

Toolkit Slechthorendheid

Doel

- Het vaststellen van slechthorendheid;
- Het aanbieden van de juiste therapieën en/of hoorhulpmiddelen;
- Het voorkomen van communicatiestoornissen en sociaal isolement.

Achtergrond

Definitie

In Nederland wordt voornamelijk de volgende definitie voor slechthorendheid aangehouden zoals omschreven in de NHG-standaard:

‘Slechthorendheid is een verminderde waarneming van geluid en/of verminderd verstaan van spraak’ (1-2).

Door verschillende oorzaken vermindert het gehoor geleidelijk met de leeftijd, dit verschijnsel heet presbycusis (1).

Prevalentie

Slechthorendheid komt vaak voor (1). Door het gebruik van verschillende definities voor gehoorverlies varieert de prevalentie (3). Bevolkingenquêtes uit 2010 laten zien dat bijna 2 miljoen Nederlanders aangeven gehoorproblemen te ervaren. In een huisartsenpraktijk van gemiddelde omvang is de prevalentie van slechthorendheid 40 per 1000 patiënten per jaar. Dit aantal neemt toe met de leeftijd. In de groep van 65 tot 74 jaar is een prevalentie geregistreerd van 112/1000 patiënten per jaar, in de groep van 75 jaar en ouder van 245 per 1000 patiënten per jaar (1). Grootschalig onderzoek van het Erasmus MC laat zien dat één op de drie mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder een gemiddeld gehoorverlies heeft van minimaal 35 decibel aan het beste oor (9).

Gezien de vergrijzende Nederlandse bevolking zal slechthorendheid steeds vaker voorkomen. Presbycusis is bij ouderen de meest voorkomende oorzaak van slechthorendheid (1).

Oorzaken en risicofactoren

Slechthorendheid kan het gevolg zijn van geleidingsverlies en/of perceptief verlies en kan aan één of twee kanten optreden (1).

Bij **geleidingsverlies** is de overdracht van geluid van de gehoorgang naar het slakkenhuis onvoldoende. Dit kan komen door:

- Afsluitende cerumenproppen (prop oorsmeer);
- Otitis media acuta (infectieuze ontsteking van het middenoor < 3 weken);
- Otitis media met effusie (ophoping van vocht in het middenoor zónder tekenen van een acute infectie);
- Otosclerose. Dit is overmatige botwoekering op- en rondom de stijgbeugel (gehoorbeentje) waardoor de beweeglijkheid en daarmee het gehoor langzaam afneemt. Het is deels erfelijk bepaald en de aandoening kan versnellen tijdens de zwangerschap;
- Cholesteatoom. Hierbij groeit er huidweefsel in het middenoor, meestal als gevolg van een chronische ontsteking;
- Chronische middenoorontsteking;
- Trommelvliesperforatie door gebruik wattenstaafjes, uitspuiten of acute drukveranderingen (knal, klap).

(1-2)

De aanwezigheid van oorsmeerproppen is één van de meest voorkomende oorzaken van geleidingsverlies waarmee ouderen te maken kunnen krijgen. Overproductie van oorsmeer en/of retentie ervan kunnen zorgen voor afsluiting van de uitwendige gehoorgang en geven klachten als gehoorverlies, oorpijn, koorts, duizeligheid en faciale parese (4).

Bij **perceptief verlies** is er een beschadiging aan het slakkenhuis, de gehoorzenuw of het centrale zenuwstelsel en dit is meestal onomkeerbaar. Perceptief verlies gaat vaak samen met recruitment (zachte geluiden worden niet waargenomen en overgevoeligheid voor harde geluiden). Bij volwassenen kan perceptief verlies veroorzaakt worden door de ziekte van Ménière, langdurige blootstelling aan lawaai, genetische afwijkingen, brughoektumor of gebruik van bepaalde geneesmiddelen. Bij ouderen is presbycusis de meest voorkomende oorzaak van perceptief verlies (1-2).

Presbycusis is gerelateerd aan leeftijd. Vanaf de leeftijd van 30 neemt het gehoor voor zowel mannen als vrouwen per 10 jaar met ongeveer 3 decibel af voor lage frequenties. Voor hoge frequenties is dit voor mannen ongeveer 13 decibel en voor vrouwen 8 decibel. Dit komt door slijtage aan het oor. Naast leeftijd spelen erfelijkheid, geslacht (mannen zijn vaker aangedaan), doorgemaakte ontstekingen en mate van blootstelling aan lawaai een rol (1).

Mensen met presbycusis kunnen naast minder horen last hebben van:

- verhoogde gevoeligheid voor harde geluiden. Dit kan gepaard gaan met pijn;
- verslechtering van de signaal-ruisverhouding (stem spreker verdwijnt in achtergrondgeruis). Doordat mensen zich erg moeten inspannen om iemand te kunnen verstaan leidt dit tot een gevoel van uitputting en overprikkeling;
- verminderd discriminatievermogen. Medeklinkers, met name die uit 'het kofschip', en de stemloze medeklinkers k, f, s en p worden niet gehoord of klinken bijna hetzelfde;
- vertraagd begrijpen;
- duizeligheid en tinnitus (oorsuizen).

(3-5)

Complicaties

Slechthorendheid hangt bij ouderen samen met verminderd psychosociaal welbevinden en cognitief functioneren. Psychosociale klachten zoals stress, angst, psychische vermoeidheid, depressieve gevoelens, somatisatie en eenzaamheid komen meer voor bij mensen die slecht horen (1). Een slechter gehoor hangt bij ouderen samen met een toename in eenzaamheid, met name bij mannen, ouderen die geen hoortoestel gebruiken en ouderen die met een partner samenwonen (6).

Screening

Ouderen komen vaak niet zelf naar de huisarts met de klacht van slechthorendheid (3). Zij zien gehoorverlies als een natuurlijk verouderingsverschijnsel (1). De huisarts vermoedt slechthorendheid als ouderen moeite hebben de ander te verstaan tijdens een gesprek of als het lastig is een gesprek te voeren met drie of meer personen (2). Vragend kijken van de patiënt wanneer iets gezegd wordt kan een teken zijn dat de patiënt slechthorend is. Met de vraag 'heeft u een gehoorprobleem' kan slechthorendheid worden opgespoord (3). Daarnaast kunnen mensen zelf gebruik maken van gehoortests via het internet of de telefoon (www.nationalehoortest.nl) of 0900-4560123, www.oorcheck.nl) (1).

Diagnostiek

Anamnese

Aan de hand van de anamnese schat de huisarts in wat de ernst is van de slechthorendheid en wat de oorzaak kan zijn (2). De arts vraagt naar duur, ernst, beloop van de klachten, doorgemaakte relevante ziekten, trommelvliesperforatie, ooperaties, pijn, jeuk, verstopping, erfelijke aandoeningen, blootstelling aan lawaai, traumata, gebruik van geneesmiddelen die van invloed kunnen zijn en aanvallen van draaiduizeligheid, oorsuizen en misselijkheid (1). Daarnaast wordt aandacht besteed aan de hinder en gevolgen die de oudere ondervindt van het gehoorverlies en de motivatie voor het gebruik van een hoortoestel (1-2).

Lichamelijk onderzoek

De huisarts kijkt in beide oren met een otoscoop om eventuele oorzaken van de slechthorendheid te kunnen opsporen (1).

Aanvullend onderzoek

Wanneer het lichamelijk onderzoek geen verklaring biedt voor het gehoorverlies wordt bij patiënten ouder dan zes jaar een audiogram gemaakt of wordt de fluisterspraaktest uitgevoerd. De stemvorkproef kan worden gebruikt om onderscheid te maken tussen geleidingsverlies of perceptief verlies (1).

Verwijzing

De huisarts verwijst patiënten die hij zelf niet kan helpen door naar een kno-arts, audiologisch centrum of audicien. Redenen voor verwijzing bij volwassenen zijn onder andere:

- plotseling gehoorverlies
- gevonden afwijkingen in het oor bij het lichamelijk onderzoek anders dan een prop oorsmeer of otitis media (acuta, externa of met effusie), raadplegen of verwijzing naar KNO-arts;
- ? 30 decibel gehoorverlies:
 - o < 67 jaar, verwijzing naar kno-arts of audiologisch centrum;
 - o > 67 jaar:
 - geen vermoeden presbycusis, verwijzing naar kno-arts of audiologisch centrum;
 - bij vermoeden presbycusis, verwijzing naar audicien;
- moeite hebben om met het gehoorverlies of hoortoestel om te gaan. Deze patiënten worden doorverwezen naar een audiologisch centrum. Hier wordt gehooronderzoek verricht, worden hoortoestellen aangepast en wordt verdere begeleiding gegeven.

(1)

Interventies

Afhankelijk van de uitslag van de onderzoeken bij huisarts, KNO-arts, audiologisch centrum of audicien wordt de behandeling gestart. Bij een gemiddeld gehoorverlies van minder dan 30 decibel wordt er drie maanden afgewacht. Patiënten bij wie de klachten na drie maanden aanhouden wordt opnieuw een audiometrie of fluisterspraaktest aangeboden en/of worden doorverwezen naar een KNO-arts of audiologisch centrum (1).

Voorlichting en begeleiding

- De huisarts geeft voorlichting over de vermoedelijke oorzaak van de slechthorendheid en het beloop (1);
- Bij slechthorendheid door langdurige blootstelling aan hard geluid advies over preventie zoals dragen van gehoorbeschermers en contact opnemen met de bedrijfsarts wanneer werkomstandigheden een rol spelen (2);
- Uitleg over adviezen voor naasten om communicatie met de slechthorende makkelijker te maken (zie stap 7 in het stappenplan) (1);
- De huisarts kan de patiënt informatie geven over hoortoestellen en begeleiden bij het gebruiken van het hoortoestel zodat hij deze optimaal kan gebruiken. Aanpassing/wennen aan het andere geluid kan een half jaar duren (1,3)

Overproductie oorsmeer

Wanneer na inspectie blijkt dat er sprake is van een oorsmeerprop wordt geprobeerd deze te verwijderen met een cerumenhaakje of door middel van uitspuiten van het oor (1).

Infecties

Bij verdenking op otitis externa of otitis media behandelt de huisarts overeenkomstig de richtlijnen in de NHG-Standaarden Otitis externa en Otitis media acuta (1).

Hoortoestel

Mensen met presbycusis laten zich niet zo snel verwijzen voor een hoortoestel maar zoeken eerder stilte op. Er zijn echter aanwijzingen dat hoe eerder een slechthorende begint met hoorrevalidatie d.m.v. een hoortoestel, hoe groter de kans dat het functieverlies beperkt blijft (3). Gebruik van een hoortoestel of andere hulpmiddelen kan een positieve invloed hebben op kwaliteit van leven en psychosociaal welbevinden (1).

- Een audicien is een deskundige voor het aanmeten van hoortoestellen. Ouderen > 68 jaar mogen rechtstreeks een audicien bezoeken. Mensen tussen de 18 en 67 jaar hebben een bewijs van de behandelend KNO-arts of audioloog nodig (8);
- Leren omgaan met het hoortoestel kost meer moeite naarmate een patiënt ouder is. Er wordt daarom aangeraden om niet te lang te wachten met hoorrevalidatie (1);
- Verbetering van het gehoor met behulp van een hoortoestel is vooral te verwachten wanneer de patiënt moeite heeft met horen in een gesprek met 1 persoon (1).

Overige hulpmiddelen, cursussen en tips

Geef adviezen aan de patiënt en naasten om communicatie makkelijker te maken (zie stap 7 in het stappenplan).

Naast hoortoestellen zijn er andere hulpmiddelen en cursussen die slechthorenden kunnen helpen in het dagelijks leven, zoals:

- telefoons voor slechthorenden;
- versterkte deurbel;
- visuele signalen (flitslicht) of trillingen
- akoestiek kamer verbeteren door het aanbrengen van absorberend materiaal;
- hulphond;
- fietsplaatje en andere symbolen om slechthorendheid aan te geven (te bestellen bij de webwinkel van NVVS);
- cursus assertiviteit, leven met gehoorverlies, spraakafzien, omgaan met doven en slechthorenden etc. ([GGMD voor Doven en Slechthorenden](#));
- cursus zelfverdediging ([Trainingsbureau VeerKracht](#)).

(8)

Financiering

- Kosten voor behandeling in een audiologisch centrum worden vergoed vanuit de basisverzekering;
- Hoortoestellen worden voor 75% vergoed vanuit de basisverzekering bij een gecontracteerde audicien wanneer het gehoorverlies meer dan 35 decibel is aan één oor en/of de patiënt last heeft van tinnitus. Een deel van de eigen bijdrage kan vergoed worden door een aanvullende verzekering. De audicien berekent de kosten voor zijn dienstverlening door in de prijs van het hoortoestel;
- Andere hulpmiddelen zoals waarschuwingssystemen, weksystemen, luisterhulp, mobiele teksttelefoon enz. kunnen, onder bepaalde voorwaarden, worden vergoed door de zorgverzekeraar of vanuit de WMO;
- Cursussen en trainingen voor slechthorenden om beter te leren communiceren komen mogelijk in aanmerking voor (gedeeltelijke) vergoeding door de zorgverzekeraar (logopedische behandeling waarvoor een verwijzing nodig is van KNO-arts, huisarts of audioloog) of soms vanuit de WLZ wanneer deze gegeven wordt door een gespecialiseerde instelling.

(8)

Richtlijnen en referenties

<!-- [if gte mso 9]> %0