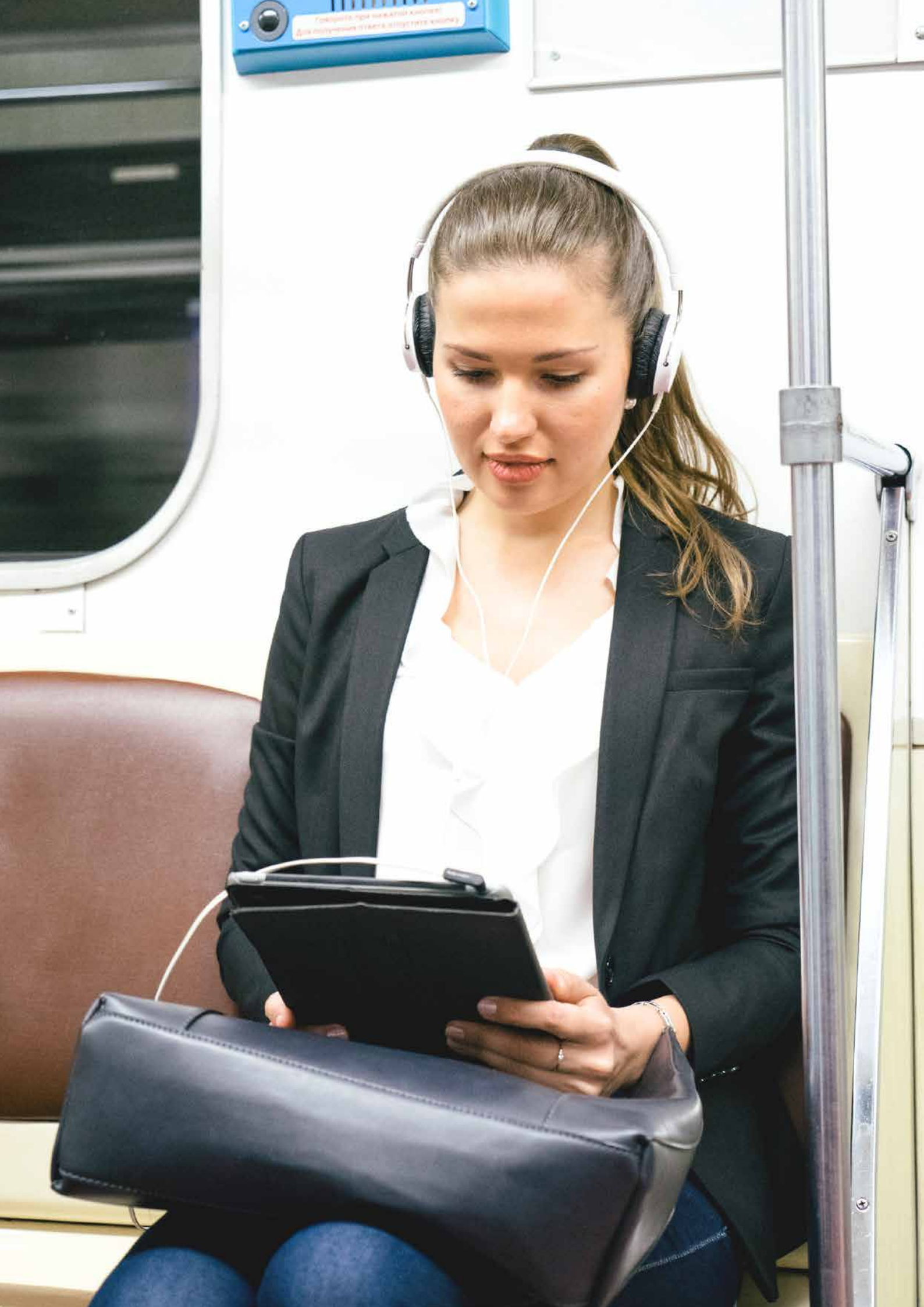


FREMTIDENS HØREREHABILITERING I DANMARK

**Visioner for verdens bedste
hjælp til personer med
høretab**



Indholdsfortegnelse

1. Resumé	4	7. Anbefalinger ift. realisering af fremtidens hørerehabilitering	22
Et fragmenteret system	4	7.1. Etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy)	22
Behov for et nyt system	4	7.2. Samfundsøkonomisk og omkostningseffektiv analyse	22
MÅL – Mere kvalitet, bedre uddannelse og øget nærhed i forhold til borgerne	4	8. Appendiks 1: Høreproblemet	23
Anbefalinger	4	8.1. Stigning i antallet af ældre	24
Bedre service for borgerne	4	8.2. Bedst at forebygge	24
Erhvervsfremme	4	8.3. Medfødte og erhvervede høreskader	24
Kvalitet og behandling	5	8.4. Progredierende høreskader	24
2. Målsætninger med visionsarbejdet	7	9. Appendiks 2: Beskrivelse af systemet i dag	25
3. Arbejdsgruppens samlede anbefalinger	8	9.1. Historisk forløb	25
3.1. Anbefaling: Audiologen som nøgleperson	8	9.1.1. Etablering af det private system	25
3.2. Anbefaling: Ny uddannelse	8	9.2. Indgangen til hørerehabilitering/høreapparatbehandling - typiske forløb	25
3.3. Anbefaling: Efteruddannelse	8	Den første kontakt	25
3.4. Anbefaling: Indførelse af helhedstænkning vedrørende høreapparat og hjælpemidler	8	9.3. Sammenfatning	25
3.5. Anbefaling: Uafhængig visitation	8	10. Appendiks 3: Tre uddannelser i hørerehabilitering på det audiologiske område	27
3.6. Anbefaling: Øget vejledning	9	10.1. Uddannelse til audiologiasistent på Syddansk Erhvervsskole	27
3.7. Anbefaling: Etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy)	9	10.2. Audiologopædi på Københavns Universitet	27
3.8. Anbefaling: Flere offentligt-private investeringer og øremærkede puljer	9	Begrænsninger ved uddannelsen på Syddansk Erhvervsskole	27
3.9. Anbefaling: Omkostnings-effektivitetsanalyse	9	Begrænsninger ved uddannelsen på Københavns Universitet	27
4. Indledning	10	Begrænsninger ved uddannelsen på Syddansk Universitet	28
5. Fremtidens hørerehabilitering	12	10.3. Audiologi på Syddansk Universitet	28
5.1. Et nyt og bedre system	12	Anbefaling:	28
5.2. Europæisk standard	12	11. Appendiks 4: Udkomme og kvalitet	29
5.3. Implementering af den europæiske standard	12	11.1. Undersøgelser af udkomme i det nuværende system	29
5.4. Eksempler fra Norge og Frankrig	12	11.2. Andre kilder til måling af udkomme	29
5.4.1. Krav i standarden til kompetence, faciliteter og udstyr	12	12. Appendiks 5: Forslag til oplagte forskningsområder	31
5.4.2. Uddannelsesmæssige krav	12	13. Appendiks 6: Input til et mere hensigtsmæssigt udbudssystem	32
5.4.3. Uddannelse	13	13.1. Det nuværende udbudssystem	32
5.4.4. Audiologens konkrete opgaver	14	13.2. Input til et mere hensigtsmæssigt udbudssystem	32
5.4.5. Tilpasningsprocessen	14	13.3. Input til et forbedret takstsystem	33
5.4.6. Verifikation	14	14. Appendiks 7: Høreforeningens oversigt over ventetider ifm. hørerehabilitering	34
5.4.7. Vejledning	15	15. Appendiks 8: Hovedparten af den danske forskning er finansieret af industrien	36
5.4.8. Kvalitetsstyring og dokumentation	15	15.1. Danmark vs. Sverige	36
5.5. Lægers rolle	15	15.2. Schweiz og Tyskland	36
6. Forslag til nyt system for fremtidens hørerehabilitering	17		
6.1. Ny struktur for de offentlige klinikker	20		
6.2. Ny rolle for kommunikationscentrene	20		
6.3. Ny rolle for Ø-N-H-læger	21		
6.4. Klare og gennemskuelige rammer for private klinikker	21		

1. Resumé

Nærværende arbejdsgruppe har hermed formuleret deres visionsoplæg for fremtidens hørerehabilitering, herunder hvor vi står i dag, hvor der kan identificeres forbedringspotentialer og hvilke tiltag, der kunne føre til markante forbedringer. Der er opgaver for mange, og bliver området organiseret bedre, kan kvaliteten løftes, ligesom flere kan få bedre hjælp for de samme offentlige midler.

Det skønnes, at op til ca. 800.000 personer i Danmark er ramt af dårlig hørelse i større eller mindre grad. En meget stor del af disse personer ville kunne have nytte af høreapparatbehandling, og det skønnes at ca. 325.000 personer har høreapparat. Den direkte totale årlige omkostning for hørerehabiliteringen i Danmark skønnes at kunne opgøres til omkring kr. 900 mio.¹

Et fragmenteret system

Det nuværende system kan betegnes som fragmenteret. Der er mange forskellige veje til afhjælpning af høretab og den enkelte borger kan blive sendt rundt til mange forskellige aktører for at få den komplette ydelse, der omfatter diagnose og information om, hvad det betyder at leve med høretab (prognosen), høreapparattilpasning, tilknyttede hjælpemidler, instruktion, vejledning, rådgivning og uddannelse samt endelig efterjustering.

Behov for et nyt system

Forslaget til et nyt system tager i høj grad udgangspunkt i det, man kunne kalde en helhedsbehandling. Mere præcist tager forslaget til et nyt system udgangspunkt i de beskrivelser og anbefalinger, der ligger i DS/EN 15927. Det er overordnet set vigtigere at sikre, at det bliver gjort rigtigt end at bestemme hvilke aktører, der skal udføre de enkelte opgaver. Hovedsagen er, at opgaver løses af personer med de rette kompetencer. Derudover er det selvsagt vigtigt, at systemet tilfredsstiller de grundlæggende krav: At fremtidens hørerehabilitering bliver af højeste kvalitet, tilgængelig for alle med brug for det, foretages inden for en rimelig ventetid (maksimalt 8 uger) og under hensyntagen til samfundsøkonomien generelt.

Den demografiske udvikling tilsiger, at tilbagetrækningsalderen fra arbejdsmarkedet fremover vil stige, hvorved ældre borgere skal blive i arbejde i en højere alder end tidligere. God hørelse er i den sammenhæng en meget vigtig forudsætning for at kunne fungere bedst muligt. Nyere forskning tyder endvidere på at ubehandlet høretab kan føre til depression, reduktion af kognitive evner og i værste fald tidlig demens.

MÅL – Mere kvalitet, bedre uddannelse og øget nærhed i forhold til borgerne

- At den danske hørerehabilitering bliver verdens bedste
- At borgerne nemt og hurtigt får adgang til den teknologi, der matcher den enkeltes behov (ventetid på maks. 8 uger)
- At borgerne tilbydes ensartet behandlingskvalitet i hele Danmark
- At Danmark bliver foregangsland inden for forskning i høretab
- At det danske udbudssystem befordrer innovation og udvikling

Anbefalinger

Bedre service for borgerne

System med én indgang (ØNH-lægen):

I dag er systemet for fragmenteret med adskillige indgange for den enkelte patient. Det skaber forvirring, uhensigtsmæssige patientforløb og ressourcospild. Fremover skal ørelægen, også kaldet ØNH-lægen, udgøre indgangen for patienten. ØNH-læge udreder og diagnosticerer, samt henviser til yderligere undersøgelser, hvis det er nødvendigt. Fremtidens autoriserede og opkvalificerede audiolog udarbejder derefter høreprofil, foretager alle nødvendige audiologiske test mhp. valg af konkret høreapparat, forestår bestilling af høreapparat samt vejledning, tilpasning, begynderundervisning/instruktion i brugen af høreapparat, justeringer, henvisning til kommunikationscenter ved behov.

Erhvervsfremme

Etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy):

Generelt har der i nyere tid i Danmark været for lidt forskning i og for få publikationer om hørenedsættelse og hørerehabilitering. Aktiviteterne har været spredte og uden koordination. Kort sagt er der behov for en øget forskningsindsats med et klart fokus. Derfor skal der etableres et stærkt forskningscenter, der kan arbejde systematisk med at udvikle og implementere ny viden. Forskningscenteret skal også transformere allerede eksisterende viden til best practices for at skabe en ny praksis for hørerehabilitering baseret på en ensartet og evidensbaseret metode. Forskningscentret skal have en størrelse, så der opstår et stimulerende miljø, der kan tiltrække dygtige forskere fra både Danmark og udlandet. En stærk kontakt med både private og offentlige klinikker vil være vigtig.

¹ Jf. rapporten Kulegravning af høreapparatområdet, p. 26, juni 2012, hvori det hedder: "De amtskommunale/kommunale udgifter er siden 2001 vokset fra 299 mio. kr. til 697 mio. kr. i 2010, svarende til en udgiftsstigning på 133 pct." Det er derfor ikke noget urealistisk skøn, at de årlige udgifter i dag anno 2015 udgør ca. 900 mio. Se også: <http://sm.dk/nyheder/2012/kulegravning-af-horeapparatområdet.pdf>.



Offentligt-private investeringer og øremærkede midler:

For at sikre at resultaterne fra aktiviteterne i forskningscenteret (Danish Hearing Academy) så hurtigt som muligt bliver nyttiggjort, må der afsættes flere og øremærkede midler til offentligt-private projekter inden for det audiologiske område.

Udbudssystemet for indkøb af høreapparater moderniseres:

Udbudssystemet, som det er lagt an i dag, driver ikke innovation og kvalitet, ligesom det ikke skaber et ideelt hjemmemarked for producenterne. Derfor får mange danskere ikke adgang til de nyeste apparater, selvom de kunne have gavn af dem og derfor skal udbudssystemet moderniseres. Et nyt udbudssystem skal sikre at konkurrence mellem leverandører stimulerer innovation og kvalitet frem for pris og kvantitet alene. Man kan med fordel se på organiseringen af udbud for dyr sygehusmedicin (RADS). Det er nødvendigt med færre og mere transparente kategorier, udelukkelse af producent-specifikke termer, opdeling af varekøbsaftale og serviceaftale, udelukkelse af tilbehør fra prisberegning samt lettere tilgang til at få nye

produkter på aftalen løbende. Desuden oprettes tre kategorier i to forstærkningsniveauer (almindelig og power) med angivelse af prisniveau pr. kategori.

Kvalitet og behandling

Den autoriserede og opkvalificerede audiolog skal være nøgleperson i fremtidens hørerehabilitering:

Det nuværende system er fragmenteret og fremstår ofte kaotisk for den enkelte bruger. Fremover skal audiologen være patientens nøgleperson. Audiologen skal autoriseres af f.eks. Sundhedsstyrelsen for at sikre såvel ekspertise som ansvar. Fremtidens audiolog får ansvaret for at udarbejde høreprofil, foretage alle nødvendige audiologiske test, rådgive om valg af konkret høreapparat, foretage bestilling af høreapparat, tilpasning, begynderundervisning/instruktion i brugen af høreapparat, justeringer og henvisning til kommunikationscenter efter behov.

Samling og opgradering af de i dag eksisterende audiologiske uddannelser mhp. ensartede faglige krav og pensum:

I dag findes der tre uddannelser inden for det audiologiske område, som hver især har styrker, men som ikke sikrer et ensartet højt fagligt niveau.

For at opgradere fremtidens audiolog oprettes der en ny uddannelse, som erstatning for de nuværende uddannelser, hvor høreapparatbehandling samt vejledning, rådgivning og opfølgning hos brugerne sættes i fokus. Uddannelsen skal som minimum afsluttes med en Bachelor-grad. Praktikophold både i privat og offentlig klinik bør indgå i forløbet. Endvidere foreslås det, at den nye uddannelse får et teknisk og et pædagogisk ben. Fremtidens audiologi udstyres dermed med kompetencer, der sætter dem i stand til at håndtere såvel de stadig mere avancerede høreapparater såvel som forhold af mere menneskelig, social og kommunikativ karakter.

Efteruddannelse af audiologer skal forbedres:

Udviklingen af høreapparater går stærkt. Derfor skal audiologerne aktivt søge efteruddannelse i de nyeste høre- og kommunikationssystemer. Fremover skal en audiolog bruge mindst 20 timer årligt af sin arbejdstid til videreuddannelse. Det bør endvidere overvejes at indføre en efteruddannelse med tilhørende kvalifikationsprøve, der giver adgang til at drive privatklinik. Uddannelsen skal indeholde fag som personaleledelse, økonomi, jura m.v. og med tre års praktisk arbejde på klinik som adgangskrav.

Helhedsorienteret tilgang til høreapparat og hjælpemidler:

I dag er der desværre en række udfordringer relateret til sektorovergangen mellem kommuner og regioners ansvarsområder, som bunder i, at forskellig lovgivning regulerer hvert område – ligesom en af årsagerne er, at den tekniske udvikling er løbet fra den organisatoriske struktur kommuner og regioner imellem. F.eks. bevilger regionerne i dag høreapparaterne til brugerne, mens kommunen bevilger hjælpemidler f.eks. fjernbetjening til høreapparaterne. For at skabe forenkling og mere velfungerende løsninger for borgeren foreslås det, at regionerne bemyndiges til også at bevilge tekniske hjælpemidler til høreapparater.

Uafhængig visitation:

Det er arbejdsgruppens holdning, at man bør se på, hvordan henvisning ml. ØNH-læger og private klinikker kan foregå mest hensigtsmæssigt. Det anbefales, at der etableres en uafhængig visitation enten via ØNH-læger uden tilknytning til privat høreapparatsklinik eller via medicinske audiologer på offentlige klinikker.

Øget og bedre vejledning:

For at øge kvaliteten af udlevering og tilpasning af høreapparater er det helt afgørende, at vejledningen styrkes markant. Brugeren bør testes i situationer, der i så høj grad som muligt efterligner kommunikationssituationer iht. den enkeltes høreprofil. Vejledningen og demonstration skal desuden som minimum dække anbringelse og betjening af høreapparatet, batteriskift, træning i at

håndtere vanskelige lyd miljøer, betjening af teleslynge eller andre lydforstærkende apparater i bygninger, produktspecifik egenskaber samt rengøring og vedligeholdelse. Ved opfølgende vejledning eller verifikation bør et spørgeskema anvendes og brugeren bør have adskillige ugers erfaring med daglig brug af høreapparatet. Fremtidens vejledning kan med fordel tage udgangspunkt i den europæiske standard (DS/EN 15927), som Danmark desværre endnu ikke har implementeret.

Borgernes audiogram skal lægges på E-journal:

Borgerens audiogram skal kunne deles elektronisk, som en del af patientens e-journal mellem de ansvarlige aktører.

Der bør udføres en

omkostningseffektivitetsanalyse:

Der bør i samarbejde med eksperter i samfundsøkonomi udarbejdes en analyse af de økonomiske forhold i det nuværende system, og de konsekvenser et nyt system vil få. Ligeledes bør der udarbejdes en samfundsøkonomisk analyse af, hvad det koster **ikke** at behandle høretab optimalt.



2. Målsætninger med visionsarbejdet

I resumeret blev følgende målsætninger nævnt:

- At den danske hørerehabilitering udvikler sig til verdens bedste
- At brugerne nemt og hurtigt (dvs. maks. 8 ugers ventetid), får adgang til den teknologi der matcher den enkeltes behov – dvs. de nyeste og mest optimale høreapparater samt tilbehør og høretekniske hjælpemidler, men også rådgivning, vejledning og opfølgning.
- At alle veje gennem hørerehabiliteringssystemet fremover fører til en ensartet behandling af høj kvalitet.

- At Danmark bliver foregangsland inden for forskning i høretab, dvs. diagnose, behandling og udkommevurdering
- At det danske udbudssystem befordrer innovation og udvikling

For at dette kan blive en realitet er der brug for at tilføje to yderligere målsætninger:

- At audiologen bliver nøglepersonen i fremtidens hørerehabilitering i Danmark
- At den danske hørerehabilitering underkastes et servicetjek af en officielt nedsat arbejdsgruppe mhp. at identificere og anbefale hensigtsmæssig og rationel ressourceudnyttelse – efter devisen "højeste kvalitet for laveste udgift" i sektoren.



3. Arbejdsgruppens samlede anbefalinger

3.1. Anbefaling: Audiologen som nøgleperson

Et system, hvor den professionelle og opkvalificerede audiolog fremover er nøglepersonen (arbejdsgruppen har for nærværende lagt sig fast på termen "audiolog", men er åben over for anvendelse af andre termer – vigtigst for arbejdsgruppen er de kompetencer, som fremtidens opkvalificerede audiolog udstyres med).

Nærværende arbejdsgruppe anbefaler derfor bl.a. med udgangspunkt i DS/EN 15927, at fremtidens opkvalificerede audiolog kræver **certificering** udstedt af f.eks. Sundhedsstyrelsen mhp. at sikre såvel den fornødne ekspertise som det fornødne ansvar.

ØNH-lægen udreder og diagnosticerer, samt henviser til ørekirurgi – såfremt dette måtte være nødvendigt – og noterer evt. kontraindikation mod at udføre tympanometri, samt forhold omkring ydre øre, øregang og trommehinde, som der skal tages hensyn til ved tildeling og behandling af høretab med høreapparat. Såfremt der ikke er kontraindikation vil ØNH-læge ordinere høreapparat til afhjælpning af høretabet. ØNH-lægen foretager med andre ord det, man kunne betegne et såkaldt "udredningsaudiogram", der omfatter alt hvad der er nødvendigt for at ørelægen kan planlægge patientens videre forløb.

Fremtidens opkvalificerede audiolog, der varetager udarbejdning af høreprofil, foretager imidlertid alle nødvendige audiologiske test mhp. valg af konkret høreapparat, forestår bestilling af høreapparat samt vejledning, tilpasning, begynderundervisning/instruktion i brugen af høreapparat, justeringer, henvisning til kommunikationscenter ved behov. Fremtidens opkvalificerede audiolog foretager med andre ord et såkaldt "behandlingsaudiogram", der mere præcist dækker over et audiogram udført af en certificeret audiolog i audiometriboks, indeholdende samtlige nødvendige målinger, der er påkrævet for at kunne tilpasse et høreapparat i henhold til best practice (bl.a. beskrevet i DS/EN15927 m.v.).

3.2. Anbefaling: Ny uddannelse

For at sikre en mere ensartet hørerehabilitering fremover, hvor den professionelle audiolog er nøglepersonen, anbefaler nærværende arbejdsgruppe, at de tre-fire i dag eksisterende uddannelser inden for det audiologiske område gentænkes mhp., at der stilles de samme faglige krav på alle uddannelserne og mhp., at uddannelserne primært får en teknisk og en pædagogisk gren. Mere konkret ser nærværende arbejdsgruppe umiddelbart to modeller vedr. uddannelse af fremtidens

opgraderet audiolog, der tilegner sig de kompetencer, som fremtidens hørerehabilitering kalder på, nemlig hhv. en Model 1 – Opgraderet BA på SDU eller Model 2 - Ændring af den nuværende hospitalsassistent-uddannelse (audiologiassistent).

3.3. Anbefaling: Efteruddannelse

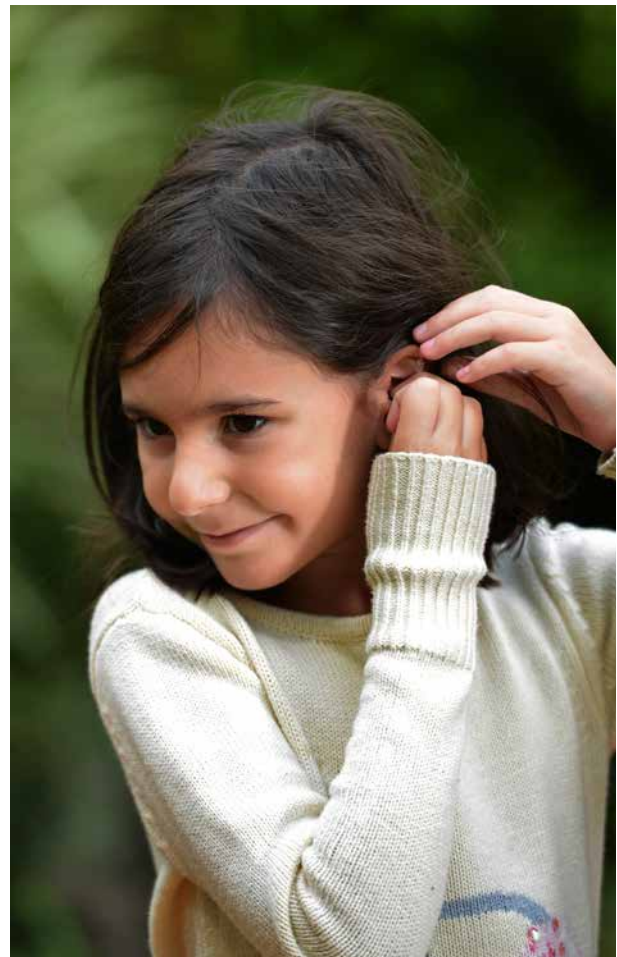
Audiologerne skal aktivt søge oplysninger og efteruddannelse inden for de nyeste høre- og kommunikationssystemer og den korrekte anvendelse heraf. En audiolog skal bruge mindst 20 timer årligt af sin arbejdstid til videreuddannelse.

3.4. Anbefaling: Indførelse af helheds-tænkning vedrørende høreapparat og hjælpemidler.

For at skabe forenkling for borgeren og for at komme en vis kassetænkning mellem hhv. kommunernes og regionernes ansvarsområde til livs i det nuværende system og for at undgå u hensigtsmæssige økonomiske incitamentsstrukturer.

3.5. Anbefaling: Uafhængig visitation

Det er arbejdsgruppens holdning, at man bør se på, hvordan henvisning mellem ØNH-læger og private klinikker kan foregå mest hensigtsmæssigt. Det



anbefales, at der etableres en uafhængig visitation enten via ØNH-læger uden tilknytning til privat høreapparatsklinik eller via medicinske audiologer på offentlige klinikker.

3.6. Anbefaling: Øget vejledning

For at øge kvaliteten af udlevering og tilpasning af høreapparater, er det helt afgørende, at kontrollen af om den enkelte borger får den relevante vejledning i forhold til høretaktik, muligheder for hjælp på kommunikationscenter og tekniske hjælpemidler styrkes markant.

3.7. Anbefaling: Etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy)

Etablering af et stærkt forskningscenter, der kan arbejde systematisk med at udvikle og implementere ny viden om de forhold der er af betydning for fremtidens succesfulde hørerehabilitering. Foruden udvikling og implementering af ny viden vil et sådant forskningscenter få til opgave at transformere allerede eksisterende viden til best practices mhp. at skabe en ny praksis for hørerehabilitering baseret på en ensartet og evidensbaseret metode.

3.8. Anbefaling: Flere offentligt-private investeringer og øremærkede puljer

Foruden etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy), flere offentligt-private investeringer inden for det audiologiske område samt afsætning af øremærkede puljer til implementering af audiologisk forsknings resultater.

3.9. Anbefaling: Omkostningseffektivitetsanalyse

Der bør i samarbejde med eksperter i samfundsøkonomi udarbejdes en analyse af de økonomiske forhold i det nuværende system, og de konsekvenser et nyt system vil få. Ligeledes bør der udarbejdes en samfundsøkonomisk analyse af, hvad det koster ikke at behandle høretab optimalt. Det er en klar målsætning, at det ny system skal skabe større samfundsværdi for en omkostning, der ikke overstiger den nuværende.

4. Indledning

Positionen som et af de ledende lande inden for audiologi, som Danmark ellers har kunne bryste sig af, er forsvundet i takt med, at krav til produktivitet m.v. i det offentlige sygehusvæsen samtidigt udfordrer forskningsindsatsen inden for audiologien (jf. Appendiks 8, hvoraf det bl.a. fremgår, at hovedparten af den danske forskning – herunder antal publicerede videnskabelige artikler inden for det audiologiske felt – er finansieret af industrien).² Uddannelsessystemet er heller ikke blevet opdateret i takt med den teknologiske udvikling, som har ført til løsninger af potentielt højere kvalitet, men også med en væsentlig større kompleksitet.

Den demografiske udvikling tilsiger endvidere, at tilbagetrækningsalderen fra arbejdsmarkedet fremover vil stige, hvorved ældre borgere skal blive i arbejde i en højere alder end tidligere. God hørelse er i den sammenhæng en meget vigtig forudsætning for at kunne fungere bedst muligt. Nyere forskning tyder endvidere på, at ubehandlet høretab kan føre til depression, reduktion af kognitive evner og i værste fald tidlig demens.

Derfor er der god grund til at sætte fokus på, hvordan der kan skabes forbedringer – for det kan godt blive bedre herhjemme. Både for de borgere, der lider af høretab og for samfundet, hvis flere bliver hjulpet bedre.

For at sikre optimal behandling er det afgørende, at audiologen fremover bliver nøglepersonen i hørerehabiliteringen, hvilket hviler på den forudsætning, at uddannelsen af fremtidens audiologer styrkes. Det er ikke hensigtsmæssigt, at der i dag er fire forskellige uddannelser, der er kompetencegivende for fire forskellige typer af aktører inden for det audiologiske område. For at få verdens bedste hørerehabilitering, er det nødvendigt at samle disse fire uddannelser under ét, hvorved de samme faglige krav gør sig gældende på alle uddannelser.

Men det er også nødvendigt at betænke, at man ikke kan spare sig til verdens bedste hørerehabilitering.

Fra 2012 til 2013 er det offentlige tilskud faldet fra kr. 406 mio. til kr. 183 mio. som følge af den tilskudsreduktion til privat behandling, der blev vedtaget med L59 den 19. december 2012 som led i finanslovsforhandlingerne. Besparselsen var estimeret til 107 mio. kr. i lovforslag L59³, men endte altså med at blive mere end dobbelt så stor, nemlig 223 mio. kr.⁴

Ligeledes kan siges om det danske udbudssystem, at det ikke befordrer innovation. Tidligere indkøbtes høreapparater af højeste kvalitet. Men i dag indkøbes høreapparater med lavere specifikationer i vid udstrækning af det offentlige. Der er i de senere år sparet betydelige beløb på det offentlige indkøb af høreapparater, idet gennemsnitsprisen per indkøbt høreapparat er faldet fra kr. 3.894 til kr. 1.600. Der er således sparet kr. 117 mio. på trods af at antallet af tilpassede høreapparater er steget fra 58.984 til 63.048 i perioden fra 2012 til 2013.⁵ I alt er der således sparet kr. 340 mio. på høreapparatområdet ved de seneste års omlægninger. Se Appendiks 5 og 6 for yderligere anbefalinger ift. et styrket udbuds- hhv. takstsystem.

De omtalte besparelser har ført til at færre patienter har søgt de private hørreklinikker. I 2012 blev der tilpasset 72.371 høreapparater på private klinikker. I 2013 faldt dette tal til 54.689 og i 2014 var det 54.615. Konsekvensen af nedsættelsen af tilskuddet har været at de høreapparater, der kan tilbydes af private klinikker for det offentlige tilskud, er af megen beskednen ydeevne. Borgere, som har brug for et høreapparat af højere kvalitet end det der kan tilbydes for tilskuddet alene, har måtte lægge en langt større egenbetaling end før besparelserne. Alternativt må borgere uden økonomiske muligheder for egenbetaling henvende sig i det offentlige system, hvor ventetiderne kan være betydeligt længere end i det private, og hvor der også tilbydes apparater med lavere specifikationer efter besparelserne. En større undersøgelse udført af EHIMA i 2013 viste, at tilfredsheden med høreapparatbehandlingen faktisk var større i det private system end i det offentlige, specielt hvad angår præstationerne i vanskelige lytte situationer. Det gjaldt i særdeleshed for borgere med svære høretab. Undersøgelsen giver ingen forklaring på dette forhold, men det vides, at

² Arbejdsgruppen har bl.a. vurderet dette ved systematisk at have søgt på tidsskrifter, hvor audiolog* indgår i titlen, samt et par udvalgte, hvor dele af tidsskrifterne er audiologisk relevant (JASA etc.). I udvælgelsen af, hvilke publikationskanaler arbejdsgruppen skulle inddrage, er et par ældre forskeres publikationslister (Agnete Parving, Claus Elberling, Stig Arlinger, Ture Andersen) tillige blevet gennemgået for at se, om man i søgningen ville overse for mange. Arbejdsgruppens vurdering er, at det gør man ikke. De fleste publikationer optræder i de tidsskrifter, som er med i arbejdsgruppens søgning. Konklusionen af søgningen er ikke entydigt, at Danmark har haft en vigende videnskabelig produktion, hvis vi sammenligner os med f.eks. Tyskland, Sverige og Schweiz. Imidlertid er konklusionen heller ikke, at Danmark entydigt har en førerposition. Se også Appendiks 8.

³ Se L59, p. 7. Se også <http://www.folketingstidende.dk/samling/20121/lovforslag/L59/index.aspx>.

⁴ Se også Appendiks 1.

⁵ Se DELTA's "Rapport 2013 - Godkendelse af private leverandører af høreapparater" p. 17. Udført for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Projektnr.: T207540. Offentliggjort 04-04-2014.

antallet af efterjusteringer som helhed er større i det private system end i det offentlige. Denne ekstra serviceindsats har selvsagt en omkostning, som nu må dækkes af den egenbetaling, der kræves i det private system for at sikre den bedst mulige løsning.

Konsekvenserne af de omfattende omkostningsreduktioner er, at brugerne ikke naturligt får tilbudt apparater af høj kvalitet i hverken det offentlige eller private system (om end de naturligvis har adgang hertil ved særlig lægeordination i offentligt regi eller via egenbetaling i privat regi). Årsagen er, at leverandørerne som følge af Amgros' seneste par licitationer har oplevet en skærpet priskonkurrence, der er udslagsgivende for sammensætningen af sortimentet. Kort sagt har det medført, at de nyeste og bedste høreapparater ikke umiddelbart indgår i det offentliges sortiment og altså ikke tilbydes af leverandørerne, men kun kan tildeles efter særlig lægeordination på de offentlige klinikker. I det private system kan bedre løsninger stadig anskaffes, men kun mod forøget egenbetaling – hvilket igen åbner op for den problematik, at de mindst ressourcestærke brugere formentligt er hårdest ramt.

Nærværende arbejdsgruppe mener derfor, at der er behov for at kigge på og opkvalificere det danske udbudssystem. Arbejdsgruppen anbefaler kort sagt, at det danske udbudssystem fremover indrettes mere hensigtsmæssigt mhp. både at stimulere innovation og fri konkurrence, men også på bedste vis og via den højeste kvalitet komme de, der lider af høretab, til gavn (se også Appendiks 5 for nærværende arbejdsgruppes anbefalinger til indretningen af et mere hensigtsmæssigt udbudssystem). Ligeledes må det overvejes, hvorledes det kan sikres, at alle borgere har mulighed for at opnå den bedste mulige høreapparatilpasning i både det offentlige og private system.

Nærværende arbejdsgruppe har således formuleret sit visionsoplæg for fremtidens hørerehabilitering, herunder en beskrivelse af hvor vi står i dag, hvor der kan identificeres forbedringspotentialer og hvilke tiltag, der kunne føre til markante forbedringer. Der er opgaver for mange, og bliver området organiseret bedre, kan flere få bedre hjælp for de samme offentlige midler.

På vegne af arbejdsgruppen – god læselyst.

Majbritt Garbul Tobberup

Fmd., Høreforeningen

Per Torsten Nielsen

Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner, DTHS

Ture Dammann Andersen

Overlæge, Odense Universitetshospital

Gert Ravn

Senior Technology Specialist, Audiology & Hearing Aids, DELTA

Dorte Hammershøi

Professor, Aalborg Universitet

Torsten Dau

Professor, Danmarks Tekniske Universitet (DTU)

Karen Wibling Solgård

General Manager, Oticon Danmark

Ole Asboe Jørgensen

Vice President, Oticon

Nikolai Bisgaard

Vice President, GN ReSound

5. Fremtidens hørerehabilitering

5.1. Et nyt og bedre system

Et forsøg på at udvikle et nyt og bedre system, der kan skabe størst mulig tilfredshed og funktionsduelighed for de danske brugere samt et mere omkostningseffektivt ressourceforbrug for samfundet, bør bl.a. undersøge mulighederne for at bygge videre på kendte og verificerede systemer og andre nye tiltag. Et sådant nyt system bør endvidere formaliseres i en vejledning, som præcist beskriver alle væsentlige forhold. En sådan vejledning kan med fordel finde inspiration i den allerede foreliggende europæiske standard udarbejdet af førende europæiske eksperter på området. Se mere nedenfor.

5.2. Europæisk standard

I 2007 blev der sammensat en europæisk ekspertgruppe i den tekniske komité CEN/TC 380 med henblik på at udarbejde en europæisk standard for høreapparatilpasning. Arbejdet blev gennemført over tre år og standarden publiceret i 2011. Den danske udgave hedder "Vejledning og krav til udbydere af høreapparatilpasning" (Services offered by hearing aid professionals, Dansk Standard, DS/EN 15927, 2. udgave, 2011-09-28, Charlottenlund, 2011). Vejledningen giver et godt grundlag for det fremtidige arbejde vedr. en styrket hørerehabilitering.

5.3. Implementering af den europæiske standard

I forordet hedder det, at "I henhold til CEN/CENELEC's interne regler er de nationale standardiseringsorganisationer i følgende lande forpligtet til at implementere denne europæiske standard: Belgien, Bulgarien, Cypern, **Danmark**, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederlandene, Norge⁶, Polen, Portugal, Rumænien, Schweiz, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ungarn og Østrig."⁷

5.4. Eksempler fra Norge og Frankrig

Der er både i Norge og Frankrig taget tiltag til at undersøge, hvordan standardens anbefalinger følges i den daglige praksis. Desværre har Danmark endnu ikke implementeret DS/EN 15927, selvom man ville være langt, såfremt dette skete. Imidlertid vil et skridt på vejen være at prioritere visse områder inden for hørerehabiliteringen højere mhp. at sikre den optimale tilpasning til danske forhold.

I det følgende angives en række punkter, der omtales i "Vejledning og krav til udbydere af høreapparatilpasning", og som det er nærværende arbejdsgruppes opfattelse, bør danne grundlag for styrkede danske kvalitetsmål.

5.4.1. Krav i standarden til kompetence, faciliteter og udstyr

De væsentligste forudsætninger "for at kunne levere kvalitetsydelser" beskrives i den europæiske standard, afsnit 4.1. side 7, således:

- uddannelsesmæssige krav, som angiver de kompetencer, der kræves for at udføre ydelserne
- krav til faciliteter, som angiver, hvordan det rigtige miljø bør være, for at ydelsen kan udføres korrekt
- krav til udstyr, som angiver, hvilket udstyr der er nødvendigt for at udføre ydelserne
- etiske anbefalinger, som angiver etiske rammer og regler for god adfærd
- Herudover er det oplagt også at formulere krav til kvalitetsstyring og dokumentation.

Der er i det danske audilogiske miljø bred tilslutning til den beskrivelse, der gives i den europæiske standard, hvorfor det er oplagt at et nyt dansk system bør lægge sig tæt op ad denne vejledning, om end naturligvis gerne tilpasset særlige danske forhold. Eksempelvis omfatter DS/EN 15927 ikke nogen retningslinjer, hvad angår "ledelse og tilgængelighed", selvom begge punkter i en dansk kontekst fremhæves som meget væsentlige. Så på dette punkt er det oplagt, at en fremtidig dansk vejledning i alle tilfælde udbygges.

5.4.2. Uddannelsesmæssige krav

Ifølge DS/EN 15927 er behandlerens kompetencer meget vigtige for ydelsens kvalitet og bør være baseret på relevant basisuddannelse og videreuddannelse fra anerkendte uddannelsesinstitutioner samt relevante praktiske kompetencer, der er tilegnet i et struktureret forløb (jf. DS/EN 15927, 4.2.1.). Imidlertid er det endvidere vigtigt at understrege, at det generelt ikke er tilladt at delegere kompetencekrævende opgaver til personale, som ikke har den nødvendige uddannelse.

Ifølge DS/EN 15927 pkt. 4.2.2. er et solidt fundament af viden og ekspertise inden for audiologi og akustik absolut nødvendigt for at kunne tilbyde høre- og kommunikationsrehabilitering, som lever op til brugernes behov og forventninger, og som gør brug af de seneste resultater af udviklingen inden for de relevante teknologiske og medicinske områder.

⁶Jf. bl.a. "Høreapparatformidlerundersøgelsen - evaluering av ns-en 15927:2010" – Tjenester tilknyttet formidling av høreapparater», spørsmål og svar samt frekvensfordelinger (Oktober 2014) v. Steinar Birkeland, fagsjef på prosjekt hlf.

⁷Se også [http://www.fuha-info.dk/media\(1924,1030\)/Dansk_Standard_2011.pdf](http://www.fuha-info.dk/media(1924,1030)/Dansk_Standard_2011.pdf), p. 3 i da. overs.

5.4.3. Uddannelse

Uddannelsen til audiologiasistent ved Syddansk Erhvervsskole har i mange år været grunduddannelsen inden for praktisk audiologi. Ved Københavns Universitet (KU) kan man desuden uddanne sig i audiologopædi, som fokuserer på de pædagogiske aspekter af hørerehabilitering. Der er i de senere år blevet etableret en uddannelse i audiologi ved Syddansk Universitet (SDU) som har både en teknisk og en pædagogisk linje. Denne uddannelse er videnskabeligt fokuseret og kan afsluttes med en bachelorgrad eller fortsættes med en 2 årig mastergrad. Desuden findes en privat skole – Dansk Akademi for Audiologi i Odense som uddanner audiologister i et forløb der minder om audiologiasistent-uddannelsen med fokus på de krav der stilles i private hørreklinikker.

Nærværende arbejdsgruppe foreslår, at et nyt studie skal afløse de i dag eksisterende linjer mhp. at ensrette de faglige krav til audiologen på tværs af de forskellige uddannelsesinstitutioner.

Mere præcist foreslår nærværende arbejdsgruppe, at der oprettes en ny uddannelse, hvor høreapparatbehandling samt vejledning, rådgivning og opfølgning på borgere med behov for høreapparater er i fokus. Denne uddannelse bør i lighed med de fleste af de i dag eksisterende uddannelser have en bestået gymnasial uddannelse (dvs. en studentereksamen el.lign.) som adgangskrav, ligesom en sådan uddannelse som minimum afsluttes med en bachelorgrad. Praktikophold både i privat og offentlig klinik bør indgå i forløbet. Endvidere foreslås det, at en sådan ny uddannelse får hhv. et teknisk og et pædagogisk ben, hvormed de studerende, dvs. fremtidens audiologer, udstyres med kompetencer, der sætter dem i stand til at håndtere de stadig mere avancerede høreapparater såvel som de mere menneskelige, sociale og kommunikative forhold hos den pågældende bruger.

En arbejdsgruppe med bred repræsentation bør nedsættes for at formulere det pensum, der skal indgå. Inspiration fra andre lande, hvor lignende systemer allerede findes, bør selvfølgelig søges inddraget.⁸

Med udgangspunkt i DK/EN 15297 foreslår nærværende arbejdsgruppe følgende krav til pensum i en ny og styrket uddannelse (tallet i parentes markerer et estimat over det nødvendige timeantal):

- Matematik, informatik, statistik 100
- Fysik, grundlæggende akustik, bygningsakustik 40

- Elektronik, magnetisme & signalbehandling 40
- Biomedicin 145
- Anatomi, fysiologi, patologi generelt og i relation til hørelse 85
- Biologi, genetik 30
- Neurologi og andre relevante medicinske discipliner 30
- Humanistiske / sociale videnskaber 170
- Psykologi 80
- Gerontologi 20
- Lingvistik, fonetik 50
- Logopædi 20
- Audiologi 245
- Psykoakustik ved hørenedsættelse 40
- Funktionel audiologi 40
- Vurdering af høreevne 40
- Pædiatrisk audiometri 30
- Støj og hørenedsættelse 25
- Sygdomme forbundet med hørelse 70

Imidlertid dækker det ovenfor anførte pensum kun det teoretiske fundament.

Derfor foreslår nærværende arbejdsgruppe yderligere, at fremtidens audiologer starter med et års Klinisk Basis Uddannelse, sådan som det også gør sig gældende for nyuddannede læger – og som svarer til superviseret erhvervspraktik, før de opnår tilladelse til selvstændigt virke.

Det samlede arbejde (pensum, forberedelse, undervisning, opgaveskrivning, eksamen mv.) i uddannelse bør naturligvis på linje med andre uddannelser opmåles i ECTS-points (European Credit Transfer System), hvor ét årsværk omfatter 60 ECTS.

Det bør endvidere overvejes, om det ikke vil være hensigtsmæssigt at indføre en efteruddannelse med tilhørende kvalifikationsprøve, der giver adgang til at drive privatklinik. En sådan efteruddannelse kunne indeholde emner som personaleledelse, økonomi, jura m.v. Man kan eksempelvis forestille sig, at udgangspunktet for efteruddannelsen var tre års praktisk arbejde på klinik. Efteruddannelsen kunne eventuelt være udformet som aftenskole.

⁸ Nærværende arbejdsgruppe henviser til at der kan findes inspiration til teori fra Syddansk Universitet samt forhold i Tyskland. Der kan ligeledes findes inspiration til pensum fra den såkaldte Oldenburg-gruppe, der i EU-regi designede studiet "General Audiologist", som uddannelsen på Syddansk Universitet i høj grad er bygget op omkring. Inspiration til praktik kan findes i pensum på Syddansk Erhvervsskole samt forhold i Sverige.

Anbefaling:

Nærværende arbejdsgruppe anbefaler på baggrund af ovenstående henvisninger til DS/EN 15927, at fremtidens opkvalificerede audiolog kræver certificering udstedt af f.eks. Sundhedsstyrelsen mhp. at sikre såvel den fornødne ekspertise som det fornødne ansvar.

Anbefaling:

Audiologerne skal aktivt søge oplysninger og efteruddannelse inden for de nyeste høre- og kommunikationssystemer og den korrekte anvendelse heraf. En høreapparat-tilpasser skal bruge mindst 20 timer årligt af sin arbejdstid til videreuddannelse.

5.4.4. Audiologens konkrete opgaver

Iflg. DS/EN 15927 skal audiologen mere konkret foretage følgende opgaver:

- Vurdere brugernes behov (f.eks. på et forbesøg og en efterjustering)
- Måle hørelsen
- Udvælge, justere og tilpasse høreapparatsystemer
- Overvåge effektiviteten af det tilpassede system
- Rådgive om valg og brug af høreapparater
- Foretage service på høreapparater
- Levere ydelser i dialog med brugeren
- Dokumentere den ydelse, der er udført, samt resultaterne af målingerne

5.4.5. Tilpasningsprocessen

Ifølge DS/EN 15927 skal audiologen udarbejde en høreprofil, der beskriver brugerens høreproblemer, sociale situation, aktivitetsbegrænsninger, behov og forventninger.

Vurderingen skal også omfatte bidragende faktorer såsom synsnedsettelse og problemer med finmotorikken. I alt skal følgende forhold vurderes og dokumenteres ved bestemmelse af høreprofilen:

- Hørenedsættelsens art, grad og historik, relevant anamnese, herunder allergier og medicin, tinnitus, svimmelhed, motoriske vanskeligheder, lydoverfølsomhed samt tidligere brug af høreapparat, kommunikations- og høreproblemer, sociale konsekvenser, psykosociale situation, relevante levevilkår, forventninger til høreelse og individuelle høresituationer.

- Give brugeren alle oplysninger om de trin i forløbet, der er nødvendige for gennemførelse af undersøgelser og tilpasning af et høreapparat-system, om forløbets varighed og de økonomiske implikationer under anvendelse af de korrekte rådgivningsmetoder for på bedste måde at styre brugerens forventninger til resultatet af rehabiliteringsstrategien
- Give brugeren og dennes ledsagere alle de oplysninger, de behøver for at håndtere administrative og socialsikringsrelaterede dokumenter korrekt
- Give brugeren relevante oplysninger om høretaktik og supplerende systemer og ydelser, som kan forbedre anvendelsen af høreapparatet.

Høreprofilen bør anvende terminologien i ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)⁹ til at definere graden af hørenedsættelsen.

Baseret på den audiologiske undersøgelse og høreprofilen vurderer audiologen, hvilken type høreapparatssystem der vil være velegnet til brugeren. Brugeren skal orienteres om de forskellige valgmuligheder, hvad angår model, type, egenskaber, tilbehør og priser samt fordele og begrænsninger. Hvis der ikke er nogle kontraindikationer, anbefales bilateral tilpasning. Valg af høreapparatssystem(er), der skal tilpasses, samt andre hjælpemidler skal være baseret på brugerens samtykke tillige med alle relevante oplysninger, herunder de økonomiske implikationer.

5.4.6. Verifikation

For at verificere, at apparatet er tilpasset korrekt, skal der træffes foranstaltninger til at teste forbedring af høreevnen.

Det skal sikres, at der ikke opstår ubehag ved særligt høje lyde. Brugeren skal udsættes for situationer, som sandsynligvis vil blive en del af brugerens hverdag i overensstemmelse med høreprofilen. Dette kan opnås ved at bruge optagelser af typiske virkelighedsnære situationer (lydmiljøer).

Verifikation af forbedring af høreevnen bør foretages på flere forskellige måder. Iflg. DS/EN 15927 skal mindst én af følgende måder anvendes, og resultaterne skal gennemgås med brugeren:

- Taleaudiometri i lydfelt med og uden støj, med og uden høreapparat, ifølge proceduren angivet i EN ISO 8253-3.
- Undersøgelser med REM-målinger for at verificere, at den opnåede respons matcher det foreslåede

⁹ Læs mere herom her: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

tilpasningsmål i henhold til proceduren angivet i ISO 12124. Brugerpræferencer kan resultere i afvigelser fra det foreslåede mål.

- Spørgeskema angående forbedring ved brug af høreapparatsystemet. Spørgsmålene kan henvises til før og efter tilpasningen eller fokusere direkte på den opnåede forbedring. Et videnskabeligt valideret spørgeskema bør anvendes, og brugeren skal have mindst adskillige ugers erfaring i daglig brug af høreapparatsystemet. Nærværende arbejdsgruppe er af den opfattelse, at spørgeskema altid bør anvendes.

Andre verifikationsmetoder, der også kan anvendes, er:

- Måling med høreapparat af høretærskelniveauet i lydfelt i henhold til EN ISO 8253-2
- Lokalisering af testsignaler (f. eks. tale, musik eller støj) ved brug af højtalersystem
- Evne til at forstå tale i en lyttesituation med flere forstyrrende lydkilder (støj eller andre talere) fra forskellige retninger ved hjælp af højtalersystem

5.4.7. Vejledning

I afsnit "5.5.5. Klientvejledning" i DS/EN 15927 hedder det:

"Inden tilpasningsforløbet kan anses som værende afsluttet, skal klienten modtage en omfattende introduktion af det tilpassede høreapparatsystem og hjælpeudstyr, især klienter, som ikke tidligere har erfaring med at bruge høreapparat. Denne introduktion skal som minimum omfatte følgende:

- Produktspecifik vejledning og demonstration
- Vejledning i og demonstration af, hvordan man anbringer og betjener høreapparatet
- Vejledning i og demonstration af, hvordan man skifter batterier
- Høretaktik: undervisning og træning af individuelle adfærdsmønstre til at tackle vanskelige akustiske miljøer
- Rådgivning om brugen af høreapparatet med teleslynge eller andre lydforstærkende apparater i bygninger
- Vejledning om, hvordan høreapparater og ørepropper rengøres og vedligeholdes.

Om nødvendigt skal klienten informeres skriftligt om mulighederne for høretræning for at forbedre høreevnen."

For høreapparatsbrugere med et betydeligt og sent erkendt høretab, kan høretræning være nødvendigt

for at opnå fuldt udbytte af høreapparaterne. Høretræning kan tilbydes af fremtidens opkvalificerede audiolog eller andre kvalificerede udbydere – ikke mindst kommunikationscentret eller en pædagogisk audiolog (se også DS/EN 15927, afsnit 5.6.2.).

5.4.8. Kvalitetsstyring og dokumentation

DS/EN15927 foreskriver, at en høreapparatilpasningsenhed skal have et passende kvalitetsstyringssystem til vurdering af tilfredsheden med de udførte ydelser. Ligeledes er det krævet, at alle relevante oplysninger om forløbet registreres i en journal. Den skal bl.a. omfatte: demografiske oplysninger om klienten, læger tilknyttet klienten, klientens høreprøfil, høreapparatsystemets type og serienummer, således at det kan spores i henhold til direktiv 93/42/EØF T, aftaler om høreapparatilpasning og justering, tilpasningsverifikation og lægehenvielse.

5.5. Lægers rolle

På et centralt punkt adskiller DS/EN 15927 sig fra det eksisterende danske system, hvad enten der er tale om hørehabilitering i det offentlige eller det private system. Vejledningens punkt 5.4.6. oplyser en anden henvisningsanbefaling til ørelægerne end den danske. Således hedder det p. 14:

"Henvisning til læge(..) Hvis resultaterne af den audiologiske undersøgelse og høreprøfilen indikerer en sygdom eller anden årsag til høretabet, som nødvendiggør lægebehandling eller operativ behandling, skal audiologen henvise klienten til en speciallæge."¹⁰

Nærværende arbejdsgruppe er dog af den opfattelse, at enhver patient der ønsker behandling for et høreproblem skal konsultere en ØNH-læge som første skridt på vejen mod et høreapparat. Efterfølgende kan fremtidens høreapparatsbruger som næste skridt på vejen mod et høreapparat opsøge fremtidens opkvalificerede audiolog.

Slutteligt er det vigtigt at anføre, at audiologen skal vejlede alle om relevante audiologopædtalbud for høreapparatbrugere med særlige udfordringer som på kommunikationscentre kan få adgang til træning og rådgivning samt et større udvalg af tekniske hjælpemidler.

Nærværende arbejdsgruppe stiller sig kritisk over for den dobbeltrolle, der har kunnet dokumenteres visse steder i systemet, hvor diagnostik og henvisning falder sammen med økonomiske interesser i behandlingsaktiviteter.

¹⁰ Vigtigt: Det skal understreges, at nærværende arbejdsgruppe vurderer at ingen af de nuværende danske uddannelser til hhv. audiolog/audiologiassistent kvalificerer til rollen som nøgleperson inden for hørehabilitering, idet de ikke selvstændigt kan vurdere, hvor vidt der i givet fald vil være indikation for viderehenvisning til speciallæge mhp. udredning.

Anbefaling:

Et system, hvor den professionelle og opkvalificerede audiolog fremover er nøglepersonen i forhold til høreapparatsbehandling.¹¹

ØNH-lægen udreder og diagnosticerer, samt henviser til ørekirurgi – såfremt dette måtte være nødvendigt – og noterer evt. kontraindikation mod at udføre tympanometri, samt forhold omkring ydre øre, øregang og trommehinde, som der skal tages hensyn til ved tildeling og behandling af høretab med høreapparat. Såfremt der ikke er kontraindikation vil ØNH-læge ordinere høreapparat til afhjælpning af høretabet. ØNH-lægen foretager med andre ord det, man kunne betegne et såkaldt "**udredningsaudiogram**", der omfatter alt hvad der nødvendigt for, at ørelægen kan planlægge patientens videre forløb.

Fremtidens opkvalificerede audiolog, der varetager udarbejdning af høreprofil, foretager imidlertid alle nødvendige audiologiske test mhp. valg af konkret høreapparat, forestår bestilling af høreapparat samt vejledning, tilpasning, begynderundervisning/instruktion i brugen af høreapparat, justeringer, henvisning til kommunikationscenter ved behov. Fremtidens opkvalificerede audiolog foretager med andre ord et såkaldt "**behandlingsaudiogram**", der mere præcist dækker over et audiogram udført af en certificeret audiolog i audiometriboks, indeholdende samtlige nødvendige målinger, der er påkrævet for at kunne tilpasse et høreapparat i henhold til best practice (bl.a. beskrevet i DS/EN15927 m.v.).

Vigtigt: Det er en afgørende forudsætning for denne anbefaling, at det nuværende uddannelsessystem ændres i henhold til nærværende arbejdsgruppes allerede nævnte målsætninger og anbefalinger, således at man sikrer, at audiologen er kvalificeret til og besidder de rette kompetencer til at varetage opgaven relateret til fremtidens hørerehabilitering.

¹¹ Det er oplagt, at omstillingen fra den nuværende organisering af den danske hørerehabilitering til fremtidens hørerehabilitering med audiologen som nøgleperson sker i form af nogle overgangsordninger.

6. Forslag til nyt system for fremtidens hørerehabilitering

Forslaget til et nyt system tager i høj grad udgangspunkt i det, som man kunne kalde helhedsbehandling. Forslaget til et nyt system tager mere præcist udgangspunkt i de beskrivelser og anbefalinger, der ligger i DS/EN 15927. Det er overordnet set vigtigere at sikre, at det bliver gjort rigtigt end at bestemme hvilke aktører, der skal udføre de enkelte opgaver. Hovedsagen er, at opgaver løses af personer med de rette kompetencer. Derudover er det selvsagt vigtigt, at systemet tilfredsstiller de grundlæggende krav: At fremtidens hørerehabilitering bliver af højeste kvalitet, tilgængelig for alle med brug for det, foretages inden for en rimelig ventetid (maksimalt 8 uger) og til en pris, der både tilgodeser brugerne såvel som innovation, vækst og beskæftigelse til gavn for samfundet.

Nærværende arbejdsgruppe anbefaler derfor, at fremtidens hørerehabilitering udføres af veluddannede audiologer efter ensartede og udførligt beskrevne retningslinjer. Behandlingen kan både udføres på private og offentlige klinikker.

Processen for fremtidens hørerehabilitering tager udgangspunkt i borgerens indgang til systemet. Hørerehabiliteringen foregår hos den opgraderede audiolog (der som led i fremtidens hørerehabilitering tildeles rollen som nøgleperson). Borgerens indgang bør være hos otologen, dvs. ØNH-lægen, der udreder og diagnosticerer høretab og sikrer, at borgeren ved behov henvises til relevant videreudredning ved medicinsk audiolog eller ørekirurg. Hvis borgeren

henvender sig til egen læge, kommunikationscentret eller direkte til privat hørerklinik, skal borgeren opfordres til at søge ørelæge jf. Figur 1 nedenfor. Såfremt der ordineres høreapparatbehandling, orienteres borgeren om mulighederne for at få høreapparat, hvorefter borgeren kan behandles i en høreapparatklinik – privat eller offentlig – hvor fremtidens opkvalificerede audiolog med udgangspunkt i audiometri udarbejder en høreprofil efter retningslinjerne i DS/EN 15927. På baggrund af denne høreprofil anbefaler audiologen relevante høreapparater og valget foretages i dialog med den kommende høreapparatbruger. Høreapparaterne tilpasses og udfaldet analyseres med henblik på finjustering og senere efterjustering. Tilskud til høreapparatbehandlingen indhentes på baggrund af høreprofil og verifikationsrapport i henhold til de kriterier, som er fastsat af den bevilligende myndighed.

Det er endvidere nærværende arbejdsgruppes holdning, at borgerens audiogram skal kunne ligge og deles elektronisk som en del af patientens e-journal mellem de ansvarlige aktører, der varetager fremtidens hørerehabilitering, således at ØNH-lægen nemt har adgang hertil, såfremt borgerens indgang i fremtidens hørerehabilitering har været hos den opgraderede audiolog. En sådan elektronisk deling af undersøgelsesresultater vil spare borgeren og samfundet for unødvendige gentagelser af undersøgelser, men nødvendiggør, at man ser på konsekvenser i forhold til de forskellige private aktører (se også afsnit 6.4 nedenfor).

Mere præcist følger i tabellen nedenfor en uddybende beskrivelse af de enkelte aktører og deres rolle i kontakten med personen med høretab som led i fremtidens hørerehabilitering.



Aktører	Roller
ØNH-læge	<ul style="list-style-type: none"> • Udrede asymmetriske høretab, tinnitus og svimmelhed. • Foretage støjskadeanmeldelse ved indikation. • Vurdere behov for udredning ved ørekirurg eller medicinsk audiolog og henvise hertil. • Udelukke kontraindikationer for HA-behandling. • Ordine høreapparatbehandling. • vejlede om offentligt og privat HA-tilbud.
Audiolog (privat såvel som offentligt)	<ul style="list-style-type: none"> • Foretage audiometri og evt. udvidede undersøgelser. • Udfærdige høreprofil (hørehandikap og behov). • Anbefale og iværksætte relevant HA-behandling inkl. fjernbetjening. • Give instruktion inkl. begynderundervisning. • vejlede om mulighed for yderligere tilbud ved audiologopæd. • Foretage relevante efterkontroller, justeringer og registrere fastlagte data i kvalitetssikringsdatabase.
Audiologopæd/ Pædagogisk audiolog (kommunikationscentre eller offentlig hørelinik)	<ul style="list-style-type: none"> • Give udvidet instruktion i horetaktik og HA-brug ved behov. • Træffetid. • PPR-funktioner. • CI-vejledning i samarbejde med CI-centre. • Institutions-, skole og hjemmebesøg ved behov. • Afprøve og vurdere behov for tekniske hjælpemidler. • Vejledning i forbindelse med job og uddannelse inkl. erhvervstruede patienter. • Vejledning i forbindelse med kombinerede handikap. • Udredning og behandling af svær tinnitus og hyperacuse i samarbejde med medicinsk audiolog. • Svært høretab samt brugere med Meniere og tinnitus. • Oplysning, uddannelse og borgermøder om høretab og hørerehabilitering.
Medicinsk audiolog	<ul style="list-style-type: none"> • Udredning og opfølgning af børn. • Udredning og opfølgning ved CI. • Udredning og opfølgning ved Knogleforankret HA (BAHA/BAHS) • Udredning og opfølgning ved CROS-løsning (Contralayeral Routing Of Signal). • Udredning og behandling af svær tinnitus og hyperacuse. • Udredning og opfølgning ved kombinerede handikaps og syndromer. • Udredning af asymmetrisk høretab.

I det beskrevne system øger man tilgængeligheden og udnytter ressourcerne mere effektivt ved at gøre fremtidens opkvalificerede audiolog til nøgleperson i hørerehabiliteringen. Man vil endvidere undgå dobbeltarbejde, reducere belastningen af speciallægesystemet.¹² Tilskud udløses på baggrund af klare kriterier. Kravet om detaljeret dokumentation af udførte ydelser og kvalitetsstyring danner baggrund for auditering af aktiviteterne, såfremt der måtte være behov derfor. Et flowchart for et sådan nyt system kan ses på Fig. 1 nedenfor:

Fig. 1 Nyt system



¹² Jf. bl.a. Appendiks 7, hvoraf det fremgår at den gennemsnitlige ventetid for at komme til behandling med høreapparat primo oktober 2014 var ikke færre end ca. 26 uger. Ligeledes fremgår det af oversigten i Appendiks 7, at den længste ventetid primo oktober 2014 opleves på Aarhus Universitetshospital (kompliceret høretab), hvor ventetiden er hele 78 uger, mens personer med høretab oplever den korteste ventetid og kan komme til behandling efter blot 3 ugers ventetid i Sønderborg.

6.1. Ny struktur for de offentlige klinikker

Hvorledes vil det ny system påvirke de offentlige klinikker? De to væsentlige forskelle mellem private og offentlige hørelinikker er, at de offentlige klinikker overvejende er placeret i tilknytning til hospitaler, og at behandlingen er gratis. Private klinikker findes mere ligeligt fordelt ud over landet og tilbyder flere forskellige muligheder, der involverer egenbetaling i større eller mindre grad. Det vides, at der er planer om at etablere seks supersygehuse, hvor stort set al højt-specialiseret behandling skal udføres. I den forbindelse er det ikke usandsynligt, at en del af de eksisterende offentlige klinikker potentielt set kan blive nedlagt (eller alternativt få en slags satellitfunktion i forhold til diverse supersygehuse) med den konsekvens, at en stor del af personer med høretab vil få længere afstand til udredning, tilpasning og opfølgning.

Det virker derfor logisk at foreslå at de offentlige hørelinikker fremover opdeles i en sektion, som med audiologer som primær ressource udfører høreapparatbehandling, som beskrevet i afsnit 4, og en egentlig medicinsk sektion, som primært skal beskæftige sig med høreproblemer af særlig karakter som kræver udvidet diagnostik, medicinske indgreb og den højeste specialviden.

Den avancerede medicinsk-audiologiske diagnostik og medicinsk audiologiske behandling vil imidlertid være det centrale for en hospitalshørelinik, ligesom henvisning til en hospitals-hørelinik ikke nødvendigvis indebærer, at høreapparatbehandlingen også finder sted i dette regi.

Det ville naturligt omfatte børn, tinnitus, Ménières sygdom, Cochlear implant og andre komplekse tilstande.

Der synes således også kun at være synergifordele at hente ved, at de audiologidrevne klinikker ved de offentlige sygehuse f.eks. er placeret under samme tag og samarbejder med de private udbydere og de offentlige hospitaler – sådan som man allerede ser det i dag på en række andre områder, herunder ikke mindst på apotekerområdet. Men også i tilfælde, hvor der evt. ikke er den tilstrækkelige kapacitet til tilpasning og udlevering af høreapparater.¹³

Se endelig også Appendiks 5 for nærværende arbejdsgruppes anbefalinger til indretningen af et mere hensigtsmæssigt udbudssystem.

6.2. Ny rolle for kommunikationscentrene

I fremtiden er det tanken, at den opkvalificerede audiolog på hørelinikken (offentlig såvel som privat) skal supplere kommunikationscentrenes kompetencer på høreområdet ved at give relevant instruktion/begynderundervisning samt vejlede om muligheden for yderligere tilbud, således at borgeren modtager en samlet rehabiliteringsindsats på hørelinikken og ikke skal henvende sig til anden instans for at lære at bruge sit høreapparat.

Kommunikationscentrene vil således fremover primært have til opgave at servicere borgere med eksempelvis svære høretab, Ménières sygdom, tinnitus eller store skelnevanskeligheder med den ekstra støtte, der kan være behov for (f.eks. udvidet instruktion, træning i horetaktik og copingstrategier, CI-undervisning, visuel kommunikation, vejledning i forbindelse med kombinerede handicap, erhvervs- og uddannelsesvejledning mv). Endvidere vil kommunikationscentrene typisk være tovholder på vurdering af behov for og afprøvning af supplerende hørehjælpemidler ud over høreapparat til brug i hjemmet, under uddannelse eller på arbejdsmarkedet.

Kommunikationscentrene bør derfor lokaliseres tæt på de offentlige hørelinikker, som i fremtiden udpeges til at forestå hørerehabiliteringen af borgere med særlige behov.

Kommunikationscentrene kan i sagens natur også få brugere henvist fra private forhandlere – eksempelvis i forbindelse med behov for særlig vejledning/undervisning eller vurdering af behov for og afprøvning af særlige hjælpemidler.

Nærværende arbejdsgruppe vurderer i den forbindelse, at det er væsentligt at styrke de private forhandlers incitament til, i højere grad end det er tilfældet i dag at henvise borgere med særlige behov til kommunikationscenter, således at disse borgere ikke ender blindt i systemet eller skal henvises tilbage til eller selv opsøge offentlig hørelinik for derefter at blive viderehenvist til kommunikationscenter.

Ydermere ser nærværende arbejdsgruppe det som en opgave for kommunikationscentrene at varetage mere generel oplysning og uddannelse af borgere i forhold til høretab, forebyggende indsatser, hørerehabilitering og horetaktik.

¹³ Imidlertid er det værd at bemærke, at de centrale offentlige hørelinikker fortsat vil have en del uddannelsesforpligtigelser, som kun kan varetages, hvis de har mulighed for forsat at udrede og behandle et mindre antal standard patienter. Alternativt vil man være nødt til at flytte basisuddannelsen af audiologer og medicinske audiologer ud af de centrale klinikker.

6.3. Ny rolle for Ø-N-H-læger

I det fremtidige system vil læger primært tage sig af sygdomsbehandling og mere dybdegående undersøgelser af borgere med tegn på sygdom.

Anbefaling

For at komme diverse udfordringer vedr. sektorovergange mellem hhv. kommunernes og regionernes ansvarsområde til livs i det nuværende system, anbefaler nærværende arbejdsgruppe, at sondringen mellem høreapparat og hjælpemiddel gentænkes mhp. at gøre op med eventuel kassetænkning. Det er nærværende arbejdsgruppes opfattelse, at regionerne bør bemyndiges med kompetencer til at bevillige tekniske hjælpemidler – herunder fjernbetjening – til høreapparater, såfremt man ønsker en optimalt fungerende hørerehabilitering til størst mulig gavn for brugeren (og således at brugeren ikke på nogen måde influeres af de bagvedliggende økonomiske incitamentsstrukturer).

6.4. Klare og gennemskuelige rammer for private klinikker

Det er arbejdsgruppens holdning, at man bør se på og evaluere de mange nuværende modeller for private klinikker og ØNH-lægers forskelligartede tilknytning til private klinikker.

Der bør være samme kvalitetskrav til høreprøve og uddannet audiolog til at varetage høreprøve og tilpasning af høreapparat, hvad enten der er tale om privat klinik med eller uden ØNH-læge tilknyttet.

Der bør være klare regler for, hvem der tager sig af høreapparatsbrugeren ved flytning til anden region eller ved ophør af privat klinik.

Der bør findes en model, hvor udførte målinger kan deles via borgerens e-journal, således at offentlige såvel som private instanser kan genbruge de måleresultater der allerede er foretaget.

Anbefaling

I den forbindelse er det arbejdsgruppens holdning, at man bør se på, hvordan henvisning ml. ØNH-læger og private klinikker kan foregå mest hensigtsmæssigt. Det anbefales, at der etableres en uafhængig visitation enten via ØNH-læger uden tilknytning til privat høreapparatklinik eller via medicinske audiologer på offentlige klinikker.

7. Anbefalinger ift. realisering af fremtidens hørerehabilitering

En række forhold skal ændres for at skabe en hørerehabilitering i verdensklasse. Helt centralt står behovet for en målrettet uddannelse på et niveau, der giver mulighed for at tildele audiologer et større ansvar for behandlingsforløbet. Denne nye uddannelse skal afløse de i dag eksisterende linjer mhp. at ensrette de faglige krav til audiologen på alle uddannelsessteder, se afsnit 5.4.2. ovenfor.

Dernæst skal der etableres faciliteter til en markant forskningsindsats, hvor forbedret diagnostik, udkommevurdering og procesforbedringer er i fokus.

En udredning om de eksakte økonomiske konsekvenser af det ny system må udføres.

Endeligt skal der etableres lovgrundlag og en detaljeret vejledning, der klart beskriver det nye system. Der vil desuden være behov for en række overgangsordninger, således at den nødvendige kapacitet løbende vil være til rådighed for personer med høretab.

7.1. Etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy)

Det er af største betydning, at der etableres et stærkt forskningscenter, der kan arbejde systematisk med at udvikle og implementere ny viden, om de forhold der er af betydning for fremtidens succesfulde hørerehabilitering. Foruden udvikling og implementering af ny viden, vil et sådant forskningscenter få til opgave at transformere allerede eksisterende viden til best practices mhp. at skabe en ny praksis for hørerehabilitering baseret på en ensartet og evidensbaseret metode.

Generelt har der i Danmark været lidt forskning i og få publikationer om hørenedsættelse og de mange aspekter af hørerehabilitering, ligesom Danmark i de sidste mange år ikke har haft tradition for klinisk forskning inden for høreomsorgen.

Kvantiteten og kvaliteten af forskning i de forskellige aspekter af hørerehabilitering bør derfor styrkes, ligesom der er behov for bedre netværk til at drive forskningen. For mere konkrete genstandsfelter ift. en styrket forskning, se Appendiks 5.

Således foreslår nærværende arbejdsgruppe etableringen af et forskningscenter med en størrelse, så der opstår et stimulerende miljø, der kan tiltrække dygtige forskere fra både Danmark og udlandet. En stærk kontakt med både private

og offentlige klinikker vil ligeledes være vigtig. En række centre er i de senere år blevet etableret med høreapparatusindustrien som bidragsydere. CAHR på DTU er et eksempel herpå. CAHR har fokus på forskning i hørelsens basale egenskaber og ville være en naturlig samarbejdspartner.

Centeret bør være tværfagligt orienteret således at så mange faktorer som muligt tages i betragtning. I den forbindelse er det oplagt, at centeret etableres i sammenhæng med et universitetshospital mhp. på at trække på den eksisterende infrastruktur – den materielle såvel som den immaterielle.

Det bør undersøges, om driften af et nyt forskningscenter med fokus på forskning inden for hørerehabilitering helt eller delvist kan finansieres som Offentlig-Private Innovations (OPI)-projekter.

7.2. Samfundsøkonomisk og omkostningseffektiv analyse

Der bør i samarbejde med eksperter i samfundsøkonomi udarbejdes en analyse af de økonomiske forhold i det nuværende system, og de konsekvenser et nyt system vil få. Ligeledes bør der udarbejdes en samfundsøkonomisk analyse af, hvad det koster ikke at behandle høretab optimalt. Det er en klar målsætning, at det nye system skal skabe større samfundsværdi for en omkostning, der ikke overstiger den nuværende.



8. Appendiks 1: Høreproblemet

Reduceret høreevne er en tilstand som før eller siden rammer en meget stor del af borgerne i vores samfund. Et større metastudie konkluderede, at 16 % af den voksne befolkning lider af et høretab¹⁴.

WHO omtaler høreproblemer som den fjerde mest udbredte, kroniske helbredsnedsettelse. Ligeledes udpeges nedsat hørelse til at udgøre 18 % af den totale helbredsbelastning af ikke-dødelige sygdomme. Der er således tale om et betydeligt problem. Omend alle aldersgrupper kan rammes af høretab, er det dog klart at frekvensen af høreproblemer stiger med alderen. Således har 25-40 % af personer ældre end 65 år nedsat hørelse, mens 40-66 % af patienter ældre end 75 år og mere end 80 % af ældre over 80 år har høreproblemer.¹⁵ Figur 2 nedenfor viser selvvalueret forekomst af høretab som funktion af alderen.

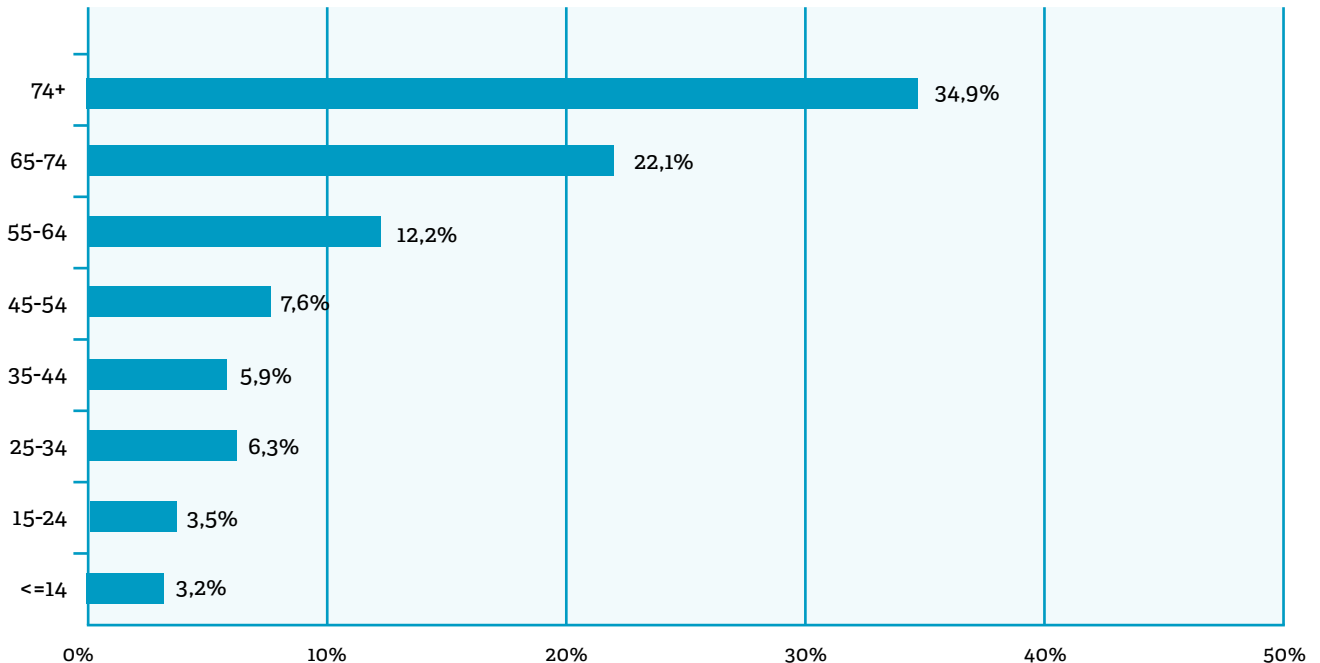


Fig 2. Selvvalueret forekomst af høretab som funktion af alderen.

Fra EuroTrak Danmark, 2012. (http://ivo.ehima.dev02.accedo.dk/wp-content/uploads/2014/03/130913_Presentation_Anovum_EuroTrak_2013_DENMARK.pdf)

Ovenstående skal naturligvis ses i lyset af de økonomiske vismænd har regnet sig frem til, at sundhedsudgifterne vil stige dramatisk frem mod 2050, i takt med det stigende antal ældre og fremkomsten af nye behandlingsformer (se også figur 3 nedenfor). Vismændene konkluderer, at det offentlige skal finde 50-100 mia. kr. mere om året til at drive sundhedsvæsenet for.¹⁶

Offentlige sundhedsudgifters andel af BNP i perioden 1990-2050, pct.

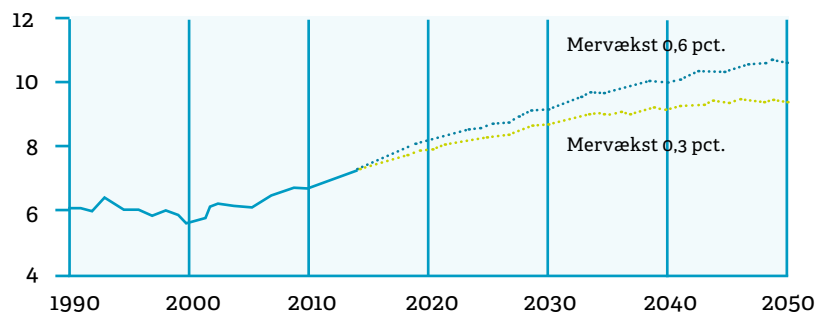


Fig. 3: Prognose for fremtidens sundhedsudgifter.

Kilde: Det Økonomiske Råd

¹⁴Bridget Shield: Evaluation of the Social and Economic Costs of Hearing Impairment, p.16, (http://www.hear-it.org/sites/default/files/multimedia/documents/Hear_It_Report_October_2007.pdf).

¹⁵Se mere om forekomst af høretab i forhold til alder her: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/symptomer-og-tegn/hoerenedsaettelse/>.

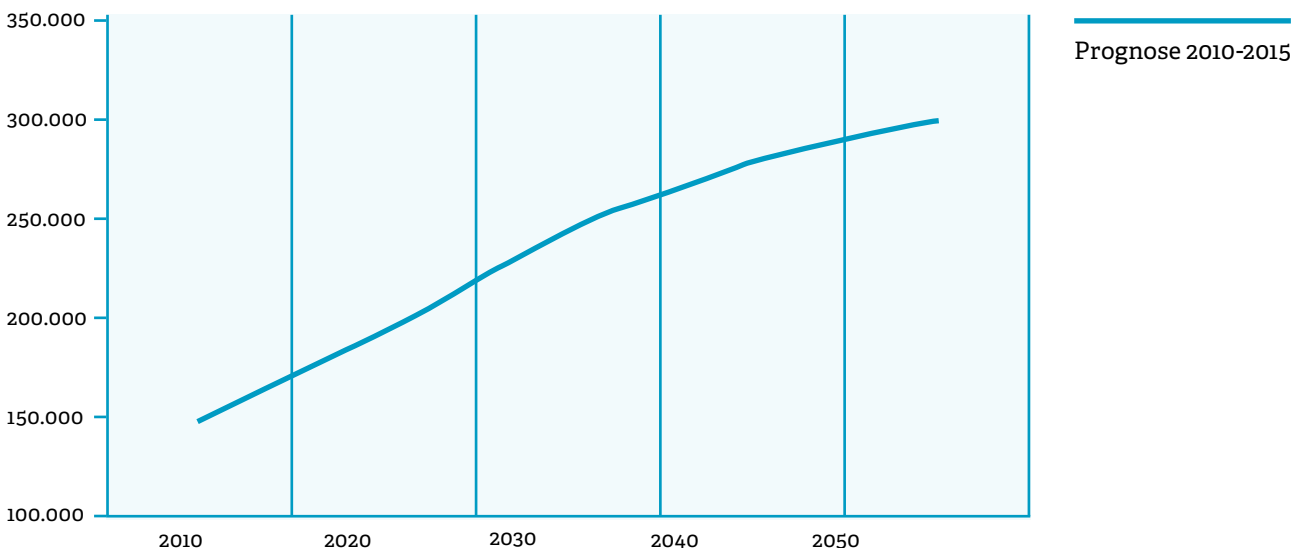
¹⁶Kilde: Det Økonomiske Råd. Se også <https://www.mm.dk/velfaerdssamfundets-naeste-fase>.

8.1. Stigning i antallet af ældre

Social- og Integrationsministeriet skrev med henvisning til Danmarks Statistik i den såkaldte kulegravningsrapport, at den demografiske udvikling de kommende år medfører en betydelig stigning i antallet af ældre, jf. nedenstående figur.

Endvidere angav Social- og Integrationsministeriet i kulegravningsrapporten, at "[d]a stigningen i antallet af ældre delvis skyldes en forbedret sundhedstilstand, kan man normalt ikke fremskrive de aldersbetingede hyppigheder uden at korrigere for den forbedrede sundhedstilstand. **I forhold til høretab er det dog usikkert, om den forbedrede sundhedstilstand vil betyde færre eller mindre høretab.**"¹⁷

Antal borgere over 66 år



8.2. Bedst at forebygge

De moderne samfund har en livsstil, som udfordrer borgernes hørelse alvorligt. De mange støjpåvirkninger fra transportsystemer, produktionsarbejdspladser og fritidstilbud belaster sammen med privatlivets forbrugerelektronik og øvrige støjpåvirkninger det moderne menneske. Derfor kan man ikke tale om en effektiv hørerehabilitering uden at gøre opmærksom på behovet for en præventiv indsats, som fører til en bedre regulering på en række områder. En sådan regulering kan eksempelvis bestå af bedre støjafskærmning, mere udbredt brug af hørevern, lavere grænser for støj og mere ro om natten.

8.3. Medfødte og erhvervede høreskader

Nedsat hørelse rammer i alle aldersgrupper omend forekomsten klart stiger med alderen.¹⁸ Visse høreskader er medfødte. Der er heldigvis mulighed for at diagnosticere høreskader umiddelbart efter fødslen, og i 2005 begyndte man systematisk screening for høretab hos nyfødte. Det har været en succes, for også på høreområdet er hurtig hjælp dobbelt hjælp, specielt fordi nedsat hørelse har meget alvorlige konsekvenser for den sproglige udvikling. Så, jo før der sættes ind jo bedre mulighed får barnet for at få et normalt, veludviklet sprog.

8.4. Progredierende høreskader

Typisk nedsættes følsomheden for de høje toner først, hvilket giver problemer med at skelne konsonanter

fra hinanden og nedsætter evnen til at forstå tale især i støjende omgivelser. I takt med at skaderne bliver mere omfattende, opstår stigende problemer med at opfatte normal tale selv i rolige omgivelser. Ultimativt, bliver høretabet så stort, at personen ikke kan opfatte noget som helst uden hjælp fra et høreapparat eller andre hjælpemidler.

Typiske årsager til høreskader er genetiske defekter, som udgør ca. 50 % af disse årsager. Desuden kan støjpåvirkning medføre defekter i cochlea. Kraftig, impulspræget støj såsom skud og mekanisk støj er kendte årsager til høretab, ligesom høretab også kan opstå som følge af ulykker, sygdom og visse typer af medicin.

¹⁷ Jf. rapporten Kulegravning af høreapparatområdet, p. 28, juni 2012. Se også: <http://sm.dk/nyheder/2012/kulegravning-af-horeapparatområdet.pdf>.

¹⁸ Se mere om forekomst af høretab i forhold til alder her: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/oere-naese-hals/symptomer-og-tegn/hoerenedsaettelse/>.

9. Appendiks 2: Beskrivelse af systemet i dag

9.1. Historisk forløb

Hørerehabilitering har siden slutningen af 1950'erne været en integreret del af det offentlige sundhedssystem. Systemet blev i løbet af 1990'erne ganske presset, da andre og meget alvorlige sygdomme blev opprioriteret. Ventetiderne ved de offentlige høreklivikker androg i mange tilfælde 12-14 måneder, hvilket var uacceptabelt og forårsagede mange klager. Desuden begyndte enkelte private klinikker at tilbyde høreapparatbehandling helt uden offentligt tilskud.

9.1.1. Etablering af det private system

Per den 1. juli 2000 bliver en tilskudsordning indført med støtte fra alle partier i Folketinget undtagen Enhedslisten.¹⁹ Det skete efter en henstilling fra Konkurrencestyrelsen.²⁰ Tilskuddet på kr. 3.000 dækkede kun høreapparat og ikke den tilhørende serviceydelse som selve tilpasningen må betragtes som.

Per den 1. juli 2002 indføres behandlingsgaranti på sygehusbehandlinger, men området for hørerehabilitering holdes udenfor, og i stedet bliver tilskuddet sat op fra kr. 3.132 til kr. 5.000 mhp. nu også at skulle dække undersøgelser, behandling, kontrol, justeringer m.v. Tilskuddet indeksreguleres herefter.

Per den 1. januar 2011 nedsættes tilskuddet efter vedtagelse af lovforslag L 28B med 10 pct. svarende til en ny tilskudstakst på 5.607 kr. pr. høreapparat.

Per den 19. december 2012 vedtages det med virkning fra den 1. januar 2013 at nedsætte tilskuddet yderligere.²¹ Lovforslag L59 nedsætter tilskuddet til en behandling med høreapparater på 2 ører (ca. 80 pct. af tilfældene) fra 2* 5.607 kr. til 4.000+2.350 kr. Samtidig vedtages det, at ansvaret for finansiering af høreapparatet overføres til regionerne for så vidt angår høreapparatbehandling i offentligt regi. Ændringen medfører således bortfald af kommunernes refusion til regionerne af udgifterne til indkøb af høreapparater.

AMGROS udfører en licitation af høreapparatet til de offentlige hørecentraler, hvor der kraftigt fokuseres på at nedsætte omkostningerne ved indkøb af høreapparater. Der fører til et ændret sortiment, idet en større mængde billigere apparater med lavere specifikationer og ældre teknologi bliver indkøbt.

I det private system betyder de stærkt reducerede tilskud også, at de apparater, der kan tilbydes med fuld dækning, bliver af ringere kvalitet. Det forhold, at der for et tidssvarende høreapparat skal ydes en betragtelig egenbetaling, fører ikke overraskende til øget pres på de offentlige høreklivikker, hvilket ydermere kan bevirke stigende ventetider.

9.2. Indgangen til hørerehabilitering/høreapparatbehandling - typiske forløb

Langt de fleste personer, der udvikler et høretab, venter ganske længe, før de tager skridt til at blive hjulpet. Det er den almindelige opfattelse, at det tager omkring 7 år fra en person har erkendt et høretab, til at vedkommende søger hjælp. Ganske ofte er det familie-medlemmer, der presser på, idet det ofte er tydeligere for de pårørende end for den pågældende selv.

Der optræder et mindre antal tilfælde, hvor personer får høretab på grund af ulykke, sygdom eller på anden vis. I disse tilfælde sker der ofte meget store ændringer i høreevnen på kort tid. Disse personer er stort set altid i kontakt med hospitalsvæsnet og henvises til høreapparattilpasning derfra. Forløbet af selve behandlingen vil være den samme, som for dem der selv søger.

Den første kontakt

For den almindelige borger vil første kontaktpunkt som oftest enten være den praktiserende læge, øre-næse-halslægen eller i privat høreklivikk. Den praktiserende læge vil antageligt orientere om mulighederne for at få høreapparat enten via privat eller offentligt system og i øvrigt henvise til en øre-næse-halslæge (Ø-N-H) for at få stillet en mere præcis diagnose (visse læger henviser imidlertid også direkte videre til en audiologisk afdeling på et hospital). Ø-N-H-lægen skal også orientere om mulighederne på hhv. den offentlige og den private klivikk. Imidlertid er det nærværende arbejdsgruppes vurdering, at omkring 50 % vælger at henvende sig direkte til en Ø-N-H-læge, en offentlig eller privat høreklivikk. Kort sagt er der, som systemet er i dag, mange veje ind i behandlingssystemet – og alle veje er mulige. Fig. 2 viser de forskellige veje, der kan være til høreapparatbehandling.

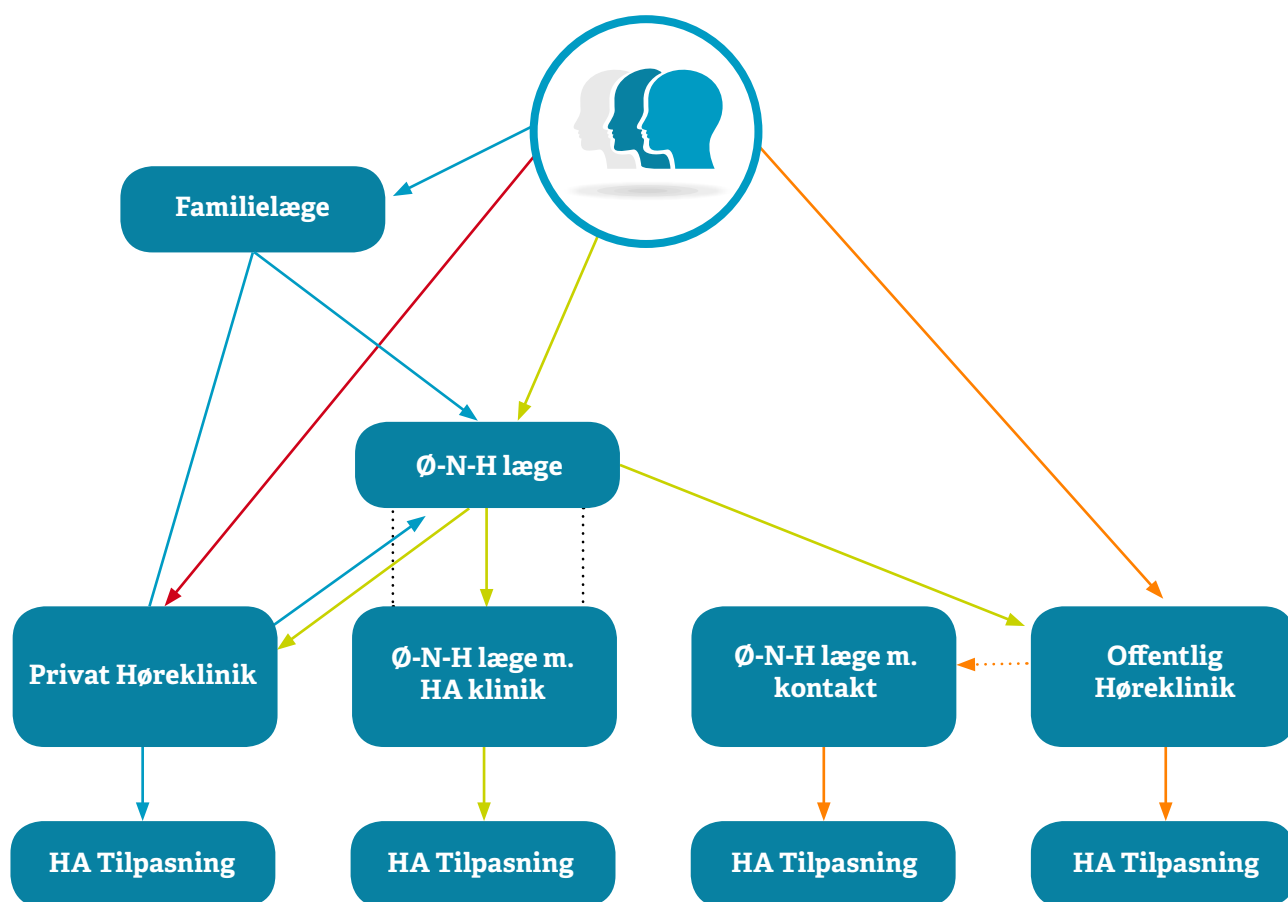
9.3. Sammenfatning

Det nuværende system kan betegnes som fragmenteret. Der er mange forskellige veje til afhjælpning af høretab og den enkelte borger kan blive sendt rundt til mange forskellige aktører for at få den komplette ydelse, der omfatter diagnose, høreapparattilpasning, tilknyttede hjælpemidler,

¹⁹Jf. også http://webarkiv.ft.dk/?samling/19991/lovforslag_oversigtsformat/l231.htm.

²⁰Jf. også <http://www.kfst.dk/~media/Afgoerelsesdatabase/Konkurrenceomraadet/Afgoerelser/1998/19980504%20Bilag%20hoereapparatomraadet%20Afskrift%20af%20socialministeriets%20brev%20af%2045%201998.pdf>.

²¹Jf. også http://www.folketingstidende.dk/RIpdf/samling/20121/lovforslag/L59/20121_L59_som_vedtaget.pdf.



instruktion, vejledning og efterjustering. Nogle af disse aktører kan være geografisk adskilt i betydelig grad, således at borgeren skal bruge tid og penge på transport. Det skal i den forbindelse også påpeges, at hvor ydelse til høreapparat og tilpasning dækkes af Danske Regioner, så er tilknyttede hjælpemidler noget, der tildeles af bopælskommunen. Der, hvor forvirringen imidlertid i særdeleshed opstår i det nuværende system, er under vejledning, hvor audiologisk afdeling på et hospital giver vejledning om brugen af høreapparatet i begrænset omfang, mens det pågældende kommunikationscenter står for den udvidede vejledning. Dette vedrører særligt den offentlige del af systemet, men er et tilbud, der også berører brugere med privat udleverede høreapparater. Endelig hører justering af den enkelte brugers høreapparat fortrinsvis til på audiologisk afdeling, men nogle kommunikationscentre tilbyder også brugeren justering i begrænset omfang som et ekstra tilbud.

I det private system er der i nogen grad tale om et mere overskueligt forløb, hvor det meste håndteres

i den private klinik, som har fuldt ansvar for behandlingsforløbet.²² De private høreklinikker er desuden geografisk spredt ud over en lang række byer, hvilket begrænser udfordringerne relateret til længere afstande og transportmuligheder. Tilknyttede hjælpemidler kan tilbydes i det private mod egenbetaling, mens brugeren med udgangspunkt i serviceloven bør oplyses om sin ret til gratis tekniske hjælpemidler efter behov ved henvendelse på et lokalt kommunikationscenter.

Anbefaling:

For at øge kvaliteten af udlevering og tilpasning af høreapparater, er det helt afgørende, at kontrollen af om den enkelte borger får den relevante vejledning i forhold til høreretaktik, muligheder for hjælp på kommunikationscenter og tekniske hjælpemidler, styrkes markant.

²²Det er samtidigt nærværende arbejdsgruppes opfattelse, at en del af dette problem relaterer sig til, at en audiologiassistent med egen klinik ikke er uddannet til at forestå den udvidede begynderundervisning, som forestås af kommunikationscentrene. Dette ville kræve, at audiologiassistenten har opgraderet sin viden på eget initiativ. Desværre er der i dag ingen kontrol af, om borgeren får den relevante vejledning i forhold til høreretaktik, muligheder for hjælp på kommunikationscenter og tekniske hjælpemidler. I dag afhænger dette af den enkelte kliniks prioriteringer hertil.

10. Appendiks 3: Tre uddannelser i hørerehabilitering på det audiologiske område

I dag findes der ikke færre end tre forskellige måder at uddanne sig til at komme til at arbejde med hørerehabilitering inden for det audiologiske felt.

10.1. Uddannelse til audiologiassistent på Syddansk Erhvervsskole

Adgangskravet for at uddanne sig til audiologiassistent er ni års skolegang. Uddannelsen til audiologiassistent har en varighed af to år og seks måneder.

Audiologiassistenter er udlært til – med det, der kan betegnes som en mesterlære-uddannelse, og dermed god klinisk uddannelse – at foretage de generelt anvendte audiologiske målinger samt at kunne tilpasse høreapparater og foretage finjustering af disse. Foruden at foretage høreprøver, oplæres audiologiassistenterne i at undersøge øret og afdække, hvilken eller hvilke dele af spektret der er ramt, og hvor stor hørenedsættelsen er de pågældende steder.

Studiet omfatter næsten 2 års praktik i offentlig eller privat klinik med indlejrede skoleophold.

Audiologiassistenten tager i samarbejde med en læge stilling til valg af høreapparat samt tilpasser apparatet til brugeren.

Begrænsninger ved uddannelsen på Syddansk Erhvervsskole

Nærværende arbejdsgruppe finder, at den vigtigste mangel ved denne uddannelse er den begrænsede teoretiske uddannelse. De ovennævnte teoretiske kompetencer berøres ikke på et tilstrækkeligt niveau til, at audiologiassistenten kan arbejde uden lægefaglig supervision. Endelig er det nærværende arbejdsgruppes opfattelse, at de studerende på SDE ikke uddannes af personale med "ret og pligt til forskning", hvorved de ikke i tilstrækkelig grad får indsigt i de videnskabelige processer og forståelsen for det vidensgrundlag, de agerer på baggrund af. Nærværende arbejdsgruppe er af den overbevisning, at de studerende på SDE skal have indsigt i de processer, der skaber vores viden, og forstå begrænsningerne herved – om end det ikke er arbejdsgruppens opfattelse, at de studerende ved SDE nødvendigvis bør undervises af forskere.

10.2. Audiologopædi på Københavns Universitet

Uddannelsen som høre-, tale- og læsepædagog (audiologopæd) blev oprettet på Københavns Universitet i 1982. Audiologopædi beskæftiger sig med diagnostik, undervisning, behandling og forskning i forbindelse med læse-, stave-, skrive-, høre-, tale- og stemmevanskeligheder.

Bacheloruddannelsen i audiologopædi består af 2 1/4 års grundfagsstudier suppleret med 3/4 års tilvalgsstudier i ét eller flere fag uden for grundfaget. Den studerende vælger frit, hvilke tilvalg der skal indgå i bachelorstudiet.

Langt de fleste færdiguddannede bachelorer i audiologopædi vælger at forsætte på kandidatuddannelsen. Kandidatgraden giver en række forskellige jobmuligheder.

Størstedelen af audiologopæder arbejder i det offentlige inden for specialundervisning ved kommunikationscentre, tale- og høreinstitutter eller centre for voksenuddannelsen. Visse studerende får også job ved universiteter eller seminarier, hvor både pædagog- og lærerseminarier bruger audiologopæder til undervisning i børns taleudvikling.

Endelig får nogle audiologopæder job i de nationale videnscentre, fx for stammen, for døve og hørehandicappede eller for ordblindhed eller i Center for Hjerneskadade, ligesom uddannelsen giver mulighed for at arbejde på audiologisk og foniatrisk afdeling eller på traumecentre på hospitaler.

Nogle audiologopæder arbejder herudover også ved private firmaer i høreapparatsbranchen.

Begrænsninger ved uddannelsen på Københavns Universitet

Nuværende arbejdsgruppe finder, at det aktuelle pensum ikke omfatter tilstrækkelig grundviden inden for fysik, matematik, akustisk og teknisk audiologi, der betragtes som yderst vigtig for tilpasning af moderne høreapparater.

10.3. Audiologi på Syddansk Universitet

På Audiologistudiet, der består af hhv. en treårig bachelorgrad og en toårig kandidatoverbygning, får man mulighed for at tilegne sig viden inden for hele det audiologiske område. Man får bl.a. undervisning i naturvidenskabelige og tekniske discipliner som teknisk akustik og audiologiske målemetoder og psyko-akustik, humanistiske fag som sprog og kommunikation, psykologi, pædagogik og handicap samt sundhedsvidenskabelige discipliner som anatomi og fysiologi, neurobiologi og neurologi og medicinsk audiologi.

Det unikke ved uddannelsen på Syddansk Universitet er den audiologiske kombination af medicinske, sproglige og tekniske fag.

I løbet af uddannelsen får den studerende ligeledes mulighed for at søge inspiration i udlandet enten i form af studie- eller praktikophold.

Når den studerende vælger at læse audiologi på Syddansk Universitet, har vedkommende mulighed for at vælge én af to uddannelser: Audiologi og Pædagogisk audiologi.

En del af fagene er ens for de to uddannelser. Det gælder eksempelvis de psyko-akustiske fag, hvor den studerende får indsigt i, hvordan lyde transporteres rundt i hjernen og oversættes fra et akustisk signal til betydning, mening og ord. Hvad sker der med denne proces, når øret, hørenerven eller områder i hjernen er beskadiget – og hvordan kan man afhjælpe gener som tinnitus (f.eks. en konstant hyletone i øret).

Den studerende lærer også at udføre de audiologiske målinger, der er grundlaget for behandlingen med høreapparater hos både børn og voksne. Det betyder, at den studerende bliver specialist i at måle hørelse, og tilegner sig en forståelse for hvordan et avanceret digitalt høreapparat virker – og kan med denne viden udvælge og tilpasse høreapparater til personer med hørenedsættelse.

Begrænsninger ved uddannelsen på Syddansk Universitet

Nærværende arbejdsgruppe finder, at den aktuelle uddannelse kun indeholder et meget begrænset klinisk praktikforløb. Dette medfører, at audiologen efter endt uddannelse har meget lidt praktisk erfaring og patientkontakt.

Anbefaling:

For at sikre en mere ensartet hørerehabilitering fremover, hvor den professionelle audiolog er nøglepersonen, anbefaler nærværende arbejdsgruppe, at de tre-fire i dag eksisterende uddannelser inden for det audiologiske område gentænkes mhp., at der stilles de samme faglige krav på alle uddannelserne og mhp., at uddannelserne primært får en teknisk og en pædagogisk gren.

Mere konkret ser nærværende arbejdsgruppe umiddelbart to modeller vedr. uddannelse af fremtidens opgraderet audiolog, der tilegner sig de kompetencer, som fremtidens hørerehabilitering kalder på. Nærværende arbejdsgruppe foretrækker af faglige grunde Model 1.

Model 1 – Opgraderet BA med udgangspunkt i SDU-lignende model: En Bachelor-grad ved f.eks. Syddansk Universitet (SDU), der er opgraderet yderligere med fokus på klinisk praksis. I den forbindelse kan man forestille sig et helt nyt spor på SDU, hvor der designes et studie, der tydeligt stiler mod at de studerende afslutter studiet med deres BA-grad, for derefter at blive ansat og få klinisk såvel som erhvervserfaring ude i klinikken. Som led i denne model undgås problemer med samarbejde mellem personalegrupper, idet alle er uddannet på universitetsniveau (jf. de problemer, der i dag i større eller mindre grad opleves vedr. samarbejdet mellem audiologiassistenter og universitetsuddannede fra f.eks. SDU eller KUA).

Model 2 - Ændring af den nuværende hospitals-assistentuddannelse (audiologiassistent): Ændring af den nuværende hospitalsassistentuddannelse (audiologiassistent), som i dag - fraset den obligatoriske grunduddannelse – kun er på 2 år. Den nuværende hospitalsassistentuddannelse (audiologiassistent) tænkes opgraderet til en Professionsbacheloruddannelse på 3 år. En sådan opgradering vil tillade et mere tydeligt fokus på det rent kliniske arbejde. Udfordringen vedr. ændring af den nuværende hospitalsassistentuddannelse (audiologiassistent) er imidlertid, at det ikke er tilstrækkeligt til at opfylde de krav, som nærværende arbejdsgruppe mener, at fremtidens hørerehabilitering stiller til den opkvalificerede audiolog – og hvis kompetencer bl.a. foreskrives i den europæiske standard, DS/EN 15927. Desuden kan der muligvis være en potentiel konflikt vedr. arbejdsopgaver og ansvar m.v. mellem de opgraderede audiologiassistenter og universitetsuddannede.

11. Appendiks 4: Udkomme og kvalitet

Det er væsentligt at forstå, hvad udkomme der er, af en indsats der årligt koster samfundet omkring kr. 900 mio. Det er ikke enkelt at lave en totalvurdering af værdien af denne indsats, idet der er tale om et område, som er præget af mange subjektive forhold. En faktor, som ofte er blevet anført, er brugstiden, altså hvor meget bruges høreapparatet i det daglige. Ifølge Ehimas Eurotrak-brugerundersøgelse fra 2012 ligger 13 % af apparaterne i skuffen uden at blive brugt.²³

11.1. Undersøgelser af udkomme i det nuværende system

I forbindelse med etableringen af det private system i Danmark blev det i 2004 bestemt, at der skulle gennemføres en spørgeskemaundersøgelse af tilfredsheden med høreapparatilpasninger udført i det private system. Der er tale om en frivillig spørgeskemaundersøgelse baseret på et internationalt anerkendt spørgeskema. Svarprocenterne er mindre end ønskeligt - typisk under 50 % - og proceduren, hvorefter de gennemføres, noget variabel. Resultaterne er gode: 92 % af respondenterne bruger deres høreapparater mere end 4 timer om dagen og kun 1 % bruger dem slet ikke. Der er således grund til at tro, at apparaterne gør nytte efter hensigten, omend den relativt lave svarprocent naturligvis skaber en betydelig usikkerhed.

I det offentlige system foretages der ingen systematiske undersøgelser af udkommet, og det er derfor ikke umiddelbart muligt entydigt at vurdere brugstid eller andre forhold vedr. apparater udleveret i offentligt regi. En ældre undersøgelse af Gimsing på Vejle Sygehus kom til den konklusion, at op til 20 % af apparaterne ikke blev brugt i nævneværdigt omfang. En spørgeskemaundersøgelse foretaget ved DELTA i 2009 kom imidlertid frem til, at "[a]f de patienter, som har besvaret spørgeskemaet, har 1,9 % svaret, at de ikke benytter deres høreapparat, mens over 85 % svarer, at de benytter deres høreapparat i mere end 4 timer om dagen."²⁴ I forbindelse hermed skal det dog her bemærkes, at høreapparatteknologien i dag er betydeligt bedre, end da de omtalte undersøgelser blev udført.

11.2. Andre kilder til måling af udkomme

En nyere kilde til forståelse af udkommet er EHIMA's allerede omtalte EuroTrak-undersøgelse, som blev gennemført i 2012. Den er baseret på interview med 14.000 personer fordelt på alle aldersklasser. Herudaf mente 1.320 personer, at de led af et høretab, mens det imidlertid blot var 656 af disse, der havde høreapparat. Undersøgelsen blev finansieret af den danske leverandørforening for høreapparater – Leverandørforeningen for Høreapparater (LFH) – og blev udført af Anovum, som er et anerkendt schweizisk analysefirma. EuroTrak-undersøgelser gennemføres efter samme skabelon i en lang række lande, og det er derfor muligt at foretage sammenligninger på tværs af såvel forskellige lande som sundhedssystemer. Der er gennemført EuroTrak-undersøgelser i Danmark, Norge, Tyskland, England, Frankrig, Italien og Schweiz.

EuroTrak-undersøgelsen fra 2012 indeholder et væld af oplysninger, men i hovedtræk kan det siges, at danske borgere selvrapporterer samme forekomst af høretab som andre europæiske lande. Forekomsten af danskere med høretab er med andre ord ca. 10 %. Godt halvdelen af disse personer – præcist 48 % - har høreapparater. Endvidere angiver 4 ud af 5 – eller 80 % - af de danske høreapparatsbrugere, at de har høreapparater på begge ører. Imidlertid er penetrationen eller graden af udbredelse ikke blot høj i Danmark, det er tilfredsheden også. Hele 83 % af de erhvervsaktive brugere finder, at deres høreapparater er af nogen eller betydelig nytte på deres arbejde. Tilfredsheden kommer endelig også til udtryk derved, at brugstiden i gennemsnit angives at være 9,2 timer om dagen, selvom 13 % angiver at apparaterne slet ikke bruges.

Blandt de 656 danske brugere var der 312, der havde fået deres høreapparater fra en offentlig klinik, mens 268 havde fået dem fra en privat klinik. I den forbindelse kan der iagttages visse forskelle mellem de to grupper: Hvad angår apparater, der ikke blev brugt var fordelingen: 15 % for det offentlige system og 8 % for det private system (se også Fig. 3 nedenfor).

Brugere, som havde fået deres apparater fra en privat klinik, gav med andre ord udtryk for at være klart mere tilfredse med deres apparater i dagligdagssituationer såsom: Konversation i

²³Jf. Ehimas EuroTrak-undersøgelse fra 2012, side 56. Se også: http://www.lfh.dk/downloads/130913_Presentation_Anovum_EuroTrak_2013_DENMARK.pdf.

²⁴Jf. Resultater fra tilfredshedsundersøgelse for høreapparatbrugere. Samlede data fra projektet. Udarbejdet af DELTA juni 2009. Alle offentlige høreklinikker i Danmark har indgået i projektet med Bispebjerg som eneste undtagelse, da de gennem en lang årrække har benyttet en lignende spørgeskemabaseret procedure. Resultaterne i denne rapport er for patienter, der har fået tilsendt spørgeskemaet i projektperioden. Spørgeskemaet udfærdiget på grundlag af det internationale spørgeskema "International Outcome Inventory for Hearing Aids" (IOI-HA) samt yderligere to spørgsmål. I projektperioden er der udsendt spørgeskemaer til 59356 patienter. Svarprocenten var i perioden på 59,4 %.

mindre grupper, konversation i større grupper og ved telefonering. Dette gjaldt i øvrigt især personer med store høretab. Der er ikke nogen videnskabelig forklaring på disse forskelle, men der kan spekuleres i forskellige grunde. Den større tilfredshed kunne være udtryk for den ofte betydelige egenbetaling giver mulighed for mere opfølgning og efterjustering med bedre resultater til følge eller at mindre tilfredse kunder returnerer apparaterne.

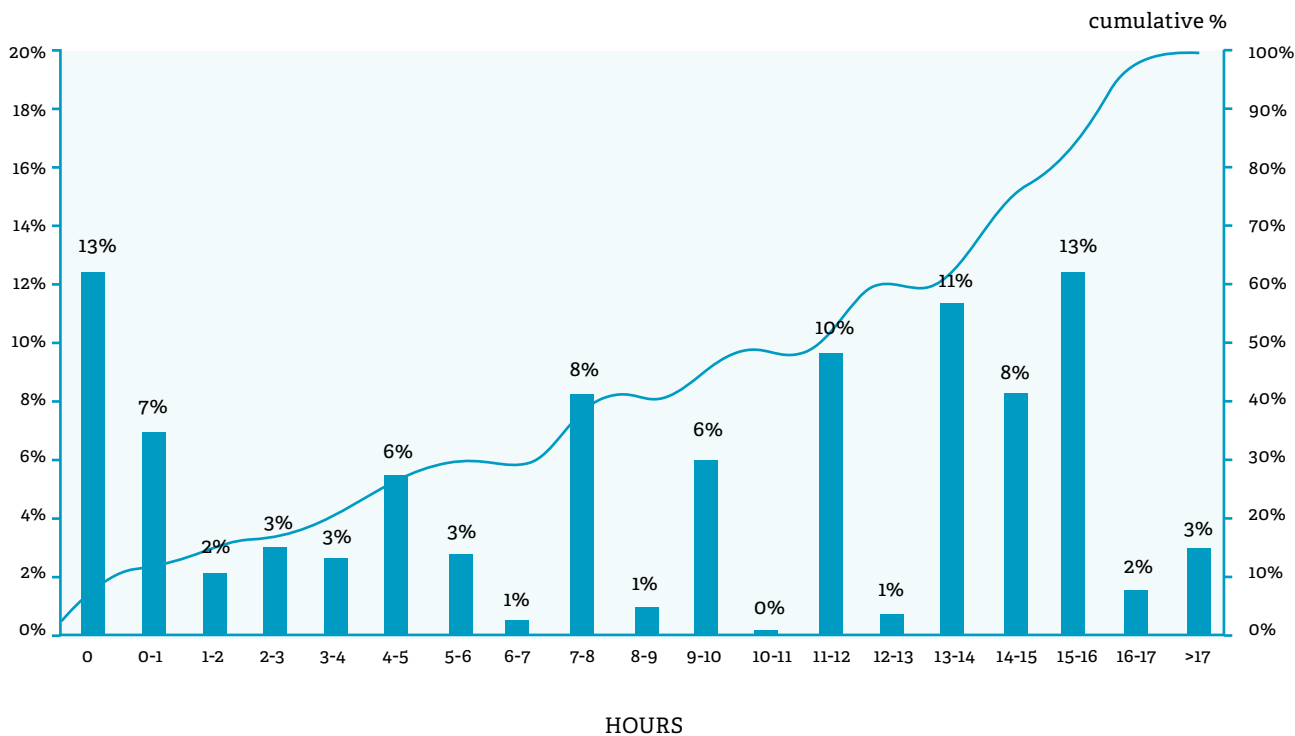
Det bør imidlertid i den forbindelse nævnes, at de offentlige klinikker sandsynligvis behandler hovedparten af de personer, som har det mest komplekse høretab forårsaget af andre faktorer end slid og ældning. Herudover kan personer med stort høretab eller arbejdsmæssigt stort hørebehov søge hjælp i det offentlige, selvom de har fået udleveret høreapparat fra en privat klinik, hvis de ikke er

tilstrækkeligt hjulpet i første omgang. Denne gruppe af brugere er ofte svære at hjælpe til stor tilfredshed, og vil altså figurere i tallene fra det offentlige til trods for at de kommer med et høreapparat fra en privat klinik.

Omvendt kan utilfredse brugere fra det offentlige ikke tage tilskuddet med til en privat klinik før efter 4 år, og nogle kan slet ikke søge privat pga. alder eller diagnose.

Sammenfattende kan det siges, at en mere systematisk og dybdeborende indsats på måling af udkomme (evt. både i det offentlige og det private) foretaget af en uvildig tredjepart kunne danne basis for en bedre forståelse af hvilke faktorer, der er af betydning for det bedst mulige resultat i forbindelse med fremtidens hørerehabilitering i Danmark.

**How many hours a day are HA worn?
Average: 9.2 hours**



12. Appendiks 5: Forslag til oplagte forskningsområder

Konkrete områder, hvor det er oplagt at styrke forskningen kan bl.a. ske med det formål at sikre yderligere evidens inden for kvalitetsmåling, herunder:

- Udvikling af mere sensitive "DS i FF" tests.
- Udvikling af strukturerede tilpasningsprocedurer.
- Udvikling af strukturerede finjusteringsprocedurer.
- Højere fagligt kompetence niveau.
- Forskning: Mange emner. F. eks. IHC kontra OHC skade, hurtig kontra langsom compressor.

Endvidere er der også et behov for at indsamle og optælle data mhp. bedre og mere systematisk viden om de generelle brugerforløb, herunder gennemføre flere målrettede populationsstudier.

Der er mange enkeltstående eksempler, men for få videnskabelige studier om det objektivt beskrevne 'gennemsnitlige forløb'.

Endelig synes der at være et behov for at sammenligne verifikationssystemer mhp. at identificere det system og de metoder, der giver det bedste resultat for brugeren (og for færrest mulige midler).

Indledningsvis kunne man evt. arbejde hen imod, at der blev afsat midler mhp. at kunne finansiere en ny, opdateret Uhørt-rapport²⁵, der senest blev udarbejdet af Socialforskningsinstituttet (SFI) i 2006.



²⁵Se Vibeke Thornhøj Christensen, Uhørt – betydningen af nedsat hørelse for arbejdstilknytning og arbejdsliv, Socialforskningsinstituttet (SFI), 2006. Se også http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Pdf/Rapporter/2006/0622_Uhort.pdf.

13. Appendiks 6: Input til et mere hensigtsmæssigt udbudssystem

13.1. Det nuværende udbudssystem

Høreapparater til levering på offentlige klinikker indkøbes af Amgros I/S, der ligeledes indkøber medicin for regionerne. Høreapparater har historisk været i udbud 1 x årligt, men dette blev ved sidste udbud ændret til 2 år, og med mulighed for forlængelse med op til et år.

Udbuddet er typisk bygget op over en 28-30 kategorier, hvor den bagvedliggende kravspecifikation bestemmer, hvilke apparater kan bydes ind med i de forskellige kategorier. Udfordringen her for både udbyder og udbudsgiver er, at der ikke findes en "opskrift" på et høreapparat. Producenterne kalder de forskellige funktioner forskellige termer, hvilket gør det meget svært at sammenligne. Endvidere er der forskellige audiologiske tilgange til det samme problem. Det at producenterne har forskellige vinkler og audiologiske tilgange, er og har gennem mange år, sikret professionelle og slutbrugere stor bredde i sortimentet.

Nedenfor ses eksempel på oversigt over behandlingskategorierne.

Laveste pris er et tungtvejende kriterium. Dette er ligeledes en udfordring, da selve Rammeaftalen indeholder en del services, der skal inkluderes. Dvs. at aftalen, der som udgangspunkt er en varekøbsaftale, indeholder mange services, som også skal inkluderes i produktpriserne.

Amgros gør et stort arbejde for at sikre en god dialog og få input, så samarbejdet kan blive bedre og mere gnidningsfrit for alle parter, og der er generelt et godt samarbejde mellem Amgros, de audiologiske afdelinger og leverandørerne. Det er svært at finde den rigtige model, der både sikrer høj kvalitet og faglighed, samt de rigtige priser.

13.2. Input til et mere hensigtsmæssigt udbudssystem

- Færre og mere transparente kategorier. De mange kategorier med meget detaljerede krav, bliver spørgerunden meget tidskrævende og dyr for alle parter.
- Undgå producent specifikke termer.
- Opdeling i varekøbsaftale og serviceaftale.
- Flere udvælgelseskriterier udover laveste pris. (F.eks. kvalitet, serviceniveau, sortimentsbredde mm.) Evt. en TCO betragtning.
- Mere klar opgave deling mellem aktørerne.

HT\KB	A Meget stort hørebehov	B Meget stort hørebehov	C Stort hørebehov	D Moderat/lille hørebehov	E Babyer, Børn og unge	F Babyer, Børn og unge	Vandtræt	Tinnitus	CROS	BiCROS
1. Små høretab 105-119,9 dB output	4 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler
2. Moderate høretab 120-131,9 dB output	4 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	5 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler		3 leverandør aftaler
3. Kraftige høretab >132 dB output	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler	3 leverandør aftaler		3 leverandør aftaler

- Lettere tilgang til at få nye produkter på aftalen løbende.
- Et bud på en god løsning kunne være at lave 3 kategorier ABC + Børn + speciel app. i to forstærkningsniveauer (alm. og power), med angivelse af maks. pris pr. kategori og så lade det være op til konkurrencen at fastsætte feature niveauet.
- Tilbehør bør ikke indgå i prisberegningen.

13.3. Input til et forbedret takstsystem

Det nuværende DRG-takstsystem trænger til en grundig revision.

Nedenfor følger nærværende arbejdsgruppes input til en sådan revision:

- Det skal være lettere at ændre/oprette procedurekoder og evt. sammedags-pakkeforløb.
- Det skal være lettere at ændre takst for en given procedure.
- Taksten for en given procedure skal passe bedre til de reelle omkostninger ved at udføre proceduren. I dag er det ret svært at gennemskue, hvordan taksten er beregnet.
- Afregning bør ske for alle procedurer, der udføres i stedet for som nu, hvor der kun afregnes for den dyreste, med mindre der er oprettet/anerkendt et pakkeforløb. Det er jo ikke alle afdelinger, der indretter sig med ens sammedags-pakker, da det ofte afhænger af arbejdsgange, rumfordeling og tilgængeligt udstyr.

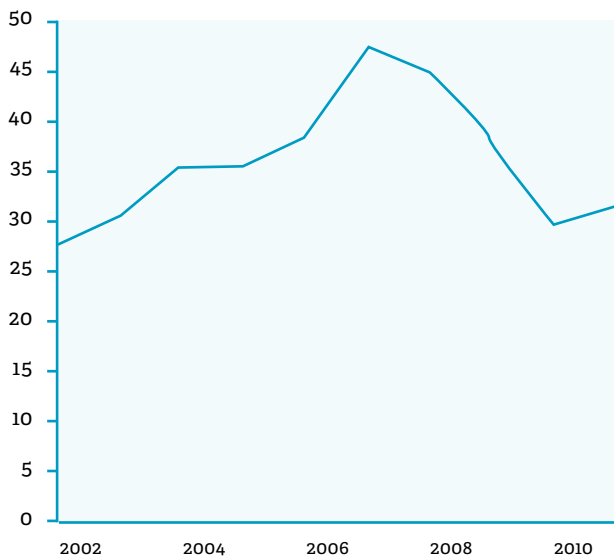
Sidste punkt ovenfor betyder, at man ofte straffes økonomisk, såfremt man samler flere undersøgelser samme dag, selvom Sundhedsstyrelsen (SST) gennem regler om sammedags-pakker faktisk opfordrer til at samle tingene i ét besøg.

14. Appendiks 7: Høreforeningens oversigt over ventetider ifm. hørerehabilitering

De gennemsnitlige ventetider på udlevering af høreapparat har i mange år ligget på ikke mindre end et ½ år – og er siden 2010 steget. Nærværende arbejdsgruppe ønsker et loft på max. 8 ugers ventetid.

Gennemsnitlige ventetider i Danmark

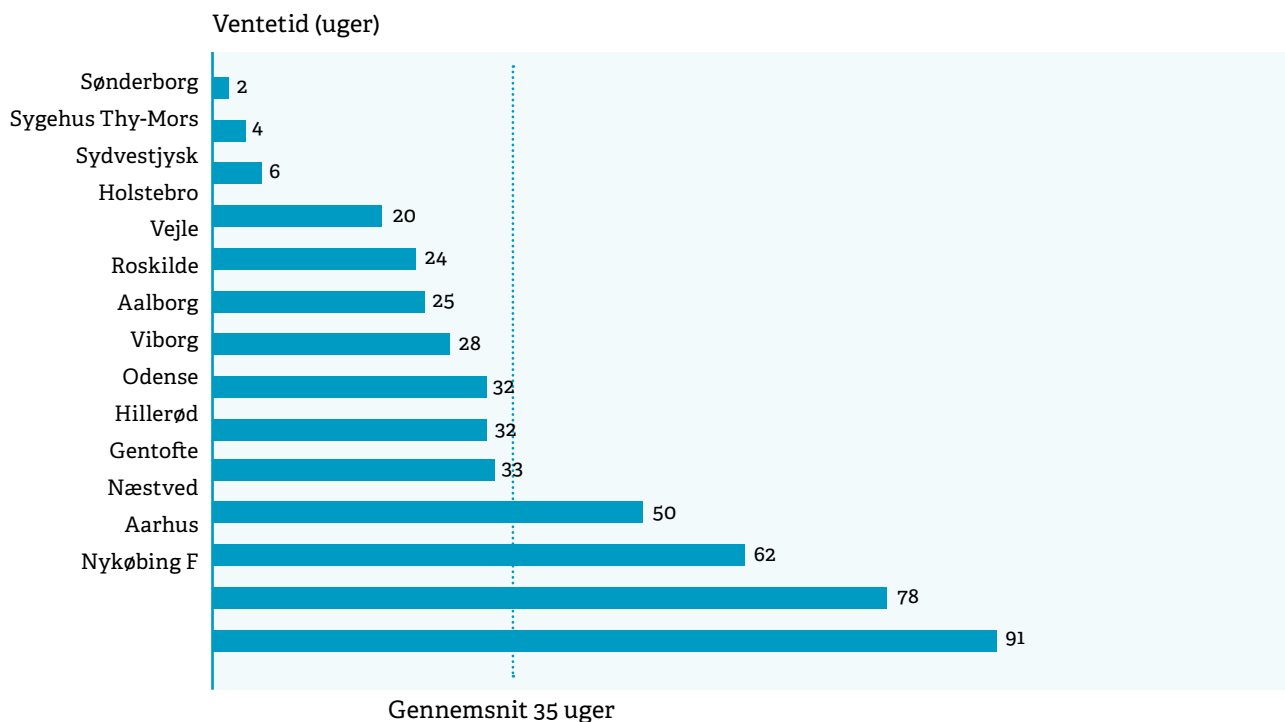
Uger



Grafen viser udviklingen i gennemsnitlige ventetider på offentlige høreklinikker (i uger).

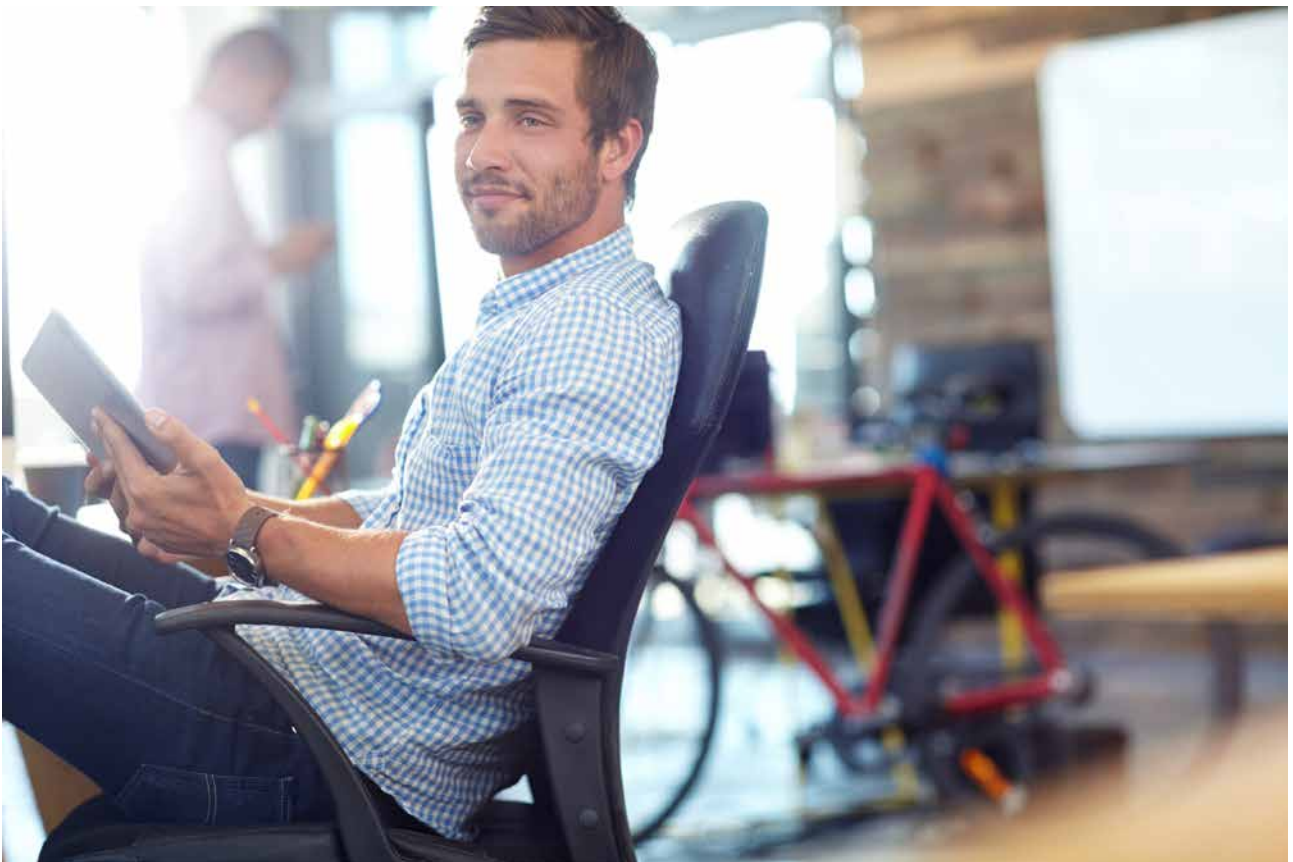
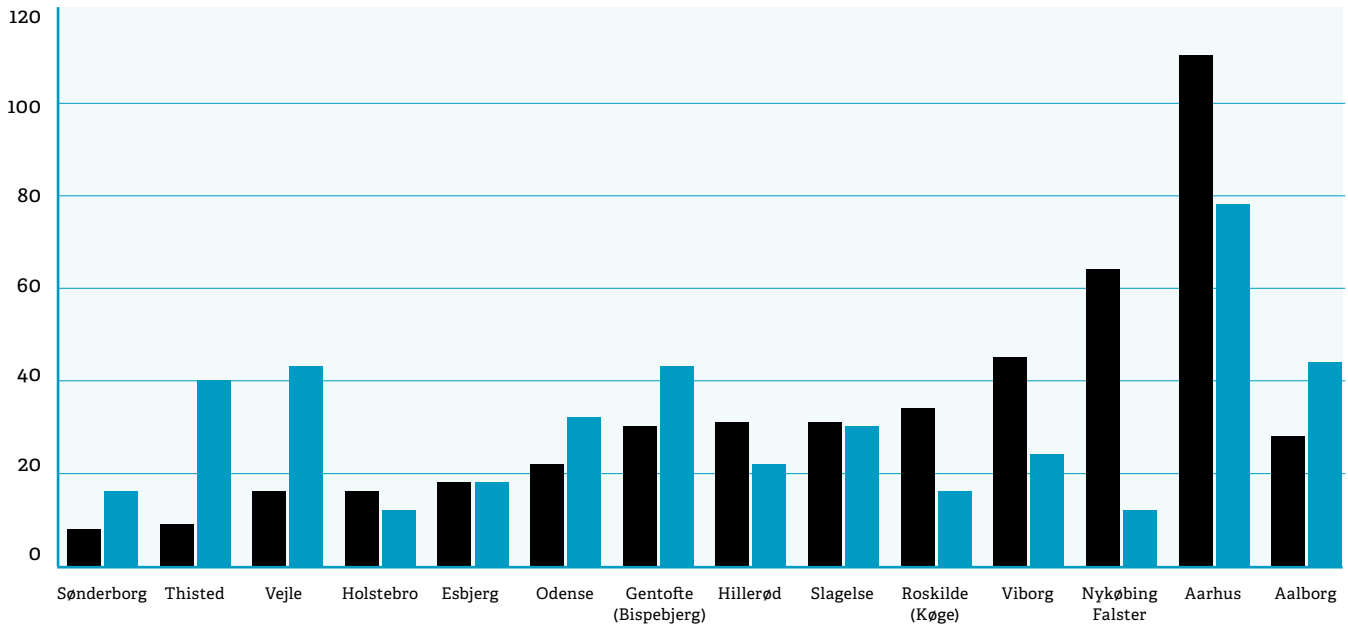
Ventetider i Danmark har gennemsnitligt ligget på over ½ år i en lang årrække.

Ventetider i høreklinikker pr. januar 2014



Ventetiden på udlevering af høreapparater steg på 6 ud af 14 offentlige hørecentre i perioden fra januar 2013 til juni 2015 (se nedenfor – Høreforeningens optælling).

Ventetid (uger)



15. Appendiks 8: Hovedparten af den danske forskning er finansieret af industrien

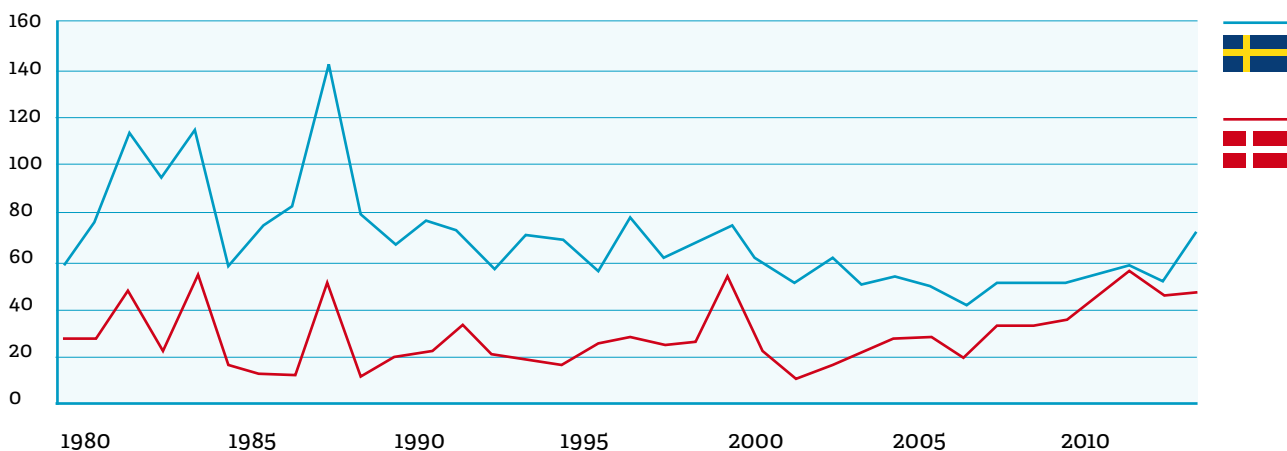
15.1. Danmark vs. Sverige

Nedenfor ses arbejdsgruppens optælling af videnskabelige publikationer inden for det audiologiske forskningsfelt publiceret i hhv. Danmark og Sverige. Medtaget er publikationer optaget i hhv. AOL, Audiolog, EH, IJPO og JASA (1980-2014).

Heraf fremgår det tydeligt, at vi i Danmark i en del år har ligget efter produktionen af videnskabelige artikler i Sverige – men også at vi i de senere år har nærmet os den svenske produktion af videnskabelige publikationer. **Den store forskel er imidlertid, at hovedparten af den forskning, der i dag finder sted i Danmark, er finansieret af industrien.**

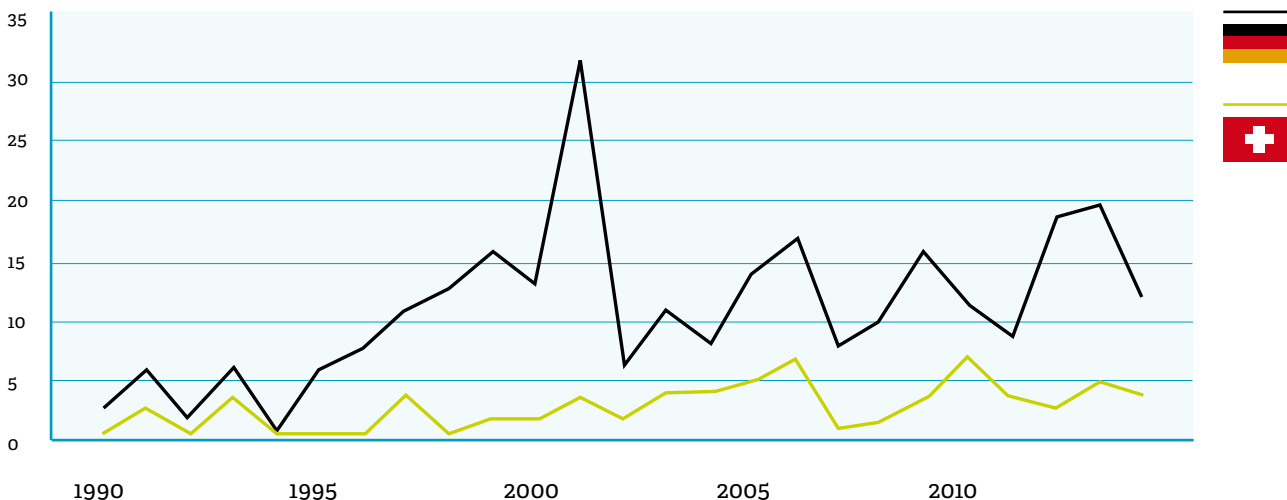
Anbefaling:

Foruden etablering af forskningscenter (Danish Hearing Academy), flere offentligt-private investeringer inden for det audiologiske område samt afsætning af øremærkede puljer til audiologisk forskning.



15.2. Schweiz og Tyskland

Nedenfor ses arbejdsgruppens optælling af videnskabelige publikationer inden for det audiologiske forskningsfelt publiceret i hhv. Schweiz og Tyskland. Medtaget er publikationer optaget i Audiolog (1990-2014).





Udarbejdet på vegne af den bredt anlagte arbejdsgruppe
for fremtidens hørerehabilitering