

Gehoorstoornissen bij oudere mensen

Th. B. VOORN

In de huisartspraktijk is slechthorendheid een belangrijke chronische aandoening, niet alleen vanwege zijn frequentie, maar vooral ook omdat er vaak nog veel aan te doen is. Van belang daarbij zijn een actief beleid en een systematisch gebruik van de audiometer.

Inleiding

Slechthorendheid is een van de meest ingrijpende vormen van sensorische deprivatie. In tegenstelling tot slechtziendheid roept deze aandoening weinig medeleven en veeleer irritatie en lachlust op. Niet in staat om te horen wat er gezegd wordt en om de eigen stem te controleren, lijkt de slechthorende stom. Hij raakt geïsoleerd van partner, familie en vrienden, hij wordt benaderd met een negatieve attitude – zelfs door hulpverleners – en hij zal zich vaak zeer eenzaam voelen.

Onder het woord doofheid gaan vele begrippen schuil, zoals aangeboren doofheid, verworven doofheid, slechthorendheid en hardhorendheid. Absolute doofheid, waarbij geluidswaarnemingen onmogelijk zijn, komt niet veel voor. „Hij is doof!” betekent meestal dat een gesprek met betrokkene niet goed mogelijk is. Hardhorend noemen we iemand die moeite heeft de spraak te

verstaan. Slechthorendheid betekent gehoorverlies. De gevolgen zijn afhankelijk van de mate van doofheid, het verloop, de enkel- of dubbelzijdigheid en de leeftijd waarop de doofheid is ontstaan.

Uit *tabel 1* blijkt dat voor het eerst optredende slechthorendheid op oudere leeftijd meestal wordt veroorzaakt door cerumenproppen en presbycusis (inclusief lawaaidoofheid). Alle andere afwijkingen zijn zeldzaam. Bekijkt men de reeds bij de huisarts bekende gevallen, dan gaat het om presbycusis en, in mindere mate, otitis media chronica, otosclerose en de ziekte van Menière.

Subjectieve beleving versus objectieve meting

Er is een aanzienlijk verschil tussen de mededelingen die een bejaarde patiënt doet over de mate van zijn slechthorendheid en een objectieve meting met behulp van een audiometer (*tabel 2*). De voornaamste oorzaak hiervan zou gelegen zijn in het feit dat veel bejaarden ontkennen dat ze slecht horen: 36 procent van de mensen die wisten of vermoedden dat zij slecht hoorden, vertelden dit niet aan hun huisarts, terwijl ze regelmatig op het spreekuur kwamen in verband met andere chronische aandoeningen. Dit fenomeen is vermoedelijk

Tabel 2. Prevalentie van slechthorendheid bij mensen van 70 jaar en ouder. Percentages per leeftijdsgroep.

Leeftijd in jaren	Waarneming patiënt	Audiometer
70-74	38	60
75-79	39	69
80-84	54	82
85+	69	84

mede verantwoordelijk voor de aanzienlijke verschillen tussen de vier CMR-praktijken.^{2,3}

Misschien leggen zowel patiënt als arts zich te snel neer bij het feit dat slechthorendheid een probleem van de ouder wordende mens is, waar niets meer aan te doen valt. Zo stelden *Mac Adam et al.* vast dat van 1088 onderzochte personen er 870 niets wisten van mogelijkheden om het horen te verbeteren. Het ging daarbij niet alleen om de mogelijkheid van een verwijzing naar een KNO-arts, maar ook om bijvoorbeeld televisie- en telefoonvoorzieningen.⁴ Anderzijds blijkt dat veel mensen positief staan tegenover een nader onderzoek naar de mogelijkheden, als de arts expliciet het probleem van de slechthorendheid aan de orde stelt.⁵

Mogelijkheden voor huisartsgeneeskundig handelen

De huisarts kan zich bij een probleem als slechthorendheid op oudere leeftijd uitsluitend laten leiden door de klachten die door de patiënt worden gepresenteerd; hij kan zich ook actief opstellen met het doel deze aandoening niet alleen op te sporen maar ook te volgen en zo nodig te behandelen. Dat betekent dat de huisarts patiëntencontacten benut om mensen te vragen of ze nog goed

Tabel 1. Nieuwe en bekende aandoeningen die slechthorendheid kunnen veroorzaken per 1000 patiënten per jaar. Gebaseerd op CMR-NUHI 1978-1982 (n = ca. 12.000).^a

E-lijst	65-74		75+		ICHPPC-2
	nieuw	bekend	nieuw	bekend	
183 – otitis media (OMA)	2	–	1	–	3820 – acute (etterige) otitis media
184 – otitis media chronica	0,3	11	1	10	3811 – niet-etterige otitis media, acuut en chronisch, serieuze otitis
186 – ziekte van Menière	2	8	1	2	386 – duizeligheids-syndromen, stoornissen van labyrint en vestibulum
187 – cerumen	69	–	68	1	3804 – cerumen
188 – otosclerose	–	2	–	3	387 – overige vormen van doofheid, incl. otosclerose
189 – doofheid overige vormen, incl. presbycusis en lawaaidoofheid	13	105	22	176	
190 – overige ziekten van het oor	1	0,3	–	–	388 – overige ziekten van het oor en proc. mastoïdeus
191 – tubair catarrh (OME)	6	1	4	1	3815 – tubair catarrh

^aDoor de CMR-NUHI wordt gescoord aan de hand van de E-lijst; ter vergelijking zijn de overeenkomstige ICHPPC-2-diagnosen eveneens vermeld.

O, medemens, gij moogt denken dat ik onvriendelijk, korzelig of zelfs een mensenhater ben. Gij vergist zich dan grotelijks in mij. Gij weet immers niet de heimelijke reden waarom ik zo schijn te zijn. Hoewel mijn temperament levendig is en vol passie en ik altijd dol was op de afleidingen die het gezelligheidsleven mij bood, werd ik spoedig gedwongen mijzelf af te zonderen en mijn leven in eenzaamheid te slijten. Als ik dan soms besloot mijn handieap te verdringen, werd ik helaas heel wreed teruggeworpen op de harde werkelijkheid van mijn slechthorendheid. Toch kon ik het niet opbrengen tegen de mensen te zeggen: „Spreek harder, schreeuw want ik ben doof!”

Ludwig van Beethoven¹

horen, oorinspectie te doen en een audiogram te laten maken. Het audiogram is dan het hulpmiddel om slechthorendheid vast te stellen in gevallen waarin de patiënt zich niet bewust is van zijn gehoorverlies of daarvan niet wil weten. In twee praktijken die verbonden zijn aan het Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut, worden sinds 1984 alle chronische aandoeningen die worden geregistreerd, verdeeld in aandoeningen waarmee de huisarts actief te maken heeft en aandoeningen die wel bij de huisarts bekend zijn, maar waarmee hij op dat moment geen directe bemoeienis heeft of heeft gehad (passieve aandoeningen). Uit de eerste resultaten blijkt dat in beide praktijken ongeveer 20 procent van de bekende gevallen van presbycusis als *actief* wordt geregistreerd.

Als de patiënt zelf op het spreekuur zijn slechthorendheid ter sprake brengt, kan de huisarts zich een beeld vormen van de aard en de mate van slechthorendheid. De eerste klacht van de meeste slechthorenden is, dat zij moeite hebben met het volgen van gesprekken. Vervol-

gens gaan zij soms klagen over het niet horen van de bel of de telefoon. Dan komt het slecht verstaan van radio of televisie. In het algemeen kan men stellen dat, als een gesprek à deux niet meer goed mogelijk is, overwogen kan worden de patiënt naar een KNO-arts te verwijzen. De spreekkamersituatie leent zich er goed voor om dit te beoordelen.

Ook is het nuttig te overwegen of de slechthorendheid een probleem van de patiënt is of van zijn omgeving.⁶

Het gebeurt nogal eens dat de patiënt is „gestuurd”. Slechthorendheid ontstaat sluipend en de patiënt past zich daarbij aan, met als gevolg dat de stoornis vaak eerder door de omgeving dan door hemzelf wordt opgemerkt. De omgeving vindt dan dat er iets aan gedaan moet worden, terwijl de patiënt dat niet wil: hij ontkent de ernst van de stoornis of vindt een gehoorapparaat nog niet nodig.

Door eenvoudige oorinspectie is elke gemakkelijk behandelbare vorm van slechthorendheid, zoals een met cerumen verstopte gehoorgang of een infec-

tie, uit te sluiten. Iedere huisarts heeft weleens meegemaakt dat het uitspuiten van het oor leidde tot een acceptabel niveau van horen. Ook mensen die al een gehoorapparaat dragen, behoren tot deze categorie.

Vervolgens kan met een audiogram (door de assistente vervaardigd) de mate van slechthorendheid objectief worden vastgelegd. Het is aan te bevelen dit een aantal malen te doen, tenzij de uitval zo slecht is (bijvoorbeeld een gehoorverlies van 60 over alle frequenties aan beide oren), dat meteen kan worden voorgesteld de patiënt te verwijzen. Meestal is dat niet het geval en heeft de huisarts dus de gelegenheid om de slechthorendheid van de patiënt te volgen. Dit houdt dan in dat hij bij volgende contacten een nieuw audiogram laat maken en informeert naar de subjectieve beleving van het horen. Op grond daarvan kan hij praktische adviezen geven, of overleggen of een verwijzing wellicht zinvol is.

Verwijzen

Vaak zal de patiënt worden verwezen naar de KNO-arts om na te gaan of een gehoorapparaat enige verbetering kan geven. Uit gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie blijkt dat dit in de periode 1978-1982 is gebeurd bij 20 procent van de 328 personen bij wie presbycusis was vastgesteld. In de verwijsbrief worden de voornaamste klachten, de resultaten van het onderzoek en eventueel de uitkomsten van een audiogram vermeld.

Als de patiënt eenmaal naar de KNO-arts is verwezen, lijkt de taak van de huisarts afgelopen. Toch is het aan te bevelen de patiënt te vragen een keer terug te komen om te vertellen hoe het gaat. In een enkel geval is huisbezoek noodzakelijk om na te gaan of en hoe de patiënt te helpen is en om hem te helpen met hoortraining (sommige audiciens doen dit ook). Deze hulp kan alleen geschieden door huisartsen die inzicht hebben in het probleem van de oudere mens met een gestoord gehoor. Misschien kunnen ook mensen die de handicap zelf hebben worden ingeschakeld of vrijwilligers van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden. Het huisbezoek kan ook dienen om allerlei adviezen te geven over andere hulpmiddelen dan een gehoorapparaat (zoals een lage tonenbel, een aparte telefoon, een gehoorzuil of een ringleiding). Tevens heeft men dan gelegenheid om de partner en de familie uitleg te geven.

Adviezen: hoe maak ik me verstaanbaar bij slechthorenden?

- Praat langzaam en duidelijk.
- Spreek niet extra luid en maak geen geforceerde onnatuurlijke bewegingen van de mond.
- Mond en lippen moeten goed zichtbaar zijn en het hoofd moet zijn gericht naar degene met wie men praat (baarden en snorren bemoeilijken dit vaak).
- Reageert de slechthorende niet op roepen, dan is het stampen op de grond een goede methode. Dit wordt niet gehoord maar wel gevoeld.
- Verstaat de slechthorende u niet, zeg het dan met andere woorden en articuleer beter.
- Bellen die niet worden gehoord, kunnen worden vervangen door „brommers”, die door de lagere toonhoogte

beter gehoord kunnen worden. Telefoons kunnen worden aangepast, radio en televisie kunnen worden beluisterd met een luisterspoel.

- De meeste bejaardentehuizen hebben geen rekening gehouden met deze handicap. Vooral in een omgeving met lawaai (eetzaal, de hal) hebben slechthorende mensen veel last. De meest voor de hand liggende remedie is vermindering van het lawaainiveau door een betere akoestische isolatie en door vermindering van nagalmtijd. Vermindert men nagalmtijd met behulp van geluidabsorberend materiaal met 25 procent, dan neemt het aantal slechthorenden dat niet meer in staat is een gesprek te volgen, af met 30 à 40 procent.^{8,9}

Het gehoorapparaat

Voor het aanpassen van een gehoorapparaat moeten ten minste een lucht- en beengeleidingsaudiogram en een spraakaudiogram worden gemaakt.⁷

Uiteindelijk lukt het in ongeveer 10 procent van de gevallen niet om op bevredigende wijze een toestel voor te schrijven. Vooral van belang is, dat de patiënt aan het apparaat kan wennen, terwijl het geluidssterkteknopje ongeveer in het midden staat. Een enkele maal is het onmogelijk om de patiënt een passend oorstukje aan te meten (bijvoorbeeld bij een otitis externa of een otitis media chronica die af en toe de kop op steekt). In dat geval kan een beengeleidingstoestel (een beugel of een hoornbril) worden gegeven. Een enkele keer is het nodig om een klein ventilatie-openingetje in het oorstuk te laten aanbrengen.

Een gehoorapparaat maakt een slechthorende nog niet tot een normaal horend mens. Het verdient daarom aanbeveling de te verwachten verbetering van het gehoor zowel bij de patiënt als bij de omgeving te relativiseren.

Slechthorenden zijn vooral ernstig gehandicapt wanneer er ook ander geluid aanwezig is. Anders gezegd: de slechthorende heeft een grotere signaal-ruis verhouding⁶ nodig dan een goed horende en daarbij helpt een gehoorapparaat hem bijna nooit. Een ouderwetse hoorn of een stuk tuinslang met aan de ene kant een trechter en aan de andere kant een oorknop helpt vaak beter. Dit versterkt de stem van de spreker enigszins en verzwakt tegelijkertijd het geluid van de omgeving.

Tenslotte kan men een indruk krijgen van wat een slechthorende eigenlijk hoort, door het audiobandje te beluisteren en het daarbij geleverde boekje te lezen met de titel *Hoor eens even* dat op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden is vervaardigd. Een instructief boekje over het gebruik van een hoortoestel door anderen kan bij dezelfde vereniging worden aangevraagd (zie pagina 35).

De haiku

In deze aflevering van *Huisarts & Praktijk* zijn twintig haiku's opgenomen. Deze haiku's zijn geschreven door de Sneeker huisarts W. Lofvers, die ook de volgende korte toelichting schreef.

De haiku is een oorspronkelijk Japanse dichtvorm bestaande uit drie regels van respectievelijk vijf, zeven en drie lettergrepen. In wezen is de betekenis ervan te danken aan de invloed van de 17e-eeuwse dichter Basho, van wie de belangrijkste gedichten nog steeds modern aandoen. De inhoud bestaat uit een objectieve weergave van het waargenome, zonder emotionele en subjectieve toevoegingen, maar wel zo gerangschikt, dat de feiten tot toek worden van de innerlijke beleving van de dichter. Er is een verwantschap met het Zen-Boedisme. Voor ons westerlingen staat centraal het gevoel van *awareness*.

De onuitgesproken bedoeling is dat de lezer een zo groot mogelijke vrijheid gelaten wordt om de feiten op zijn eigen manier te ervaren. Daarvoor is, gezien de geringe omvang van de mededeling, wel enige activiteit en verbeeldingskracht nodig. Die in beweging te brengen kan het genoeg zijn van het lezen van haiku's.

De senryu is een gedicht in haiku-vorm, waarin als onderwerp de kleine menselijke gebeurtenissen van alledag zijn gekozen. Ze zijn wat oppervlakkiger van toon. Strikt genomen zijn de hier afgedrukte gedichten senryu's.

In de laatste vijf-en-twintig jaar heeft de haiku zich in en buiten Japan in een nieuwe bloei mogen verheugen. Met name in de Verenigde Staten bestaat een grote belangstelling voor deze dichtvorm. Daarmee dreigt een afglijden naar enerzijds intellectualistische artefacten, anderzijds poëziealbum-stijl. Weet men deze zijsporen te vermijden, dan bestaat er ook in ons land een plaats voor deze boeiende dichtvorm.

¹ Simcock PS. Gehoorverlies bij bejaarden. *Mod Med* 1981; 5: 1513-6.

² Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

³ Voorn ThB. Audiometrie voor de huisarts: overbodig, nuttig of noodzakelijk? *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 102-7.

⁴ Mac Adam DB, Siegenstutter J, Smith MCA. Deafness in adults: screening in general practice *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 161-4.

⁵ Herbst KG, Humphrey Ch. Prevalence of hearing impairment in the elderly living at home. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 155-60.

⁶ Kuyper P. Het hoorapparaat bij de bejaarde slechthorende. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1976; 120: 2141-4.

⁷ Eggermond JJ, Odenthal DW, Ritsma RJ, Schmidt Ph, Spoor A. Audiometrie en hoortoestellen. 's-Gravenhage: Nederland-

se Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 1981.

⁸ Plomp R. Lawaai: het probleem van slechthorenden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1980; 124: 1745-8.

⁹ Jongkees LBW. Slecht horen: wel en geen toestel. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1980; 124: 33-6.