

Hvidbog

Den hørehæmmede i centrum

Udarbejdet af:

Erik Brodersen, projektleder, IDHA, Informationscenteret for Virksomheder med Døve og Hørehæmmede ansatte, formand for arbejdsgruppen.

Kurt Jeritslev, næstformand i Landsforeningen for Bedre Hørelse.

Henrik Boesen, redaktør, Landsforeningen for Bedre Hørelse.

Kristian O. Nielsen, overlæge, formand, Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab.

Steen Ø. Olsen, Formand, Landsudvalget for Audiologiassistenter.

Niels Jacobsen, direktør, Otvidan.

Per Nielsen, centerleder, Videnscenter for Døvblevne, Døve og Hørehæmmede.

Gert Ravn, laboratoriechef, DELTA Akustik og Vibration, Teknisk Audiologisk Laboratorium.

December 1999.

Indholdsfortegnelse

1 - Indledning og sammenfatning	1
Medlemmer af arbejdsgruppen	1
Baggrund	1
Målsætninger	3
Arbejdsgruppens anbefalinger	4
Anbefaling 1	4
Anbefaling 2	4
Anbefaling 3	5
Detailanbefalinger	5
2 - Definition af svage grupper	7
Sammenfatning	7
Hørehæmmede er en svag gruppe	7
3 - Modelbeskrivelser	9
Sammenfatning	9
Høreomsorgen i Danmark	10
Den hørehæmmedes vej gennem det eksisterende system.....	11
Praktiserende læge eller praktiserende øre-næse-halslæge.....	11
Offentlig amtslig audiologisk afdeling.....	11
Høreinstitutioner og kommunikationscentre	12
Supplerende tekniske hjælpemidler.....	12
Specialkonsulentbistand	12
Valgfrihed og tilkøbsmodeller	13
Hjælpemiddellovgivningen.....	13
Det offentlige tilbud – bedst og billigst princippet.....	14
Høreapparater er personlige hjælpemidler.....	14
Valgfrihed og kvalitetssikring	14
Tildeling af høreapparater i forskellige modeller.....	15
Mangel på audiologiassistenter	15
(Model I) Den nuværende model	16
(Model II) Høreapparatet som særligt personligt hjælpemiddel	16
(Model III) Fast kontanttilskud og frit leverandør- og produktvalg	17
Sammenfatning	17
Udenlandske modeller og eksempler	20
Sammenfatning	20
Hørebranchen – en global økonomi.....	20
Første niveau.....	21
Andet niveau.....	21
Det australske system – en sammenlignelig udvikling	22
4 - Kvalitetscertificering	24
Sammenfatning	24

Lægefaglige kvalitetskriterier for høreomsorg	24
Retningslinier for certificering	26
Checkliste til løbende kontrol af hørelinikker	27
1. IDENTITET	27
2. PERSONALE	27
3. Udstyr og lokaler	28
4. HØREAPPARATILPASNING	28
5. EFTERKONTROL	28
6. RESUMÉ	28
 <i>5 - Definition af svære (komplicerede)</i>	
<i>tilfælde.....</i>	<i>29</i>
Sammenfatning.....	29
Overvejelser om mulighed for at skelne mellem komplicerede og simple tilfælde	30
Sundhedsfaglig "sondring mellem stærke eller komplicerede hørenedsættelser og andre hørenedsættelser"	31
 <i>Bilag</i>	<i>33</i>
Bilag 1: Checkliste vedrørende TILSYN PÅ HØREKLINIK	33
Bilag 2: Tilskudsdekning – LBH's indlæg til hvidbog	42

1 - Indledning og sammenfatning

Medlemmer af arbejdsgruppen

- Erik Brodersen, projektleder, IDHA, Informationscenteret for Virksomheder med Døve og Hørehæmmede ansatte, formand for arbejdsgruppen. Holmboes Allé 2, 8700 Horsens, tlf: 75 62 00 44, E-mail: ebro@post8.tele.dk
- Kurt Jeritslev, næstformand i Landsforeningen for Bedre Hørelse.
- Henrik Boesen, redaktør, Landsforeningen for Bedre Hørelse.
- Kristian O. Nielsen, overlæge, formand, Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab.
- Steen Ø. Olsen, Formand, Landsudvalget for Audiologiassistenter.
- Niels Jacobsen, direktør, Otvidan.
- Per Nielsen, centerleder, Videnscenter for Døvblevne, Døve og Hørehæmmede.
- Gert Ravn, laboratoriefachef, DELTA Akustik og Vibration, Teknisk Audiologisk Laboratorium.
- Kim Ruberg, konsulent, sekretær for arbejdsgruppen.

Baggrund

11. juni 1999 indgik Amtsrådsforeningen og Finansministeriet en aftale, som blandt andet indeholder beslutninger, der vil ændre den danske høreomsorg. Aftalen forudsætter en grundlæggende ændring af modellen for høreomsorg og fastslår blandt andet,

- at der skal gennemføres en revision af tildelingskriterierne
- at hørehæmmede i fremtiden skal have et kontanttilskud på 3.000 kr. pr. høreapparat
- at høreomsorgen i fremtiden foregår på grundlag af retningslinier udarbejdet af sundhedsmyndighederne

Aftalen er en del af en økonomisk aftale mellem Amtsrådsforeningen og Finansministeriet. Det får de hørehæmmede til at frygte, at revisionen af høreomsorgen udelukkende har økonomiske motiver og kan være begyndelsen til en glidebane, hvor man år for år vil udhule kvalitet og service i den offentlige høreomsorg, der er forudsætningen for at de cirka 500.000 hørehæmmede danskere kan fungere i deres familier, på arbejdspladserne og i andre sociale og faglige sammenhænge. I den forbindelse er det bemærkelsesværdigt, at det ikke er muligt at få beregninger fra Finansministeriet eller Amtsrådsforeningen, der belyser, om aftalen er et forsøg på at gennemføre besparelser, eller om den har andre formål.

Arbejdsgruppen har ikke til formål at bevare den bestående danske høreomsorg. Hensigten er at sikre, at en revision af høreomsorgen sker på baggrund af viden om området, og at det sker med de hørehæmmedes interesser i centrum og ikke ud fra snævre budgetmæssige eller administrative overvejelser.

Det skønnes – baseret på europæiske nøgletal¹ – at flere end 500.000 er hørehæmmede i forskellig grad i Danmark, og at omkring 200.000 er høreapparatbrugere. Hørenedsættelse er således et handicap, der berører en stor del af befolkningen, og det er almindeligt kendt, at det er en god samfundsmæssig investering at sørge for, at hørehæmmede fungerer så godt som muligt. Hvis den hørehæmmede ikke får den nødvendige støtte, bliver vedkommende mere og mere isoleret som følge af nedsat kommunikationsevne i forhold til familie og omgangskreds. Ofte opstår der tillige problemer i forbindelse med identitet og selvværd, hvilket igen smitter af på hørehæmmedes evne til at bevare et arbejde, få videre uddannelse, eller blive omskølet i forbindelse med strukturelle ændringer i virksomhederne. Mange hørehæmmede vælger også af disse grunde at trække sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet frem for at blive indtil den normale pensionsalder. Konsekvensen er voksende social- og sundhedsmæssige omkostninger, når en hørehæmmede går fra arbejdsmarkedet til en tilværelse med understøttelse eller bistandshjælp.

Arbejdsgruppen har ikke kunnet finde danske undersøgelser, der belyser, hvilke personlige og samfundsmæssige konsekvenser høretab har for samfundet. Det ser heller ikke ud til, at en sådan undersøgelse er foretaget i forbindelse med aftalen mellem Amtsrådsforeningen og Finansministeriet om en ændring af høreomsorgen. Udenlandske undersøgelser tyder imidlertid på, at afhjælpning af høretab er en god investering for samfundet.

Arbejdsgruppen bag denne hvidbog er sammensat af organisationer, institutioner, og virksomheder, som med udgangspunkt i de hørehæmmedes behov og interesser vil fremlægge kendsgerninger. Disse kendsgerninger kan bruges af de politiske beslutningstagere i overvejelserne om ændringen af lov om social service og ændringen af bekendtgørelse om ydelse af hjælpemidler.

At en ny model som en helhedsløsning bliver en kvalitetsforbedring i forhold til det offentlige system, har alle interesse i. Systemet er overordentligt sammensat og svært gennemskueligt for brugerne og måske også for politikerne. Det offentlige tilbud til hørehæmmede gives således i henhold til lovgivning, der henhører under Socialministeriet, Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet. Forankringen i tre forskellige ministerier gør det svært at få en helhedsforståelse af området.

Til Sundhedsministeriets lovgivningsområde hører de amtslige sygehuses audiologiske afdelinger, i nogle amter benævnt høreklivker, som har visitationsretten til høreapparater, der betales af amterne. De offentlige, amtslige, audiologiske afdelinger ledes af overlæger og herudover er det audiologiske team sammensat af audiologiassistenter, hørepedagoger og ørepropteknikere m.fl.

På høreklivkerne behandles børn og voksne, og der er tilknyttet en pædagogisk funktion til høreklivken. Efter undersøgelse, diagnostik og høreapparattilpasning henvises børn til de kommunale Pædagogiske Psykologiske Rådgivninger (PPR), mens voksne gøres opmærksom på de tilbud om undervisning og kurser, som gives af de amtslige høreinstitutter.

¹ Adrian Davies, 1995

Til Undervisningsministeriets lovgivningsområde hører specialundervisning af hørehæmmede, ofte benævnt som kompenserende undervisning. Undervisningen tilbydes på de amtslige høreinstitutioner af pædagogisk uddannede medarbejdere, hørepædagoger eller audiologopæder.

Sociale foranstaltninger for hørehæmmede henhører under Socialministeriets lovgivning og varetages af specialuddannede socialrådgivere, som tidligere var ansat i en ordning under Socialministeriet, men for øjeblikket er inde i en overgangsperiode, hvor ordningen p.t. administreres af Københavns amt, indtil der er fundet en blivende løsning for det fremtidige tilhørsforhold.

I amterne ydes tilbudene til hørehæmmede af både social- og sundhedsforvaltningerne og undervisnings- og kulturforvaltningerne.

Målsætninger

Arbejdsgruppen har defineret følgende formål med sit virke i forbindelse med frembringelsen af denne hvidbog:

Arbejdsgruppen vil forsøge at udbrede viden om og forståelse for, at:

- Høretab er en kompliceret tilstand, der kræver faglig kompetent diagnosticering, og at man skal sikre, at hørehæmmede kan få en kompetent undersøgelse, behandling og tilpasning.
- Høreapparatbehandling kan ikke sammenlignes med tilpasning af briller, der ofte resulterer i, at synsevnen genvindes i fuldt omfang. Det er vigtigt, at denne antagelse ikke vinder frem, da den er med til at besværliggøre forståelsen for høretabets natur. Høreapparatbehandling vil så godt som aldrig resultere i, at høreevnen genvindes i fuldt omfang, men er altid kun en delvis kompensation. Hvis denne kompensation skal være effektiv forudsætter det, at den hørehæmmede, for at få forståelse af sin egen situation, informeres om høreapparatets muligheder og begrænsninger, især i forbindelse med nedsat taleforståelighed, støjproblemer og retningsforstyrrelse.
- Hørenedsættelse er den skjulte "folkesygdom", som har alvorlige konsekvenser for den enkelte og for samfundet.
- Retningslinier for god diagnosticering og behandling af hørehæmmede og tilpasning af høreapparater skal udarbejdes og efterkommes af alle behandlere.

På foranledning af at Socialministeriet den 26. november udsendte udkast til Forslag til Lov om ændring af lov om social service og udkast til Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om ydelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter servicelovens §§ 97 og 98, har arbejdsgruppen besluttet hurtigt at samle den eksisterende viden hos de deltagende institutioner og organisationer om de forhold, der er relevante i forbindelse med en diskussion af de fremsendte udkast. Den viden er samlet i denne Hvidbog, og ligger til grund for de anbefalinger, arbejdsgruppen fremlægger i følgende afsnit.

Arbejdsgruppens anbefalinger

Anbefaling 1

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i en 3-årig forsøgsperiode fra år 2000 bliver mulighed for, at hørehæmmede kan vælge enten at lade sig behandle i det offentlige audiologiske system eller med tilskud hos private, godkendte forhandlere af høreapparater.

Der skal ikke indføres brugerbetaling på de offentlige audiologiske klinikker, men de brugere, som selv vælger at lade sig behandle hos private, godkendte forhandlere, må betale differencen mellem det offentlige tilskud og prisen hos den private forhandler.

Anbefaling 2

Arbejdsgruppen anbefaler, at der hurtigst muligt gennemføres - og indenfor forsøgsperioden - afsluttes valide undersøgelser, som kan fortælle:

- Hvad det koster samfundet, at en stor del af befolkningen lider af et ubehandlet høretab?
- Hvor mange mennesker, der er på arbejdsløshedsunderstøttelse, bistandshjælp eller anden overførselsindkomst på grund af ubehandlet høretab?
- Hvor mange mennesker, der har forladt arbejdsmarkedet på grund af et høretab?
- Hvor mange hørehæmmede unge, der ikke får den uddannelse de har evner og lyst til?
- Hvor mange unge hørehæmmede, der er arbejdsløse og på offentlig forsørgelse?
- Hvor mange mennesker, der lever et dårligt liv som følge af et ubehandlet høretab?
- Hvor mange familier, der er splittet eller i svære vanskeligheder på grund af ubehandlet høretab?

Arbejdsgruppen har konstateret, at der ikke i Danmark findes ret stor relevant viden om de samfundsmæssige og personlige konsekvenser af ubehandlet og behandlet høretab. Arbejdsgruppen anbefaler, at det danske samfund investerer i at fremskaffe reel viden om disse spørgsmål. Kun med den viden kan det lade sig gøre at prioritere indsatsen i såvel det medicinsk-audiologiske som i det pædagogiske tilbud.

Det statslige Institut for Medicinsk Teknologivurdering (MTV-Instituttet under Sundhedsministeriets ressort) påbegynder i år 2000 en analyse af det audiologiske område. Analysen vil være færdig i år 2003 og være en del af et fælles, nordisk forskningsarbejde. I den forbindelse vil det efterfølgende være interessant at udvikle en model baseret på MTV-instituttets rapport og de forsøg, der i samme periode er gjort med alternative modeller i amterne i Danmark. **Det foreslås derfor, at der nedsættes en central følgegruppe (Socialministeriets og Sundhedsministeriets ressortområder) til at følge udviklingen.**

Anbefaling 3

Arbejdsgruppen anbefaler, at uddannelsen af audiologiassistenter fortsat styrkes og at uddannelsens kvalitet evalueres senest i år 2003.

Arbejdsgruppen anbefaler endvidere, at der sker en videre uddannelse af medicinske otologer (audiologer) og otologer

Manglen på audiologiassistenter er en flaskehals. Når der er uddannet tilstrækkeligt mange audiologiassistenter, vil det være muligt at introducere en reel konkurrence mellem offentlige og private klinikker om tilpasning af høreapparater.

Detailanbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at samfundet sikrer hørehæmmede den bedst mulige afhjælpning af høretab. Formålet med høreomsorgen bør være at sætte den hørehæmmede i centrum, og ikke at indpasse høreomsorgen bedst muligt i de kasser, den offentlige administration arbejder med.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det danske samfund respekterer, at det er en menneskeret at få afhjulpet sit høretab, og derfor må ingen hørehæmmede af økonomiske årsager blive tvunget til at undvære et høreapparat eller for at spare penge bære et apparat, der ikke fungerer tilfredsstillende.

Arbejdsgruppen anbefaler, at det danske samfund respekterer, at hørehæmmede er omfattet af FN's standardregler for ligebehandling af handicappede.

Arbejdsgruppen anbefaler, af den grund og af samfundsmæssige årsager, at Danmark fastholder en offentlig høreomsorg, der tilbyder alle danskere gratis behandling og gratis høreapparat.

Arbejdsgruppen anbefaler, at den offentlige høreomsorg suppleres med en privat sektor, der kan arbejde mere fleksibelt end det offentlige system.

Arbejdsgruppen konstaterer, at det er afgørende, at både den offentlige og private høreomsorg underlægges en af sundhedsministeren godkendt certificering og løbende overvågning af, at klinikkerne lever op til de standarder, der ligger i certificeringen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der ikke vedtages en egentlig ny lovgivning på området, før der eksisterer en præcis og solid viden om de personlige og samfundsmæssige konsekvenser af hørehandicap. Først på det grundlag kan der laves en fornuftig, sammenhængende og fremtid srettet lovgivning på området.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der indtil det tilstrækkelige videngrundlag er bragt til veje indføres en forsøgslovgivning, som gruppen har skitseret, eller at den nuværende lovgivning fortsætter uændret.

Det var oprindeligt Arbejdsgruppens ambition at præsentere oplysninger om de personlige og samfundsmæssige konsekvenser af høretab. Det har, som allerede skrevet, ikke været muligt. Arbejdsgruppen begrænser sig derfor til at beskrive de ændringer, der må forventes at ske efter indførelsen af en ny model, som den løst er skitseret i aftalen mellem Finansministeriet og Amtsrådsforeningen. Beskrivelsen er alene foretaget ved at sammenligne med tilsvarende, relevante systemer i andre

lande. På plussiden vil den nye model medføre et oplevet friere valg for forbrugeren. På minussiden må der forventes højere priser på høreapparater end de hidtil kendte og en lavere kapacitet til tilpasning, fordi en del af audiologiassistenterne på kort sigt må forventes at flytte ud i den private sektor. Derved bliver effektiviteten lavere i det bestående system. Det er beklageligt, at man ikke allerede for mange år siden har sørget for at øge antallet af unge, der tager uddannelsen til audiologiassistent - det burde have været en konsekvens af de stigende ventelister, som vi har kendt til på de audiologiske afdelinger igennem den sidste halve snes år.

2 - Definition af svage grupper

Sammenfatning

Medlemmerne i arbejdsgruppen er enige om, at det er de hørehæmmedes interesser, der skal stå i centrum i den danske høreomsorg. Samfundet må ikke komme i den situation, at der er medborgere, der isolerer sig fra familie, arbejdsplads og samfund, fordi de ikke har råd til at betale for de høreapparater, der bedst kan afhjælpe deres høretab.

Arbejdsgruppen advarer mod at indføre systemer, der kan betyde, at man af økonomiske grunde må fravælge det bedst egnede høreapparat.

Hørehæmmede er en svag gruppe

I et moderne samfund er grundlæggende (job)kvalifikationer og indtægtsskabende aktiviteter baseret på muligheden for at kommunikere.

Evnen til at kommunikere er en grundlæggende nødvendighed for, at man kan bevare sin funktionsevne – idet følelser, tankevirksomhed og menneskelige relationer bygger på udveksling af tanker og ideer.

Et høretab betyder for mange mennesker en væsentlig social isolation, som ikke ophæves ved brugen af et høreapparat, men ved hjælp af et veltilpasset høreapparat kan den sociale isolation reduceres væsentligt og medvirke til at bevare en god tilværelse.

Uden høreapparatet kan en hørehæmmede være meget afhængig af andre. Med høreapparat kan man bedre fungere i familien og i samfundslivet.

De hørehæmmede er en svag gruppe, fordi de har problemer med at kommunikere – og mister dele af en samtale eller vigtige nuancer. Kommunikationen går ofte i stykker. Det betyder også, at det kræver større koncentration og anstrengelse at følge med i en telefonsamtale, at deltage i en samtale, at følge med i et foredrag, i et kursus eller opfatte en arbejdsinstruks. Den hørehæmmede skal med andre ord både bruge mere energi og længere tid til at tilegne sig informationen på grund af behovet for gentagelser og behov for mundaflæsning, der støtter kommunikationen. Ofte vil selv de største anstrengelser ikke række.

På arbejdspladsen vil det ofte være sådan, at eventuelle misforståelser ofte først opdages for sent, hvilket resulterer i spildt arbejde og irritation.

Hørehæmmede har ofte svært ved at følge med i radio- og TV-programmer, der for hørende er en vigtig kommunikationskanal for informationer om samfundet. Den

hørehæmmede har brug for hjælp i form af høreapparat, teleslynge, tekstning mv. for at kunne tilegne sig bare dele af denne viden.

En del svært hørehæmmede har desuden brug for tolk (skrivetolk, mund-hånd-system-tolk, tegnsprogstolk) for at kunne følge med i en kommunikation. Andre har stort udbytte af et høreapparat, som gør dem i stand til at klare sig uden tolk i det daglige arbejde.

Integration af hørehæmmede i samfundet kræver, at høreapparater og øvrige hjælpemidler er tilgængelige for både børn og voksne, under uddannelse og i arbejdslivet.

For hørehæmmede er tekniske hjælpemidler nødvendige for at kunne have et normalt liv – og på den måde bidrage til samfundsøkonomien på lige fod med alle andre.

Hvis de nødvendige hjælpemidler (i form af høreapparater, teleslynge, telefonforstærker, skrivetelefon, blink- og alarmanlæg) ikke mere er tilgængelige på grund af begrænsede økonomiske ressourcer², vil det forværre den hørehæmmedes situation.

For samfundet betyder det, at mange i praksis vil få nedsat funktionsevne og dermed være ude af stand til at bidrage positivt til samfundsudviklingen og samfundsøkonomien.

² En overslagsberegning viser at en hørehandicappet løbende kan forvente en ekstraudgift til høreapparater og batterier svarende til en skattestigning på mellem 8 og 15 % om året såfremt den handicappede selv skal betale de direkte udgifter ved høreomsorg.

3 - Modelbeskrivelser

Sammenfatning

Den danske model for høreomsorg har opnået bemærkelsesværdige resultater.

I Danmark har vi formodentligt opnået den største procentvise andel af hørehæmmede, der har fået tildelt høreapparater, og hørehæmmede har adgang til en høreomsorg, der medicinsk audiologisk giver en høj grad af sikkerhed for, at den hørehæmmede får en god behandling.

Omvendt har de seneste års vækst i antallet af hørehæmmede, der søger hjælp, vist, at systemet har vanskeligt ved at håndtere det voksende antal brugere, og det har resulteret i lange ventelister. Den danske høreomsorg er også – på godt og ondt – en del af et meget stort system, hvor fagligheden er sat i højsædet, men den enkelte hørehæmmede må underordne sig i en vis grad. Det medfører en række dårlige serviceoplevelser, som ingen kan være tjent med.

Enhver erfaring viser, at et frit valg mellem flere systemer giver den enkelte større muligheder for at få den behandling, han eller hun ønsker.

Denne fordel fås imidlertid ikke gratis. Flaskehalsen i den danske høreomsorg er manglen på audiologiassistenter, som er medicinsk hjælpepersonale på høreklinikkerne. Så længe manglen på en bestemt personalegruppe er den begrænsende faktor, er det ikke muligt at fjerne ventelisterne ved at overflytte denne personalegruppe fra en del af høreomsorgen til en anden sektor, i dette tilfælde til de private forhandlere.

Det er i de hørehæmmedes og samfundets interesse, at ventelisterne afskaffes, og at de hørehæmmede skal have mulighed for frit at vælge, hvor de vil undersøges og behandles. Men arbejdsgruppen advarer mod at forlænge de eksisterende ventelister ved at skabe systemer, der tilskynder knappe personaleressourcer til at søge fra de eksisterende høreklinikker til et nyt system, der først skal finde sine ben at stå på.

Et frit valg baseret på mange private og offentlige klinikker i fri konkurrence med hinanden har også en anden omkostning, fordi priserne på høreapparater vil stige. Priserne i Danmark er i gennemsnit 20 pct. billigere i sammenligninger med priserne på identiske høreapparater på europæiske markeder med fri konkurrence. Det skyldes, at fabrikanterne ved salg til det danske system kun har en begrænset udgift til markedsføring, salgsarbejde og undervisning af sælgere i detailledet.

De offentlige klinikker betaler ikke moms, så alene omkostningen ved at de private forhandlere skal betale moms af en højere salgspris, vil medføre et højere omkostningsniveau.

I december 1996 nedsatte Sundhedsministeriet ”Udvalget vedrørende høreomsorgen i Danmark”. Udvalget havde til opgave at beskrive indsatsen i området, herunder belyse regelgrundlaget og aktiviteten, samt identificere barrierer for udførelse af en effektiv og sammenhængende indsats. Desuden skulle udvalget opstille modeller for den fremtidige tilrettelæggelse af høreomsorgen. Udvalget beskæftigede sig primært med voksenområdet inden for høreomsorgen, idet børneområdet generelt blev bedømt som velfungerende. Eksempelvis berørte de lange ventetider på høreundersøgelse ved de audiologiske afdelinger alene voksengruppen. Det typiske billede var således, at børn, der var indkaldt til en offentlig amtslig audiologisk afdeling, blev indkaldt til undersøgelse umiddelbart efter.

Udvalget kunne i 1996 ikke finde konkrete oplysninger om omkostningsniveauet på de private klinikker. Siden er der kommet cirka 50 private forhandlere, som tilbyder høreapparater til forskellige priser, alt efter hvilke fabrikater og hvilket serviceniveau, de tilbyder.

Udenlandske erfaringer viser, at selv med fri konkurrence mellem et offentligt og et privat system, bliver det store flertal af hørehæmmede stående på ventelisterne i det offentlige system. De private klinikker ser ud til også at tiltrække en helt ny gruppe af hørehæmmede, der ikke har stået på de eksisterende ventelister.

Høreomsorgen i Danmark

Den eksisterende høreomsorg hviler – hvad høreapparater angår – på tre principper i Lov om Social Service:

1. Amtskommunen yder støtte til høreapparater.
2. Hjælp til høreapparater, der ydes af amtskommunen, omfatter tillige vedligeholdelse og batterier.
3. Hjælpemidler tildeles og udskiftes, når der er behov herfor.

Hørehæmmede har således, uanset graden af hørenedsættelse og personlige og økonomiske forhold fri adgang til at få den nødvendige behandling og modtage de øvrige rehabiliterende tilbud med fuld offentlig finansiering.

Disse principper har været gældende for dansk høreomsorg og høreomsorg siden etableringen af de første offentlige hørecentraler i starten af 1950'erne.

Amtsrådene (og Københavns og Frederiksberg kommuner) har siden 1. juli 1997 haft kompetencen til at fastsætte lokal praksis for udleveringsprocedurerne vedrørende høreapparater. I den tidligere Lov om Social Bistand var denne kompetence direkte udlagt til overlægerne på amternes hørklinikker og audiologiske afdelinger.

I praksis står amternes hørklinikker og audiologiske afdelinger for langt den overvejende del af al høreapparatbehandling i Danmark. Der er dog siden 1. juli 1997 i enkelte amter i mindre omfang iværksat forsøg med udlevering af høreapparater via private hørklinikker, ligesom der aktuelt i enkelte amter, med henblik på nedbringelse af ventelister, laves forsøg med involvering af

personalegrupper uden for amternes høreklivikker og audiologiske afdelinger (privatpraktiserende øre-næse-halslæger og hørepedagoger).

Den hørehæmmedes vej gennem det eksisterende system

Erkendelse af hørenedsættelse

Mange tror, at hørenedsættelse er en tilstand, der i hovedtræk er symptom på høj alder og begyndende eller fremskreden mental svækkelse.

I virkelighedens verden er hørenedsættelse imidlertid en problemstilling, som omfatter 10-15% af den danske befolkning. Mange mennesker oplever allerede i 50-60 års alderen begyndende hørenedsættelse, som – afhængig af individuelle kommunikative behov – giver større eller mindre vanskeligheder i dagligdagen. Nye svenske undersøgelser³ dokumenterer, at over halvdelen af de hørehæmmede er under 65 år. Det betyder, at der statistisk set er mere end 250.000 hørehæmmede danskere, der normalt ville være at finde på arbejdsmarkedet. Hvor mange af disse, der har taget et mindre krævende job eller helt trukket sig ud af arbejdsmarkedet, findes der desværre ingen viden om. Men der er næppe tvivl om, at det er et stort antal.

Der er i ældregruppen tiltagende åbenhed omkring problemerne ved hørenedsættelse. Hørenedsættelse er ikke længere en tilstand, man forsøger at skjule for omgivelser og pårørende; det er i langt højere grad en problemstilling, som man ønsker afhjulpet for fortsat at kunne deltage aktivt i samfundslivet.

Praktiserende læge eller praktiserende øre-næse-halslæge

Almindeligvis vælger den hørehæmmede indledningsvis at konsultere egen læge eller praktiserende øre-næse-halslæge med henblik på indledende vurdering af hørenedsættelsen.

I de tilfælde, hvor hørenedsættelsen er forårsaget af ørevoks eller mellemørebetændelse, kan læge og øre-næse-halslæge foretage den fornødne behandlingsindsats.

I stort set alle andre tilfælde henvises den hørehæmmede til nærmere undersøgelse og behandling på den amtslige høreklivikker eller audiologiske afdeling.

Offentlig amtslig audiologisk afdeling

Principielt er der ikke krav om forudgående henvisning til en undersøgelse på en offentlig, amtslig, audiologisk afdeling, men på baggrund af de nuværende betydelige ventelister de fleste steder i landet, kræver mange audiologiske afdelinger henvisning fra praktiserende øre-næse-halslæge.

Ved den audiologiske undersøgelse på en offentlig amtslig audiologisk afdeling fastlægges hørenedsættelsens omfang og karakter ud fra speciallægeundersøgelse. Desuden foretages tone- og taleaudiometri samt, om nødvendigt, specialundersøgelser af ørets funktion og selve hørefunktionen.

³ Hörselskadades Riksförbund, Det ojämlika Sverige, 1998t

Det er ligeledes afdelingens personalgrupper, som ordinerer og foranstalter behandlingen – tildeling af høreapparat – i forbindelse med den konstaterede hørenedsættelse.

Undervisning i brug og vedligeholdelse af høreapparat – på introducerende plan – finder almindeligvis sted på en offentlig amtslig audiologisk afdeling, enten med afdelingens eget personale eller med personale udlånt fra de amtskommunale høreinstitutter og kommunikationscentre. Det skal bemærkes, at der intetsteds i det foreliggende lovforslag omtales ændringer i den pædagogiske struktur i høreinstitutter og hørecentre.

Høreinstitutter og kommunikationscentre

Loven om specialundervisning for voksne forpligter amterne til at tilbyde specialundervisning samt specialpædagogisk bistand til personer med fysiske eller psykiske handicap – herunder til personer med et hørehandicap. Specialundervisning og specialpædagogisk bistand udbydes typisk af de amtslige tale-høreinstitutter og kommunikationscentre.

Indsatsen fra disse institutioner koncentrerer primært om at lære den hørehæmmede at betjene, bruge og vedligeholde sit høreapparat, vejlede om følgerne af hørenedsættelse samt at vurdere den hørehæmmedes behov for supplerende hjælpemidler til afhjælpning af kommunikationsproblemer, som ikke løses af høreapparatet.

I tilfælde hvor høreapparat, vejledning og eventuelle supplerende hjælpemidler ikke i tilstrækkeligt omfang afhjælper følgerne af hørenedsættelsen, er der via høreinstitutter og kommunikationscentre adgang til en række specialundervisningsaktiviteter, som har det overordnede formål at sikre den hørehandicappedes muligheder for aktiv deltagelse i samfundslivet på trods af hørenedsættelsen.

Supplerende tekniske hjælpemidler

Supplerende tekniske hjælpemidler (for eksempel: teleslyngeanlæg, alarmanlæg, forstærkertelefon) bevilges efter ansøgning til kommunens socialforvaltning. Almindeligvis rådfører kommunen sig som bevilgende myndighed med det amtslige rådgivningssystem (Lov om social service §100, stk. 2) i forbindelse med tildeling af hjælpemidler. Rådgivningsforpligtelsen i forhold til høretekniske hjælpemidler varetages almindeligvis af amtets høreinstitut eller kommunikationscenter.

Specialkonsulentbistand

Ved mere komplicerede problemstillinger for hørehæmmede (f.x. uddannelse, arbejde og pension) er der adgang til særlig sagkyndig bistand fra Amternes Specialrådgivning for Hørehæmmede og Døvblevne. Ligeledes er der de seneste år igangsat et antal projekter for EU- og Satspuljemidler, som i særlig grad behandler hørehandicappedes muligheder på arbejdsmarkedet.

Valgfrihed og tilkøbsmodeller

Hjælpemiddelområdet er generelt karakteriseret ved et særdeles sparsomt, landsdækkende datagrundlag⁴, og det er ikke muligt at finde de samlede udgifter til hjælpemiddelområdet fordelt på de forskellige typer hjælpemidler eller at kortlægge karakteristika ved modtagerne af hjælpemidler.

De samlede nettoudgifter til hjælpemidler udgjorde i 1997 2,0 mia. kr., hvilket er en stigning på 33% i faste priser siden 1987. Stigningen svarer til en gennemsnitlig årlig realvækst på 2,9%.

Som sagt foreligger der ikke landsdata til at foretage en detaljeret opdeling af udgifterne på kategorier. Men på grundlag af undersøgelser på stikprøvebasis, foretaget af en arbejdsgruppe nedsat af regeringen og Amtsrådsforeningen i 1998, vurderes de største udgiftsområder at være ortopædiske sko, cirka 250 mio. kr., høreapparater, cirka 215 mio. kr., samt knallerter og kørestole, cirka 200 mio. kr.

Hjælpemiddellovgivningen

Hjælpemiddellovgivningen har som funktion at yde kompensation for følgerne af en nedsat funktionsevne.

Hjælpemidler deles i 3 kategorier:

1. Særligt personlige hjælpemidler.
2. Personlige hjælpemidler.
3. Tekniske hjælpemidler.

Kategorierne adskiller sig fra hinanden i forbindelse med 1) ejendomsretten til hjælpemidlet, 2) om der er mulighed for genbrug, 3) om ansøgeren har mulighed for selv at vælge leverandør (frit leverandørvalg).

1. Ved personlige hjælpemidler har man ikke mulighed for selv at vælge leverandør.
2. Ved særligt personlige hjælpemidler har man frit valg til selv at vælge leverandør.
3. Tekniske hjælpemidler ydes som udlån og man får brugsret, men ikke ejendomsret til hjælpemidlet. Man kan ikke selv vælge leverandør.

⁴ Offentlige tilskud på hjælpemiddelområdet. Finansministeriet, 1999

Det offentlige tilbud – bedst og billigst princippet

En forudsætning for et solidarisk, økonomisk forsvarligt tilbud er, at der sker en afgrænsning af det offentlige tilbud. Det er det enkelte amt og den enkelte kommune som, på baggrund af det af politikerne valgte serviceniveau, beslutter hvilke muligheder, der skal tilbydes brugeren. Der skal vælges det bedste apparat til den billigste pris; princippet kaldes "bedst og billigst"

Tildelingen af høreapparater og andre hjælpemidler er en lang proces med flere faggrupper involveret. Først skal der af praktiserende ørelæge, audiologisk overlæge, eventuelt af audiologiassistenten og klinikhørepedagogen (de steder, hvor man har en sådan) tages stilling til, om der er behov for høreapparat. Dernæst skal der tages stilling til, hvilket apparat, der er bedst egnet i det enkelte tilfælde. Denne afgørelse ligger også hos den audiologiske læge i samarbejde med audiologiassistenten og eventuelt klinikhørepedagogen.

For en stor del munder overvejelserne om "bedst og billigst" ud i, at der tildeles det samme apparat til alle med en bestemt type hørenedsættelse. Ved at tildele et stort antal af de samme typer, er der mulighed for leverandøraftaler og dermed at sikre leveringen til lavere priser. Med til overvejelserne hører også aftalerne om reparation og service. Når der er genbrugsmuligheder, hvis apparatet tages tilbage eller ombyttes, er det hensigtsmæssigt, at designet er neutralt i form og farve, og at det er justerbart, således at det kan tilpasses flere forskellige brugere.

Høreapparater er personlige hjælpemidler

I den nuværende model er der for brugeren ikke frit valg af personlige hjælpemidler, som høreapparater er klassificeret som, og amtet eller kommunen kan derfor bestemme, hvilket høreapparat eller hjælpemiddel, man vil tildele. Det skal dog i denne sammenhæng bemærkes, at personer med særlige behov ikke må forholdes et egnet høreapparat, selvom det ikke er omfattet af for eksempel en leverandøraftale mellem amtet eller kommunen. Derfor er der i forbindelse med licitation og levering af høreapparater et økonomisk råderum, hvor den audiologiske afdeling kan købe specielle høreapparater, som skønnes bedst og billigst i det specifikke tilfælde. Det kan for eksempel være apparater med særlige karakteristika eller egenskaber, vandtætte apparater osv. Som hovedregel må man sige, at den audiologiske afdeling altid vil forsøge at finde den bedste løsning inden for de givne muligheder.

Valgfrihed og kvalitetssikring

Mulighederne for valgfrihed aktualiseres af den betydelige produktudvikling. Der kommer flere og flere apparater, som kan afhjælpe de samme hørenedsættelser, og det differentierede tilbud betyder for brugeren, at det er endnu mere vanskeligt at afgøre, hvilket høreapparat eller hjælpemiddel, der er det bedste. Der vil være grobund for en stor skepsis, hvis høreapparatet eller hjælpemidlet udleveres af høreklinikken eller kommunen som værende "det bedste", hvis brugeren ikke selv har haft mulighed for at være med til udvælgelsen.

Valgfrihed mellem flere leverandører giver erfaringsmæssigt større tilfredshed og en oplevelse af højere kvalitet af de offentlige tilbud, jf. rapporten: "Borgeren og den offentlige sektor", Finansministeriet, 1998.

Muligheden for valgfrihed og tilkøb sikrer, at brugeren kan få opfyldt sine individuelle ønsker, eller at brugeren kan erhverve et dyrere apparat end det foreslåede. Tilkøbsmuligheden kan medvirke til at skabe overensstemmelse mellem forventninger og muligheder.

Med indførelse af frit valg i en tilkøbsordning, vil brugeren derfor opleve en bedre offentlig service og kvalitet, fordi han selv er medbestemmende og har indflydelse på sin egen behandling.

Tildeling af høreapparater i forskellige modeller

Mangel på audiologiassistenter

Den nuværende mangel på audiologiassistenter indenfor det offentlige område har flere forklaringer. Hvor audiologiassistenterne tidligere arbejdede på den samme arbejdsplads i årtier, flytter en del af audiologiassistenterne nu oftere arbejdsplads på jagt efter nye udfordringer og højere lønninger. Det har givet gruppen som helhed et lønmæssigt løft, men er samtidigt medvirkende til, at der er 15 ubesatte stillinger (heraf 3 tidsbegrænsede) på landets offentlige høreklিনikker. Dette betyder, at ventelisterne mange steder ikke kan nedbringes.

Mange private arbejdsgivere har inden for de senere år ansat audiologiassistenter til forskning, salg og høreapparatilpasning, og omkring en tredjedel af de ca. 140 audiologiassistenter i Danmark, er nu ansat af private arbejdsgivere. Hvor det for nogle få år siden ofte kunne gå år inden den sidste nyuddannede af en årgang havde fået job som audiologiassistent eller i frustration havde søgt sig et arbejde uden for uddannelsens område, er der i praksis i dag ingen arbejdsløse audiologiassistenter, og jobs står ubesatte hen på de offentlige høreklিনikker.

Mangelen på audiologiassistenter på de offentlige høreklিনikker skyldes hovedsageligt, at en række kæder og enkelt ejede forretninger har satset på, at hørehæmmede i en nær fremtid vil få en check af amtet, som efter eget valg kan bruges ved køb af høreapparat hos det offentlige eller i en butik. Alle er i gang med at opbygge organisationen, så man uden ventetid kan behandle hørehæmmede, som er trætte af køen ved de offentlige klিনikker, eller som ønsker mere indflydelse på hvilket høreapparat, der vil blive tilpasset. De private høreklিনikker foretager en investering i udstyr og personale, som der på kort sigt ikke er brug for. Man ønsker at være på plads og klar til at behandle hørehæmmede, når det offentlige tilskud indføres. For at sikre sig audiologiassistenternes arbejdskraft har man tilbudt lønninger, der er højere end inden for det offentlige overenskomstområde.

Hvis der ikke indføres et tilskud, vil den gruppe, som vil søge de private høreapparat forretninger, ikke være stor nok til, at det nuværende antal butikker kan løbe rundt. Det vil naturligvis medføre, at en del af de audiologiassistenter, der nu er ansat i butikkerne, vil søge tilbage til det offentlige. Selv hvis et tilskud indføres, kan det vise sig, at antallet af forretninger er for stort (jævnfør erfaringerne i Ringkøbing

Amt, hvor kun meget få i forhold til de 1400, der står på venteliste har benyttet sig af muligheden for at få et privat indkøbt høreapparat med tilskud fra amtet). Enkelte audiologiassistenter har allerede forladt private ansættelser for at vende tilbage til det offentlige.

En del audiologiassistenter er ansat i danske og udenlandske firmaer til at varetage salg og service af høreapparater overfor høreklinikkerne. Firmaerne finder, at det er en fordel, at de der skal sælge apparaterne "taler samme sprog" som dem, der skal udvælge og indstille apparaterne til slutbrugerne. Andre audiologiassistenter er ansat i forsknings- og udviklingsafdelingerne i de tre store dansk-ejede høreapparatfremstillere Oticon, GN ReSound og Widex, som er nr. 3, 4 og 5 på verdensmarkedet og som tilsammen står for 30% af det samlede salg på verdensplan. Der er ingen grund til at tro, at antallet af audiologiassistenter indenfor engros salg, marketing, forskning og udvikling vil falde.

For at imødegå manglen på audiologiassistenter er der for tiden et ekstraordinært stort hold under uddannelse til audiologiassistent (25 mod sædvanligvis 15 elever). Dette hold vil være færdiguddannet sidst på sommeren år 2000.

(Model I) Den nuværende model

Den 1. juli 1997 blev tildeling og finansiering af høreapparater flyttet fra kommunerne til amterne. Efterfølgende blev finansieringen og tildelingen af batterier den 1. juli 1998 flyttet fra kommunerne til amterne i forbindelse med ikrafttrædelsen af serviceloven. Dermed har amterne nu hele ansvaret for høreomsorgen.

Som bekendt foregår undersøgelse og tildeling af høreapparater på de 17 offentlige høreklinikker (offentlige audiologiske afdelinger) efter princippet "bedst og billigst", men også baseret på en hel række andre faktorer, der tager hensyn til brugerens ønsker, økonomiske afvejninger, tekniske og audiologiske hensyn.

Udover de offentlige audiologiske afdelinger findes der en række private høreklinikker og forhandlere af høreapparater og tekniske hjælpemidler.

I efteråret 1997 udarbejdede Konkurrencestyrelsen en konkurrence- og effektivitetsanalyse inden for høreapparatområdet og anbefalede, at loven blev ændret, således at der kunne gives et kontant tilskud til brugeren, hvis høreapparatet blev anskaffet fra en privat klinik.

(Model II) Høreapparatet som særligt personligt hjælpemiddel

Da høreapparatet er klassificeret som et personligt hjælpemiddel, er der ikke frit valg for brugeren, og amtet eller kommunen bestemmer, hvilket høreapparat eller hjælpemiddel, man vil tildele.

Hvis man overfører høreapparatområdet til regelsættet for særligt personlige hjælpemidler, vil det fortsat være amtet, som visiterer til høreapparat og også bestemmer, hvilket apparat, der kan ydes støtte til, men herefter vil brugeren have frit valg mellem det offentlige og det private som leverandør. Endvidere vil brugeren have mulighed for at vælge et andet (dyrere) apparat end det, der er visiteret til, hvis han selv betaler prisdifferencen.

Fordelen ved denne model med frit valg af høreapparatet, producent og leverandør, er brugerens medindflydelse.

Set fra det offentlige synspunkt er der ulemper ved modellen. Store indkøb af apparater i licitation vil ikke længere kunne ske, og dermed vil de rabatter forsvinde, som man opnår med det nuværende system. Der vil skulle indføres en certifikation af de private leverandører, som brugeren kan henvende sig til. Certifikationen har til formål at sikre kvaliteten af den service, der ydes i forbindelse med valg og tilpasning af høreapparatet, reparation, instruktion og opfølgning af effekten af behandlingen.

(Model III) Fast kontanttilskud og frit leverandør- og produktvalg

I denne model kan brugeren vælge mellem at få høreapparatet i det offentlige system, uden egenbetaling, eller:

Hvis brugeren vælger, at høreapparatet skal leveres fra en privat leverandør, giver det offentlige et kontant tilskud til høreprøve, køb af høreapparat, tilpasning af høreapparat, undervisning og opfølgning. Tilskuddet kan ikke overstige den faktiske udgift.

Tilskuddets størrelse kan ved denne model fastsættes centralt, så det er de samme vilkår der gælder i alle amter.

Modellen kan udvides til, at der gives tilskud til borgeren, som derefter kan vælge at bruge beløbet til at købe et apparat hos en privat leverandør, eller vælge at købe apparatet på den offentlige audiologiske afdeling.

Man kan også forestille sig en model med frit leverandørvalg uden mulighed for tilkøb eller en model med mulighed for tilkøb uden frit leverandørvalg.

Sammenfatning

Der er grundlæggende 2 typer valgmuligheder:

1. Brugeren gives frit valg i forbindelse med leverandør af høreapparatet (frit leverandørvalg).
2. Brugeren gives frit valg i forhold til det konkrete høreapparat mod at betale en eventuel prisdifference i forhold til det anbefalede høreapparats pris (tilkøb).

	Frit valg mellem off. eller privat leverandør	Egenbetaling (tilkøb)	Ulemper/fordele i forb. med ordningen
Model I Personligt hjælpemiddel	nej	nej	plus : anvendelse af "bedst og billigst" princippet. Lavere priser på apparater. minus : begrænset bruger indflydelse. Monopol, forhindrer fleksibilitet, medfører lange ventelister og reduceret serviceniveau på grund af overbelastning af systemet.
Model II Særligt personligt hjælpemiddel	delvist (efter visitation i det off. system).	ja, supplerende, hvis andet app. end det visiterede ønskes.	plus : certificering af offentlige og private leverandører sikrer kvalitet. minus : rabatter forsvinder - prisniveau stiger - generelle omkostninger stiger p.g.a. administration, kontrol af certificering m.m.
Model III Kontanttilskud til frit leverandør og produktvalg.	ja - valg mellem offentlig eller privat leverandør.	ja - hvis man ønsker en dyrere løsning end det centralt fastsatte tilskud dækker.	plus : stor valgfrihed for brugeren minus : rabatter forsvinder - prisniveau stiger - generelle omkostninger stiger p.g.a. administration, kontrol af certificering m.m.

Sammenfatning

En overordnet sammenligning af høreomsorgen i den vestlige verden viser, at antallet af hørehæmmede, der bliver hjulpet med høreapparater, er størst i de systemer, hvor det offentlige tilbyder en gratis høreomsorg.

En sammenligning viser også, at private systemer normalt giver bedre service og har mere tilfredse kunder end det offentlige system.

Indkøbsprisen for høreapparaterne i det danske offentlige system er omkring 20% billigere end indkøbsprisen for de samme apparater i andre europæiske lande. Den afgørende faktor her er, at producenterne ikke behøver at investere store summer i salg, markedsføring og uddannelse til offentlige systemer i Danmark.

Omvendt er der en tendens til, at udvalget af høreapparater i det offentlige system er begrænset, og det er ofte vanskeligt for hørehæmmede at få mulighed for at afprøve det høreapparat, der vil afhjælpe deres høretab bedst. Især hvis dette apparat hører til i den dyrere ende af prisskalaen.

Hørebranchen – en global økonomi

Alle brancher og alle markeder skaber en pris- og servicestruktur, der afspejler de vilkår, der er på det enkelte marked. Hver gang der bliver rørt ved de vilkår, der er fundamentet for pris- og servicestrukturen, har det indflydelse på priser, service og konkurrenceforhold i alle led i den kæde, der fører varen fra producent til slutbruger. Det er altid svært at forudsige nøjagtigt, hvad der sker når man ændrer nogle af forudsætningerne. Derfor er det også svært at forudsige, hvad der sker med pris og service, når der sker ændringer i den danske høreomsorg.

Formålet med dette afsnit i hvidbogen er, på trods af forskellige uafklarede forhold, at forsøge at drage nogle paralleller til andre lande. Det kan være lande med andre systemer, som måske minder mere om nogle af de mulige modeller. Det vil også blive forsøgt at drage paralleller til lande, der har skiftet fra et system som vi kender det fra Danmark over mod dele af de elementer, som nogle politikere ønsker indført i Danmark.

Høreapparatmarkedet er et globalt marked, hvor de større aktører er til stede på alle verdens markeder. De tre danske høreapparatproducenter: GN Resound (tidligere Danavox), Oticon og Widex er også vigtige spillere på det internationale marked, ligesom de udenlandske høreapparatproducenter, der leverer apparater til den danske høreomsorg, er det. Der er derfor grund til at tro, at en række af de erfaringer, man har samlet i andre lande, umiddelbart også vil passe på et ændret danske marked.

Høreapparatbranchen kendetegnes ved to relativt uafhængige forretningsniveauer, og for at forstå de mekanismer, der gælder i et høreapparatmarked, er det vigtigt at have et klart billede af de to niveauer.

Første niveau

Første niveau er engrosniveauet. Det er det niveau, hvor høreapparatproducenten sælger høreapparatet til høreklinikkerne. Den ydelse der leveres i engrosniveauet, består både af selve høreapparatet og en lang række tillægsydelser. Ydelserne er nødvendige for, at høreklinikkerne kan udføre deres opgaver. Udover høreapparatet leveres for eksempel udstyr til programmering, ofte i form af PC'ere med speciel software til tilpasning af apparater fra hver enkelt producent. Hertil kommer specielle programmeringsinterfaces, som er kommunikationsvejen mellem apparat og tilpasningssoftware i tilpasningssituationen, samt en stor indsats for træning og uddannelse af personale på høreklinikkerne. Uddannelse og træning er meget vigtigt for at klinikkerne kan forstå og udnytte de muligheder, der er i den enkelte producents høreapparater.

I første niveau er der desuden et løbende samarbejde mellem høreapparatproducent og høreklinik, fordi klinikken fremsender et aftryk af den hørehæmmedes øregang til høreapparatproducenten. Aftrykket gør producenten i stand til at lave en individuel skal eller øreprop til hhv. i-øret og bag-øret apparater til den enkelte person med høretab. Det bliver så sendt til høreklinikken.

Andet niveau

Er den forretningsmæssige/økonomiske relation mellem høreklinikken og slutbrugeren. I Danmark har offentlige høreklinikker været mest udbredt, mens de private klinikker hidtil har tilpasset en mindre del af høreapparaterne.

Opgaven på høreklinikken er at stille diagnose, behandle og tilpasse høreapparater (hvilket er nærmere beskrevet i afsnit 3: Kvalitetscertificering). Med til opgaven hører også at udvælge det rigtige høreapparat for den hørehæmmede, tilpasse høreapparaterne og efterfølgende finjustere og lære den hørehæmmede at bruge høreapparatet, renholde det og skifte batterier.

Ser vi internationalt på det, udgør detailprisen typisk 2-2,5 gange engrosprisen. Eller med andre ord: ca. 40% af slutprisen går til ydelsen i niveau 1 og 60% til ydelsen i niveau 2.

I Danmark har prisen i det offentlige system hidtil været omkring 20% lavere i engrosleddet, da producenterne i det danske system ikke behøver at binde store beløb i markedsføring, salgsarbejde og oplæring af personale.

Hvis man i Danmark indfører et system, hvor mange høreapparater bliver tilpasset på private høreklinikker og i fri konkurrence, må det forventes, at engrosprisen vil lægge sig på de niveauer, der gælder i det øvrige Europa og resten af verden. Der er – bortset fra Danmark - meget små prisforskelle fra land til land i Europa. Al erfaring tyder således på, at prisen fra producent til høreklinik over tid vil stige med 20%, hvis en betydelig del af tilpasninger af høreapparater kommer til at foregå på private høreklinikker i stedet for på de offentlige. Sådan har udviklingen været i sammenlignelige lande som for eksempel Tyskland og Holland.

Internationalt er der på niveau 2 en snæver sammenhæng mellem engrosprisen for høreapparatet og slutprisen for høreapparatet. Fra land til land skifter det imellem 2,2, og 2,6 gange engrosprisen. Det må derfor forventes, at også detailpriserne i Danmark vil stige kraftigt. Hvor de i dag ligger på knap 2 gange engrosprisen, vil

de formentligt stige til omkring 2,5 gange engrosprisen, der som vi allerede har set vil stige med ca. 20 %. Det vil medføre en betydelig stigning i slutpriserne, når den nye udgiftsstruktur i salgsleddet et slået igennem. Hertil kommer en stigning på baggrund af den moms, som bliver lagt på stigningen. Man kan med andre ord sige, at hvis markedet reagerer som det tyske, hollandske og andre europæiske markeder, så må det antages, at prisen for slutbrugeren i gennemsnit vil stige med 3.000 kr. Stigningen alene svarer til det tilskud, der ligger i det nuværende forslag.

Det australske system – en sammenlignelig udvikling

Australien ser ud til at være et godt land at sammenligne sig med, hvis man vil have et billede af ændret adfærd hos de hørehæmmede, når man laver systemet om efter de retningslinier, der ligger i aftalen mellem Finansministeriet og Amtsrådsforeningen. I Australien havde man frem til juni 1997 et system, der svarede til det danske, hvor de fleste havde fri adgang til høreapparattilpasning.

Man kunne få nye høreapparater hvert femte år uden tillægsbetaling. Alle tilpasninger af høreapparater foregik gennem de offentlige høreklinikker, men ved siden af var der et privat marked for dem, som på grund af alder eller indtjening ikke var berettiget til en gratis tilpasning af høreapparater. Der kunne også være kunder, som gerne ville have en anden løsning.

Pr. 1. november 1997 blev der indført et system, hvor brugerne enten kunne fortsætte med den gamle ordning og få et gratis høreapparat fra den offentlige klinik eller modtage et tilskud på 700 AUD (ca. 3.200 kr.) og gå til en privat klinik. Valget stod mellem at få tilpasset et meget simpelt høreapparat gratis eller betale en andel selv for at få et mere moderne høreapparat.

Konsekvensen af denne ordning har været, at det offentlige stort set har fastholdt antallet af tilpasninger. På samme tid er det samlede antal steget med mere end 10% pr. år. Dette er en konsekvens af en betydelig indsats på markedsføring fra den private sektor og dermed en større fokus på høreapparater og høreapparattilpasning. Den private sektor har tiltrukket en væsentlig del af de uddannede audiologiassistenter, og det har øget ventelisterne i det offentlige system væsentligt. I Australien er der – ligesom i Danmark - mangel på audiologiassistenter til tilpasning af høreapparater. Det offentlige har desuden krævet, at forudsætningen for at få tilskud til høreapparat er, at høreapparattilpasningen sker efter nærmere bestemte procedurer og kontrolleret af en uddannet audiologiassistent.

Konklusionen fra Australien er, at det har været nødvendigt at fastholde det offentlige system af hensyn til tilpasning af høreapparater til børn, vanskelige tilfælde, aboriginals mv. Og til at fastholde et gratis system til dem, der vil have det. En total privatisering blev ikke resultatet, og det har ikke været muligt at spare et beløb svarende til tilskuddets størrelse i det offentlige system. Ændringen har givet et frit valg, men en dyrere løsning for både forbrugeren og for det offentlige. Der er ingen grund til at tro, at dette ikke også vil være tilfældet ved indførelsen af et tilsvarende system i Danmark. Hertil kommer erfaringen fra Australien om flytning af audiologiassistenter fra det offentlige til det private.

I det offentlige system har det været muligt at holde en rimelig høj effektivitet baseret på kø (ventelister). En effektivitet og udgiftsstyring, som det vil være umuligt at opretholde for tilpasningsprocessen gennem 100 eller 200 private

klinikker.

4 - Kvalitetscertificering

Sammenfatning

Det er arbejdsgruppens indstilling, at en model for ændring af den danske høreomsorg skal indeholde en fast norm for en certificering af de klinikker, mennesker, udstyr og procedurer m.m., der arbejder i og bruges indenfor høreomsorgen.

En sådan certificering skal ske på grundlag af en nøje analyse af, hvordan den individuelle behandling og efterbehandling af de hørehæmmede bedst sikres. De relevante, der bruger eller arbejder i høreomsorgen, bør høres, inden der træffes en endelig beslutning om, hvordan certificeringen skal udformes.

I dette kapitel fremlægger arbejdsgruppen udelukkende nogle overordnede principper for de lægefaglige kvalitetskriterier for en forsvarlig høreomsorg, og for hvordan en kvalitetscertificering af høreapparatbehandlingen bør udformes. Kapitlet påpeger i særdeleshed, at der ikke blot må blive tale om en éngangcertificering. Der skal indføres et system, der sikrer, at der løbende holdes øje med, at certificerede klinikker, hvad enten de er offentlige eller private, hele tiden efterlever de kriterier, der ligger i certificeringen.

Lægefaglige kvalitetskriterier for høreomsorg

Den medicinsk, faglige kvalitet i behandlingen sikres ved en optimal diagnostisk proces som omfatter en vurdering af:

1. Tilstedeværelse af eventuelle patologiske forhold i ydre øre/mellemøre/indre øre/centrale hørebåner (normal hørelse = diagnose)
2. Graden af skade forårsaget af en patologisk proces.
3. Lokalisering af skaden i høreorganet (se 1). (differential diagnostisk)
4. Nosologisk klassifikation af diagnosticeret hørelidelse.
5. Ætiologisk udredning af årsagen til hørelidelsen.
6. På basis af den diagnostiske proces vurdere de lægefaglige muligheder for behandling farmakologisk/kirurgisk/høreapparatilpasning.
7. Opfølgning med vurdering af behandlingseffekten.
8. Longitudinel opfølgning af hørelidelser hos særlige grupper af hørehæmmede.

Det skal anføres, at samarbejde med andre medicinske specialer (billeddiagnostik/klinisk biokemi/oftalmolog/pædiater/genetiker m.fl.) er en forudsætning for en høj kvalitet i den diagnostiske lægefaglige del af audiologi.

Traditionelt (og naturligt) har den lægefaglige del af audiologi været knyttet til sundhedsvæsenet, og de offentlige audiologiske afdelinger har været ledet af speciallæger inden for øre-næse-halsspecialiet med en medicinsk-otologisk uddannelse oven i speciallægeuddannelsen.

Som ledere af afdelingerne har disse i samarbejde med fagspecifikt uddannet personale der ofte omtales som "Det audiologiske team" (teknikere, audiologiassistenter, ørepropteknikere, audiologopæder, psykologer, sekretærer, sygepleje-personale etc.) ansvar for en høj kvalitet af høreapparattilpasning og opfølgning af denne.

Dette opnås ved:

1. Information og rådgivning om høreapparattype, som er relevant og mulig for den enkelte hørehæmmede person.
2. Valg af høreapparat i samarbejde med patienten.
3. Sikring af passende forventninger til høreapparatbehandling.
4. Optimale retningslinier til tilpasning af høreapparat, dvs. valg af forstærkningsalgoritmer og taleaudiometriske testparametre.
5. Efterjustering og opfølgning af høreapparattilpasning.
6. Opfølgning af anden behandling.
7. Såfremt man fremover vælger at udlægge den høreapparatforberedende undersøgelse til de praktiserende øre-næse-halslæger, bør kvaliteten sikres ved, at patienten inden behandlingsregime fastlægges bør have kontakt med den offentlige amtslige audiologiske afdeling.
Dette kan foregå ved, at der fra praksis sendes kopi af audiogram og journal til den offentlige amtslige audiologiske afdeling, der på baggrund heraf stiller diagnose og visiterer til videre behandling.

Inden for den medicinske audiologi udføres forskning, udvikling og løbende efteruddannelse, som er vigtige elementer til sikring af en optimal lægefaglig kvalitet. Her kan fx. nævnes, at de senere års udvikling inden for det molekylær-genetiske område med identifikation af en lang række genmutationer, der forårsager hørenedsættelse, peger i retning af en mere farmakologisk orienteret behandling af en række hørelidelser. Forståelse for og viden om den basale eksperimentelle forskning med bl.a. regeneration af strukturer inden for høreorganet er ligeledes en forudsætning for en fortsat optimal lægefaglig kvalitet.

En afprøvning af ny høreapparatteknologi inden for den offentlige høreomsorg skal fra en lægefaglig synsvinkel udføres i samarbejde med andre grupper inden for audiologi, således at hørehæmmede borgere kan tilbydes en optimal høreapparatbehandling baseret på et veldokumenteret videnskabeligt grundlag.

Retningslinier for certificering

Høreomsorgen i Danmark har lange og stolte traditioner. Et højt fagligt niveau er væsentligt for såvel høreapparatbrugerne som den omfattende audiologiske industri, og skal - uanset den fremtidige struktur – fastholdes og fortsat højnes gennem en sikring af kvaliteten i høreapparatbehandlingen. En certificering skal desuden medvirke til, at kvaliteten i høreapparatbehandlingen ikke tilsidesættes for andre, f.eks. kommercielle interesser. Det udarbejdede specifikationssæt tager bl.a. udgangspunkt i internationale standarder og anerkendt litteratur på området. Specifikationerne følger ikke standarderne i alle detaljer, og skal betragtes som et minimumssæt der sikrer et godt fagligt niveau uden at påføre unødigt administration og omkostninger i høreapparatbehandlingen.

Grundlæggende elementer i certificeringsordningen omfatter:

- Audiometri skal udføres i henhold til anerkendte og dokumenterede retningslinier og under forhold der overholder relevante standarder.
- Audiometriudstyr skal kalibreres.
- Kvalitetshåndbog for audiometri, personale og høreapparat behandling (herunder aftrykstagning), håndtering af evt. klager samt ansvars- og forsikringsforhold skal foreligge, og er grundlag for tilsyn og udbetaling af refusion
- Udvalgelse og tilpasning af høreapparater skal ske med udgangspunkt i producentens retningslinier
- Effekt af høreapparat behandling skal dokumenteres.
- Klinikken rapporterer årligt, og der føres årligt tilsyn.

Retningslinierne og deres anvendelse er nærmere beskrevet i en checkliste der, bl.a. omfatter en liste over anbefalet litteratur til opbygning af kvalitetssystem vedrørende høreapparatilpasning. Arbejdsgangen i checklistens anvendelse er som følger :

- Checkliste udsendes til klinik, der indfører henvisninger til egen kvalitetshåndbog og evt. kommentarer. Der aflægges besøg på klinikken, hvor checklisten gennemgås. Der aftales korrigerende handling(er) for evt. afvigelser.
- Certifikat udstedes efter gennemførelse af evt. korrigerende handling(er).
- Klinikken rapporterer aktivitetsomfang, til/afgang af personale, relevant faglig aktivitet/efteruddannelse, evt. klager og orientering om øvrige relevante forhold.

Tilsyn udføres initielt på private klinikker, der ønsker at oppebære refusion, men bør på sigt omfatte alle klinikker. Tilsyn med en mindre klinik med 1 eller 2 måle- og tilpasningslokaler og 1 til 3 ansatte, kan ventes gennemført på 1/2 dag. Hertil kommer administrativ behandling af checkliste før og efter besøget, hvilket vil tage 3 - 4 dage. På større klinikker vil tilsynet være en hel dag. Administrativ behandling anslået 5-6 dage. Tilsynet forankres i Teknisk-Audiologisk Laboratorium (TAL), der med tilknytning til Socialministeriet fungerer som konsulenter for høreomsorgen i

Danmark, med ATV instituttet DELTA Dansk Elektronik Lys & Akustik som driftsherre.

Checklisten er vedlagt denne Hvidbog som bilag. Her gengives kun det overordnede indhold til den løbende kontrol af certificeringen.

Checkliste til løbende kontrol af høreklivnikker

Vejledning og checkliste er udarbejdet til høreklivnikker som ønsker at opbygge en kvalitetsåndbog og derigennem dokumentere kvalitet i høreapparatbehandling. Retningslinierne kan anvendes uafhængigt af, om høreklivnikken er etableret i offentligt eller privat regi.

Checklisten og kvalitetsåndbogen stiller minimumskrav for høreapparatbehandling, og uddyber ovennævnte grundlæggende elementer.

Klivnikken modtager checklisten i papir- eller elektronisk form forud for tilsynet. I felterne "Kvalitetssystemdokumentation" indfører klivnikken henvisninger til egen kvalitetsåndbog. Det anføres desuden, om der er ændringer i forhold til tidligere udgaver af kvalitetsåndbogen. Klivnikken returnerer den udfyldte checkliste og relevant kvalitetssystemdokumentation efter nærmere aftale.

Tilsynet forberedes i overensstemmelse med dagsordenen på forsiden af checklisten.

For hvert punkt angives om bedømmelse er foretaget med + hvis ja / - hvis nej. Det angives om afvigelse er konstateret i forhold til de i checklisten angivne retningslinier. Hvis en afvigelse konstateres, udfyldes den øverste del af afvigelseskemaet med en kort og entydig beskrivelse af, hvad der er observeret. Klivnikkens repræsentant skriver derefter under på, at det beskrevne er observeret, og hvis det er muligt, udfylder klivnikkens repræsentant på stedet den næste del af skemaet med et forslag til korrigerende handling. Alternativt udfyldes denne del af skemaet under resuméet.

Tilsynet afsluttes med et resumé, hvor klivnikkens leder er til stede. Under resuméet gives en opsummering af besøget, tidsfrister for afhjælpning af evt. konstaterede afvigelser aftales, og indstillingen vedrørende bedømmelsen fremlægges.

Checklisten omfatter følgende punkter:

1. IDENTITET

Indhold : Klivnikkens navn og adresse, Ansvarlig for klivnikkens kvalitetssystem og dennes underskrift, Entydig identifikation (dato og evt. versionsnummer) af gældende kvalitetsåndbog. Oplysninger om ansvars- og forsikringsforhold.

2. PERSONALE

Indhold : Curriculum Vitae (CV), stillingsbeskrivelse(r) og uddannelsesbaggrund for klivnikkens leder og personale der arbejder med HA behandling. Oplysning om kompetence- og ansvarsområder. Målinger i forbindelse med valg og tilpasning af høreapparater skal udføres af audiologiassistenter, audiologopæder eller undtagelsesvis af personale med tilsvarende kvalifikationer. Personale der

egenhændigt forestår høreapparatbehandling skal have minimum 2 års erfaring på en offentlig høreklub efter uddannelsens ophør.

3. Udstyr og lokaler

Indhold : Beskrivelse af og listning over udstyr til otoskopi, aftrykstaking, audiometri og høreapparattilpasning (hard-/software). Type og serienumre skal angives. Procedurer for vedligeholdelse af udstyr. Audiometriudstyr skal kalibreres mindst én gang årligt (dokumentation skal foreligge). Der bør desuden foretages subjektiv kontrol (lyttetest) af udstyrets funktion.

Lokaleoversigt (skitse), dokumentation for baggrundsstøjforhold evt. i henhold til ISO 8253 serien mv. Afhængigt af lokalernes indretning er det oftest hensigtsmæssigt, at audiometrien udføres i en hertil indrettet boks. Alternativt skal der for at hindre maskering fra uønsket baggrundsstøj anvendes "støjkopper", insert hovedtelefoner eller lignende.

4. Høreapparattilpasning

Indhold : Procedurer for audiometri, aftrykstaking, udvælgelse og tilpasning af høreapparater. Audiometri skal gennemføres i henhold til internationalt anerkendte metoder f.eks. i henhold til ISO 8253 serien. Udvalgelse og tilpasning af høreapparater skal ske med udgangspunkt i producentens retningslinier. Der skal for hver enkelt klient føres en journal, der som minimum beskriver : høretabets årsag og størrelse, resultater af udførte audiometriske tests, HA valg, tilpasning og evt. efterjustering.

5. Efterkontrol

Indhold : Procedurer for kontrol af høreapparatets funktion umiddelbart efter tilpasning (f.eks. måling af insertion gain, taleforståelighed i støj eller signal/støj forhold for "just follow conversation"). Desuden skal høreapparatets funktion og klientens udbytte af høreapparat(erne) kontrolleres systematisk efter f.eks. 3-6 måneder f.eks. ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser, der udfyldes og indsendes af klienten eller udfyldes ved interview under besøg på klinikken. Beskrivelse af procedure for håndtering af evt. klager. Vilkår for service og garanti.

6. Resumé

Under resuméet diskuteres: evt. konstaterede afvigelser og afhjælpning heraf. Indstillingen vedrørende bedømmelsen fremlægges. Evt. diskussion af klinikens årlige rapportering, indeholdende: aktivitetsomfang (udbetalt refusion), til/afgang af personale, relevant faglig aktivitet og efteruddannelse, evt. klager og orientering om øvrige relevante forhold.

5 - Definition af svære (komplicerede) tilfælde

Sammenfatning

Arbejdsgruppen er enig om, at der ikke findes en simpel medicinsk/audiologisk forsvarlig måde at skelne mellem komplicerede eller ikke komplicerede tilfælde på. En sådan afgørelse kan ikke foretages ved en otologisk undersøgelse alene, men skal ske ved en medicinsk audiologisk undersøgelse. Hvis undersøgelsen skal bruges til at bestemme, om den hørehæmmede kan få tildelt et gratis høreapparat eller selv skal betale for sit høreapparat, vil den frembyde et stort problem.

En person med et høretab, der medicinsk-audiologisk betragtes som kompliceret, kan meget vel være mindre generet af sit høretab end en person, med et høretab, der medicinsk-audiologisk betragtes som simpelt. Med andre ord kan en person med et kompliceret høretab leve sit daglige liv med kun mindre problemer på grund af sit høretab, mens en person med et simpelt høretab, kan vær hørehæmmet i så svær grad, at han eller hun ikke har mulighed for at deltage i sociale funktioner eller passe nogen form for arbejde. Eller det kan være omvendt. Hørehandicap er individuelt og graden af handicap har intet med klassifikationen af høretabet som simpelt eller kompliceret at gøre.

Modellen lægger således op til, at en mangemillionær med et kompliceret, men ikke særligt generende høretab, kan få høreapparater gratis af det offentlige, mens en pensionist, der kun råder over en almindelig folkepension, selv skal betale for sit høreapparat, selv om hun er meget stærkt generet af sit aldersbetingede høretab - der ifølge forslaget vil være et simpelt høretab.

Modellen tager heller ikke hensyn til, om høreapparatet er nødvendigt for, at en person kan udføre et normalt arbejde eller må gå på førtidspension eller søge om andre overførselsindkomster. I det hele taget ser det ud til, at de tanker, der ligger i forliget mellem Amtsrådsforeningen og Finansministeriet, mere er en simpel budgetbesparelse end en gennemtænkt ændring af en vigtig social- og sundhedsmæssig lovgivning.

Overvejelser om mulighed for at skelne mellem komplicerede og simple tilfælde

Det fremgår af en pressemeddelelse fra Regeringen og Amtsrådsforeningen af 2.11.1999, at parterne er enige om en revision af tildelingskriterierne for høreapparater, og at der vil blive fremsat lovforslag herom. Lovforslaget er betinget af, at der sundhedsfagligt kan sondres mellem komplicerede hørenedsættelser og andre hørenedsættelser, hvilket Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet er muligt.

En mulig definition af "ikke-komplicerede" hørenedsættelser kunne være kriterier opstillet i Sønderjyllands Amt, refereret i "Hørelsen" nr. 7 og 8, 1999, med henblik på Høreinstitutets høreapparatbehandling af klienter, som har været undersøgt på Høreklinikken, og dér har fået foretaget fuld tone/tale audiometri. Kriterierne for at deltage i projektet var, at der var tale om:

- Genudlevering af høreapparat
- Alderdomsbetinget høretab
- Symmetrisk høretab
- Normal øregang

Det fremgår implicit af kriterierne, at alle førstegangsudleveringer er "komplicerede" og derved at alle potentielle høreapparatbrugere er tilset og diagnosticeret på en høreklinik. Der er således udarbejdet anamnese, otologisk undersøgelse, audiometri mv. forud for evt. høreapparatbehandling, og den offentlige høreklinik kan sikre helhedsvurdering af den hørehæmmede ved tilbud om undervisning, høretekniske hjælpemidler mv. Helhedsvurderingen sikres bl.a. ved henvisning til eller information om Høreinstitutets tilbud.

Ved behov for genudlevering af nyt (nye) høreapparat(er) - typisk efter 4-5 år - kan klienten således tilbydes eller flyttes til høreapparatbehandling andetsteds end den offentlige høreklinik, uden at der kræves henvisning eller diagnose fra en privatpraktiserende ørelæge.

Det antages, at størstedelen af høreapparatbrugere i Danmark p.t. er diagnosticeret så ovenstående kriterier er opfyldt, og således ved genindkaldelse til høreapparatbehandling kan stilles over for flytning til eller valg af offentlig eller privat høreapparatbehandling.

Sundhedsfaglig "sondring mellem stærke eller komplicerede hørenedsættelser og andre hørenedsættelser"

Danske medicinsk uddannede audiologiske læger tager ved fortolkningen udgangspunkt i WHO's (World Health Organization) definitioner og kriterier⁵

Hørenedsættelse (hearing disability) defineres som:

En høreskade i en sådan grad, at den forårsager begrænsninger i personens aktiviteter⁶

WHO-kriteriet for en **svær** hørenedsættelse er:

gennemsnittet af bedst hørende øres rentonetærskler ved 0,5, 1 kHz og 2 kHz > 55 dB HL (ISO 389). Under tiden bruges gennemsnit af frekvenserne 0,5-4 kHz > 50 dB HL.

Det skal anføres, at et permanent høretab, som er > 25-30 dB for gennemsnit af rentonetærsklerne fra 0,5 - 4 kHz for bedst hørende øre i de fleste tilfælde vil være høreapparatkrævende. Hos et fåtal vil høretabet kunne behandles kirurgisk.

Audiologisk lægefagligt er 'en **kompliceret** hørenedsættelse':

- Permanent høretab, som skyldes mellemørelidelse (hyppigst betændelse) kombineret med en indre øre lidelse.
- Asymmetriske, perceptive høretab (tumorer på 8. hjernenerve, dissemineret sklerose, hjernetumorer etc.).
- Høretab, hvor skelneevnen er dårligere end forventeligt ud fra rentoneaudiogrammet (centrale hørelidelser)
- Tilstande, hvor skelneevnen er ringere end 50-60% på begge **ører**.
- Ensidige perceptive høretab med eller uden ledsagende tinnitus (øresusen)
- I tilfælde, hvor der foreligger et hørehandicap (WHO's definition), hvor handicapet bør gradueres efter anvendt skala (se nedenfor)

DMAS (Dansk Medicinsk Audiologisk Selskab) anvender WHO's definition for hørehandicap (hearing handicap) .dvs.: en hørenedsættelse i en sådan grad, at den forhindrer personens sociale deltagelse.

Hørenedsættelse/hørehandicap måles ved en kombination af rentoneaudiometri og taleaudiometri. Hørehandicap gradueres efter en funktionel skala (Salomon et al., Ugeskrift for Læger 1985; vol. 147: 685—690).

DMAS opfatter "**andre** hørenedsættelser" som:

- Temporære høretab mellem 25—30 d for gennemsnit af rentonetærsklerne fra 0.5 - 4 kHz (taleområdet)

⁵ International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO 1980.

⁶ International Classification of Impairments, Activities, and Participation. Geneva: WEC 1997.

- Små konduktionshøretab på 25-30 dB. som kræver en lineær indskudsforstærkning.

Det skal bemærkes, at en hørenedsættelse kan være kompliceret ud fra andet end rent lægefaglige kriterier; således frembyder visse former for audiogramkonfigurationer vanskeligheder, og disse er fra et høreapparattilpasningsmæssigt synspunkt ”komplicerede”.

Bilag

Bilag 1: Checkliste vedrørende TILSYN PÅ HØREKLINIK

REG NR. : _____

Beliggende :

Dato : _____

Dagsorden :

Punkter i checklisten:	Gennemgang af:
1. Indledning	Identitet, ledelse/organisation, ansvars- og forsikringsforhold. Afklaring af evt. afvigelser fra tidligere besøg.
2. Personale	CV for personale, ansvars- og kompetencefordeling, efteruddannelse mv.
3. Udstyr og lokaler	Beskrivelse af udstyr, kalibrering mv. Lokaleoversigt, baggrundsstøjforhold mv. Evt. stikprøvemåling(er).
4. Høreapparatilpasning	Procedurer for audiometri, aftrykstagning, udvælgelse og tilpasning af høreapparater (HA). Klientjournaler.
5. Efterkontrol	Procedurer for kontrol af høreapparatilpasning og -udbytte. Procedurer for håndtering af evt. klager. Vilkår for service og garanti.

6. Resumé	Evt. konstaterede afvigelser og afhjælpning heraf. Fremlæggelse af bedømmelsesresultat. Evt. diskussion af klinikkens årlige rapportering.
-----------	--

INTRODUKTION

Nærværende vejledning og checkliste er udarbejdet til høreklivker, som ønsker at opbygge en kvalitetshåndbog og derigennem dokumentere kvalitet i høreapparatbehandlingen. Retningslinierne kan anvendes uafhængigt af, om høreklinikken er etableret i offentligt eller privat regi.

Checklisten og kvalitetshåndbogen stiller minimumskrav for høreapparatbehandling, og uddyber nedenstående retningslinier.

- Audiometri skal udføres i henhold til anerkendte og dokumenterede retningslinier og under forhold der overholder relevante standarder
- Audiometriudstyr skal kalibreres
- Kvalitetshåndbog for audiometri, personale og HA behandling (herunder aftrykstagning), håndtering af evt. klager samt ansvars- og forsikringsforhold skal foreligge, og er grundlag for tilsyn og udbetaling af refusion
- Udvalgelse og tilpasning af HA skal ske med udgangspunkt i producentens retningslinier
- Effekt af HA behandling skal dokumenteres
- Klinikken afrapporterer årligt, og der føres årligt tilsyn

Klinikken modtager checklisten i papir- eller elektronisk form forud for tilsynet. I felterne "Kvalitetssystemdokumentation" indfører klinikken henvisninger til egen kvalitetshåndbog. Det anføres desuden om der er ændringer i forhold til tidligere udgaver af kvalitetshåndbogen. Klinikken returnerer den udfyldte checkliste og relevant kvalitetssystemdokumentation efter nærmere aftale.

Tilsynet forberedes i overensstemmelse med dagsordenen på forsiden af checklisten.

For hvert punkt angives om bedømmelse er foretaget med + hvis ja / - hvis nej. Det angives om afvigelse er konstateret i forhold til de i checklisten angivne retningslinier. Hvis en afvigelse konstateres udfyldes den øverste del af afvigelseskemaet med en kort og entydig beskrivelse af, hvad der er observeret. Klinikens repræsentant skriver derefter under på, at det beskrevne er observeret, og hvis det er muligt, udfylder klinikens repræsentant på stedet den næste del af skemaet med et forslag til korrigerende handling. Alternativt udfyldes denne del af skemaet under resuméet.

Tilsynet afsluttes med et resumé, hvor klinikkens leder er til stede. Under resuméet gives en opsummering af besøget, tidsfrister for afhjælpning af evt. konstaterede afvigelser aftales, og indstillingen vedrørende bedømmelsen fremlægges.

1. IDENTITET

Indhold : Klinikens navn og adresse, Ansvarlig for klinikens kvalitetssystem og dennes underskrift, Entydig identifikation (dato og evt. versionsnummer) af gældende kvalitetshåndbog. Oplysninger om ansvars- og forsikringsforhold.

Bedømt : _____ Afvigelse konstateret : _____

Uændret : _____ Ændret : _____

Kvalitetssystemdokumentation :

Evt. bemærkninger :

-

-

-

-

-

-

2. PERSONALE

Indhold : Curriculum Vitae (CV), stillingsbeskrivelse(r) og uddannelsesbaggrund for klinikkens leder og personale, der arbejder med HA behandling. Oplysning om kompetence- og ansvarsområder. Målinger i forbindelse med valg og tilpasning af høreapparater skal udføres af audiologiassistenter, audiologopæder eller undtagelsesvis af personale med tilsvarende kvalifikationer. Personale der egenhændigt forestår høreapparatbehandling skal have minimum 2 års erfaring på en offentlig høreklinik efter uddannelsens ophør.

Bedømt : _____ Afvigelse konstateret : _____

Uændret : _____ Ændret : _____

Kvalitetssystemdokumentation :

Evt. bemærkninger :

3. Udstyr og lokaler

Indhold : Beskrivelse af og listning over udstyr til otoskopi, aftrykstaking, audiometri og høreapparatilpasning (hard-/software). Type og serienumre skal angives. Procedurer for vedligeholdelse af udstyr. Audiometriudstyr skal kalibreres mindst én gang årligt (dokumentation skal foreligge). Der bør desuden foretages subjektiv kontrol (lyttetest) af udstyrets funktion.

Lokaleoversigt (skitse), dokumentation for baggrundsstøjforhold evt. i henhold til ISO 8253 serien mv. Afhængigt af lokalernes indretning er det oftest hensigtsmæssigt, at audiometrien udføres i en hertil indrettet boks. Alternativt skal der for at hindre maskering fra uønsket baggrundsstøj anvendes "støjkopper", insert hovedtelefoner eller lignende.

Der kan i forbindelse med tilsyn foretages stikprøvekontrol af baggrundsstøjforhold og audiometerkalibrering.

Bedømt : _____ Afvigelse konstateret : _____

Uændret : _____ Ændret : _____

Kvalitetssystemdokumentation :

Evt. bemærkninger :

4. HØREAPPARATILPASNING

Indhold : Procedurer for audiometri, aftrykstagning, udvælgelse og tilpasning af høreapparater. Audiometri skal gennemføres i henhold til internationalt anerkendte metoder f.eks. i henhold til ISO 8253 serien. Udvalgelse og tilpasning af høreapparater skal ske med udgangspunkt i producentens retningslinier. Der skal for hver enkelt klient føres en journal der som minimum beskriver : høretabets årsag og størrelse, resultater af udførte audiometriske test, HA valg, tilpasning og evt. efterjustering.

Bedømt : _____ Afvigelse konstateret : _____

Uændret : _____ Ændret : _____

Kvalitetssystemdokumentation :

Evt. bemærkninger :

5. EFTERKONTROL

Indhold : Procedurer for kontrol af høreapparatets funktion umiddelbart efter tilpasning (f.eks. måling af insertion gain, taleforståelighed i støj eller signal/støj forhold for "just follow conversation). Desuden skal høreapparatets funktion og klientens udbytte af høreapparat(erne) kontrolleres systematisk efter f.eks. 3-6 måneder (f.eks. vha. spørgeskemaundersøgelser der udfyldes og indsendes af klienten eller udfyldes ved interview under besøg på klinikken). Beskrivelse af procedure for håndtering af evt. klager over høreapparatbehandling. Vilkår for service og garanti.

Bedømt : _____ Afvigelse konstateret : _____

Uændret : _____ Ændret : _____

Kvalitetssystemdokumentation :

Evt. bemærkninger :

6. RESUMÉ

Under resuméet diskuteres : Evt. konstaterede afvigelser (skema nedenfor) og afhjælpning heraf. Indstillingen vedrørende bedømmelsen fremlægges. Evt. diskussion af klinikkens årlige rapportering, indeholdende : aktivitetsomfang (udbetalt refusion), til/afgang af personale, relevant faglig aktivitet og efteruddannelse, evt. klager og orientering om øvrige relevante forhold.

Beskrivelse af afvigelsen: _____

Dato: _____

Reference til checkliste: _____

Reference til klinikkens kvalitetssystem: _____

Korrigerende handling som klinikken påtænker at udføre: _____

—

—

Tidsfrist : _____ Klinikleders underskrift:

Dokumentation for korrigerende handlingens udførelse:

—

ANBEFALET LITTERATUR

ISO 8253-1 : Test methods - Pure tone air and bone

ISO 8253-2 : Test methods - Sound field, pure tone and narrow-band

ISO 8253-3 : Test methods - Speech

Holger Nielsen og Kim Carver : Håndbog i audiologiske test

DELTA - TAL : Vejledning i måling af insertion gain

DELTA - TAL : Vejledning i kalibrering og vedligeholdelse af udstyr til audiometri
- luftledning og benledning

DELTA - TAL : Vejledning i opstilling og kalibrering af udstyr til audiometri i frit
felt - 2. udgave

H. Gustav Mueller : Probe microphone measurements, hearing aid selection and as-
sessment

Stig Arlinger : Manual of practical audiology vol. 1 svensk udgave : Metodbok i
praktisk hörselsmätning - SAME 1

Stig Arlinger : Manual of practical audiology vol. 2 svensk udgave : Metodbok i
praktisk hörselsmätning - SAME 2

Stig Arlinger m.fl. : Kvalitetssäkring vid hörapparat anpassning

Bilag 2: Tilskudsdekning – LBH's indlæg til hvidbog

Det har ikke været muligt for Arbejdsgruppen at fremskaffe konkrete tal for, hvad den danske høreomsorg koster det danske samfund. Det har heller ikke været muligt at få præcist at vide, hvad et udleveret høreapparat koster i henholdsvis den private og den offentlige sektor. Landsforeningen for Bedre Hørelse har i forbindelse med arbejdsgruppens virke foretaget en undersøgelse af dette spørgsmål. Undersøgelsen er kun et fingerpeg om forholdene på området, og må ikke tages for mere end et råt billede af prismekanismerne og prisforholdet mellem offentlige og private hørreklinikker.

Resume af afsnittet:

En omlægning fra offentlig høreomsorg til kombineret offentlig/privat omsorg vil betyde en meromkostning for det danske samfund på ca. 165 mill. kr. - svarende til en udgiftsstigning på ca. 44 %

Ved udlicitering af høreomsorg til private opstår en lang række vigtige spørgsmål, som skal afklares, hvis ikke borgeren skal blive taberen.

I Danmark uddeles ca. 65.000 høreapparater om året. Vi har en lang tradition for at være førende på det høretekniske område og har opbygget en betydelig eksportindustri bl.a. på baggrund af et godt samarbejde mellem industrien, de professionelle behandlere og brugerne.

Dette afsnit tilstræber at tegne et realistisk billede af, hvilke økonomiske omkostninger, der er forbundet med driften af høreomsorg i Danmark - i såvel offentligt som privat regi.

For nærværende uddeles stort set alle høreapparater via det offentlige stordriftssystem, som baserer sig på 17 audiologiske afdelinger. Der er variationer fra amt til amt i omkostningsniveauet, men samlet set gælder følgende hovedtendenser:

En hørehæmmede vil efter undersøgelse hos egen læge enten blive henvist til privatpraktiserende øre-næse-halslæge – alternativt henvist direkte til audiologisk afdeling for nærmere undersøgelse. På audiologisk afdeling undersøges den hørehæmmede bl.a. af en ørelæge og der foretages mere detaljerede undersøgelser af høretabet (og evt. årsager dertil).

På baggrund af behovet vælges et høreapparat og der laves øreprop. Apparatet tilpasses den hørehæmmede, og der vil normalt være tale om efterfølgende kontrolbesøg for at sikre optimal indstilling af apparatets funktioner i forhold til høretabet.

Efter udlevering og tilpasning af apparatet har brugeren behov for undervisning for at sikre optimalt udbytte på langt sigt (kende muligheder og begrænsninger).

Batterier indkøbes og distribueres i dag via amterne, der i kraft af storkøbsaftaler kan sikre en lav pris pr. stk. Et forhold der gør, at stordriftsfordelene kommer alle skatteydere tilgode.

Efterfølgende er opstillet beregninger for, hvorledes omkostningerne til høreomsorg ser ud afhængig af løsningsmodel..

Følgende 3 fremtidige muligheder er vurderet:

1. Udleveringen foregår som i dag, dvs. at de fleste høreapparater distribueres via offentlige klinikker, og borgerne får mulighed for selv at bestemme mod betaling.
2. Al udlevering lægges over til private forhandlere, og alle brugere skal selv betale for høreomsorg.
3. En kombination af privat og offentligt system, hvor hørehæmmede med ”ukomplicerede høretab” selv skal betale en del af udgifterne i en tilskudsordning, mens det offentlige afholder alle udgifter for øvrige hørehæmmede.

Model 1: Udlevering foregår som i dag, dvs. de fleste høreapparater distribueres via offentligt klinikker, hvor borgerne har mulighed for selv at bestemme mod betaling.

Forudsætning: Alle apparater og tilbehør uddeles via de 17 offentlige klinikker. Alle apparater kræver ny øreprop, og alle brugere deltager efterfølgende på kursus på høreinstituttet (det sidste er ikke realistisk). Tildeling af høreapparat er gratis via offentlig omsorg. Ønsker borgeren et andet tilbud end det offentlige kan dette ske mod selv at betale samtlige omkostninger.

Beskrivelse	Kommentar	Offentlig stordrift (1000 kr.)
Indledende besøg hos egen læge	300 kr./besøg 10.000 brugere/år	3.000
Besøg hos privatpraktiserende ørelæge	400 kr./besøg 10.000 brugere/år	4.000
Indkøbspris høreapparater*	Offentlig storkøb 2-3.000 Privat køb 3-6.000 (her regnes med off.+20%)	195.000
Produktionspris ørepropper	pris 350 kr./prop estimeret 65.000 / år	22.750
Personaleomkostninger (alt incl)	Offentlig: 14 personer/afd. Løn 300.000 kr./år/person	71.400
Husleje og udstyr omkostninger	Estimeres ⁷ til	16.200
Reklameomkostninger	Offentlig: 0	0
Administrationsomkostninger		17.000
Undervisning på høreinstituttet	700 kr./apparat	45.500
Total ⁸ excl. moms		374.850
Moms		0
TOTAL		374.850

Pris pr. apparat anvist via det offentlige system udgør dermed 5.766 kr./apparat.

Model 2: Al udlevering lægges over til private forhandlere, og alle brugere skal selv betale for høreomsorg.

Forudsætning: Alle apparater uddeles via 150 private klinikker. Alle apparater kræver ny øreprop, og alle brugere deltager efterfølgende på kursus på høreinstituttet (det sidste er ikke realistisk)

⁷ Fastsættelse af huslejeværdi anghænger af regnskabsprincip (grundet afdelingens placering på hospitaler)

⁸ Hertil kommer udgifter til transport af såvel patient som hjælper for syge og dårligt gående patienter

OBS: Vær opmærksom på at denne rene model ikke kan realiseres i praksis, da der dermed mangler ekspertise til almindelig varetagelse af hospitalsfunktioner mv.

Beskrivelse	Kommentar	Privat konkurrence (1000 kr..)
Indledende besøg hos egen læge	300 kr./besøg 5.000 besøg pr år ⁹	1.500
Besøg hos privatpraktiserende ørelæge	400 kr./besøg privat: 40.000 ¹⁰	16.000
Indkøbspris høreapparater*	Privat køb 3-5.000 ¹¹	234.000
Produktionspris ørepropper	350 kr./prop	22.750
Personaleomkostninger	Privat: 2 personer/butik Løn 400.000 kr./år/person	120.000
Husleje og udstyr omkostninger	Afhænger af om det er dedikeret hørebutik eller tilsalg ved briller mv. ¹²	4.500
Reklameomkostninger	Offentlig: 0 Private:8% af omsætning	32.000
Administrationsomkostninger ved tilskud (for det offentlige)	100 kr./tilskud	4.000
Undervisning på høreinstituttet	700 kr./apparat	45.500
Total ¹³ excl. moms		444.250
Moms		111.062
TOTAL		555.312

Pris pr. apparat anvist via det private system udgør dermed 8.543 kr./apparat.
(erfaringerne fra Roskilde indikerer ca. 8.300 kr./apparat)

⁹ Flere vil gå direkte til forhandler og dermed udenom lægen.

¹⁰ Ørelæge er garant for diagnose og behov for tildeling af høreapparat

¹¹ Indkøbsprisen stiger, da der ikke kan opnås stordriftfordele. Her regnes med prisen til det offentlige +20%, hvilket svaret til erfaringer fra udlandet.

¹² Der kræves som minimum 2 lokaler – 1 salgslokale og 1 tilpasningslokale (pga. støj). Prisniveau fra 250-1.000 kr. pr m2 pr år (der regnes med minimum 20 m2). Udstyrsomkostninger er store grundet mindre effektiv udnyttelse. Husleje kan blive stor ved attraktiv beliggenhed.

¹³ Hertil kommer udgifter til transport af såvel patient som hjælper for syge og dårligt gående patienter

Model 3: En kombination af privat og offentligt system, hvor hørehæmmede med ”ukomplicerede høretab” selv skal betale en del af udgifterne i en tilskudsordning, mens det offentlige afholder alle udgifter for øvrige hørehæmmede.

Forudsætning: Ca. halvdelen af alle apparater udleveres via det offentlige system og den resterende del udleveres via ca. 100 private forhandlere fordelt over hele landet¹⁴.

Grundet behovet for ekspertise og håndtering af svære tilfælde kan kapaciteten i det offentlige system ikke nedsættes væsentligt (her er regnet med en nedsættelse på ca. 25% i forhold til model 1)

Beskrivelse	Kommentar	Offentlig (1000 kr.)	Privat (1000 kr.)	Totalt (1000 kr.)
Indledende besøg hos egen læge	300 kr./besøg 7.500 brugere / år	1.500	750	2.250
Besøg hos privatpraktiserende ørelæge	400 kr./besøg offentlig: 5.000 kr./år privat: 20.000 kr./år	2.000	8.000	10.000
Indkøbspris høreapparater ¹⁵	Offentlig storkøb 2-3.000 kr. Privat køb 3-6.000 kr. (her regnes med off.+20%)	104.300	117.000	221.300
Produktionspris ørepropper	Salgspris 350 kr./prop	11.350	11.350	22.700
Personaleomkostninger		53.550	80.000	133.550
Huslejeomkostninger		12.150	3.000	15.150
Reklameomkostninger	Offentlig: 0 Private:8% af omsætning	0	10.600	10.600
Administrationsomkostninger (for det offentlige)	100 kr./tilskud ved privat	12.750	2.000	14.750
Undervisning på høreinstituttet		22.750	22.750	45.500
Total ¹⁶ excl. moms		220.350	255.450	475.800
Moms			63.862	63.862
TOTAL		220.350	319.312	539.662

¹⁴ Erfaringer fra Tyskland viser, at en butik sælger ca. 1 nyt apparat pr. arbejdsdag. Her regnes med ca. 1½ apparat pr. dag pr. forhandler. Resterende omsætning kommer fra batterier mv.

¹⁵ Indkøbspris antages at stige med 5-10% for offentlige klinikker i forhold til tilfælde 1, idet antallet falder og de dyrere apparater forventes kraftigere repræsenteret grundet komplicerede høretab.

¹⁶ Hertil kommer udgifter til hjælpere og transport af syge og dårligt gående hørehæmmede.

Pris pr. apparat anvist udgør dermed 8.302 kr./apparat.