

København, tirsdag den 29. september 2020

Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabiliterings høringssvar til 'Faglige kvalitetskrav og anbefalinger til høreapparatsbehandling af voksne', Sundhedsstyrelsen 2020.

Indledende bemærkninger

På vegne af Arbejdsgruppen skal der indledningsvis udtrykkes stor tilfredshed med at der er blevet udarbejdet nye kvalitetskrav, som sætter et højere ambitionsniveau i forhold til hvad der hidtil har været gældende. Særlig tilfredsstillende er det også, at disse retningslinjer gælder både offentlige og private aktører, og at der er tale om specifikke og detaljerede anvisninger.

Mere specifikt

P. 8/p. 48

Det er fint, at relevante standarder omtales og oplystes. Arbejdsgruppen undrer sig dog over, at de to standarder, der findes for høreapparattilpasning, ikke er nævnt. Der tænkes her på DS/EN 15927 ("Vejledning og krav til udbydere af høreapparattilpasning") og ISO 21388 ("Acoustics – Hearing aid fitting management"). Det synes tydeligt, at de to nævnte standarder har været inspiration for en stor del af indholdet i vejledningen.

P. 9

I tredje afsnit står der: "Publikationen beskriver de eksisterende forhold." Det er vel ikke korrekt, da publikationen netop opstiller en lang række nye anvisninger.

1

P.14.

Efter første afsnit (fortsat fra p. 13) og andet afsnit bør der indsættes tekst, der beskriver fordelingen mellem de forskellige årsager, der er til hørenedsættelse (evt. med inspiration fra forskningsprojekt udført af FIERS baseret på data fra de audilogiske afdelinger på hospitaler i Region Sjælland).

P. 16

Bemærkninger til flowchart. Til højre for 'Indledende undersøgelse og anamnese' omtales 'Praktiserende øre, næse, halslæge.' Ud for 'visitation' omtales 'Speciallæge i øre-, næse-, halssygdomme.' Er det ikke to forskellige betegnelser for den samme faggruppe? Dette problem findes også andre steder i dokumentet. Se f.eks. afsnit 2.3.

P. 19

Kommentarer vedrørende punkt 2.1. Audiologisk anamnese, punktet Helbredstilstand eller sygdom

Arbejdsgruppen anbefaler, at der spørges ind til svimmelhed. Dette gælder i særdeleshed ved asymmetriske høretab, hvor det kan være forårsaget af Menieres sygdom el. vestibularis schwanom. Så det bør man fange. Arbejdsgruppen anbefaler, at der under dette punkt anføres "svimmelhed".

Arbejdsgruppen anbefaler mere præcist, at der skrives:

"Helbredstilstand eller sygdom



- De oplevede høreproblemers varighed og udvikling
- Mellemøre historik (mellemørebetændelse, øreoperationer mv.)
- Tinnitus og/eller lydoverfølsomhed og graden af gener heraf Kroppens funktion og anatomi
- Svimmelhed”

P. 20 - Kommentarer vedrørende punkt 2.2. Indledende audiologisk undersøgelse
Som noget nyt anbefaler Sundhedsstyrelsen, at otomikroskopi fremover bliver obligatorisk under den indledende audiologiske undersøgelse. Det har været drøftet flere gange i arbejdsgruppen i regi af styrelsen, om det er nødvendigt at lægge denne undersøgelse allerede ved den indledende undersøgelse eller om den snarere bør bruges, hvis det viser sig, at der er behov for yderligere undersøgelser, hvilket Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering vil opfordre til.

Som det er nu, er det kun de praktiserende ØNH-læger samt audiologiske afdelinger, der råder over otomikroskop. Det betyder, at denne del af den indledende audiologiske undersøgelse kun kan foretages der. Det hænger imidlertid ikke sammen med, at det har været hensigten, at både private og offentlige klinikker skal kunne gennemføre forundersøgelserne, jf. også flowchart side 16.

For Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering er det vigtigt, at vi ikke skaber nye flaskehalse i forløbet for mennesker med hørenedsættelse, der allerede oplever lange ventetider i dele af systemet. Det kommer vi til at gøre, hvis man fx fremover altid skal forbi en ØNH-læge forud for genudlevering af et høreapparat.

2

Samtidigt giver det anledning til undren, at overskriften omtaler audiologiske undersøgelser, når der i teksten umiddelbart efter omtales otologisk undersøgelse. Det fremstår i det hele taget ubegrundet, hvorfor der i en forundersøgelse skal udføres otomikroskopi. Ingen af de relevante internationale standarder på området (EN 15927 og ISO 21388) nævner otomikroskopi som en nødvendighed.

Det sædvanlige forløb i sundhedsvæsenet er, at patienterne møder en stigende grad af kompetence, procedurer og udstyr i takt med at patienten visiteres til næste led i sundhedskæden.

Det vil med andre ord betyde, at man foretager en undersøgelse af relevante forhold med sædvanlige hjælpemidler, som i dette tilfælde vil være et videootoskop, som giver mulighed for fotodokumentation. Dersom der er indikationer på andre lidelser eller tvivl herom noteres det i rapporten, som går videre til speciallægen i øre-, næse-, halssygdomme. Speciallægen vil derefter med otomikroskopi foretage en mere omfattende analyse, som afgør om patienten skal sendes videre til yderligere udredning på en hospitalsklinik.

I den professionelle litteratur fremhæves, at otomikroskoper er nødvendige hjælpemidler ved indgreb i ørerne og desuden tilbyder binokulært syn. Men det bør som minimum undersøges, om en sædvanlig otoskopi ikke kan danne grundlag for visitation til yderligere undersøgelse.

Man kan også betænke, at det pilotforsøg angående afprøvning af digital visitation, der



skal gennemføres i Region Nord, baserer sig på en fotografisk gengivelse af trommehinden i forundersøgelsen og først til allersidst vil medicinske audiologer på en hospitalsafdeling foretage en undersøgelse med otomikroskop for at validere resultaterne fra de forskellige aktører.

Arbejdsgruppen finder således ikke, at der er baggrund for at der skal gennemføres otomikroskopisk undersøgelse i dette led af undersøgelsesproceduren, dvs. som led i forundersøgelsen. Det vil være fuldt tilstrækkeligt at gennemføre en videootoskopi, hvorved undersøgelse af trommehinde og øregang visualiseres og kan dokumenteres.

Videootoskopian – sammen med de øvrige undersøgelser – skal danne baggrund for otologens visitation under Kapitel 3. Ved speciallægens undersøgelse Punkt 3, kan speciallægen ”supplere med yderligere undersøgelser....” Her bliver patienten undersøgt med otomikroskop, såfremt der er noget i enten anamnesen, ved tympanometrien, ved stemmegaffelundersøgelse eller den vedlagte videootoskopi, der skulle indikere at der måtte være en medicinsk problemstilling med en mellemørelidelse. Eller også såfremt der er så udtalt mængde cerumen (ørevoks), at fuldt overblik over øregang og trommehinde hindres ved videootoskopi.

Arbejdsgruppen opfordrer således til, at otomikroskopi ikke bliver et krav, men en mulighed som en del af speciallægens visitation.

Det er desuden vigtigt, at det står helt klart i dokumentet, at kravet ikke stilles i forbindelse med genudlevering af høreapparater. I modsat fald skal patienten altid forbi en ØNH-læge inden genudlevering, hvilket ikke er et krav i dag og kun praktiseres i en enkelt region.

3

Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende passage ændres fra

”For at speciallægen kan foretage denne vurdering, skal der som minimum foreligge følgende undersøgelser:

- Otomikroskopi
- Toneaudiometri med luft- og benledning
- Taleaudiometri med måling af skelneevne
- Tympanometri”

til

”For at speciallægen kan foretage denne vurdering, skal der som minimum foreligge følgende undersøgelser:

- Videootoskopi med fotodokumentation
- Toneaudiometri med luft- og benledning
- Taleaudiometri med måling af skelneevne
- Tympanometri

Der kan desuden udføres otomikroskopi (samt oprensning af cerumen)”

P. 21

I starten af afsnit 2.3 står hedder det: "Det er afgørende, at patienten informeres om forløbet og resultaterne af de audiologiske undersøgelser." I den forbindelse er der brug for en uddybning af dette forhold som f.eks.: 'For patienter som aldrig før har stiftet bekendtskab med audiologiske målinger, er det vigtigt at forklare audiogrammet på en sådan måde, at patienten kan relatere måleresultaterne til sin egen situation. Ligeledes skal det tilstræbes at verificere, at patienten har forstået disse forhold.'

P. 22

Arbejdsgruppens kommentar til afsnit 2.5. Faciliteter og udstyr. Som tidligere nævnt foreslår arbejdsgruppen, at kun videootoskopia er obligatorisk, hvorfor vi også her foreslår, at ordet "otomikroskopi" ændres til "videootoskopi", så den nye ordlyd samlet set hedder:

"Udstyr til videootoskopi

Til undersøgelse af øregang og trommehinde anvendes videootoskopi samt øretragt i passende størrelse"

P. 23

Arbejdsgruppen anbefaler, at tredje afsnit ændres til:

"For at speciallægen kan vurdere indikation for høreapparatbehandling og visitere patienten, skal der tages udgangspunkt i de undersøgelser, der er beskrevet i det foregående kapitel om indledende undersøgelser og audiologisk anamnese."

Femte afsnit anbefales ændret til:

"Speciallægen i øre-, næse- og halssygdomme kan i forbindelse med den kliniske vurdering og visitationen supplere med yderligere undersøgelser så som otomikroskopi. Af hensyn til et effektivt og sammenhængende patientforløb skal det tilstræbes at undgå at udføre dobbeltundersøgelser."

P. 26

Arbejdsgruppens kommentarer vedrørende punkt 3 Visitation, 3.2. Kompliceret høretab

Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende punkt tilføjes listen: "Patienter, hvor høretærsklen er dårlige (PTA>60 dB), da de kan være kandidater til cochlea implant."

Samlet set bør listen således lyde:

"• Alle patienter under 18 år.

• Patienter med behov for udredning og behandling, der, i den til enhver tid gældende specialevejledning¹², er fastlagt som henholdsvis regionsfunktion og højt specialiseret funktion i sygehusvæsenet.

• Patienter med væsentligt nedsat skelneevne, uanset hørenedsættelsens omfang i øvrigt, svarende til DS (lydscore) < 75 % eller DS (ordscore) < 60 % på øret med ringest skelneevne målt ved taleaudiometri med Dantale I ved MCL¹³.

• Patienter med asymmetrisk hørenedsættelse, hvor asymmetrien i høretærskler andrager mere end 30 dB som gennemsnittet for frekvenserne 500, 1000, 2000 og 4000 Hz, og/eller forskellen i DS mellem de to ører er 20 procentpoint eller mere. Udredning med henblik på retrocochleær sygdom kan være indiceret ved asymmetri mindre end 30



dB.

- Patienter hvor høreapparat overvejes til et øre med hørelse ≤ 25 dB HL som gennemsnittet af høretærsklerne ved 500, 1000, 2000 og 4000 Hz.
- Patienter som kan være kandidater til behandling med cochlear implant, knogleforankret høreapparat eller andre implanterbare løsninger.
- Patienter, hvor høretærsklen er dårlige (PTA > 60 dB), da de kan være kandidater til cochlea implant.
- Patienter med hørenedsættelse sammen med væsentligt generende tinnitus og/eller lydoverfølsomhed og patienter med væsentlig generende tinnitus og/eller lydoverfølsomhed uden hørenedsættelse.
- Patienter med hørenedsættelse kombineret med anden svær sansedefekt og/eller komplicerende komorbiditet og/eller svært nedsat funktionsevne af betydning for valg af behandling.
- Patienter med fluktuerende eller hastigt progredierende hørenedsættelse.”

P. 27

vedr. afsnit 4.2. Inddragelse og information

Arbejdsgruppen opfordrer til, at følgende passager formuleres som nedenstående og erstattes med de nuværende passager:

”Efter afsluttede undersøgelser skal patienten informeres grundigt om resultaterne af de audiologiske undersøgelser, både hvad angår rentoneaudiometri såvel som taleaudiometriske tests. Fagpersonen skal gennemgå de forventede fordele såvel som ulemper ved høreapparatbehandling, såsom forventet udbytte, behov for tilvænningsstid, forventet vedligehold og/eller forandret lydbillede.

5

Hvis det i fællesskab vurderes, at høreapparat vil være den relevante hjælp, er det vigtigt, at patienten sammen med fagpersonen overvejer nytten af et høreapparat. Overvejelserne skal bl.a. tage afsæt i patientens erhvervsmæssige situation, sociale kontakter, interesser, motoriske ressourcer, motivation mv. Som led heri drøftes motivation og nytte af høreapparat med patienten.”

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at følgende nye afsnit indsættes:

”Det anbefales, at fagpersonen benytter ”Fælles beslutningstagen” som metode til at inddrage og forventningsafstemme en eventuel høreapparatbehandling.”

Slutteligt anbefaler Arbejdsgruppen, at følgende afsnit udelades, da det ikke har relevans for en kravspecifikation:

”Når nogle patienter med høretab opgiver at anvende deres høreapparat, kan det bl.a. skyldes, at de ikke i tilstrækkeligt omfang har været informeret om effekten af høreapparatet eller ikke har modtaget tilstrækkelig instruktion og undervisning i brug af høreapparat.”

P. 30

I forbindelse med afsnit 5.1. Valg af høreapparat anbefaler Arbejdsgruppen, at der efter følgende passage:

”Fagpersonen informerer patienten om fordele og ulemper ved forskellige typer apparater. Hvis patienten fx ønsker et høreapparat af en meget lille størrelse (fx helt inde i øregangen, CIC-apparat), skal patienten forberedes på, at det kan have andre ulemper såsom udfordring med at håndtere meget små batterier, indelukket opfattelse af egen stemme (okklusionsfølelse), akustisk feedback såvel som manglende tilbehørsmuligheder som fx telespole og FM-systemer. Patienten skal også gøres opmærksom på returneringsmuligheder, hvis der opstår problemer med det udleverede høreapparat.”

indsættes følgende nye passage:

”Det anbefales, at fagpersonen benytter ”Fælles beslutningstagen” som metode til at inddrage og forventningsafstemme høreapparatbehandlingen.”

P. 43

Arbejdsgruppens kommentarer vedr. punkt 9: Kompetencer hos faggrupper som forestår høreapparatbehandling

Under de generelle kompetencer, bør der ikke stå, at audiologer/audiologopæder skal have mindst ½ års praktik. Rent fagligt såvel som rent praktisk giver det ikke mening.

Dels kan man ikke trække ½ års forskningsbaseret undervisning ud til at gennemføre praktik, og dels er det fuldstændigt umuligt at skaffe ½ års praktik til alle studerende. Den videre praktiske erfaring ud over praktikperioden erhverver de nyuddannede sig i deres første ansættelse.

6

Dertil kommer, at der ikke er mange klinikker, der foretager audiometri og tilpasning på over 1.000 klienter årligt, ligesom dette tal ikke siger noget om hvor mange tilpasninger den enkelte audiolog har lavet.

Arbejdsgruppen anbefaler således, at der i stedet skrives:

”Fagpersoner, der har gennemgået en erhvervsuddannelse, og som selvstændigt foretager audiometri og tilpasning af høreapparater, skal have mindst to års erhvervserfaring fra en audiologisk klinik, der foretager høreapparattilpasning på mellem 500 og 1000 klienter årligt.

I forhold til universitetsuddannede audiologer/audiologopæder bør den praktiske erfaring erhverves under supervision af en erfaren audiolog inden den nyuddannede audiolog kan arbejde selvstændigt, ligesom vedkommende skal have mindst et halvt års erhvervserfaring fra en audiologisk klinik, der foretager høreapparattilpasning på mellem 500 og 1000 klienter årligt, før audiologen/audiologopæden kan arbejde på egen hånd. Fagpersonen bør løbende føre sig ajour med udviklingen inden for audiologi, høreapparatteknologi, -metoder og procedurer”

P. 44

Som tidligere nævnt foreslår arbejdsgruppen, at kun videootoskopien er obligatorisk, hvorfor vi også her under afsnittet ”Indledende audiologiske undersøgelser” foreslår, at ordet ”otomikroskopi” ændres til ”videootoskopi.”

Arbejdsgruppen anbefaler, at man skriver:



”Fagpersonen skal kunne udføre undersøgelser som beskrevet i kapitel 2.2:

- Videootoskopi
- Toneaudiometri med luft- og benledning (maskeret og umaskeret)
- Taleaudiometri med måling af skelneevne
- Tympanometri (impedansmåling)”

Slutteligt savner Arbejdsgruppen i kompetencebeskrivelserne et element, der omtaler kommunikationsfærdigheder i forbindelse med patientbehandlingen.

På vegne af Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering håber vi selvfølgelig at man vil imødesee vores forslag til ændringer.

Med venlig hilsen

Majbritt Garbul Tobberup, Fmd., Høreforeningen

Tine Lyngholm, Sekretariatsleder, Høreforeningen

Anne-Mette Flinch, Afdelingsleder, Institut for Syn, Hørelse og Døvblindhed, Region Nordjylland, for Danske Tale-, Høre og Synsinstitutioner (DTHS)

7

Gert Ravn, Senior Technology Specialist, Audiology & Hearing Aids, Force Technology

Dorte Hammershøi, Professor, Aalborg Universitet

Ågot Møller Grøntved, Klinisk lektor, Studieleder Audiologi, Syddansk Universitet (SDU)

Jesper Hvass Schmidt, Consultant M.D., Ph.D., Odense University Hospital (OUH)

Nikolai Bisgaard, Vice President, External Relations, GN Hearing A/S

Karen Wibling Solgård, General Manager, Oticon Danmark A/S

Trine Kromann-Mikkelsen, Vice President, Corporate Communication & Relations, Demant A/S

Martin Damm Jensen, Regional VP Northern Europe & GM Nordic, Widex A/S

Thomas Agerskov, Sales Manager HI Denmark, Sonova Denmark A/S

