

Slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk

M. MUL
W. VERAART
A. BIERMAN

Mul M, Veraart W, Bierman A. Slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(7): 301-4.

Samenvatting De zorg voor mensen met een verstandelijke handicap gaat in toenemende mate tot het takenpakket van de huisarts behoren. Slechthorendheid komt waarschijnlijk veel voor in deze groep, maar deze mensen rapporteren minder snel klachten. Onder 206 bewoners van acht gezinsvervangende tehuizen werd een onderzoek gedaan naar het vóórkomen van slechthorendheid en naar de mate waarin die slechthorendheid bekend was bij leiding en huisarts. De huisarts verwijderde cerumen, en huisarts en groepsleiding vulden beide een vragenlijst in. Daarna nam de logopedist een korte anamnese af, gevolgd door een audiogram. Veel bewoners bleken slechthorend: 40 procent had een gehoorverlies van 30 dB of meer. Van de personen met het syndroom van Down was 42 procent slechthorend aan beide oren en 23 procent slechthorend aan één oor. Van de personen zonder syndroom van Down was 40 procent slechthorend aan beide oren en 14 procent slechthorend aan één oor. Van de personen zonder hoortoestel gaf 85 procent de slechthorendheid niet aan; 80 procent was niet als slechthorend bekend bij de huisarts, noch aan de groepsleiding.

M. Mul, huisarts, staflid afdeling Huisarts-geneeskunde, divisie Public Health, Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
W. Veraart, arts voor verstandelijk gehandicapten, Esdégé, Alkmaar; A. Bierman, logopediste.
Correspondentie: M. Mul.

Inleiding

De zorg voor mensen met een verstandelijke handicap vormt tot nu toe een klein deel van de taak van de huisarts. Ongeveer 16.600 verstandelijk gehandicapten wonen in een gezinsvervangend tehuis;¹ zij staan ingeschreven bij een huisarts. Daarnaast hebben huisartsen de zorg voor naar schatting 50.000 à 60.000 verstandelijk gehandicapten die zelfstandig of bij ouders of verzorgers wonen.² Ten gevolge van de toenemende de-institutionalisering en het ontstaan van nieuwe, zelfstandige woonvormen zal de huisarts steeds meer mensen met een verstandelijke handicap in de praktijk krijgen.

Mensen met een verstandelijke handicap zijn voor de huisarts in beginsel 'gewone' patiënten: er wordt van hen verwacht dat zij bij een eventueel gezondheidsprobleem zelf contact opnemen (of dat een begeleider dat doet). Deze mensen zijn zich echter vaak minder bewust van het functioneren van hun eigen lichaam en vragen ook minder gericht om hulp; de begeleiders van gezinsvervangende tehuizen hebben dan ook een belangrijke signalerende functie in dit opzicht. In een eerder onderzoek bleek dat de begeleiders van gezinsvervangende tehuizen vaak niet goed op de hoogte zijn van visus- en hoorproblemen bij de bewoners.³ Veel medische problemen van deze patiëntengroep zijn dan ook niet bekend bij de huisarts en/of worden onvoldoende behandeld.³⁻⁵

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat slechthorendheid zeer veel voorkomt bij verstandelijk gehandicapten. Bij mensen met het syndroom van Down werden prevalentiecijfers gevonden die variëren van 40 tot 90 procent, afhankelijk van de leeftijd en het gekozen afkappunt.^{3,6-8} De oorzaak van deze slechthorendheid wordt meestal in verband gebracht met chronische middenoorontstekingen en cerumen als gevolg van een nauwe gehoorgang en andere anatomische afwijkingen.^{9,10} Bovendien is presbycusis een van de symptomen van de vroegtijdige veroudering die onderdeel is van het syndroom van Down.¹¹ Het vóórkomen van slechtho-

rendheid onder verstandelijk gehandicapten die *niet* lijden aan het syndroom van Down, is nog weinig onderzocht, maar er zijn aanwijzingen dat ook bij hen slechthorendheid veel voorkomt.^{6,7,11-13}

Wij hebben een onderzoek gedaan naar het vóórkomen van slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk, met als vraagstelling:

- Wat is de prevalentie en ernst van slechthorendheid onder bewoners van gezinsvervangende tehuizen?
- Welk deel van de slechthorende bewoners kan op een gerichte vraag de eigen slechthorendheid aangeven? In hoeveel gevallen zijn groepsleiding en huisarts op de hoogte van de gevonden slechthorendheid?
- Hoe vaak wordt bij onderzoek door de huisarts afsluitend cerumen aangetroffen?

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd onder de 227 bewoners van acht gezinsvervangende tehuizen en hun dependances, behorend tot de Stichting Esdégé in Noord-Holland. De ernst van hun handicap kan worden afgelezen uit de activiteiten overdag: 46 procent werkte binnen de Sociale Werkvoorziening, 37 procent bezocht een dagactiviteitscentrum en 15 procent – de meesten >50 jaar en ex-WSW-werknemer – verbleef thuis. De oorzaak van de handicap bleek bij vrijwel geen van de bewoners zonder syndroom van Down bekend; daarom is een eenvoudige tweedeling aangehouden: Down en niet-Down.

In de gevallen waarin de bewoner niet tot zelfstandig oordelen in staat was, werd schriftelijk informatie gegeven aan de contactpersonen, en werd hen toestemming voor het onderzoek gevraagd. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Het onderzoek vond plaats bij de bewoners thuis. De huisarts verrichtte vooraf otoscopie en verwijderde eventueel cerumen. Tevens vulde hij een vragenlijst in

met onder meer vragen naar eerder gehooronderzoek en een eventuele vermindering van het gehoor. De begeleider van de bewoner beantwoordde vragen over het vermoeden van gehoorverlies.

Daarna onderzocht de logopedist – eveneens bij de bewoners thuis – het gehoor. Zij vroeg eerst: ‘Denk je dat je goed hoort?’ Vervolgens nam zij een audiogram af met de diagnostische audiometer Interacoustics AD 27 met koptelefoon. Voor de frequenties van 250-8000 Hz werd geluid aangeboden met een sterkte van 60 decibel (dB). Daarna werd telkens 10 dB minder aangeboden tot de onderzochte persoon geen reactie meer gaf; vervolgens werd de luidheid weer opgevoerd in stappen van 5 dB. De drempel werd bepaald bij driemaal een goede respons.

De logopedist bepaalde aan de hand van het aantal benodigde herhalingen en de tijdsduur of het audiogram goed, matig of slecht afneembaar was. Bij alle slechthorende bewoners werd tevens de beengleiding ongemaskeerd gemeten. Indien dit onvoldoende duidelijkheid bood, werd ook een vrije veldmeting met een ruis-signaal gedaan. Dat gebeurde ook bij degenen bij wie het audiogram slecht afneembaar was. Hiervoor werden twee gekijkte boxen gebruikt. Tenslotte werd de duur van het onderzoek genoteerd.

De resultaten werden uitgedrukt in het gemiddeld aantal decibel verlies, gemeten aan het beste oor over drie frequenties: 1000, 2000 en 4000 Hz; deze frequenties zijn van belang voor het verstaan van gesproken woorden. De ernst van de slechthorendheid werd uitgedrukt in vijf categorieën:

- licht verlies (25-29 dB);
 - matig verlies (30-59 dB);
 - ernstig verlies (60-89 dB);
 - zeer ernstig verlies (90-120 dB) verlies;
 - (sub)totale doofheid (>120 dB verlies).
- In dit artikel wordt gesproken van slechthorendheid bij een gemiddeld verlies van minimaal 30 dB aan het beste oor.

Resultaten

Eenentwintig bewoners namen niet deel aan het onderzoek; twaalf weigerden deel-

name aan het hele onderzoek en vijf wilden de gehoortest niet ondergaan. Vier personen verbleven elders. Van de vijf personen die alleen de gehoortest weigerden, waren er vier waarschijnlijk slechthorend.

De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 206 personen (tabel 1).

De afneembaarheid van het audiogram was bij 91 procent goed en bij 8 procent matig. Bij twee personen was het audiogram slecht afneembaar. Deze personen zijn niet uitgesloten van het verdere onderzoek, omdat de ruïstest in beide gevallen voldoende extra informatie bood. De duur van het afnemen van het audiogram was gemiddeld 30 minuten.

Prevalentie en ernst

De prevalentie van slechthorendheid was in de Downgroep en de niet-Downgroep ongeveer even groot: respectievelijk 42 en 40 procent. De bewoners met het syndroom van Down waren echter allen jonger dan 60 jaar, terwijl ruim een vijfde in de niet-Downgroep 60 jaar of ouder was (tabel 2).

Als we ons beperken tot de leeftijds-klasse <60 jaar, dan bedroeg de prevalentie van slechthorendheid in de niet-Downgroep (n=138) 30 procent. Van de 37 bewoners ≥60 jaar waren er 29 slechthorend. Bij 35 dB als afkappunt waren dat er 25.

Tabel 1 De onderzoekspopulatie. Aantallen

	Onderzoeksgroep			Uitval n=21
	Down+ n=31	Down- n=175	Totaal n=206	
Leeftijd in jaren				
– gemiddeld	38	44	43	42
– spreiding	20-59	18-79	18-79	21-73
Geslacht				
– mannen	14	108	122	16
– vrouwen	17	67	84	5
Hoortoestel dragers	1	18	19	4

Tabel 2 Ernst van slechthorendheid per leeftijdsgroep bij personen met (D+) en zonder (D-) syndroom van Down. Aantallen

Verlies (dB) → Leeftijd in jaren ↓	≤29		30-39		40-49		50-59		≥60	
	D+	D-	D+	D-	D+	D-	D+	D-	D+	D-
0-24	4	32	5	32	3	16	–	8	–	4
25-29	2	1	2	1	1	4	1	3	–	4
30-59	2	2	2	11	5	6	4	16	–	20
60-89	–	2	–	2	–	1	–	1	–	8
≥90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Totaal	8	37	9	46	9	27	5	28	–	37

Tabel 3 Bekendheid slechthorendheid. Aantallen

		Slechthorend	Bekend bij groepsleiding	Bekend bij huisarts	Bekend bij bewoner
Totale groep	(n=206)	83	32	30	21
Geen hoortoestel	(n=187)	65	14	12	10

Vrouwen en mannen waren even vaak slechthorend.

Naast de 13 dubbelzijdig slechthorende personen met het syndroom van Down waren er nog eens 2 slechthorend aan één oor. Van degenen zonder het syndroom van Down was, behalve de 40 procent die slechthorend was aan beide oren, ook nog eens 14 procent slechthorend aan één oor.

Alle slechthorenden in de Downgroep hadden een matig gehoorverlies (30-59 dB). Van de overige personen met het syndroom van Down waren er nog eens 6 licht slechthorend (tabel 2). In de niet-Downgroep kwamen in alle leeftijdscategorieën enkele gevallen van ernstige slechthorendheid voor. Van degenen ≥ 60 jaar was een kwart ernstig of zeer ernstig slechthorend.

Bekendheid slechthorendheid

Van de 83 personen met een gehoorverlies ≥ 30 dB antwoordden er 56 met 'ja' en 3 met 'weet niet' op de vraag 'Denk je dat je goed hoort?'

Van deze 83 slechthorende personen droegen er 18 een hoortoestel. Van hen

was de slechthorendheid uiteraard bekend, zij het in één geval niet bij de huisarts. Van de 65 bewoners zonder hoortoestel bleken er 55 de eigen slechthorendheid niet aan te kunnen geven. De groepsleiding vermoedde bij 51 van hen de slechthorendheid niet en de huisartsen waren bij 53 van hen niet op de hoogte van hun slechthorendheid (tabel 3).

Cerumen

In 156 gevallen is vastgelegd of er ten behoeve van het onderzoek cerumen werd verwijderd. Bij 12 procent van deze groep werd één oor uitgespoten, bij 15 procent beide oren.

Beschouwing

De gevonden prevalentie van slechthorendheid bij mensen met het syndroom van Down (42 procent) komt overeen met de eerder gevonden hoge cijfers. Verrassend is het hoge percentage slechthorendheid onder degenen zonder het syndroom van Down, met name in de groep < 60 (30

procent); dit is veel hoger dan de geschatte prevalentie in de algemene bevolking onder 18-60-jarigen (6 à 10 procent).^{14,15}

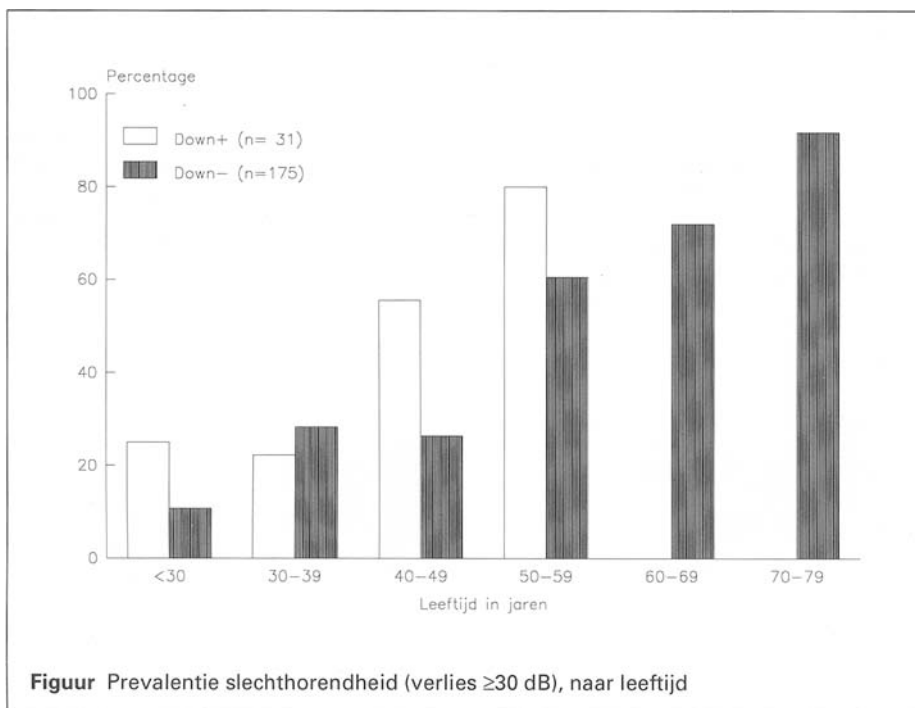
Voor de definiëring van slechthorendheid hebben wij gekozen voor 30 dB verlies als afkappunt, in plaats van 35 dB, dat zou aansluiten bij de AWBZ-normen voor het vergoeden van een hoortoestel. Onze ervaring is dat juist bij meervoudig gehandicapten een hoortoestel bij een verlies van 30 dB al effectief is, en dat hiervoor meestal ook toestemming van de zorgverzekeraar wordt verkregen. Om te kunnen vergelijken met Nederlands onderzoek onder 60-plussers in de algemene bevolking is ook de prevalentie bij een afkappunt van 35 dB berekend. Deze is met 68 procent aanzienlijk hoger dan onder niet-verstandelijk-gehandicapten (42 en 23 procent).^{16,17}

Met betrekking tot de ernst van de slechthorendheid komt uit dit onderzoek het volgende beeld naar voren: bij de meerderheid van de mensen met het syndroom van Down al op jeugdige leeftijd lichte en matige slechthorendheid; bij personen zonder syndroom van Down een kleine groep ernstig slechthorenden vanaf de jeugd, en een groeiende groep matig en ernstig slechthorenden vanaf het 40e levensjaar.

Zoals ook uit ander onderzoek bekend is, lijkt het erop dat mensen met het syndroom van Down ongeveer tien jaar eerder slechthorend worden dan verstandelijk gehandicapten zonder het syndroom van Down; deze laatsten worden weer eerder slechthorend dan personen zonder verstandelijke handicap.¹¹

Vergelijkbare resultaten met betrekking tot het al dan niet bekend zijn van de slechthorendheid bij de groepsleiding en de huisarts werden in eerdere onderzoeken gevonden.^{3,5} Het is schokkend dat van slechts 20 procent van de slechthorenden zonder hoortoestel hun stoornis bekend was. Bij deze categorie patiënten is het niet voldoende klachten hieromtrent af te wachten. Illustratief is het gegeven dat van de 19 hoortoestel dragers er één niet slechthorend bleek te zijn.

Het percentage personen bij wie oorsmeer moest worden verwijderd, komt



overeen met het percentage dat door *Crandell & Roeser* werd gevonden (respectievelijk 26 en 28 procent).⁹ In hun onderzoek bleek dat bij 8 procent van de onderzochte groep de cerumenproppen gepaard gingen met een gehoorverlies van 15-45 dB. Van belang is dat bij 36 procent van degenen met afsluitende oorproppen een jaar later opnieuw afsluitend cerumen werd gevonden.

In de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg¹⁸ wordt gepleit voor een regelmatige gehoorscreening bij verstandelijk gehandicapten:

- bij personen met het syndroom van Down levenslang elke drie jaar;
- bij verstandelijk gehandicapten zonder syndroom van Down op de leeftijden van 5, 10 en 15 jaar en vanaf het 50e jaar elke vijf jaar.

Bovendien wordt geadviseerd bij personen met het syndroom van Down tweemaal per jaar otoscopie te verrichten, en bij andere verstandelijk gehandicapten eenmaal per jaar.

Ons inziens zou de huisarts zijn beleid bij verstandelijk gehandicapte patiënten hieraan moeten conformeren. Gehooronderzoek kan in eigen beheer worden verricht, of na verwijzing door een logopedist. Hiertoe moeten regionaal goede verwijzingsmogelijkheden worden gecreëerd, bijvoorbeeld door middel van afspraken met de instituten voor gehandicapten of de dagactiviteitencentra.

Verder onderzoek naar de prevalentie van slechthorendheid en de effecten van behandeling bij mensen met een verstan-

delijke handicap in de huisartspraktijk zullen meer duidelijkheid moeten verschaffen over de doelmatigheid van dit voorgestelde beleid.

Dankbetuiging

Met dank aan J. Ramkema en A. Rep, destijds studenten geneeskunde, voor hun aandeel in het opzetten en invoeren van het gegevensbestand.

Literatuur

- 1 Statistisch Jaarboek 1995. 's-Gravenhage: Sdu, 1995.
- 2 Van Berkum HW, Haveman MJ. Zorg aan huis. Behoeftte aan zorg, en discrepantie tussen vraag en aanbod onder ouders van verstandelijk gehandicapten in Zuid-Nederland. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- 3 Wilson DN, Haire A. Health care screening for people with mental handicap living in the community. *BMJ* 1990; 301: 1379-81.
- 4 Howells G. Mental handicap - care in the community. *Br J Gen Pract* 1991; 2-4.
- 5 Smink M, Eerdmans-Dubbelt SLC, Van der Wouden JC. Medische problemen van verstandelijk gehandicapten in een gezinsvervangend tehuis. *Huisarts Wet* 1992; 35: 461-4.
- 6 Brooks DN, Wooly H, Kanjilal GC. Hearing loss and middle ear disorders in patients with Down's syndrome (Mongolism). *J Ment Def Res* 1972; 16: 21-29.
- 7 Dahle AJ, McCollister FP. Hearing and otologic disorders in children with Down syndrome. *Am J Ment Defic* 1986; 90: 636-42.
- 8 Evenhuis HM, Van Zanten GA, Brocaar MP, Roerdinkholder WHM. Hearing loss in middle-aged subjects with Down's syndrome. *Am J Ment Retard* 1992; 96: 61-77.
- 9 Crandell CC, Roeser RJ. Incidence of excessive/impacted cerumen in individuals with mental retardation: a longitudinal investigation. *Am J Ment Retard* 1993; 97: 568-74.
- 10 Brown PM, Lewis GTR, Parker AJ, Maw AR. The skull base and nasopharynx in Down's syndrome in relation to hearing impairment. *Clin Otolaryngol* 1989; 14: 241-6.
- 11 Buchanan LH. Early onset of presbycusis in Down syndrome. *Scand Audiol* 1990; 19: 103-10.
- 12 Evenhuis HM. Medical aspects of ageing in a population with intellectual disability: II. Hearing impairment. *J Intellect Disabil Res* 1995; 39: 27-33.
- 13 Beange H, McElduff A, Baker W. Medical disorders of adults with mental retardation. A population study. *Am J Ment Retard* 1995; 99: 595-604.
- 14 Cremers CWRJ, Hageman MJ, Van Rijn PM. Preventie van ernstige slechthorendheid of doofheid bij het jonge kind. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 703-6.
- 15 Chorus AMJ, Kremer A, Oortwijn WJ, Schaapveld K. Slechthorendheid in Nederland. Achtergrondinformatie bij een knelpuntennotitie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1995.
- 16 Abutan BB, Hoes AW, Van Dalsen CL, et al. Prevalence of hearing impairment and hearing complaints in older adults. A study in general practice. *Fam Practice* 1993; 10: 391-5.
- 17 Van den Brink RHS. Attitude and illness behaviour in hearing impaired elderly [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
- 18 Evenhuis HM. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140: 1851-4. ■