

Høje Tåstrup den 29. september 2020

Til Sundhedsstyrelsen

## Svar på offentlig høring: Udkast til faglige kvalitetskrav og anbefalinger til høreapparatbehandling af voksne

Først og fremmest tak for, at der nu kommer fælles faglige kvalitetskrav og anbefalinger til høreapparatsbehandlingen for voksne. Der er tale om et væsentlig højere ambitionsniveau, end vi hidtil har set på høreområdet, og det skal være med til at sikre en bedre og ensartet behandling blandt alle aktører på høreområdet. De nye krav og anbefalinger kommer til at gælde både offentlige og private aktører med specifikke og detaljerede anvisninger, hvilket er en meget stor fordel. Desuden bliver det interessant, at vi nu får data, der opsamler kvaliteten i behandlingsforløbene samt patientens tilfredshed med behandling og udbytte. Det giver et bedre grundlag for at evaluere og forbedre behandlingen løbende.

Tak også for muligheden for at kommentere på udkastet. Høreforeningen har som bekendt indgået i den arbejdsgruppe, der har bidraget til udarbejdelsen af kvalitetskravene, hvorfor mange af vores bemærkninger er taget med undervejs. Vi har dog fortsat en række bemærkninger beskrevet nedenfor, som vi finder vigtige at få indarbejdet i den endelige version.

### Side 7 Faggrupper

En af intentionerne med de nye kvalitetskrav er at sikre, at fagligheden styrkes. Derfor bør dokumentet overalt afspejle, at det alene er faggrupper med en relevant uddannelse, der kan varetage behandling af mennesker med hørenedsættelse. Det stemmer også overens med kapitel 9 om kompetencekrav. Vi mener derfor, at man bør slette sætningen ”andre faggrupper kan arbejde med høreapparatbehandling eller dele af behandlingen efter delegation fra en læge”. I stedet skal vi holde fast i et krav om relevant uddannelse.

### Side 10 Samme krav til kvalitet af høreapparater i offentlig og privat regi

I lovbemærkningerne til L194 står, at man fra politisk side ønsker samme krav til kvaliteten af høreapparater i offentlig og privat regi. ”Med lovforslaget sikres det samtidig, at patienterne kan være sikre på, at der stilles samme krav til kvaliteten af apparaterne, hvad enten der er tale om et apparat, der udleveres i forbindelse med behandling i offentlig regi eller et apparat, der købes hos privat leverandør.” Når man i nærværende dokument taler om ensartede krav er der rum for, at man slækker lidt på kravene eller ikke gør dem helt standardiserede. Det er vigtigt, at der fremadrettet gælder fuldstændig de samme minimumskrav i offentlig og privat regi, og at man ikke lægger niveauet lavere end de minimumskrav, der gælder for Amgros i dag. Sætningen øverst bør derfor ændres til – ”Dermed sikres der samme krav til kvaliteten af høreapparaterne i offentlig og privat regi.”

### Side 16 Flowchart

Der bør bruges samme betegnelse om speciallæge/praktiserende ØNH-læge.

### **Side 17 Henvisning til yderligere udredning ved kompliceret høretab**

I tredje bullit øverst bør ”mistanke” fjernes, da afsnittet beskriver, hvad der sker, når der er tale om et kompliceret høretab. ”Eventuelt” skal også fjernes, da der altid skal henvises til audiologisk afdeling, hvis den lægefaglige vurdering tilsiger, at der skal foretages yderligere udredning, jf også beskrivelse af forløbet nederst side 25.

### **Side 19 Spørg ind til svimmelhed**

Under pkt. 2.1. Audiologisk anamnese spørges ind til helbredstilstand eller sygdom. Her bør listen suppleres med, at der også spørges ind til svimmelhed. Dette gælder i særdeleshed ved asymmetriske høretab, der kan være forårsaget af Menières sygdom eller Vestibularis schwannom.

### **Side 20 Otomikroskopi som led i visitationen**

Som noget nyt anbefaler SST, at otomikroskopi fremover bliver obligatorisk under den indledende audiologiske undersøgelse. Det har været drøftet flere gange i arbejdsgruppen, om det er nødvendigt at lægge denne undersøgelse allerede ved den indledende undersøgelse eller om den snarere bør bruges, hvis det viser sig, at der er behov for yderligere undersøgelser. Som det er nu, er det kun de praktiserende ØNH-læger samt audiologiske afdelinger, der råder over otomikroskop. Det betyder, at denne del af den indledende audiologiske undersøgelse kun kan foretages der. Det hænger imidlertid ikke sammen med, at det har været hensigten, at både private og offentlige klinikker skal kunne gennemføre forundersøgelserne, jf. også flowchart side 16.

For Høreforeningen er det vigtigt, at vi ikke skaber nye flaskehalse i forløbet for mennesker med hørenedsættelse, der allerede oplever lange ventetider i dele af systemet. Det kommer vi til at gøre, hvis man fx fremover altid skal forbi en ØNH-læge forud for genudlevering af et høreapparat. Vi anbefaler, at der ikke indføres et generelt krav om otomikroskopi, men at den visiterende ØNH-læge selv tager stilling til, hvorvidt det er nødvendigt. På den måde bliver otomikroskopi et redskab, som kan være en del af visitationsprocessen, når lægen finder det nødvendigt.

Som bekendt gennemføres der i øjeblikket et forskningsprojekt i Region Nordjylland om digital visitation, hvor man afprøver brugen af videootoskopi som undersøgelsesmetode. I projektet laver man videootoskopi i forundersøgelsen og først til sidst i forløbet vil medicinske audiologer på en hospitalsafdeling foretage en undersøgelse med otomikroskop for at validere resultaterne fra de forskellige aktører. På den baggrund finder vi det tilstrækkeligt at stille krav om videootoskopi i forundersøgelsen, så der er en dokumenteret visuel undersøgelse, der kan vedlægges undersøgelsesresultaterne, som den visiterende læge skal benytte.

Vi anbefaler derfor at ændre dokumentet på følgende måde:

For førstegangs-patienter skrives otomikroskopi ind som en undersøgelsesmulighed, som ØNH-lægen vurderer, om det er relevant at benytte som en del af visitationen. Det skrives derfor ud af kapitel 2 og ind i kapitel 3 som en del af den lægelige visitation. Førstegangs-patienter kan dermed få lavet alle de indledende undersøgelser i enten privat eller offentligt regi efter eget valg. I den indledende audiologiske

undersøgelse skal klinikken bruge videootoskopi som en dokumenteret visuel undersøgelse, der vedlægges undersøgelsesresultaterne.

For flergangs-patienter (genudlevering) fremgår det også tydeligt, at der ikke er krav om otomikroskopi, men at klinikken også her laver en visuel undersøgelse af trommehinden som videootoskopi.

Vi bemærker iøvrigt, at otomikroskopi ikke er et krav til forundersøgelsen i internationale standarder på høreområdet (EN 15927 og ISO 21388).

Desuden går vi ud fra, at Sundhedsstyrelsen vil revidere kvalitetskravene, hvis det som et resultat af forskningsprojektet om digital visitation viser sig, at videootoskopi er fuldt ud tilstrækkeligt til at visitere korrekt efter.

De fagpersoner, der skal kunne gennemføre otomikroskopi bør have en særlig uddannelse heri. Det bør stå tydeligt både her og i kapitel 9 (side 44): "Otomikroskopi giver mulighed for sikker instrumentering i øret og udføres af fagperson med særlig uddannelse (i stedet for "kompetence") til at udføre otomikroskopi.

#### **Side 21 Undgå dobbeltundersøgelser**

Som der står flere gange er det vigtigt, at dobbelt-undersøgelser minimeres. Derfor foreslås formuleringen på denne side ændret til: "Hos speciallægen foretages en klinisk vurdering og visitation af patienten på grundlag af (i stedet for "med afsæt i") den indledende undersøgelse og den audiologiske anamnese."

#### **Side 21 Dokumentation og adgang til patientens journal**

Data fra undersøgelserne skal dokumenteres i patientens journal, men der findes ikke i øjeblikket en fælles høremappe/journal, som både kan tilgås i offentlig og privat regi. Vi efterlyser derfor vejledning til, hvor data skal registreres indtil en fælles journal er på plads.

#### **Side 22 Ensartet rapportering**

Som der står, finder der i dag ikke en ensartet rapportering på tværs af de forskellige aktører i den offentlige og private sektor, og der bør tilstræbes en fremtidig ensartet rapportering for audiometriske test. Det er vigtigt, så er det et arbejde SST sætter i gang?

#### **Side 23 Undgå dobbeltundersøgelser**

Formuleringen "Af hensyn til et effektivt og sammenhængende patientforløb skal det tilstræbes at undgå at udføre dobbeltundersøgelser" mener vi bør skærpes til "skal det undgås at udføre dobbeltundersøgelser." Det har været et stort problem, som vi med disse kvalitetskrav skal undgå. Formålet med standardiserede data er netop, at patienten ikke skal opleve at undersøgelser gentages hver gang, man træder ind et nyt sted. Det underbygges i øvrigt af lovbemærkningerne til L194, hvorefter "standardiseret data og samling af patientoplysninger ét sted vil bidrage til en mere effektiv anvendelse af ressourcer på området, da data kan genbruges af fagpersonale på tværs af sektorer og klinikker"

### Side 25 Kompliceret høretab

I bullit øverst på siden bør bruges samme betegnelse – enten praktiserende ØNH-læge eller speciallæge. Normalt bruges betegnelsen ”yderligere udredning” fremfor ”supplerende udredning”.

### Side 25 Ukompliceret høretab

I første bullit har der indsneget sig et komma, der må skulle fjernes, så der står ”puljeklinikker hos praktiserende ørelæge”.

### Side 25 Information om ejerskab

Det er godt, at patienterne fremover skal oplyses om, hvor der kan tilgås information om puljeklinikker og private høreklinikker, herunder deres ejerforhold. Men os bekendt findes der ikke et overblik i dag. Det vil være godt at få etableret et samlet patientvenligt site med disse informationer.

### Side 26 Kompliceret høretab

En del patienter med høretab med PTA>60 dB får af og til høreapparater, selvom der er risiko for, at man ret hurtig skal overveje CI. Derfor bør høretab med PTA>60 dB betragtes som kompliceret og henvises til audiologisk afdeling mhp. vurdering. Vi anbefaler derfor, at følgende punkt tilføjes listen: ”Patienter, hvor høretærsklen er dårlige (PTA>60 dB), da de kan være kandidater til Cochlear Implant”.

### Side 30 samt øverst side 35 Opfølgingsbesøg

I sidste version inden den offentlige høring stod, at der indenfor 1-2 måneder skal tilbydes en opfølgning og efterkontrol. Nu står der inden for 2 måneder. Vi vil gerne tilbage til den gamle formulering, da det sender et klart signal om, at opfølgingsbesøget gerne må ligge efter 1 måned.

### Side 30 Returneringsregler og høreapparat på prøve

Det er særdeles vigtigt, at patienten informeres om, at man har mulighed for at have et høreapparat på prøve i en prøveperiode samt hvilke ombytningsmuligheder, patienten har, hvis høreapparatet ikke er tilfredsstillende. Det er et problem, vi ofte støder på i vores hørevejledning, at patienterne ikke kender til denne mulighed. Derfor bør det tilføjes i dette afsnit.

### Side 32 Målinger i virkelighedsnære lydmiljøer

Under ”Andre verifikationsmetoder” vil vi gerne have tilføjet, at patienten skal testes i virkelighedsnære lydmiljøer, så der kommer til at stå: ” Præsentation af relevante lydmiljøer, herunder virkelighedsnære lydmiljøer”.

### Side 33 Test af teleslynge i høreapparatet

Teleslynge er et vigtigt høreteknisk hjælpemiddel, som mange høreapparatsbrugere har gavn af, men som de ikke altid har kendskab til. Under ”Demonstrationsudstyr” vil vi gerne have tilføjet, at patienten skal kunne få en test af teleslyngen i sit høreapparat. ”Bør” bør derfor udskiftes med ”skal”, så der står ”Der skal

forefindes et teleslyngesystem med magnetfelt i overensstemmelse med EN 60118-4 til demonstration af høreapparater med telespole.”

### **Side 34 Hjælp og vejledning hos Høreforeningen**

På side 17 står, at patienten i forbindelse med udlevering af høreapparat orienteres om, at der kan søges hjælp og vejledning hos Høreforeningen. Derfor bør det også tilføjes i kapitel 5, der handler om behandlingen og den information, man skal have i forbindelse med udleveringen af høreapparatet. Det kan tilføjes på side 34 i sammenhæng med kommunikationscentrene, så der står ”Endelig informeres om, at patienten skal være forberedt på at brug af høreapparat kræver tilvænning, og at det lokale kommunikationscenter kan kontaktes ved behov for yderligere råd og vejledning. Endvidere kan der søges hjælp og vejledning hos Høreforeningen”.

### **Side 35 Telefonisk opfølgning**

Ikke alle mennesker, der bruger høreapparat, kan tale i telefon. Derfor skal telefonisk kontakt altid kombineres med mulighed for skriftlig kontakt. Som teksten er formuleret nu, står der ”Alternativt kan opfølgningen foretages telefonisk, baseret på interview om udbytte, eventuelle betjenings spørgsmål eller behov for yderligere justering”. Vi vil gerne have ændret teksten, så der står ”Hvis patienten takker nej til et opfølgningsbesøg eller ikke reagerer, skal der tages kontakt telefonisk eller skriftligt med henblik på at følge op på udbytte, eventuelle betjenings spørgsmål eller behov for yderligere justering”.

### **Side 37 Opmærksomhedspunkter ved genudlevering**

Nederst står – ”Den private høreklub skal undlade at udlevere nyt høreapparat, indtil speciallægen eventuelt har visiteret patienten til ny høreapparatbehandling hos privat høreklub.” Formuleringen lyder underlig, idet man aldrig skal visiteres specifikt til privat høreklub.

### **Side 42 Selvrapporterede data om tilfredshed med behandlingsstedet**

Vi foretrækker, at man under dette afsnit fastholder punktformen ligesom man gør under de andre afsnit om datarapportering. Det står mere tydeligt på den måde. Nogle punkter ser ud til at være faldet ud i forhold til den seneste udgave, vi har set i arbejdsgruppen. De punkter mener vi fortsat er relevante og bør medtages.

### **Side 44 Generelle kompetencer hos fagpersoner**

I den europæiske standard (DS/EN 15927 ”Vejledning og krav til udbydere af høreapparattilpasning”) står, at man som fagperson skal besidde nogle generelle kompetencer. Noget af det, der lægges vægt på, er at man skal være rolig og forstående, kunne skabe tillid til patienten, sikre sig, at budskaberne modtages og forstås og arbejde hen imod den bedst mulige rehabilitering og livskvalitet. Det mener vi er særdeles vigtige kompetencer, og når patienter oplever et dårligt behandlingsforløb er det ofte nogle af disse kompetencer, man ikke føler sig mødt med. For at understrege vigtigheden heraf vil vi gerne have det tilføjet i skemaet.

#### Side 45 Visitation – undgå dobbeltundersøgelser

I teksten står ”I forbindelse med visitationen skal speciallægen i øre-, næse og halssygdomme kunne gentage de foretagne undersøgelser såfremt disse ikke er fyldestgørende”. Det foreslår vi ændret, jf. argumenterne ovenfor om at undgå dobbelt-undersøgelser, til ”I forbindelse med visitationen skal speciallægen i øre-, næse og halssygdomme kun gentage de foretagne undersøgelser såfremt disse ikke er fyldestgørende”

#### Side 48: Faglige standarder

De to faglige standarder, der findes for høreapparattilpasning, bør også nævnes. Det vedrører DS/EN 15927 ”Vejledning og krav til udbydere af høreapparattilpasning” og ISO 21388 ”Acoustics – Hearing aid fitting management”. Begge standarder har været benyttet undervejs i arbejdsgruppens arbejde og har smittet af på en stor del af indholdet i vejledningen.

#### Flere steder i dokumentet: Pjecen Høreapparat til voksne

Der bruges forskellige betegnelser for pjecen, fx den nationale informationspjece (side 21). Vi foreslår at der bruges samme betegnelse gennem hele dokumentet for at undgå misforståelser.

\* \* \*

Vi håber meget, at I vil tage ovennævnte bemærkninger med i den endelige udgave og står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning.

Med venlig hilsen



Majbritt Garbul Tobberup  
Landsformand i Høreforeningen