



29. september 2020

**Høringssvar vedr. faglige kvalitetskrav og anbefalinger  
til høreapparatbehandling af voksne**

Til Sundhedsstyrelsen  
cc. Sundheds- og Ældreministeriet

PAKS takker for muligheden for at kommentere på udkastet til krav og anbefalinger vedr. høreapparatbehandlingen i Danmark.

Indledningsvis vil vi præcisere vores overordnede branchepolitiske syn på dokumentet efterfulgt af vores primære detailkommentarer af faglig karakter. Endelig vedlægger vi som bilag en fælles udtalelse fra en bred kreds af aktører i den private høreforsorg samt vores kommentarer til Sundhedsstyrelsens oprindelige udkast til vejledning og anbefalinger fra februar 2020.

**Indledning**

Siden PAKS kommenterede på det første udkast til faglige kvalitetskrav og anbefalinger til høreapparatbehandling af voksne tilbage i februar, har vejledningen ikke ændret sig substantielt. Det er et problem, at Sundhedsstyrelsen ikke lytter til berettiget kritik og konstruktive ændringsforslag. Det sender et uheldigt og bekymrende signal om partiskhed, der står i skarp kontrast til den gode og engagerende dialog, som i dag præger høreområdet og det samarbejde, som Sundheds- og Ældre Ministeriet lægger mange kræfter i at facilitere.

I februar anførte vi bl.a.:

- At vejledningen har en "offentlig slagside" og omtaler høreapparatbrugere som patienter (pr. definition syge) og ikke som kunder eller brugere, hvad hovedparten er.
- At vejledningen er præget af proportionsforvrængende læge-centrisme, som ikke afspejler, at høreapparatbehandling fortrinsvis er en sag for andre faggrupper end læger.
- At vejledningen er uoverskuelig og reelt blander krav, visioner, vejledning og anbefalinger sammen i en sand pærevælling.

Intet har reelt ændret sig på disse punkter. Vejledningen er fortsat uoverskuelig og bærer præg af at være influeret af privatpraktiserende ørelæger, der har stor privatøkonomisk interesse i at kontrollere visitationen af alle høreapparatbrugere, og desuden er erklærede modstandere af f.eks. digital udredning af høretab.



Sundhedsstyrelsen lægger således navn til en vejledning, der ensidigt fremmer bestemte aktørers interesser. For de privatpraktiserende ørelægers vedkommende er der tale om en konkret, privatøkonomisk begunstigelse, der styrker deres mulighed for at styre markedet og borgerne i retning af egne klinikker. Forfordelingen af lægerne vil desuden få betydelige strukturelle konsekvenser, dels for størrelsen af den samlede kapacitet i høreforsorgen, dels for udnyttelsen af denne kapacitet på tværs af sektorer. En konsekvens heraf bliver bl.a. stigende offentlige ventelister.

De foreslåede ændringer får desuden store konsekvenser for den samlede økonomi i høreforsorgen. Det er både unfair og uprofessionelt at foreslå ændringer, som vil være enormt ressourcekrævende (som det fremgår af vores overslag nedenfor), uden at adressere spørgsmålet om økonomiske kompensation til høreforsorgen – herunder regulering af det tilskud, som i dag ydes til privat høreapparatbehandling. Akkurat som nye minimumskrav til høreapparater er forbundet med øgede omkostninger, så er ekstra opgaver helt logisk også forbundet med ekstra udgifter. På den baggrund bliver vi nødt til at spørge: "Hvad havde man egentlig forestillet sig i Sundhedsstyrelsen"?!

Endelig er det stærkt kritisabelt, at Sundhedsstyrelsen kan foreslå radikale ændringer forbundet med store omkostninger, UDEN at have antydningen af dokumentation for, at disse forandringer samlet set vil medføre, at borgerne sikres en bedre oplevet kvalitet.

Analysen af hvilken "knap" man bedst og billigst kan dreje på for at forbedre den oplevede kvalitet af høreapparatbehandlingen, mangler. Ændrer man samtidigt på 10 forskellige parametre uden at have en baseline, ved man ikke hvilke ændringer, der er relevante og hvilke, som ikke er investeringen værd. Uden en baseline vil det reelt være umuligt senere at afgøre om ændringerne har været en succes eller en fiasko.

Gennemføres de foreslåede ændringer vil det på grund af omkostningstrykket reducere den samlede behandlingskapacitet, øge de offentlige ventelister, forstærke allerede eksisterende problemer med ventetid på visitation, give mindre tid til den enkelte borger og presse det audiologiske personale yderligere. Derfor er der behov for, at Sundhedsstyrelsen genovervejer både form og indhold af behandlingsvejledningen.

Vi er klar over, at dette "spor 3" i udmøntningen af L194 er forsinket. Dette retfærdiggør imidlertid ikke, at kritik negligeres. Det hjælper ikke at anføre, at ny viden eller organisatoriske ændringer kan mødeføre en opdatering af vejledningen. Vi ved, at processen forbundet hermed kan være både rigid og lang. Vi må tage afsæt i, at høreapparatbehandlingen i Danmark generelt er af en høj kvalitet. Området er – fraset længden af de offentlige ventelister – ikke karakteriseret af alvorlige, akutte kvalitetsproblemer.

Den private sektor, der tegner sig for 49% af alle udleverede høreapparater, bør derfor inviteres ind i den rådgivende arbejdsgruppe, dokumentationen bag krav og anbefalinger må revideres og/eller fremskaffes. Evt. ændringer må spejles i de udgifter, de vil udløse og herefter prioriteres. Dette ud fra en samlet cost-benefit betragtning og på basis af reel viden om, hvad der giver borgerne en kvalitetsoplevelse. Endelig skal spørgsmålet om høreforsorgens økonomi naturligvis inddrages.



## **Primære kommentarer**

### **Ad 2.2. Indledende audiologiske undersøgelser**

I forbindelse med den indledende audiologiske, der både kan foregå i den private audiologiske klinik og hos ørelægen, formuleres et nyt krav om, at der, som det første, skal foretages en otomikroskopi. Dette krav er både ulogisk og ubegrundet.

Det er ulogisk at kræve, at der udføres en otomikroskopi, når der ved almindelig otoskopi ikke er tegn på sygdom eller dårligt udsyn til trommehinden. Ingen steder i Europa benytter man i dag otomikroskopi som standard ved den indledende audiologiske undersøgelse. Endelig giver det ikke mening at kræve brug af otomikroskopi i forbindelse med den indledende undersøgelse, men "kun" otoskopi i forbindelse med yderligere audiologisk undersøgelse jf. 4.1.

Når vi nævner, at det er ubegrundet at kræve otomikroskopi skyldes det, at der ikke er dokumentation for, at otomikroskopi er bedre end f.eks. videootoskopering<sup>1</sup>. En almindelig otoskopering burde være tilstrækkelig i langt de fleste tilfælde, men ville man endelig opdatere den indledende audiologiske undersøgelse, burde dette ske med en videootoskopering. Denne teknologi er lige så god eller bedre end otomikroskopi i udredningsøjemed, men har den fordel, at man kan gemme et billede af trommehinden. I stedet for sekunder på ørelægens nethinde, vil man for altid have et billede liggende gemt i journalen.

At kræve standard anvendelse otomikroskopi er et let gennemskueligt forsøg på at sikre de privatpraktiserende ørelæger monopol på visitationen. Dette ved at påføre de private klinikker, der har en lægelig konsulent tilknyttet udgifter på mellem kr. 75.000-200.000 pr. forretningsenhed alt efter teknologi. Da denne undersøgelse samtidig er mere tidskrævende, vil anvendelse heraf – alt andet lige - øge ventetiden hos de privatpraktiserende ørelæger og dermed forstærke de flaskehalsproblemer, borgerne allerede i dag oplever i forbindelse med høreapparatbehandling.

### **Ad 4.4. Krav til faciliteter i forbindelse med audiometri**

Det foreslås, at høretærskelniveauet ved brug af hovedtelefoner eller benledningsvibratorer sænkes og fremover skal kunne måles ned til 10 dB HL for luftledning og 20 dB HL for benledning. Vi savner dokumentation for, at det nuværende niveau på 30 dB generelt afstedkommer problemer med at måle høretærskelniveauet. Vi ser ikke alene et problem med at møde dette niveau i forhold til f.eks. hjemmebesøg, men også en betydelig økonomisk udfordring forbundet hermed jf. nedenfor.

---

<sup>1</sup> Se f.eks.: A Comparison of In-Person Examination and Video Otoscope Imaging for Tympanostomy Tube Follow-Up, C. Patricoski et al. in: Telemedicine Journal and e-Health Vol. 9, No. 4, 2004.

Video-otoscopy recordings for diagnosis of childhood ear disease using telehealth at primary health care level, L. Biagio et al. in: Journal of Telemedicine and Telecare 2014, Vol. 20(6) 300–306.



Var baggrundsstøj et reelt problem, ville mange borgere i forbindelse med deres besøg hos ørelægen få at vide, at deres høretab ikke kunne verificeres. Dette er ikke tilfældet. Vi må sætte spørgsmålstegn ved, hvad samfundet reelt får af kvalitetsforbedringer for de mange penge, som skal investeres i at leve op til disse værdier.

Finder man det vitterligt nødvendigt at sænke det acceptable niveau for baggrundsstøj, bør dette ske til et niveau på 20 dB og ikke som foreslået. En sænkning fra 30 dB til 20 dB vil således kun i begrænset omfang reducere behandlingskapaciteten. En sænkning til 10 dB vil til gengæld medføre en alvorlig amputation af den private sektor. Se nedenstående beregning.

#### **Ad 5.1.3. Test af høreapparats tilpasning**

REM målinger og målinger i frit felt, er målinger der primært foretages for at sikre korrekt tilpasning af apparaterne. De tilsigtede fordele ved disse målinger kommer især til udtryk ved at reducere antallet af besøg i forbindelse med justering. En ædel tanke, men justeringer er IKKE et problem i dag. Krav om både REM og frit felt er ikke bare et usædvanligt krav, der vil kræve en massiv omstilling af en stor del af den private sektor. Kravet er også forbundet med meget betydelige omkostninger, jf. estimater nedenfor, og vil betyde en markant reduktion af kapaciteten i hele høreforsorgen. Udover den fysiske anskaffelse vil en udvidelse af den nuværende behandling med REM og frit felt medføre et signifikant øget tidsforbrug med uoverskuelige konsekvenser for produktiviteten til følge. Dette vel at mærke uden, at der er evidensbaserede problemer med de nuværende behandlingskrav, hvor REM og frit felt målinger ikke er obligatoriske. Igen kan man mistænke bestemte interessenter for at forsøge at etablere et monopol, der i særlig grad begunstiger offentligt finansierede klinikker samt ørelæger, der har privatøkonomiske interesser i høreapparatudlevering.

#### **Ad 5.2. Opfølgning og efterkontrol**

Når det anføres, at der indenfor 2 måneder skal tilbydes opfølgningsbesøg efter udleveringen af høreapparatet, er det efter PAKS' opfattelse alt for lang tid at vente på en tilpasning. Skal borgeren have det maksimale udbytte af sine nye apparater, bør formuleringen lyde: Borgeren skal tilbydes en opfølgende tilpasning efter maksimalt 14-21 dage. Hvis borgeren ikke benytter sig af tilbuddet, skal det gentages senest 2 måneder efter udleveringen. Dette er i øvrigt både en billigere og langt mere patientrettet tilgang til at optimere tilpasningen end at stille krav om yderligere audiologiske undersøgelser, jf. afsnit 5.1.3

#### **Ad 8.1. Forslag til målepunkter og indikatorer**

PAKS tillægger målinger af borgernes oplevede kvalitet stor betydning. Målingerne skal bidrage til at sikre, at der er leveret en kvalitet, der møder borgerens forventninger og behov. Vigtigt er det imidlertid også at anvende målingerne til at skabe **gennemsigtighed** i hele høreforsorgen og dermed tilvejebringe et grundlag for, at borgerne kan udøve deres ret til frit at vælge, hvor de ønsker behandling – offentligt eller privat. Vi finder i den forbindelse ikke, at SSQ12, og slet ikke IOI-HA skemaet, er den rigtige løsning.



Dataindsamling blandt borgerne skal forekomme relevant og have et overskueligt omfang. Dette synspunkt bygger bl.a. på vores erfaringer med at få borgerne til at respondere på forskellige typer af kvalitetsmålinger.

Pkt. 8.1 er i sin nuværende form en sammenblanding af mål og midler. For PAKS, og i øvrigt for de fleste kunder med et ukompliceret høretab, har det topprioritet, at det bliver muligt at sammenligne den oplevede tilfredshed på tværs af sektorer og klinikker. Vi støtter, at data baserer sig på borgernes tilbagemeldinger og mener, det er afgørende, at nøgledata repræsenteres i en form, der gør at almindelige mennesker kan anvende disse som beslutningsstøtte i forbindelse med valg af høreapparatbehandling.

Vi kender intentionerne bag Sundhedsdatastyrelsen planer om at høste data. Med henblik på sammenligning af den offentlige og private sektor opfordrer vi allerede nu til, at man meget nøje tænker sig om i forhold hvilke data, det overhovedet er muligt at sammenligne. Vi gør desuden opmærksom på, at en systematisk dataindsamling skal kunne foregå uden brug af væsentlige ressourcer eller kompenseres økonomisk.

### Økonomiske konsekvenser

Som anført ovenfor har en lang række af de ændringer, som Sundhedsstyrelsens udkast til krav og anbefalinger lægger navn til, meget betydelige økonomiske konsekvenser. For de vigtigste områder har vi foretaget nedenstående estimer, der alene **omfatter den private del af høreforsorgen**. I og med, at det offentlige i dag behandler mere end halvdelen af alle høretab – heraf ca. 85% ukomplicerede – vil de økonomiske konsekvenser naturligvis også være betydelige for de offentlige audiologiske klinikker.

Krav	Investering for den del af privat-markedet der ikke har udstyr i forvejen*	Behov for ekstra audiologiske timer pga. øget tidsforbrug	Øget tidsforbrug omregnet til kapacitetsdrop (off+priv)	Øget tidsforbrug omregnet til nedgang i antal færdigbehandlede klienter p.a.
Indførsel af obligatorisk Otomikroskopi ved forundersøgelse	30.555.000 kr.	18.810	-8%	7.524
Indførsel af obligatorisk REM måling ved forundersøgelse	8.640.000 kr.	28.215	-12%	11.286
Indførsel af obligatorisk frit felt måling ved tilpasning	2.520.000 kr.	22.572	-9%	9.029
Sænket baggrundsstøj fra nuværende 30 dB til 10 dB ved høreprøven	8.910.000 kr.	0	0%	0
<b>Total</b>	<b>50.625.000 kr.</b>	<b>69.597</b>	<b>-29%</b>	<b>27.839</b>

\* Såfremt udstyret ikke i forvejen er til rådighed i offentlige klinikker vil investeringen blive forholdsvis større.



Tallene burde tale deres eget tydelige sprog. Den private kapacitet vil blive reduceret med 29%. Herudover skal man fratrække den kapacitet, som forsvinder når private klinikker må lukke af økonomiske eller pladsmæssige årsager.

Det bør på den baggrund stå klart, at Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger, skal og må spejles i den evidens og de omkostning, de repræsenterer. Nye krav til høreapparatbehandlingen kan realistisk set kun kan gennemføres, hvis de udgiftskompenseres 1:1. Sker det ikke, vil kapacitetsfaldet i høreforsorgen være meget betydeligt, med de indlysende konsekvenser dette har for både borgernes oplevede kvalitet og de offentlige ventelisters længde.

### **Sekundære bemærkninger**

PAKS har en række mere sekundære bemærkninger til Sundhedsstyrelsens krav og vejledning. Det vil føre for vidt at gå i detaljer her. Blot skal det nævnes, at vi i relation til nedenstående punkter ser udfordringer, som kræver en nærmere dialog.

- Ad 1.4        Hvorfor angiver man ikke det reelle forhold mellem ukomplicerede og ukomplicerede høretab, så alle kan få de rette proportioner med, når de forholder sig til området.
- Ad 1.5        Kommunikationscentrene præsenteres flere steder som helt enestående. Det bør tydeliggøres, at en lang række af de opgaver, som kommunikationscentrene udfører også varetages privat. Det gælder f.eks. høreopædagogiske opgaver.
- Ad 2.1        Vi opfordrer til, at borgernes oplevede høretab som væsentligst lægges til grund for vurderingen af høretabet. Ingen ønsker at gå med høreapparat, hvis de ikke oplever en hørenedsættelse.
- Ad 2.4        Symbolforklaring til audiogrammer. Alle aktører bør inviteres til at give input - herunder bidrage til, at "Høremappen" som er under udvikling, gør det nemt for den enkelte borger at få hjælp, hvor vedkommende ønsker det.
- Ad 2.5        Otomikroskopi bør, i forlængelse af tidligere argumentation, ikke være standard.
- Ad 9         Det bør stå aldeles klart, at ørelæger ikke har særlige kompetencer, når det gælder høreapparatbehandling. Det bør derfor fremgå, at: Fagpersoner, der forestår audiologiske undersøgelser og høreapparatbehandling, skal have en godkendt uddannelse og praktisk erfaring inden for audiologi og akustik.

### **Afslutning**

PAKS deler mere end nogen visionen om at kvaliteten af høreapparatbehandlingen i Danmark skal styrkes. Vi har et meget klart billede af, at det kan ske ved at tage udgangspunkt i de behov, borgerne udtrykker, når man ulejliges sig med at spørge dem: Nærhed, muligheden for frit at vælge behandlingssted, hurtig adgang til behandling eller justeringer, opmærksomhed og service. Dette gælder antageligvis alle borgere – uanset om de ønsker behandling offentligt eller privat.



Vores budskab er, at borgernes oplevede kvalitet kan styrkes betydeligt, ved at levere på ovennævnte parametre. Ved at måle på borgernes tilfredshed kan alle – både borgere og politiske aktører - se hvor tilfredsheden er størst og prioritere herefter. Synlige mål for den enkelte borgers tilfredshed, gør det muligt for andre borgere at træffe et oplyst valg angående udlevering af høreapparater. Akkurat som det er muligt for høreforsorgens aktører at forstå, hvor de skal lægge sig i selen og investere i forbedringer.

Efter PAKS' opfattelse vil denne tilgang til en "styrket kvalitet" ikke alene være meningsfuld for borgerne og høreforsorgens aktører. Den vil også sikre, at ressourcerne bliver anvendt, hvor det giver bedst mening for dem, det hele handler om – borgere med et høretab.

Har Sundhedsstyrelsen visioner for, hvordan kvaliteten af høreforsorgen i øvrigt kan styrkes, må vi både kræve upartiskhed, seriøs dokumentation samt forståelse for, at ekstra opgaver er forbundet med ekstra omkostninger, som private aktører skal kompenseres fuldt ud for.

På vegne af PAKS

Peter Andreasen  
Formand