt ordnade underlättande anpassningar av verksamheten till personer med begränsningar i att höra. Detta kan bland annat förklaras med strukturella hinder, som att myndighetens plan för tillgänglighet inte formellt hade antagits när undersökningen genomfördes. Det rapporteras om hinder för delaktighet på både LVM- och LVU-hem. Hindrande faktorer kopplas samman med kommunikativa begränsningar i personalgruppen, negativ attityd hos andra klienter och hinder i form av individuella hjälpmedel som inte fungerat alls eller inte fungerat i grupp. Det fanns dock underlättande faktorer t.ex. i form av positiv attityd och viss kunskap hos enstaka personal och slumpmässigt underlättande åtgärder till exempel personal som kunde teckenspråk.

För SiS som statlig myndighet är tillgänglighet en demokratisk fråga och åtagande som fastställts i ett flertal styrdokument (Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, SÖ 2008:26; Förordning om statliga myndigheters ansvar för genomförandet av handikappolitiken, SFS 2001:526). Det finns således flera skäl som talar för att SiS som statlig myndighet bör satsa på att utveckla sin tillgänglighet för personer som har begränsningar i att höra.

6.4 Kommentarer om behandling utanför SiS

När kartläggningen genomfördes saknades vårdplatser enligt LVM, LVU och SoL för klienter med begränsning i att höra i hela landet. Den helt dominerande kommentaren från övriga informanter avsåg behov av vårdplatser för målgruppens behov.

Under tiden som arbetet med rapporten ägt rum har K REHAB, ett HVB-hem enligt SoL etablerats och uppges ha teckenspråkig personal. Kunskaper och tillgänglighet i övrigt med tanke på målgruppens behov har inte inhämtats. Det är för tidigt att bedöma om K REHAB i framtiden kan fylla tomrummet av platser enligt SoL efter Avenboken och även § 27-vård enligt LVM. K REHAB tar emot både män och kvinnor. I denna kartläggning framkom emellertid argument för att vård och behandling för missbruk i denna målgrupp bör ske könssegregerat. Vare sig HRF eller SDR har motsatt sig fränsteg från närhetsprincipen till förmån för tillgänglighet och specifik kompetenshöjning på någon eller ett par institutioner.

Lärdomar från den teckenspråkiga avdelningen på Avenboken i Malmö visar att satsning på teckenspråkiga är osäker ur ekonomisk synvinkel. Någon motsvarande satsning på gruppen talat språk med förstärkning har inte kunnat spåras. SiS som statlig myndighet bedöms utgöra en säkrare långsiktig lösning för att tillgodose målgruppens särskilda behov än vad privat drivna institutioner kan tänkas göra. Således bör statlig subventionering av merkostnader för ett begränsat antal tillgängliga vårdplatser på sikt övervägas.

7 Slutsatser

Baserat på studiens resultat dras följande slutsatser:

- Identifieringen av ett drygt hundratal, främst teckenspråkiga, i målgruppen är sannolikt en grov underskattning framförallt av gruppen talat språk med förstärkning. Instrument för att identifiera målgruppen behövs.
- Resultaten visade övervikt av vuxna män. I vissa fall förekomst av ytterligare funktionsnedsättningar. Till karaktäristiken hör komplex problematik i synnerhet hos de teckenspråkiga även komplicerade relationer inom gruppen.
- Resultaten indikerar särskilda behov vid vård och behandling för missbruk. Det gäller sammantaget, individuella behov vid kommunikation med behandlingspersonal, handläggare, andra klienter, närstående med flera, information och förhållningssätt i förhållande till gruppens och individens historia, identitet och strategier. Dessutom behövs fysisk miljöanpassning.
- Inom SiS finns i nuläget inte verksamhetsmässiga och miljömässiga förutsättningar för att tillgodose målgruppernas särskilda behov. I stort sett saknas slutenvård i hela landet och öppenvård utom i Örebro. Förutom i Örebro saknas även eftervård och insatser för närstående.
- För att SiS på sikt ska kunna erbjuda full delaktighet för klienter med måttlig till svår begränsning i att höra behövs resurser, kunskap på olika nivåer och praktiskt erfarenhet.

8 Förslag till åtgärder

Med stöd av kartläggningens resultat och tidigare forskning motiveras och föreslås ett antal åtgärder inom SiS. Målet med åtgärderna är att förbättra tillgängligheten så att behoven hos klienter med begränsningar i att höra erkänns för att bli fullt delaktiga i sin vård och behandling för missbruket.

8.1 Förslag för att öka tillgängligheten

Rapporten visar att det finns flera skäl som talar för att SiS som statlig myndighet bör satsa på att utveckla sin tillgänglighet. Först läggs ett förslag på ett projekt för att skapa ett antal tillgängliga institutionsplatser. Därefter framförs förslag på några centrala åtgärder.

Projekt för tillgängliga institutionsplatser

SiS föreslås initiera ett projekt för att skapa ett antal tillgängliga institutionsplatser för teckenspråkiga och klienter som behöver tal med förstärkning. Teckenspråkiga och personer med tal med förstärkning är visserligen olika när det gäller språk, kommunikationsmetoder och förhållande till funktionsnedsättningen. Ändå finns mycket stora samordningsvinster att göra genom att förlägga en särskild satsning på tillgänglig vård och behandling för båda grupperna till samma behandlingshem. Många, särskilt unga teckenspråkiga och unga personer med tal med förstärkning, kan kommunicera med varandra tvärs över grupperna. Ur audiologiskt perspektiv är grupperna delvis överlappande och båda har behov av särskilt professionellt bemötande relaterat till kommunikation och information samt viss teknisk utrustning. Projektet förläggs därför förslagsvis till ett behandlingshem.

Många skäl talar för att projektet förläggs till Rällsögården. På Rällsögården finns intresse och vilja hos institutionsledningen och inom personalgruppen. Det finns personal som har vissa teckenspråkskunskaper. De läsbara avdelningarna på Rällsögården är relativt nybyggda, anpassade till begränsningar i rörlighet, som t.ex. ramp, och har handikappanpassade toaletter. Rällsögården har mångårig erfarenhet av verksamhetsutveckling. Det finns därför en beredskap för påfrestningar på verksamheten som helhet vid verksamhetsutveckling. Därmed finns vissa, verksamhetsmässiga, personella och lokalmässiga möjligheter att bedriva vård och behandling för män med fler funktionsnedsättningar än hörselnedsättning. Rällsögården ligger nära Örebro där det både finns många i målgrupperna och professionella med kunskaper i bemötande. I Örebro finns vidare den enda öppenvårdsbehandling för missbruk vars verksamhet är anpassad till ungdomar respektive vuxna som är teckenspråkiga respektive personer med hörselnedsättning, vilket är en fördel med tanke på samverkan och vårdkedja. Örebro universitetssjukhus har audiologisk klinik med läkare, audionomer, kurator och hörseltekniker. Där finns också en teckenspråkig dövpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. På Örebro universitetssjukhus finns vidare Audiologiskt Forsknings Centrum (AudF) med hörsselforskningslaboratorier. AudF ingår i Institutet för handikappvetenskap (IHV) vid Örebro och Linköpings universitet. IHVs forskning har bedömts vara i världsklass, vid internationell utvärdering (<http://www.ibl.liu.se/cdd/ihv/filer/1.75040/ihv1.pdf> [nerladdad 091122]). Spetskompetensen vid IHV är tvärvetenskaplig och omfattar kognition relaterad till hörsel, hörselnedsättning, dövhet och dövblindhet i bio-psyko-socialt perspektiv.

De identifierade personerna i målgruppen är till övervägande del vuxna män vilket talar för att ett pilotprojekt förläggs till ett LVM-hem som tar emot män. Dessutom framkom i kartläggningen att vård och behandling med teckenspråkiga klienter bör bedrivas med könen åtskilda. Det behövs motsvarande resurser för kvinnor och ungdomar i de yngre åldersgrupperna. Om SiS väljer att genomföra ett projekt med att utveckla tillgänglighet för teckenspråkiga och

klienter som använder tal med förstärkning under en begränsad period bör de klientmässiga, personella och verksamhetsmässiga lärdomarna kunna användas för satsning även på kvinnor och yngre ungdomar med begränsningar i att höra. Projektet bör därför följas upp kontinuerligt och utvärderas, både process- och effektmässigt. Erfarenheterna från projektet kan vidare användas inom myndigheten och i samverkan med andra.

Centrala åtgärder för tillgänglighet

SiS rekommenderas vidare att utveckla insamlingen av informationen om elevens/klientens hälsotillstånd i ADAD och DOK. Frågor som är relevanta för behandlingen är t.ex. hur personen ser, hör, kommunicerar. Avsikten med detta är att DOK och ADAD på ett bättre sätt ska kunna ligga till grund för bedömning av särskilda behov med tanke på tillgänglig verksamhet. Det är vidare värdefullt med tanke på forskning om samband mellan funktionsnedsättning, funktionshinder och sociala problem som missbruk.

SiS skriftliga information som vänder sig till klienter med begränsningar i att höra och är teckenspråkiga bör i första hand översättas till teckenspråk, lättläst och visuell anpassning som t.ex. informationen på SiS hemsida (<http://www.stat-inst.se/> [nerladdad 090713]).

Viktiga samarbetspartners i tillgänglighetsarbetet förutom HANDISAM är Sveriges Dövas Riksförbund (www.sdrf.se) som organiserar barndomsdöva. Hörselskadades riksförbund (www.hrf.se) som är till för dem som har varierande grad av hörselrester inklusive s.k. vuxendöva. Riksförbundet för döva, hörselskadade och språkstörda barn (DHB) är en föräldraförening (<http://www.dhb.se>). I Förbundet Sveriges Dövblinda finns både teckenspråkiga och medlemmar som använder tal med förstärkning (www.fsdb.org).

8.2 Vad personalen behöver

Personalen är det viktigaste instrumentet i vård och behandling. Vid kartläggningen framkom att det inom SiS inte finns systematiska kunskaper relaterade till särskilda behov hos teckenspråkiga klienter och klienter med tal med förstärkning. För att öka personalens möjligheter att underlätta full delaktighet behövs särskilda kunskaper och färdigheter i att kunna använda underlättande kommunikativa strategier. Till de särskilda kunskaperna hör att känna till biopsyko-sociala faktorer relaterade till målgrupperna. Klienter med hörselnedsättning behöver till exempel acceptera hörselnedsättningen, ta till sig rehabilitering, lära sig adekvata kommunikativa strategier samt kunna informera sin sociala omgivning om sina kommunikativa behov och behov av återhämtning. Alla klienter har inte accepterat sin funktionsnedsättning och har inte de kunskaper och färdigheter som de har behov av. Personalen har därför ett stort ansvar i att få till stånd underlättande åtgärder i mötet med klienten. Positiva attityder, kunskaper och färdigheter i att praktiskt använda underlättande kommunikativa strategier är något som både klienten och personalen har nytta av vid behandling för missbruket. Det innebär t.ex. att i kommunikation med personer som använder tal med förstärkning tala aningen långsammare och tydligt, utan att överdriva, att i regel inte tala samtidigt som man går och särskilt inte i miljöer med mycket ljud.

Andra särskilda kunskaper är att känna till, kunna anpassa och använda olika kommunikativa strategier beroende på faktorer i omgivningen eller hos klienten som individ. Till exempel kan en del döva med synnedsättning klara att ta emot vad någon säger på teckenspråk om det är bra belysning, om de är i god form och om den som tecknar till dem gör det på ett anpassat sätt. I andra situationer kan dessa personer behöva ta emot teckenspråket i taktill form. Det går till så att personen lägger sin hand ovan på den andres och följer med i den tecknande personens rörelser. Hur väl detta fungerar beror på båda parter. Personen med synnedsättning kan

ha begränsningar i sin avläsningsförmåga. Övergång från att ta emot teckenspråket i visuell form till taktilt är en mödosam och känsloladdad process som kan ta många år.

Personalutbildning inom ramen för projektet bör åtminstone omfatta:

- Samhällets värdegrund och styrdokument när det gäller personer med funktionsnedsättning med tanke på professionellt bemötande
- Funktionstillstånd och funktionshinder i allmänhet och i synnerhet hörande i ett biopsyko-socialt perspektiv med ICF som ramverk
- Tillgänglighet i vård och behandling för klienter som har begränsningar i att höra
- Kommunikativa strategier inklusive användning av tolk och kommunikation via bildtelefon och texttelefon
- Hantering av tekniska hjälpmedel för larm och varselblivning samt för kommunikation
- Dövas kultur och historia, om teckenspråket och teckenspråkets ställning i Sverige
- Klient/patientsäkerhet och förebyggande av konflikter mellan hörande klienter och de med begränsning i att höra.

En eller två i personalgruppen på Rällsögården bör vidare inom projektet få enkel utbildning, motsvarande så kallat hörselombud. Det innebär att kunna utföra enkla åtgärder visavi individuellt utprovade hörselhjälpmedel, som t.ex. att rengöra hörapparater, byta batterier och slang. En sådan utbildning bör omfatta cirka en halv arbetsdag. Dessutom behövs uppföljning varje till vardags och vid behov kunna få stöd av någon audionom och hörseltekniker. Se förslag till serviceavtal nedan.

8.3 Teknisk utrustning

I kartläggningssuppdraget ingick även att undersöka behovet av teknisk utrustning i förhållande till båda grupperna med tanke på institutionsplacering på Rällsögården. Det behövs olika utrustning beroende på situation. Dessa situationer är (1) larm och varselblivning, (2) samtal mellan klient och behandlare, (3) kommunikation via text- och bildtelefon samt distanstolkning (4) ljudförstärkning till t.ex. TV och vid andra fritidsaktiviteter. Därutöver (5) hörselslinga för samling med många personer och andra anpassningar. Lösningar finns i varierande prisklasser.

Brandlarm och varselblivning är hjälpmedel som behövs för både teckenspråkiga och personer med tal med förstärkning. Eftersom institutionsvård bedrivs dygnet runt behövs dels visuellt larm för dagtid (lampor som blinkar) och dels taktilt (vibrator) nattetid. Sådan utrustning är väggfast och installeras av ljudingenjör.

På de två låsbara avdelningarna på Rällsögården arbetar personal dygnet runt. De har kunskaper och instruktioner om hur de ska evakuera avdelningen vid eventuellt larm. Därför behövs inget särskilt brandlarm till dessa avdelningar. Det behövs däremot larm på de rum, förslagsvis två, på en öppen avdelning, där klienter med begränsning i att höra kan inkvarteras under behandlingstiden.

För personer med tal med förstärkning behövs hjälpmedel för att underlätta kommunikation mellan personal och klient. Det krävs utrustning som andra personer med hörapparater inte kan avlyssna. En komplett sekretesskyddad anläggning innehåller sändare och mottagare. Personalen har sändaren som är en mikrofon och klienten har förutom sin egen hörapparat/CI en mottagare på sig. Detta hjälpmedel bör vara utrustat för både telespole och FM-system eftersom klienter kan ha hjälpmedel med det ena eller andra systemet. Denna utrustning är portabel och kan således användas i olika lokaler.

Vid texttelefonsamtal skriver båda parterna ungefär som vid chatt. Det finns särskilda texttelefoner, texttelefonprogram som installeras i dator samt internetjänster via webb och mobiltelefon (3G baserade). Ett sätt att genomföra texttelefonsamtalet är att båda samtalsparterna har texttelefon. Vid texttelefoni (www.texttelefoni.se), en kostnadsfri samhällstjänst, är det en telefonist som förmedlar samtalet mellan användare med vanlig telefon och användare med texttelefon. Resultaten och Skolverkets statistik (<http://www.skolverket.se/sb/d/2103> [nerladdad 091129]) visade emellertid att en del teckenspråkiga har otillräckliga färdigheter i skriftspråk och att förstå texten eftersom svenska är deras andra språk. Texttelefonsamtal är annars en lösning som kan användas av båda målgrupperna. Teckenspråkiga och deras närmaste anhöriga har ofta texttelefon som tekniskt hjälpmedel.

En annan och alternativ lösning är bildtelefon. Istället för text ser samtalsparterna varandra och teckenspråket kan således användas. Det finns även en motsvarande bildtelefonitjänst (www.bildtelefoni.net) som förmedlas av teckenspråkstolkare. Bildtelefoni är också en kostnadsfri samhällstjänst där tolken inte finns på plats utan i en studio. För samtal som beräknas ta längre tid än 30 minuter rekommenderas dock att samtalet bokas i förväg.

Distanstolkning innebär att klient och personal sitter tillsammans medan tolken är på en annan ort. Det kan t.ex. användas för samtal mellan en personal som inte behärskar teckenspråket fullt ut och en teckenspråkig klient. Personalen och klienten sitter då tillsammans framför en webbkamera monterad på en bildskärm. Personalen talar och tolken som finns på en annan ort tecknar det på teckenspråk till klienten. När klienten tecknar översätter tolken det till talat språk. Detta sätt att kommunicera kan användas vid t.ex. resa eftersom bildtelefoni även kan förmedlas via 3G mobiltelefoner.

Restriktioner som gäller klienternas kontakter med omvärlden via telefon m.m. gäller givetvis även klienter i målgruppen. För de telefonsamtal som tillåts finns olika lösningar för telefonsamtal till och från klienter med begränsning i att höra.

Personer med tal med förstärkning behöver ha ljudförstärkning, utöver sina egna hörapparater/CI för fritidsaktiviteter. Konversation med stöd av dessa hjälpmedel kan avlyssnas av andra med hörapparat. Den får därför inte användas vid enskilda vård- och behandlingssamtal. Däremot vid t.ex. föreläsning kan föreläsaren använda mikrofonen och klienten som använder tal med förstärkning kan ha mottagaren. Denna mikrofon är inte detsamma som de som kopplas till högtalaranläggning eller slinga. I brist på slinga är denna ljudförstärkning liksom ovanstående användbara för klienter som använder tal med förstärkning vid större samlingar. På sikt bör slinga installeras. Den bärbara utrustningen kan vidare användas för samtal i friare former och är även användbar för att få ljudförstärkning till TV. Någon extra utrustning till TV behövs därför inte.

Det behövs ett serviceavtal för att säkra driften av de tekniska hjälpmedlen. Ett sådant avtal med t.ex. Örebro läns landsting bör inkludera hörselundersökning i de fall det behövs för att få en fungerande kommunikation. Kostnadsförslaget i tabell 5 är utarbetat med stöd av hörselingenjör Bjarne Sundström vid Audiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro.

Tabell 5. Förslag på teknisk utrustning

Utrustning	Antal	Belopp
Brandlarm varseblivning till öppen avdelning (väggfast)	2 st. á ca 4,000	8,000
Samtalsförstärkning i behandlingssituationer (sekretesskyddad)	1 st. á ca 15,000	15,000
Texttelefon internetbaserad Bildtelefon *) alternativt mobiltelefon med möjlighet att ansluta extern skärm.	1–2 st.	0
Samtalsförstärkning, för fritidssituationer som är användbar för att höra ljudet i t.ex. TV (möjlig att avlyssna)	1–2 st. á 1,500 och upp till cirka 3,500	3,500
Installationer och serviceavtal	Ca 600 kr tim, ca 10 tim/år plus resa	6,000
	Summa investering till projektet	Cirka 35,000

*) Rällsögården har på egen hand begärt och fått offert på bildtelefonlösning som inkluderar dator med tillbehör, programvara, installation och 3 månaders telefonsupport för cirka 31,000 kr. exkl. moms.

Vid ett beslut om att gå vidare med projektet rekommenderas också översyn av Rällsögårdens visuella och övriga fysiska miljö eftersom båda målgrupperna är beroende av goda visuella förhållanden. Dessutom visade resultaten att det inom målgrupperna också finns personer med flera funktionsnedsättningar. Visuellt översyn kan t.ex. göras av Örebro läns landstings Syncentral som också har möjlighet att bistå med märkning av trappor, pelare m.m.

Referenser

- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Arbetsmiljöverket (2002) Buller och bullerbekämpning, Ödeshög: Danagårds Grafiska AB
Tillgänglig: <http://www.av.se/dokument/publikationer/bocker/h003.pdf> [nerladdad 090720].
- Berbrier, M. (1998) "being deaf has very little to do with one's ears": Boundary-work in the deaf culture movement. *Perspectives on Social Problems*, 10, 79–100.
- Bergemalm, P-O. (2004) *Audiologic and cognitive long-term sequelae from closed head injury*. Doktorsavhandling i medicinsk handikappvetenskap, Örebro: Örebro universitet, Institutionen för vårdvetenskap och omsorg Studies from the Swedish Institute for Disability Research No 10.
- Bickenbach, J. E., Somnath, C., Badley, E. M. & Üstün, T. B. (1999) Models of disablement, universalism and international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine* 48, 1173–1187.
- Bhaskar, R. & Danermark, B. (2006) Metatheory, interdisciplinarity and disability research - a critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278–297.
- Boström, G. (2008) *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning*. Östersund, Statens folkhälsoinstitut, 2008:17.
- Brunnberg, E., Lindén Boström, M. & Berglund, M. (2008) Self-rated mental health, school adjustment and substance use in hard-of-hearing adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13(3), 324–335.
- Cioffi, J. (1996) Orientation and mobility and the Usher syndrome client. *Journal of Vocational Rehabilitation* 6:175–183.
- Egbert Rendon, M. (1992) Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103–110.
- Eriksson, P. (1993) *Dövas historia: dauphaR-daurf-döver-döv*. Del I. Örebro: SIH Läromedel.
- Fredäng, P. (2003) *Teckenspråkiga döva identitetsförändringar i det svenska dövsamhället*. Uppsala: Gondolin.
- Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken*. (2000) Socialdepartementet, Proposition Prop. 1999/2000:79. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/14/78/e9da3800.pdf> (Nerladdad 091122).
- Förordning (2001:526) om statliga myndigheternas ansvar för genomförandet av handikappolitiken*. SFS 2001:526 Tillgänglig: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:526> (Nerladdad 091124).
- Graneheim, U. H., & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Gustafsson, A. (2007) *Auditiv miljö hörselteknik och akustik i specialskolan* (No. 2007:7). Örebro: Specialskolemyndigheten.
- Handisam (2008). Bilaga 1–5 till rapporten 2008 års uppföljning av statsförvaltningens tillgänglighetsarbete enligt förordning (SFS 2001:526). Tillgäng-

- lig:<http://www.handisam.se/upload/Bilagor%202008%20års%20uppföljning%20av%20statsförvaltningens%20arbete.pdf>. (nerladdad 09 11 28).
- Hälso- och sjukvårdslag, m.m. SFS 1982:763.
- Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. SÖ 2008:26.
- Lane, H. (1997) Construction of deafness. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (pp. 153-171). New York: Routledge.
- Möller, K (2008) *Impact on participation and service for persons with deafblindness*. Doktorsavhandling i medicinsk handikappvetenskap, Örebro: Örebro universitet, Hälsoakademien, Studies from the Swedish Institute for Disability Research No 26.
- Möller, K. & Danermark, B. (2007) Social recognition, participation, and the dynamic between the Environment and Personal factors of students with deafblindness. *American Annals of the Deaf* 152(1): sid. 42–55.
- Möller, K., Eriksson, K., Sadeghi, A., Möller, C. & Danermark, B. (2009) Long term ophthalmic health care in Ushers Syndrome type I. *Disability & Rehabilitation* 31(15): 1283–92.
- Möller, K. Oscarsson, A. & Gerdner, A. (1998) *Rällsögården 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. Statens institutions styrelse. SiS följer upp och utvecklar 1/98.
- Nikolopoulos, T.P., Lioumi, D., Stamataki, S., & O'Donoghue, G.M., (2006) Evidence-based overview of ophthalmic disorders in deaf children: A literature update. *Otology & Neurotology*, 27(2), p.s1-s 24.
- Pärsson, A. (1997) Dövas utbildning i Sverige 1889–1971. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Runquist, W. (1999) Missbruk i det tysta. *Socialpolitik*.
- Socialstyrelsen. (2003) *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm: World Health Organization.
- Statens institutionsstyrelse (2008a) *Årsrapport DOK 08. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2007*. Tabeller. Allmän SiS-rapport 2008:7. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2008b) *Årsrapport ADAD 07* Tabeller. Allmän SiS-rapport 2008:8. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Stephens, D. (2001) Audiological terms. In A. Martini, M. Mazzoli, D. Stephens & D. Read (Eds.), *Definitions, protocols and guidelines in genetic hearing impairment* (pp. 9–14). London: Whurr Publishers Ltd.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2008) *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*. Tillgänglig: <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=7128&A=54354&FileID=245894&NAME=Broschyr%5F0819%5F2.pdf>. (Nerladdad 091123)
- SOU 2006:29 Teckenspråk och teckenspråkiga Kunskaps- och forskningsöversikt. *Delbetänkande av utredningen Översyn av teckenspråkets ställning*.(2006) Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/06/48/402b1c1d.pdf>. (Nerladdad 091129).
- Tideman, M., Rosenqvist, J., Lansheim, B., Ranagården, L. & Jacobsson, K. (2004) *Den stora utmaningen – Om att se olikhet som resurs i skolan*. Halmstad: Wigforssinstitutet för välfärdsforskning, Högskolan Halmstad; Högskolan Malmö.

- Undersökning av levnadsförhållanden (ULF)*. (2005) Statistiska Centralbyrån.
- United Nations (1994) *The standard rules on the equalisation of opportunities for persons with disabilities*. Resolution a/res/48/96 85th plenary meeting, 20th December 1993, New York: United Nations.
- United Nations (2006) *Convention on the rights of persons with disabilities*: United Nations.
- Werngren-Elgström, M., Dehlin, O. & Iwarsson, S. (2003) A Swedish prevalence study of deaf people using sign language: A prerequisite for deaf studies. *Disability and Society*, 18(3), 311-323
- Zola, I.K. (1989) Towards the necessary universalizing of a disability policy. *The Milbank Quarterly* 67(365 Suppl2), p. 401–428.
- World Health Organization (2001) International classification of functioning, disability and health (ICF) short version. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2009) Disabilities. Tillgänglig: (<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>) (Nerladdad 091121).

Bilaga 1

Till
Institutionschef/ Tf institutionschef
LVM-hem och vissa LVU-hem

Kartläggning av behov av institutionsplatser för vuxna och unga vuxna (18 år och uppåt) med missbruksproblem som också har måttlig till total hörselnedsättning

Behandlingshemmet Rällsögården har i uppdrag att 2008 göra en kartläggning avseende omfattning och behov av platser för vuxna och unga vuxna (18 och uppåt) som har alkohol- och/eller drogmissbruk i kombination med måttlig till total hörselnedsättning och döva. Dessa personer har särskilda behov när det gäller säker och tillgänglig vård och behandling för missbruket.

Måttlig till svår hörselnedsättning avser personer som till viss del kan höra talat språk och vissa omgivningsljud med hjälp av hörseltekniska hjälpmedel som hörapparat och eller egna strategier, som t.ex. tyda talarens läpprörelser eller genom slutledning. Till denna grupp räknas även personer som fått svår eller total hörselnedsättning i vuxen ålder (vuxendöva) eftersom deras kommunikation i regel bygger på kommunikation genom talat språk.

Till gruppen döva räknas personer här personer som haft svår till total hörselnedsättning sedan barndomen och som har teckenspråk som grund för sin kommunikation.

Kartläggningen omfattar

De två målgrupperna vad avser, ålder, kön, hemort, ungefärlig grad och typ av hörselnedsättning samt eventuellt övriga funktionsnedsättningar (inkl psykiatrisk och socialpsykiatrisk), missbrukstyp och grad av missbruk och eventuellt känd kriminalitet.

Nuvarande behandlingsresurser ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Uppskattat behov av institutionsbehandling av missbruket.

Förslag till åtgärder

Kartläggningen genomförs, på uppdrag av institutionschef Harriet Lundefors Oscarsson, av Med. Dr. Kerstin Möller vid Ahlséns hörsselforskningsinstitut och Institutet för handikappvetenskap (IHV), Örebro Universitet, Örebro. Hon har erfarenhet och kunskap om vård av vuxna med missbruk samt forskar om stöd och service till personer med funktionsnedsättning, i synnerhet de med hörsel- och synnedsättning.

Vi är väl medvetna om att det är semestertider och att detta medför extra arbete för dig inför din semester, men är mycket tacksamma om du har möjlighet att besvara bifogade frågeformulär *före 31 juli 2008* och återsända det till Kerstin Möller, IHV, Hälsoakademin, Örebro universitet, 701 82 Örebro via E-post: kerstin.moller@oru.se
Tfn: 019-28 20 65

Örebro 2008-06-23

Kerstin Möller
Med. Dr. i handikappvetenskap
IHV, Hälsoakademin, Örebro Universitet, 701 82 Örebro

Bilaga 2

Till
Enligt sändlista

Kartläggning av behov av institutionsplatser för personer med missbruksproblem som också har måttlig till total hörselnedsättning samt döva med missbruksproblem

Behandlingshemmet Rällsögården har i uppdrag att 2008 göra en kartläggning avseende omfattning och behov av platser för vuxna och unga vuxna (18 - 21 år) som har alkohol-/drogmissbruk i kombination med måttlig till total hörselnedsättning eller dövhet. Dessa två grupper har särskilda behov när det gäller säker och tillgänglig avgiftning och behandling för missbruket.

Rällsögården tillhör Statens institutionsstyrelse SiS, en statlig myndighet med uppdrag att bl.a. ge vård och behandling till vuxna med alkohol- och/eller drogmissbruk enligt LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Rällsögården har även möjlighet att bedriva frivillig vård- och behandling enligt SoL (socialtjänstlagen). Behandlingen sker i nära samarbete med socialtjänsten. Idag finns 13 LVM- hem runt om i landet. På Rällsögården finns initialt ett intresse för att utveckla kompetens för att tillgodose vård- och behandlingsbehov hos män med missbruk och måttlig till total hörselnedsättning och döva.

Till gruppen måttlig till svår hörselnedsättning räknas personer som till viss del kan höra talat språk och vissa omgivningsljud med hjälp av hörseltekniska hjälpmedel som hörapparat och eller egna strategier, som t.ex. tyda talarens läpprörelser eller genom slutledning. Till denna grupp räknas även personer som fått svår eller total hörselnedsättning i vuxen ålder (vuxendöva) eftersom deras kommunikation i regel bygger på kommunikation genom talat språk.

Till gruppen döva räknas här personer som haft svår till total hörselnedsättning sedan barn- domen och som har teckenspråk som grund för sin kommunikation.

Till de särskilda behoven hos de med måttlig till total hörselnedsättning så räknas kommunikation med stöd av teknik som hörapparat, teleslinga, FM-utrustning. För gruppen döva räknas kommunikation på teckenspråk. För båda grupperna så gäller det särskild varseblivnings- och larmutrustning samt kunskap i ämnen som t.ex. ljud, öra, hörsel, hörbarhet, dövulturella frågor samt att personalen har kompetens som svarar för tryggt och terapeutiskt bemötande.

Kartläggningen omfattar

De två målgrupperna (H respektive D) vad avser, kön, ålder, hemort, eventuellt övriga funktionsnedsättningar (inkl psykiatrisk och socialpsykiatrisk) samt drogtyp.

Nuvarande behandlingsresurser ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Uppskattat behov av institutionsbehandling av missbruket.

Förslag till åtgärder

Kartläggningen genomförs, på uppdrag av institutionschef Harriet Lundefors Oscarsson vid Rällsögården, av Med. Dr. Kerstin Möller vid Ahlséns hörsselforskningsinstitut och Institutet för handikappvetenskap (IHV), Örebro Universitet, Örebro. Hon har erfarenhet och kunskap om vård av vuxna med missbruk samt forskar om stöd och service till personer med funktionsnedsättning, i synnerhet de med hörsel- och synnedsättning.

Vi är medvetna om att denna förfrågan kommer i semestertider och inser att det kan innebära merarbete för er. Vi är dock mycket tacksamma om bifogade frågeformulär besvaras *före 31 juli 2008* och återsänds till Kerstin Möller.

E-post: kerstin.moller@oru.se eller med vanlig post till nedanstående adress.

Tfn: 019-28 20 65 (txt. tfn går också men sänd först sms till mobil 070-659 28 46)

Örebro 2008 06 26

Kerstin Möller
Med. Dr. i handikappvetenskap
IHV, Hälsoakademin, Örebro universitet
701 82 Örebro

Bilaga 3

ENKÄT

Till LVM- OCH LVU HEM ANGÅENDE VUXNA OCH UNGA VUXNA MED MISSBRUKSPROBLEM OCH MÅTTLIG TILL TOTAL HÖRSELNEDSÄTTNING

Tacksam för svar senast 31 juli eller så fort som möjligt

Frågorna besvarade av

Namn
Institution
Namn, e-post och telefonnummer på kontaktperson i detta ärende

OBS! För att få fler rader i svarscellerna tryck Enter/radbyte.

Frågor angående gruppen måttlig till total hörselnedsättning med missbruk

H1. Hur många klienter/ungdomar i målgruppen (18 år och äldre) har institutionen haft kontakt med?

Män/pojkar	Kvinnor/flickor

H2 Åldersfördelningen

Under 18 år	18 – 21 år	20 uppåt

H3. Har klienten/den unge med hörselnedsättning fler funktionsnedsättningar? Om ja ange vilka och antal (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes).

--

H4 Övriga kommentarer angående gruppen missbrukare med måttligt till total hörselnedsättning.

--

Frågor angående gruppen döva med missbruksproblem

D1. Hur många män/pojkar respektive kvinnor/flickor som verksamheten haft kontakt med senaste 12 – 18 månaderna?

Män	Kvinnor

D2 Åldersfördelningen

Under 18 år	18 – 21 år	20 uppåt

D3. Har klienten/den unge med dövhet fler funktionsnedsättningar? Om ja ange vilka och antal (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes).

D4 Övriga kommentarer angående gruppen missbrukare med måttligt till total hörselnedsättning.

Frågor om erfarenheter av institutionsbehandling för målgrupperna

OBS! Följande två frågor gäller endast om ni har eller har haft klienter/ungdomar med hörselnedsättning respektive dövhet

B1. Vilka är era erfarenheter av vård och behandling, i förhållande till er personal, övriga klienter/ungdomar och behandlingshemmets fysiska miljö och utrustning när det gäller gruppen personer med måttlig till total hörselnedsättning.

B2. Vilka är era erfarenheter av vård och behandling, i förhållande till er personal, övriga klienter/ungdomar och behandlingshemmets fysiska miljö och utrustning när det gäller gruppen döva.

Övriga synpunkter

Jag/vi vill ha rapporten när den är klar

Tack för hjälpen

Med. Dr. Kerstin Möller, Ahlséns forskningsinstitut/IHV
Hälsoakademin, Örebro universitet
701 82 Örebro

Skicka gärna enkäten på epost: kerstin.moller@oru.se

BILAGA 4

ENKÄT OM VUXNA OCH UNGA VUXNA (18–21 ÅR) MED MISSBRUKSPROBLEMATIK OCH MÅTTLIG TILL TOTAL HÖRSELNEDSÄTTNING RESPEKTIVE DÖVA MISSBRUKARE

Tacksam för svar senast 31 juli eller så fort som möjligt

Frågorna besvarade av

Namn och tjänsteställning:
Enhet samt huvudman:
Namn, e-post och telefonnummer på kontaktperson i detta ärende

OBS! För att få fler rader i svarscellerna tryck Enter/radbyte.

Frågor angående gruppen måttlig till total hörselnedsättning med missbruksproblematik

H1. Hur många män respektive kvinnor som verksamheten haft kontakt med senaste 12 – 18 månaderna?

Män/Pojkar	Kvinnor/Flickor

H2. Hur är åldersfördelning en för män (ange antalet kvinnor inom parantes)?

under 18 år	18 – 21 år	20 och äldre

H3a. Hur stort är antalet fördelat på geografisk hemvist?

Stockholm	Västra Götaland	Region Skåne	Örebro	Norrland	Övriga

H3b. Vilka är ”övriga” landsting/kommuner? Besvaras endast om du skrivit i kolumnen Övriga.

--

H4a. Hur är antalet fördelat på drogtyper (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes)?

Alkohol	Narkotika

H4b. Eventuella kommentarer

--

H5. Har personerna fler funktionsnedsättningar? Ange vilka och antal (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes).

--

H6. Hur stort är antalet personer med missbruk där det finns kännedom om pågående insatser, i förhållande till missbruket, från kommunen (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes)?

--

H7 Övriga kommentarer angående gruppen missbrukare med måttligt till total hörselnedsättning.

--

Frågor angående gruppen döva med missbruk

D1. Hur många män respektive kvinnor som verksamheten haft kontakt med senaste 12 – 18 månaderna?

Män/Pojkar	Kvinnor/Flickor

D2. Hur är åldersfördelning en för män (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes)?

under 18 år	18 – 21 år	20 och äldre

D3a. Hur stort är antalet fördelat på geografisk hemvist?

Stockholm	Västra Götaland	Region Skåne	Örebro	Norrland	Övriga

D3b. Vilka övriga landsting/kommuner. Besvaras endast om du skrivit i kolumnen Övriga.

--

D4a. Hur är antalet fördelat på drogtyper (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes)?

Alkohol	Narkotika

D4b. Eventuella kommentarer

D5. Har personerna fler funktionsnedsättningar? Vilka och antal (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes).

D6. Hur stort är antalet personer med missbruk där det finns kännedom om pågående insatser, i förhållande till missbruket, från kommunen (ange antalet kvinnor/flickor inom parantes)?

D7 Övriga kommentarer angående gruppen döva med missbruksproblematik.

Frågor om nuvarande institutions och behandlingsresurser

B1. Känner du till behandlingsresurser för gruppen personer med måttlig till total hörselnedsättning och missbruksproblematik i ett tillgänglighets perspektiv? Om ja – ange vilka. Om nej beskriv vilka resurser du/ni anser saknas inklusive eftervård, stöd till närstående, konsultinsatser mm. Beskriv även om det gäller LVM, LVU respektive SoL.

B2. Känner du till behandlingsresurser för gruppen döva med missbruksproblematik i ett tillgänglighets perspektiv? Om ja – ange vilka. Om nej beskriv vilka resurser du/ni anser saknas inklusive eftervård, stöd till närstående, konsultinsatser mm. Beskriv även om det gäller LVM, LVU respektive SoL.

Övriga synpunkter

Jag/vi vill ha rapporten när den är klar

Tack för hjälpen

Med. Dr. Kerstin Möller
Ahlséns forskningsinstitut/IHV, Hälsoakademin
Örebro universitet, 701 82 Örebro
Skicka gärna enkäten på epost: kerstin.moller@oru.se