

EVALUERING AF HØREAPPARATOMRÅDET PÅ BAGGRUND AF L 59

- HØRINGSUDGAVE

Indhold

1. Indledning	3
1.1 Baggrunden for evalueringen	3
1.2 Evalueringens formål og afgrænsning	3
1.3 Generelt om hørenedsættelse	4
1.4 Områdets omfang i Danmark	5
2. Patientens vej gennem systemet	7
2.1 Udredning af hørenedsættelse og henvisning til behandling	7
2.2 Frit valg – offentlig eller privat behandling	8
2.3 Opfølgende behandling og øvrige indsatser	9
2.4 Genudlevering af høreapparater	9
3. Udvikling i aktivitet og ventetid	11
3.1 Udleverede høreapparater	11
3.2 Ventetid til høreapparatbehandling	11
4. Omkostninger	14
4.1 Udgifter til offentlig høreapparatbehandling	14
4.2 Udvikling i offentligt tilskud til privat høreapparatbehandling	14
4.3 Patienternes egenbetaling	15
4.4 Kommunernes udgifter til helbredstillæg ved høreapparatbehandling	16
5. Kvalitet i behandlingen	17
5.1 Personalets kompetencer	17
5.2 Klagemuligheder ved høreapparatbehandling	18
5.3 Tilsyn med offentlig høreapparatbehandling	19
5.4 Godkendelse og tilsyn ved privat høreapparatbehandling	19
5.5 Opfølgning på kvalitet af behandling m.v.	20
6. Opsamling	21
Appendiks a: Eksempler på høreapparatrådets organisering i andre lande	22
Appendiks b: Den europæiske standard DS/EN 15927	23

1. Indledning

1.1 Baggrunden for evalueringen

Indtil 1. januar 2013 var høreapparatområdet organiseret således, at kommunerne havde bevillingskompetencen og finansieringsansvaret for høreapparater i henhold til serviceloven, mens regionerne efter sundhedsloven havde ansvaret for høreapparatbehandlingen på hospitalernes høreklinikker. Med vedtagelsen af lovforslaget L 59 om ændring af lov om social service og sundhedsloven samlede man imidlertid området under sundhedslovgivningen, hvorved regionerne kom til at stå for både bevilling og finansiering.¹

Baggrunden for lovændringen var den såkaldte kulegravning af høreapparatområdet, der blev iværksat af det daværende Socialministerium og Indenrigs- og Sundhedsministerium i efteråret 2010. I juni 2012 blev resultatet af dette arbejde præsenteret i rapporten 'Kulegravning af høreapparatområdet'.²

Kulegravningen afdækkede en række problematikker på området. Opdelingen mellem sociallovgivningen og sundhedsloven førte ifølge rapporten til uhensigtsmæssigheder i forhold til kvalitet, gennemsigtighed og udgiftskontrol på området. Samtidig blev det påpeget, at prisen på høreapparater havde været faldende over en årrække, mens tilskuddene imidlertid var blevet opjusteret med den generelle pris- og lønudviklingen. Da der desuden skete en markant aktivitetsstigning på området, medførte dette ligeledes en stigning i udgifterne til tilskuddene til privat behandling. I kulegravningsrapporten skønnedes det, at den samlede udgiftsstigning til høreapparatbehandlingen havde været på 133 % i perioden 2001-2010.

På baggrund af konklusionerne fra kulegravningen foreslog den daværende regering bestående af Socialdemokraterne, Radikale Venstre og SF at ændre lovgivningen med henblik på at samle myndigheds- og finansieringsansvaret på området, opnå en enklere struktur og smidigere sagsbehandling for borgerne samt at nedjustere tilskuddet til høreapparatbehandling i privat regi. Dette resulterede i vedtagelsen af L 59 i december 2012.

Af lovforslagets bemærkninger fremgik det, at lovændringen skulle evalueres to år efter ikrafttrædelsen. På baggrund heraf igangsatte Sundheds- og Ældreministeriet i februar 2015 det arbejde, der har mundet ud i nærværende evaluering.

1.2 Evalueringens formål og afgrænsning

I forbindelse med vedtagelsen af L 59 blev det besluttet, at lovændringen skulle evalueres to år efter ikrafttrædelsen. I bemærkningerne til lovforslaget hed det således:

"Med henblik på en vurdering af den overordnede organisering af høreapparatbehandlingen i Danmark vil regeringen evaluere den nye model for tilskud til høreapparatbehandling

¹ Lovforslaget er tilgængeligt her: <http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/L59/index.htm>

² Se: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2012/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Hoereapparatomaadet/Kulegravning%20af%20h%C3%B8reapparatomr%C3%A5det%20-%20Juni%202012.ashx>

2 år efter den foreslåede ikrafttrædelse af lovforslaget. Evalueringen skal bl.a. belyse udviklingen på området med privat tilskud, herunder i forhold til aktivitet og eventuel egenbetaling, samt udviklingen i ventetiden i det offentlige sygehusvæsen.”

I henhold til ovenstående vil denne evaluering hovedsageligt beskæftige sig med udviklingen i tilskud til privat høreapparatbehandling, aktivitet på området og ventetider til offentlig høreapparatbehandling over de seneste år med henblik på at spore, hvilke konsekvenser lovændringen har haft i forhold til disse emner.

Høreapparat- og hørerehabiliteringsområdet er både omfangsrigt og præget af stor kompleksitet. I forbindelse med udarbejdelsen af evalueringen har Sundheds- og Ældreministeriet været i dialog med en lang række af aktører på området, hvoraf mange har udtrykt forskellige ønsker til emner, som kunne behandles heri. På baggrund af de rammer, der har været udstukket for evalueringen, har det ikke været muligt at imødekomme alle ønsker til indholdet. Evalueringen skal således ikke ses som en udtømmende behandling af høreapparatområdet, men som en konkret opfølgning af vedtagelsen af L 59.

Af bemærkninger til L 59 fremgik det yderligere, at lovændringen ikke ændrede på den hidtidige praksis, hvorunder behandlingen af børn og unge under 18 år samt personer med kompliceret høretab altid skal foregå på offentlige audiologiklinikker. Evalueringen koncentrerer sig derfor også om høreapparatbehandlingen af voksne med ukompliceret høretab.

1.3 Generelt om hørenedsættelse

Hørenedsættelse er den hyppigst forekommende funktionsnedsættelse i sanseapparatet. Hørenedsættelse defineres af World Health Organization (WHO) som manglende evne til at høre, varierende fra let hørenedsættelse til total døvhed. WHO graduerer hørenedsættelse på basis af gennemsnittet af rentonetærsklerne ved 500, 1000, 2000 og 4000 Hz for bedst hørende øre. Den skønnede forekomst baseret på denne graduering af hørenedsættelse hos personer over 15 år i den vestlige verden ses i tabel 1. Forekomsten af hørenedsættelse stiger med alderen.

Tabel 1: Estimerende prævalenser for hørenedsættelse hos voksne er baseret på WHO's klassifikation og graduering af hørenedsættelse

Grad af hørenedsættelse	Høretærskel i dB HL	Prævalens i procent befolkningen > 15 år
Let hørenedsættelse (4000 Hz)	26-40 dB HL	7,4-12,8 %
Moderat hørenedsættelse (2000 Hz)	41-60 dB HL	2,3-4,4 %
Svær hørenedsættelse (1000 Hz)	61-80 dB HL	0,4-1,3 %
Meget svær/total hørenedsættelse (500 Hz)	81+ dB HL	0,1-1,3 %

Kilde: Mathers et al., 2003

Hørenedsættelse og døvhed kan være medfødt eller erhvervet. For medfødt hørenedsættelse er der hyppigt en arvelig komponent, men andre årsager til medfødt hørenedsættelse/døvhed kan være relateret til genetiske faktorer samt komplikationer i graviditeten eller under fødslen. Hørenedsættelse og døvhed kan opstå når som helst i livet og kan være relateret til specifikke infektioner som fx meningitis. De fleste mennesker får desuden aldersrelateret hørenedsættelse af varierende omfang.

Uanset alder kan det have omfattende konsekvenser i hverdagslivet, hvis man ikke får relevant behandling for sin hørenedsættelse. Konsekvenserne af hørenedsættelse kan være vanskeligheder med at kommunikere, ensomhedsfølelse, isolation og frustration.

Rapporten "Uhørt? Betydningen af nedsat hørelse for arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsliv" udarbejdet af SFI i 2006 viste, at hørenedsættelse bl.a. er forbundet med lavere beskæftigelsesgrad og tidligere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet for de ramte.³ Det er derfor også væsentligt i et samfundsøkonomisk perspektiv, at man i størst mulig grad afhjælper følgerne af nedsat hørelse.

Ifølge Sundhedsstyrelsen kan behandling med høreapparat i mange tilfælde bidrage til at reducere funktionsevnenedsættelsen, der følger af nedsat hørelse. Høreapparatbehandling, herunder udredning af hørenedsættelse, er en kompleks indsats, som stiller store krav til relevant og tværfaglig ekspertise, og behandlingen varierer betydeligt fra person til person. For personer med svær hørenedsættelse eller meget svær hørenedsættelse/døvhed (jf. tabel 1) kan der være god effekt af Cochlear Implantat alene eller i kombination med høreapparat. Et Cochlear Implantat er et avanceret, indopereret apparat, der omdanner lyd til elektriske signaler, som via en elektrode sendes ind i øresneglen på bærereren. Herudover findes også behandlingsmuligheder med såkaldte knogleforankrede høreapparater, som forudsætter kirurgisk indgreb.

Ovenstående behandlingsmuligheder kan dog sjældent stå alene, men bør indgå i en samlet indsats med henblik på at give patienten den bedst mulige funktionsevne. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der betydeligt potentiale i kombinationen af pædagogiske interventioner sammen med teknologisk udstyr, både høreapparater og andet udstyr, som kan kompensere for den konkrete hørenedsættelse og de problemstillinger, den enkelte patient oplever i sin hverdag.

1.4 Områdets omfang i Danmark

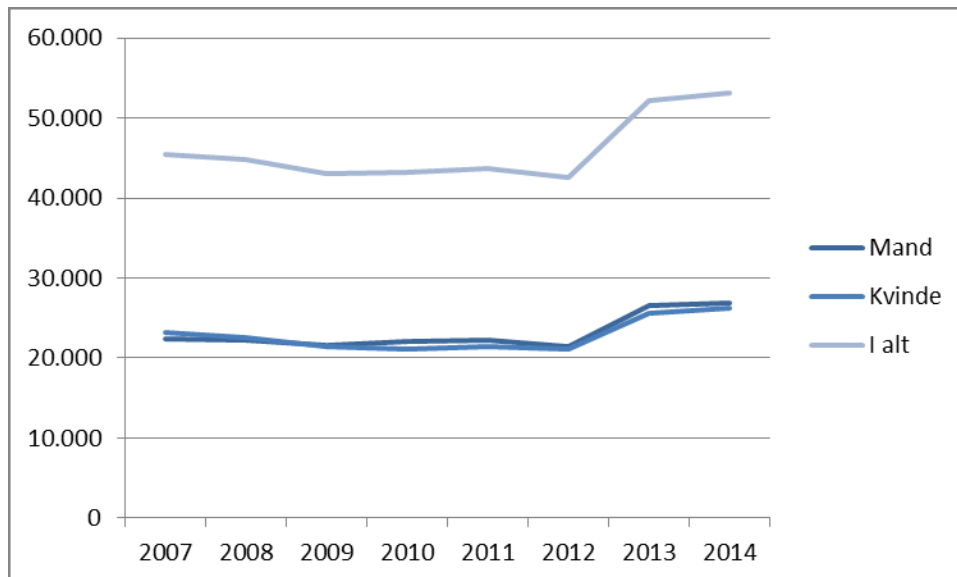
Det anslås almindeligvis, at 500.000-800.000 danskere lider af hørenedsættelse i forskellig grad, mens ca. 300.000 af disse skønnes at have høreapparat. Der findes dog ikke nøjagtige opgørelser herfor.

I perioden 2007 til 2014 er i gennemsnit 46.000 voksne årligt blevet diagnosticeret med høretab. Ca. en tredjedel af de diagnosticerede er i alderen 18 til 64 år, mens der for to tredjedele vedkommende er tale om borgere over 65 år.

³ <http://www.sfi.dk/rapportoplysninger-4681.aspx?Action=1&NewsId=82&PID=9267>

Af figur 1 fremgår udviklingen i antallet af voksne, der årligt er diagnosticeret med høretab i perioden 2007-2014 på sygehus eller hos praktiserende speciallæger. Figuren viser ligeledes udviklingen fordelt på køn.

Figur 1: Antal voksne diagnosticeret med høretabsdiagnose årligt i Danmark



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret

Der ses ikke nogen betydelig forskel i forekomsten af høretabsdiagnoser mellem mænd og kvinder. Der ses en stigning i antallet af personer diagnosticeret med høretab fra 2012 til 2013, hvilket kan skyldes flere faktorer.

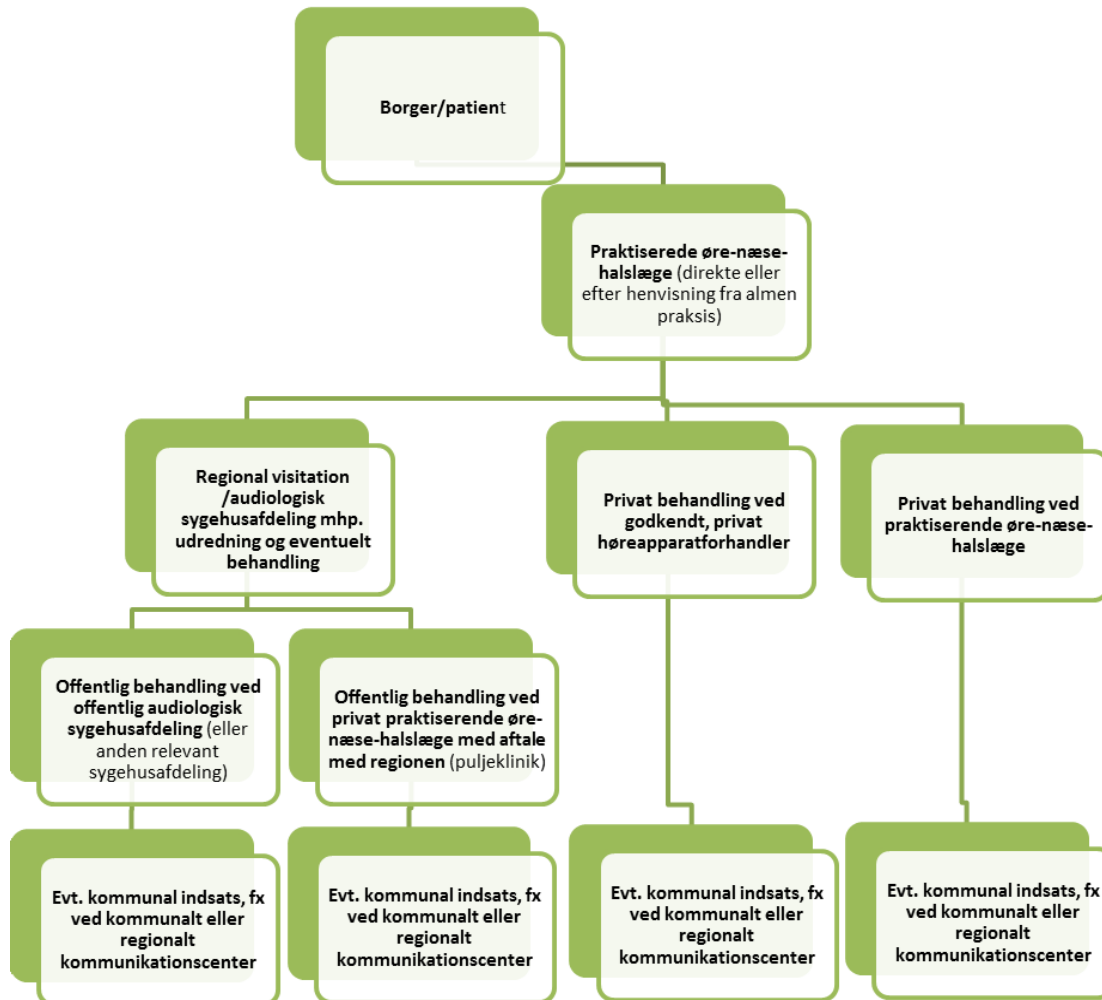
Opgørelser over de personer, der modtager høreapparatbehandling i offentligt regi, peger på, at gruppen følger samme mønster som personer med hørenedsættelse generelt. Dvs. at omtrent to tredjedele af denne gruppe er personer over 65 år, ligesom der heller ikke er nogen betydelig forskel på fordelingen mellem kønnene.

Behandling med høreapparat ikke er relevant for alle personer med hørenedsættelse, men beror på en vurdering af hørenedsættelsens omfang, karakter og konsekvenser i forhold til patientens dagligliv m.v. Udredningen af hørenedsættelse og evt. henvisning til høreapparatbehandling er beskrevet nærmere i næste kapitel.

Antallet af høreapparatbrugere forventes generelt at være voksende som følge af dels den demografiske udvikling, der resulterer i en større andel af ældre i befolkningen, ligesom den teknologiske udvikling på området gør høreapparatbehandling relevant for flere personer.

2. Patientens vej gennem systemet

Figur 2: Typiske patientforløb ved behandling med høreapparat for patienter på 18 år eller derover



Kilde: Sundhedsstyrelsen

2.1 Udredning af hørenedsættelse og henvisning til behandling

Personer med hørenedsættelse er ikke en homogen gruppe. Behandlingsbehovet kan derfor variere, hvilket har betydning for patientens vej gennem systemet. Beskrivelsen nedenfor er afgrænset til personer, der henvender sig med en hørenedsættelse, når de er 18 år eller derover. Proceduren for udredning og henvisning af patienter med hørenedsættelse er beskrevet i en faglig vejledning fra Sundhedsstyrelsen til speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme (ØNH-læger).⁴

⁴ https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/~/_media/083ED360D6CA4D1DA3653FD579D741A0.ashx

Når en person oplever en hørenedsættelse, er det første trin at søge konsultation ved enten egen læge eller direkte ved en privat praktiserende ØNH-læge. ØNH-lægen foretager den initiale udredning af patienten og henviser patienten, hvis der er indikation for høreapparatbehandling eller behov for yderligere udredning og/eller behandling ved offentlig sygehusafdeling. Henvisning fra ØNH-læge er en forudsætning for både offentligt høreapparatbehandling og privat høreapparatbehandling med offentligt tilskud.

En væsentlig del af udredningen handler om at udelukke behandlingskrævende sygdomme, som har medført hørenedsættelse eller døvhed. Patienter med kompliceret hørenedsættelse, ved mistanke om sygdom, eller hvis den påkrævede behandling er fastsat som enten regions- eller højt specialiseret funktion i Sundhedsstyrelsens specialeplan, henvises til en offentlig audiologisk sygehusafdeling med henblik på yderligere udredning og eventuel behandling, jf. Sundhedsstyrelsens faglige vejledning.

Vurdering af behovet og indikationen for høreapparatbehandling beror dels på en konkret undersøgelse af hørenedsættelsens omfang og karakter, dels på hørenedsættelsens konsekvenser i forhold til patientens aktiviteter og deltagelse i hverdagslivet. En række forhold udover sværhedsgraden af hørenedsættelsen baseret på toneaudiometri har betydning for, om høreapparatbehandling er indiceret. Blandt disse kan nævnes personens egen motivation, kommunikationsbehov, hørekurvens konfiguration og graden af skelnetab i ro og støj samt konsekvenserne af hørenedsættelsen i relation til aktiviteter og deltagelse i hverdagslivet.

Udover målinger af hørelsen er andre aspekter vigtige i vurderingen af behandlingsbehovet. Det gælder muligheden for at deltage i aktiviteter både socialt og på arbejdsmarkedet samt sikkerhedsmæssige forhold, som eksempelvis muligheden for at kunne reagere adækvat på farlige situationer, som kræver hørelse, fx brandalarmer, børns gråd mv.

2.2 Frit valg – offentlig eller privat behandling

Patienter, der henvises til høreapparatbehandling, kan som udgangspunkt vælge mellem vederlagsfri offentlig behandling og privat behandling med offentligt tilskud, jf. bekendtgørelsen om høreapparatbehandling.⁵ Børn og unge under 18 år og personer med kompliceret høretab skal dog altid behandles på sygehusenes audiologiske klinikker.

Patienter, der vælger privat høreapparatbehandling ved en godkendt, privat forhandler af høreapparater, opsøger en sådan. Private forhandlere af høreapparater godkendes som fastsat i bekendtgørelsen af DELTA Teknisk Audiologisk Laboratorium, og en liste over godkendte, private forhandlere findes på deres hjemmeside (www.audiologi.dk).⁶ Ansøgning om tilskud sendes herefter til bopælsregionen, som bevilliger tilskuddet, hvormed behandlingen iværksættes. Som udgangspunkt skal der gå fire år, før der kan opnås nyt offentligt tilskud privat høreapparatbehandling, jf. afsnit 2.4.

⁵ Bekendtgørelse nr. 1438 af 23. december 2012, <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=144775>

⁶ Se 5.4 for en nærmere beskrivelse af godkendelsesprocessen for private leverandører af høreapparatbehandling.

Patienter, der vælger offentlig behandling, indkaldes af regionen. Regionen giver på baggrund af henvisningen og eventuel efterfølgende udredning på audiologisk sygehusafdeling patienten tid til behandling af hørenedsættelsen. Den offentlige behandling foregår afhængigt af hørenedsættelsens kompleksitet og sværhedsgrad herefter på en audiologisk sygehusafdeling, på relevant specialiseringsniveau eller ved en ØNH-læge, som regionen har aftale med.

Patienter, der bør udredes eller behandles på en offentlig sygehusafdeling henvises direkte til en offentlig audiologisk sygehusafdeling. Det gælder eksempelvis patienter med kompliceret hørenedsættelse, eller hvor der er mistanke om sygdom mv. Hvis der er usikkerhed om behandlingen, er det ligeledes væsentligt, at patienten udredes yderligere af relevante specialister. Patienter, der henvises direkte til en offentlig audiologisk sygehusafdeling med henblik på udredning og evt. behandling af hørenedsættelse, indkaldes af sygehuset.

2.3 Opfølgende behandling og øvrige indsatser

Personer, som er blevet behandlet med høreapparat, har behov for løbende opfølgning, fx fordi hørenedsættelsen ændrer karakter, deres høreapparat ophører med at fungere, eller fordi den teknologiske udvikling muliggør en bedre behandling. Det betyder, at personer med hørenedsættelse løbende vil skulle gennemgå et af de beskrevne forløb. Den enkeltes forløb er dog ikke nødvendigvis identiske, netop fordi der kan ske ændringer i den pågældendes behandlingsbehov. Det kan fx være ændringer i hørenedsættelsens karakter, der kræver yderligere udredning og eventuelt på offentlig audiologisk sygehusafdeling. Det kan også være, at hørenedsættelsen ændrer sig, så der opstår behov for andre relevante indsatser.

I forbindelse med høreapparatbehandling kan nogle patienter have behov for yderligere indsatser i form af fx rådgivning, undervisning i høretaktik, udlevering og træning i brug af supplerende hjælpemidler m.fl. Rehabilitering og bevilling af hjælpemidler er en kommunal myndighedsopgave, og indsatserne gives ofte på et kommunikationscenter.

2.4 Genudlevering af høreapparater

Der skal som udgangspunkt gå mindst fire år fra tidspunktet for ibrugtagningen af sidste høreapparat, før patienten igen kan få offentligt tilskud. Hvis personen som følge af en helbredsbebetinget forværrelse af hørelsen har behov for nyt høreapparat før fireårsperiodens ophør, skal personen henvises hertil via en ØNH-læge. Private høreklivikker kan ikke uden ny henvisning søge om nyt tilskud inden fireårsperiodens ophør.

Der kan ligeledes gives tilskud til nyt apparat inden fire år, hvis det ikke længere kan anvendes pga. legemlige forandringer eller slitage, eller hvis det er gået tabt som følge af tyveri, brand eller lignende.

Med lovændringen i 2013 frafaldt kravet om henvisning fra ØNH-læge ved genudlevering af høreapparater ved en godkendt, privat høreapparatforhandler efter de fire år er gået.

Det er således op til den enkelte region, om man vil stille krav om lægehenviisning ved genudleveringen.

3. Udvikling i aktivitet og ventetid

3.1 Udleverede høreapparater

Udviklingen i antallet af årligt udleverede høreapparater samt de private leverandørers andel heraf fremgår af tabel 3. De udleverede høreapparater dækker både udleveringer til personer, der ikke tidligere har haft høreapparat, og genudleveringer til eksisterende høreapparatbrugere, der får udskiftet deres apparater. Det anslås, at ca. 80 % af høreapparatbrugerne anvender apparater på begge ører.

Tabel 3: Udvikling i antal udleverede høreapparater pr. år i perioden 2011-2015

År	Antal høreapparater udleveret pr. år	Heraf andel fra private leverandører
2011	119.327	49 %
2012	131.355	55 %
2013	117.737	46 %
2014	136.187	40 %
2015	138.159	45 %

Kilde: Opgjort på baggrund af indberetninger fra DELTA

Nogle regioner har indgået aftaler med privatpraktiserende ØNH-læger om udlevering af høreapparater på regionens vegne. Apparater udleveret fra disse indgår i ovenstående under det offentlige andel. Det bemærkes desuden, at antallet af udleverede høreapparater for 2015 er baseret på en foreløbig opgørelse.

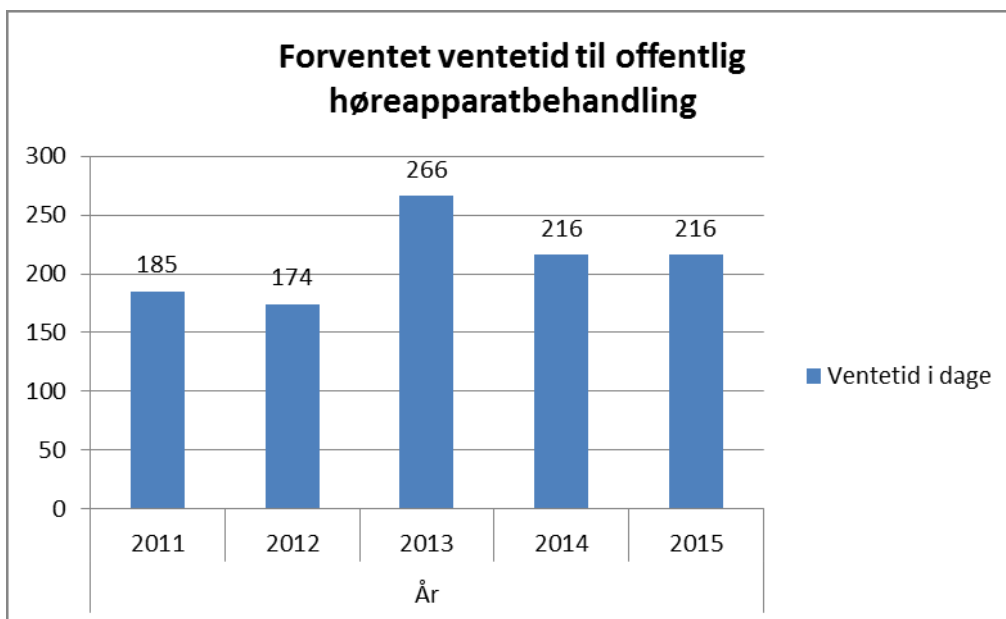
Overordnet ses en stigning i det samlede antal høreapparater, der er udleveret pr. år. Andelen af høreapparater, der udleveres fra private leverandører, ser ud til at være faldet lidt fra 2013.

I perioden er antallet af godkendte, private klinikker steget fra 186 klinikker i 2011 til 277 i 2015.

3.2 Ventetid til høreapparatbehandling

Af figur 3 fremgår udviklingen i ventetiden til høreapparatbehandling ved offentlige klinikker fra 2011 til 2015. Ventetiderne skal læses med forbehold for visse usikkerheder. Først og fremmest skal det bemærkes, at opgørelserne viser den *forventede* ventetid til første undersøgelse på opgørelsestidspunktet. Den reelle ventetid for patienten kan derfor variere i forhold hertil. Der er desuden forskelle i registreringsmetoden fra sygehus til sygehus, ligesom ventetiderne er opgjort pr. klinik og ikke er vægtet efter patientvolumen.

Figur 3: Forventet ventetid til første undersøgelse (audiologi) ved offentlige høreklিনikker på landsplan – udvikling 2011-2015



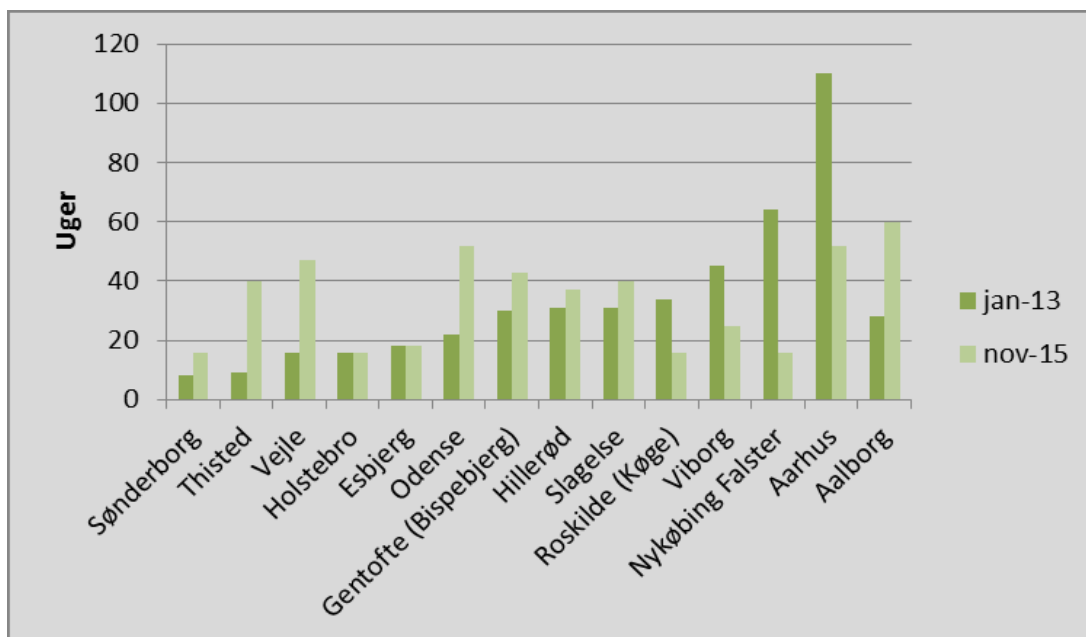
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af opgørelser fra Venteinfo.dk

Opgørelsen viser, at der i 2013 skete en markant stigning i ventetiden til første undersøgelse på offentlige høreklিনikker. Således steg den gennemsnitlige ventetid fra 174 dage i 2012 til 266 dage i 2013, svarende til fra 25 til 38 uger. Efterfølgende skete der dog igen et væsentligt dyk, således at den gennemsnitlige ventetid i både 2014 og 2015 var 216 dage (svarende til knap 31 uger). Dette tyder på, at de offentlige klينikker i nogen grad har tilpasset deres aktivitet til en øget efterspørgsel, dog uden at nå ned på samme niveau for ventetiden som tidligere.

Hvis man kigger på de enkelte offentlige klينikker, er udviklingen i ventetiden til høreapparatbehandling dog langt fra entydig, som det fremgår af figur 4 nedenfor. Figuren viser den forventede ventetid til høreapparatbehandling i uger ved et udsnit af de offentlige klينikker ved lovændringens ikrafttrædelse i januar 2013 sammenlignet med den forventede ventetid pr. november 2015.

I januar 2013 varierede den forventede ventetid således fra otte uger til 110 uger, mens der i november 2015 var tale om en variation fra 16 uger til 60 uger. Det ses ligeledes af diagrammet, at nogle klينikker har oplevet markante stigninger i den forventede ventetid i perioden, mens andre tilsvarende har oplevet markante fald. Det er dog igen vigtigt at pointeres, at ventetidsopgørelserne skal læses med ovennævnte forbehold.

Figur 4: Forventet ventetid i uger til første undersøgelse (audiologi) ved udsnit af offentlige høreklিনikker



Kilde: Opgørelser via Venteinfo.dk

Patienterne har under det almindelige, frie sygehusvalg mulighed for selv at vælge, hvilken offentlig høreklinikk de vil behandles på – herunder i en anden region end deres bopælsregion. Høreapparatbehandling er derimod ikke omfattet af det udvidede, frie sygehusvalg, der giver mulighed for behandling på et privathospital, hvis ventetiden til behandlingen i offentligt regi overstiger to måneder.

En del af forklaringen på, at patienterne ikke i større grad opsøger behandling på andre offentlige klinikker er formentligt, at der ofte er tale om ældre borgere, der af forskellige årsager kan have svært ved at transportere sig over længere afstande og derfor foretrækker behandling så tæt på eget hjem som muligt. Det kan dog også tænkes, at nogle patienter mangler viden om muligheden for at vælge behandling på et andet offentligt sygehus.

Ifølge Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning (PAKS) er ventetiden til høreapparatbehandling blandt de private klinikker generelt kort og har holdt sig konstant. De skønner, at borgerne under normale omstændigheder vil kunne få en tid inden for en uge. Der findes dog ingen systematiske opgørelser over ventetiderne til høreapparatbehandling i privat regi.

4. Omkostninger

4.1 Udgifter til offentlig høreapparatbehandling

Af nedenstående tabel fremgår udgifterne for perioden 2012-2014, der direkte er forbundet med høreapparatbehandlingen på henholdsvis sygehus og ved speciallæge.

Tabel 4: Udgifter til høreapparatbehandling i offentligt regi

	Udgifter sygehus	Udgifter speciallæge	Udgifter i alt
2012	32.077.007 kr.	13.818.952 kr.	45.895.959 kr.
2013	49.659.477 kr.	20.283.073 kr.	69.942.550 kr.
2014	72.375.170 kr.	10.450.179 kr.	82.825.349 kr.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af Landspatientregisteret og Sygesikringsregisteret

Udgifterne har, som det fremgår, været stigende over perioden, hvilket skal ses i lyset af, at det samlede antal borgere, der modtager høreapparatbehandling, er steget i perioden, ligesom en større andel som nævnt søger behandling i offentligt regi efter lovændringen i 2013. Der kan yderligere være afledte udgifter forbundet med behandlingen, som ikke fremgår af ovenstående.

4.2 Udvikling i offentligt tilskud til privat høreapparatbehandling

I forbindelse med lovændringen pr. januar 2013 blev det offentlige tilskud til høreapparatbehandling i privat regi som nævnt nedreguleret. Inden lovændringen udgjorde tilskuddet op til 5.607 kr. pr. apparat, og ifølge kulegravningsrapporten oplevede kommunerne, at fakturaerne fra de private leverandører så godt som altid var på mindst det fulde tilskudsbeløb.⁷

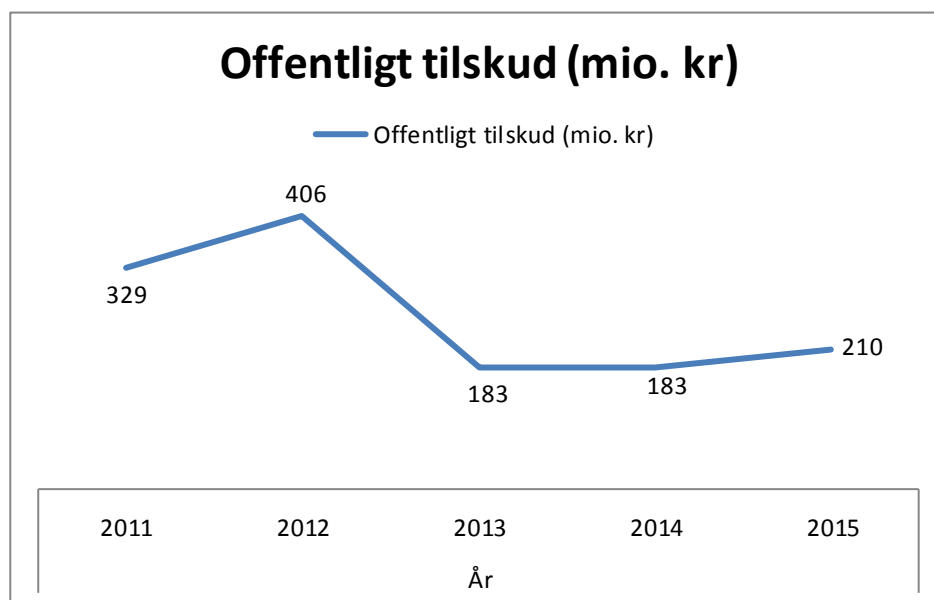
Baggrunden for nedjusteringen af tilskuddet var først og fremmest, at prisen på høreapparater indkøbt til behandling i offentligt regi havde været faldende i perioden fra år 2000 og frem. Med lovændringen ændrede man ligeledes den hidtidige praksis, hvor tilskuddet blev opgjort med samme takst pr. høreapparat uanset om behandlingen fandt sted på kun ét øre eller begge. Dette skete ud fra en vurdering af, at det ikke er væsentligt mere arbejdskrævende at behandle hørenedsættelse på to ører end ét. Som følge heraf blev tilskuddet fastsat til 4.000 kr. ved behandling på ét øre og 6.350 kr. ved behandling på begge ører (mod tidligere op til 11.214 kr.). Tilskuddet er fastsat ud fra en pris på selve apparatet på maksimalt 2.000 kr., mens tilpasning og behandling ligeledes udgør 2.000 kr. ved behandling på ét øre, mens der ved behandling på begge ører gives yderligere 350 kr. hertil.

⁷ Se s. 31 i kulegravningsrapporten: [http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2012/Juni/~media/Filer%20-](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2012/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Hoereapparatomaadet/Kulegravning%20af%20h%C3%B8reapparatomr%C3%A5det%20-%20Juni%202012.ashx)

[%20dokumenter/Hoereapparatomaadet/Kulegravning%20af%20h%C3%B8reapparatomr%C3%A5det%20-%20Juni%202012.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2012/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Hoereapparatomaadet/Kulegravning%20af%20h%C3%B8reapparatomr%C3%A5det%20-%20Juni%202012.ashx)

Taksten for den del af tilskuddet, der gives til selve behandlingen, reguleres årligt efter den almindelige pris- og lønudvikling. I 2016 udgør det samlede tilskud således 4.032 kr. for behandling af 1. øre og 2.356 kr. for behandling på 2. øre.⁸

Figur 5: Udvikling i offentligt tilskud til privat høreapparatbehandling 2011-2015



Kilde: Baseret på opgørelser fra DELTA

Som det fremgår af figur 5, medførte lovændringen pr. januar 2013 som forventet et fald i de offentlige udgifter til tilskud til privat høreapparatbehandling. Mens de offentlige tilskud i 2012 udgjorde 406 mio. kr., var det i 2015 faldet til 210 mio. kr. Opgørelsen over tilskuddene er estimeret på baggrund af antallet af udleverede apparater fra private leverandører, herunder ud fra et estimat af den gængse fordeling af behandling på ét eller begge ører.

4.3 Patienternes egenbetaling

Borgernes egenbetaling ved privat høreapparatbehandling registreres ikke centralt, og det er derfor ikke muligt at opgøre, hvilken indvirkning lovændringen eventuelt har haft på denne.

I kulegravningsrapporten fremgik det, at repræsentanter for de private leverandører vurderede, at ca. 75 % af de borgere, der modtog behandling hos dem, havde en grad af egenbetaling.

Størrelsen på egenbetalingen vil være afhængig af, hvilket apparat borgeren ønsker m.v. I nogle tilfælde kan egenbetalingen udgøre mange tusinde kroner. For pensionister kan der dog være mulighed for at få dækket en væsentlig del af egenbetalingen via helbredstillæg som beskrevet nedenfor, ligesom nogle borgere delvist får dækket udgiften gennem private forsikringsordninger som eksempelvis Sygeforsikringen Danmark.

⁸ Jf. cirkulæreskrivelse om regulering for 2016 af tilskud til høreapparatbehandling hos privat leverandør efter eget valg,

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=176100>

4.4 Kommunernes udgifter til helbredstillæg ved høreapparatbehandling

Kommunerne yder efter nærmere bestemmelser et formuebestemt helbredstillæg til folke- og førtidspensionister i forbindelse med høreapparatbehandling i privat regi.⁹ Helbredstillæget ydes til dækning af den del af udgiften til høreapparatbehandling ved privat leverandør, der overstiger det offentlige tilskud, og kan maksimalt udgøre 85 % af egenbetalingen.

Udgifterne på landsplan til helbredstillæg i forbindelse med høreapparatbehandling udgjorde i 2014 43,1 mio. kr.¹⁰ Der er ikke fastsat nogen øvre beløbsgrænse for, hvor stort helbredstillæget ved høreapparatbehandling kan være.

⁹Jf. § 14 a, stk. 1, i lov om social pension og § 18, stk. 1, i lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v.

¹⁰Opgørelser af de kommunale driftsregnskaber, Danmarks Statistik.

5. Kvalitet i behandlingen

5.1 Personalets kompetencer

Flere forskellige faggrupper med forskellig uddannelsesbaggrund indgår i høreapparatbehandling, hvoraf nogle er omfattet af sundhedsfaglig autorisation, mens andre ikke er.

I september 2015 udgav en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for bl.a. høreapparatbrugere, producenter samt læger og forskere på området visionsoplægget "Fremtidens hørerehabilitering i Danmark".¹¹ I oplægget peges der bl.a. på, at der på nuværende tidspunkt overordnet findes tre forskellige uddannelser på høreapparatområdet (foruden de medicinske uddannelser) med hver deres fordele og ulemper, bl.a. i forhold til tilegnelsen af praktiske og teoretiske færdigheder. De tre uddannelser er kort skitseret nedenfor.

Erhvervsuddannelsen til audiologiassistent: Audiologiassistentuddannelsen udbydes på Syddansk Erhvervsskole og tager 2 år og 6 måneder, hvoraf størstedelen foregår som praktik i offentlig eller privat klinik med indlejrede skoleophold. Adgangskravet er 9 års skolegang. Audiologiassistenter udlæres bl.a. til at foretage audiologiske målinger samt at kunne tilpasse høreapparater og foretage finjustering af disse.

Universitetsuddannelsen i audiologopædi: Uddannelsen til audiologopæd består af en 3-årig bacheloruddannelse og en 2-årig kandidatuddannelse, hvor adgangskravet er en studentereksamen. Audiologopædien beskæftiger sig med diagnostik, undervisning, behandling og forskning i forbindelse med læse-, stave-, skrive-, høre-, tale- og stemmevanskeligheder. De fleste audiologopæder arbejder i det offentlige inden for specialundervisning ved kommunikationscentre, tale- og høreinstitutter eller centre for voksenuddannelser, men nogle finder også ansættelse på audiologiske hospitalsafdelinger eller ved private firmaer i høreapparatbranchen.

Uddannelsen i audiologi ved Syddansk Universitet: Uddannelsen består af en 3-årig bacheloruddannelse og en 2-årig kandidatuddannelse, hvor adgangskravet er en studentereksamen. Uddannelsen kombinerer medicinske, sproglige og tekniske fag og har to forskellige retninger: audiologi og pædagogisk audiologi. De studerende lærer at udføre audiologiske målinger til behandling med høreapparater og opnår indsigt i udvælgelsen af høreapparater og tilpasningen af disse m.v.

I "Fremtidens hørerehabilitering i Danmark" anbefales det, at de eksisterende uddannelser på området gentænkes med henblik på at skabe en mere målrettet uddannelse på området i stedet. Indholdet og opbygningen af en sådan uddannelse vil fx kunne tage udgangspunkt i anbefalingerne i den europæiske standard for høreapparatbehandling (jf. evalueringens appendiks b).

¹¹ http://audiologi.dk/wp-content/uploads/2015/10/150928_Visionsopl%C3%A6g-vedr.-Fremtidens-H%C3%B8rerehabilitering-i-Danmark.pdf

I henhold til bekendtgørelsen om høreapparatbehandlings § 5 er det et krav for godkendelse af private høreklinikker, at audiometri og tilpasning af høreapparat skal udføres af enten speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med audiologi som særligt fagområde, speciallæger i øre-, næse- og halssygdomme med efteruddannelse i audiologi eller audiologiassistenter. For audiologiassistenter, som er færdiguddannede efter 1. juli 2000, er der endvidere krav om to års erhvervs erfaring fra en audiologisk klinik for selvstændigt at kunne foretage audiometri og tilpasning af høreapparater. Audiologer uddannet fra Syddansk Universitet og audiologopæder er på nuværende tidspunkt ikke nævnt i bekendtgørelsen.

5.2 Klagemuligheder ved høreapparatbehandling

Hvis en borger oplever utilfredsstillende forhold ved høreapparatbehandlingen, må det forventes, at vedkommende i første omgang klager direkte til det sygehus eller den private klinik, der har stået for denne. Mulighederne for den videre klageadgang adskiller sig på nogle punkter alt efter, om behandlingen har fundet sted i offentligt eller privat regi, og om den er udført af en autoriseret sundhedsperson eller ej.

Styrelsen for Patientsikkerhed behandler klager over den sundhedsfaglige virksomhed, som udøves i det offentlige sundhedsvæsen. Det følger af § 1, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011.

Når der ydes tilskud fra regionen til høreapparatbehandling i privat regi, er der i denne sammenhæng også tale om behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor kompetence til at behandle klager herover, uanset om behandlingen er udført af en autoriseret sundhedsperson eller eksempelvis en audiologiassistent. Styrelsen tager stilling til, om den sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, eller om der er handlet i strid med reglerne i sundhedslovens kapitel 4-9 og afsnit IV. Det følger af § 1, stk. 2, i klage- og erstatningsloven.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler klager over den sundhedsfaglige virksomhed, som udøves af konkrete sundhedspersoner. Det følger af § 2, stk. 1, i klage- og erstatningsloven. Disciplinærnævnets kompetence er begrænset til at behandle klager over autoriserede sundhedspersoner og de ikke-autoriserede persongrupper, som fremgår af § 1 i bekendtgørelse nr. 1448 af 15. december 2010 om ikke-autoriserede persongrupper inden for sundhedsvæsenet, der er omfattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns virksomhed.¹² Disciplinærnævnet kan derfor ikke behandle klager over audiologiassistenter, da disse ikke er autoriserede og ikke er omfattet af nævnte bekendtgørelse.

Disciplinærnævnet tager stilling til, om sundhedspersonens sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, eller om sundhedspersonen har handlet i strid med sundhedslovens kapitel 4-7 og 9. Det følger af § 3 i klage- og erstatningsloven.

¹² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135018>

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke kompetence til at behandle en klage over privat høreapparatbehandling i tilfælde, hvor patienten selv har afholdt hele udgiften uden offentligt tilskud.

5.3 Tilsyn med offentlig høreapparatbehandling

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed. Formålet med tilsynet er blandt andet at identificere sundhedspersoner, som kan udgøre en risiko for patienterne, men også at identificere områder, procedurer m.v. inden for behandlingen, der mere generelt kan udgøre en væsentlig risiko for patientsikkerheden. Et hovedformål med tilsynsvirksomheden er således at sikre, at patienterne ikke udsættes for fejlbehandling eller skade som følge af generelle systemfejl eller enkelte sundhedspersoners risikoadfærd. Derudover har tilsynet også til formål at sikre overholdelse af patienternes retstilling.

Ifølge sundhedslovens § 213, stk. 1, skal Sundhedsstyrelsen (nu Styrelsen for Patientsikkerhed) følge sundhedsforholdene og holde sig orienteret om den til enhver tid værende faglige viden på sundhedsområdet. Endvidere skal Styrelsen for Patientsikkerhed orientere vedkommende myndighed i fornødent omfang, når styrelsen bliver bekendt med overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, jf. sundhedslovens § 213, stk. 2, 1. pkt. Pligten adskiller sig fra det individorienterede tilsyn med enkelte sundhedspersoner efter § 215, idet der er tale om forhold af en karakter, der ikke nødvendigvis kan henføres til enkelte personer.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører derudover efter sundhedslovens § 215 tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af konkrete personer inden for sundhedsvæsenet. Det følger tilsvarende af § 26, stk. 1, i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven), at sundhedspersoner er undergivet tilsyn af Styrelsen for Patientsikkerhed efter § 215 i sundhedsloven. Da audiologiassistenter, audiologer og audiologopæder ikke er autoriserede sundhedspersoner efter autorisationsloven, er disse faggrupper imidlertid ikke omfattet af styrelsens individtilsyn.

Styrelsen for Patientsikkerhed foretager desuden lovbestemte tilsyn med private sygehuse, klinikker og praksis efter sundhedslovens § 215 a. Tilsynene skal øge patientsikkerheden og foregår ved, at embedslægerne hvert tredje år aflægger et tilsynsbesøg på behandlingsstedet. Tilsynsbesøgene varsles tre måneder forud for besøget.

Private sygehuse, klinikker og praksis omfatter blandt andet øre-næse-halslægepraksis, der har overenskomst med regionen. Andre private behandlingssteder er også omfattet, hvis behandlingen udføres af en læge, eller hvis der udføres lægeforbeholdt virksomhed.

5.4 Godkendelse og tilsyn ved privat høreapparatbehandling

Som fastsat i bekendtgørelsen om høreapparatbehandling står DELTA Teknisk-Audiologisk Laboratorium for at godkende private leverandører af høreapparatbehandling samt at udføre årlige tilsyn hos disse. Det er en betingelse for at kunne få offentligt tilskud

til høreapparat, at behandlingen udføres af en godkendt klinik. Pr. første kvartal 2016 er der ca. 300 godkendte, private høreklinikker i Danmark.

Godkendelsesordningen har til formål at sikre, at borgere, der vælger privat høreapparatbehandling, behandles af personale med de nødvendige kompetencer, og at klinikkerne er i besiddelse af det nødvendige udstyr og faciliteter.

I forbindelse med godkendelsen er det et krav, at klinikken har udarbejdet en kvalitets håndbog, der beskriver bl.a. procedurer for audiometri, udstyr og lokaler, personalets kompetencer og uddannelse, ansvarsfordeling, håndtering af klager, kontrol af høreapparatets funktion samt opfølgning på behandling.

Godkendelsesordningen omfatter også praktiserende ØNH-læger, som varetager høreapparatbehandling for regionen.

5.5 Opfølgning på kvalitet af behandling m.v.

Som opfølgning på behandlingen ved private høreapparatklinikker, skal borgerne besvare et kort spørgeskema om deres udbytte af apparatet baseret på det internationale spørgeskema *International Outcome Inventory for Hearing Aid (IOI-HA)*.¹³ Skemaet udleveres af klinikkerne, som også indberetter besvarelsene til DELTA.

De opgjorte besvarelser af spørgeskemaerne tegner generelt et positivt billede af kvaliteten af behandlingen. Eksempelvis angav under en halv procent af respondenterne i første halvår 2015, at de slet ikke benytter det udleverede høreapparat, mens langt størstedelen benytter det minimum fire timer dagligt.¹⁴

Det er imidlertid en udfordring, at der ikke er fastsat en standardiseret procedure for, hvordan spørgeskemaet skal udleveres og håndteres. Det betyder bl.a., at der er forskel på, hvornår i processen borgeren besvarer skemaet, ligesom nogle klinikker udsender skemaet til borgeren, mens andre interviewer vedkommende i forbindelse med efterkontrollen. Dertil kommer, at svarprocenten varierer meget fra klinik til klinik, og at svarprocenten på landsplan kun er på omkring 50 %.

¹³ Spørgeskemaet er tilgængeligt her: <http://audiologi.dk/wp-content/uploads/2014/07/Standard-Revised-Danish-IOI-HA.pdf>

¹⁴ http://audiologi.dk/wp-content/uploads/2015/12/Rapport_SUM_2015-1_IOI-HA_web.pdf

6. Opsamling

Der er over de senere år set en stigning i antallet af høreapparater, der udleveres fra offentlige klinikker eller fra private klinikker med offentligt tilskud. Dette er formentligt delvist et resultat af, at den teknologiske udvikling på området har gjort høreapparatbehandling relevant for en større gruppe end tidligere, samtidigt med at flere diagnosticeres med hørenedsættelse. Opgørelserne tyder på, at en lidt større andel af patienterne har fået apparaterne i offentligt regi efter 2013.

Lovændringen på baggrund af L 59 har som ventet givet bedre muligheder for udgiftsstyring på høreapparatområdet, og nedsættelsen af tilskuddet til behandling ved private klinikker ses at have medført en betydelig besparelse for det offentlige. Evalueringen har ikke som ønsket haft mulighed for at undersøge udviklingen i borgernes egenbetaling ved behandling i privat regi. Såfremt det fremadrettet skal gøres muligt at følge dette, vil det være nødvendigt, at de private leverandører dels skal oplyse borgerens egenbetaling i forbindelse med tilskudsprocessen, og dels vil der skulle ske en systematisk registrering heraf.

Ventetiden til høreapparatbehandling i det offentlige sygehusvæsen er fortsat lang. I 2015 måtte man som borger således i gennemsnit regne med at skulle vente 216 dage på den første undersøgelse på en audiologisk klinik. Imidlertid er der også meget stor variation i ventetiden mellem de enkelte offentlige klinikker. Det kan på den baggrund bl.a. overvejes at styrke kommunikationsindsatsen om muligheden for at vælge behandling på anden offentlig klinik under det almindelige, frie sygehusvalg. Ligeledes kan der overvejes initiativer til at udbrede erfaringerne fra de audiologiske afdelinger, der har været i stand til at nedbringe ventetiden. Endelig vil en ensretning af registreringen af ventetiden kunne sikre større gennemskuelse for borgeren i forhold til valget af behandlingssted.

Den nuværende organisering af høreapparatområdet gør, at der på en række punkter eksisterer forskelle i krav og procedurer mellem offentligt og privat regi, ligesom der kan opleves forskelle fra region til region eller fra privat klinik til privat klinik. Det kan medvirke til, at det nogle gange bliver forvirrende for borgerne at navigere i systemet. Der kan derfor overvejes forskellige initiativer til sikring af mere ensartede procedurer og kvalitet på tværs af behandlingssteder m.v., eksempelvis med udgangspunkt i den europæiske standard for høreapparatbehandling (jf. appendiks b).

Appendiks a: Eksempler på høreapparatområdet i andre lande

Norge

I Norge foregår størstedelen af høreapparatbehandlingen i offentligt regi. Henvisningen til et høreapparat foregår igennem egen læge, der henviser til videre udredningen, som både kan foregå i offentligt regi eller i privat regi ved læger, der har en aftale med det offentlige. Den øvre grænse for tilskuddet til høreapparat er 5.910 NOK. Tilskuddet er fastsat efter, at størstedelen af høreapparaterne koster mindre, hvorfor der sjældent forekommer egenbetaling. Der er ikke offentligt tilskud til høreapparatbehandling, som foregår i privat regi udenom det offentlige. Borgerne betaler selv konsultationen ved lægen i forbindelse med høreapparatets tilpasning, men der er dog fastsat en grænse for den maksimale årlige egenbetaling herfor.

Sverige

I Sverige er det landstingene (svarende til amter), der har ansvaret for at tilbyde deres borgere høreapparater. Landstingene har forskellige regler for, hvilke kriterier der bevilges efter. I de fleste landsting kræves en henvisning fra læge til audiolog. Der forekommer variationer i brugerbetalingen på tværs af landstingene, hvor behandlingen både kan have en høj egenbetaling, men også være gratis for borgeren. Landstingene indkøber høreapparater enten alene eller sammen med andre landsting i regionen, hvorfor der er også er forskel på, hvilke høreapparater der udleveres i de enkelte landsting.

Storbritannien

I Storbritannien foregår høreapparatbehandlingen hovedsageligt i offentlig regi og hos private, som har en aftale med det offentlige. Der findes dog også rent private klinikker. Henvisningen til et høreapparat eller videre udredning skal ske igennem praktiserende læge. Høreapparatbehandling i det offentlige er gratis, mens der forekommer egenbetaling i privat regi uden kontrakt med det offentlige. Her vil egenbetalingen afhænge af, hvilket apparat m.v. borgeren ønsker.

Tyskland

I Tyskland er det muligt at få et høreapparat igennem den lovbestemte sundhedsforsikrings samarbejdspartnere. Kravet herfor er, at høreapparatbehandlingen er omkostnings-effektiv, således at borgeren ikke får et unødvendigt dyrt høreapparat. For at en borger kan få refunderet beløbet fra sin forsikring, kræves en henvisning fra egen læge eller speciallæge. Borgeren kan vælge en anden behandler end forsikringsselskabets samarbejdspartnere, men så vil egenbetalingen blive højere. Ligeledes vil et dyrere høreapparat end det anbefalede munde ud i egenbetaling af differencen.

Holland

I Holland er det muligt at få et høreapparat igennem den lovbestemte sundhedsforsikring. De første 385 euro betales af borgeren selv, og hvis behandlingen bliver dyrere, refunderes differencen. Borgeren behøver ikke en henvisning til audiologen, som selv kan henvise til nærmere udredning på hospitalet om nødvendigt.

Appendiks b: Den europæiske standard DS/EN 15927

Der findes en europæisk standard for høreapparatbehandling kaldet "Vejledning og krav til udbydere af høreapparattilpasning" (DS/EN 15927).

Standarden beskriver en række minimumskrav til væsentlige elementer af høreapparatbehandling, og der gives en række anbefalinger om god praksis herfor. Standarden angiver procedurer for høreapparatbehandling, krav til uddannelse, faciliteter, udstyr samt regler for passende adfærd. Standarden inkluderer en lang række normative krav af især teknisk art, f.eks. krav til måleudstyr osv., men også øvrige krav til faciliteter på høreklinikken, herunder tilgængelighedsforhold, skiltning, kontaktmuligheder mv.

Der er desuden detaljerede beskrivelser og anbefalinger til modtagelse af klienter, konsultationsfaciliteter, krav til audiometriudstyr og tilpasning af høreapparat. Det er ligeledes beskrevet, hvilket udstyr en høreklinik bør have til undersøgelse og tilpasning af høreapparater samt værksted til reparation.

Standarden beskriver også et etisk kodeks, der indeholder krav i forhold til tavshedspligt, kollegiale vedtægter, forpligtelse til viderehenvielse, markedsføring og beskrivelse af procedurer for selve processen for høreapparatbehandling m.v. Mange af de beskrevne krav svarer til det, som kendes fra autorisationslovens bestemmelser om sundhedspersoners pligter.

Der er yderligere beskrevet krav til personalets uddannelse i et bilag til standarden. I nogle EU- og EØS-lande er de personalegrupper, der varetager høreapparatbehandling, uddannet på universitet eller professionshøjskole i tre- eller femårige uddannelser og med efterfølgende autorisation.

Standarden er ikke inkluderet i den danske lovgivning på området og er ikke juridisk bindende for hverken offentlige eller private udbydere af høreapparatbehandling her i landet. Bl.a. arbejdsgruppen bag rapporten "Fremtidens hørerehabilitering i Danmark" har peget på, at en implementering af standarden via relevante regelsæt formentligt vil kunne medvirke til at sikre en ensartet kvalitet af høreapparatbehandlingen på tværs af leverandører.