

Het Audiologisch Centrum

P.T. Kraft, *Audiologisch Centrum, Friesland.*

Inleiding

Een tiental jaren geleden deed de NVKF een themanummer *audiologie* verschijnen. Daarin werd vooral aandacht gegeven aan zaken die de Audiologische Centra direct betroffen, een soort acte de presence van de audiologen. Het voor u liggende themanummer heeft een enigszins andere invalshoek. Ter sprake komen klinisch-wetenschappelijk interessante aspecten van horen en slecht horen, zoals de toonhoogte perceptie (Duifhuis), het meten aan mensen (Hoekstra), moderne ontwikkelingen in technieken en meetmethoden (Dreschler en Festen, Plomp en Houtgast, Brokx en Coninx) en theoretische benaderingen die mogelijk tot nieuwe experimenten en meetmethoden kunnen leiden (de Boer).

Maar de klinische audiologie in de periferie gaat gewoon door en een themanummer audiologie zou onvolledig zijn zonder een schets van een Audiologisch Centrum. Vandaar deze bijdrage, die geen uitvoerig karakter heeft en ook niet de nadruk legt op het werk van de fysicus-audioloog, omdat hieraan in het lustrum-boek "Zeker Meten" en op de NVKF-najaarsconferentie 1987 al uitgebreid aandacht is besteed.

Taak

Een Audiologisch Centrum (een AC) is een instituut met een taak, die in 1975 is omschreven in een advies aan de gezondheidsraad: het zogenaamde rapport Köster. Het rapport telt veertig bladzijden maar is goed samen te vatten in de doelstelling zoals die bijvoorbeeld te vinden is in de statuten van de Stichting Audiologisch Centrum Friesland:

"het zomogelijk opvoeren en behouden van het functioneren van de slechthorende mens in de samenleving en voorts al hetgeen met een en ander rechtstreeks of zijdelings verband houdt of daartoe bevorderlijk zijn kan, alles in de ruimste zin."

Dat is niet niks! Het geeft een AC een grote vrijheid van handelen als dat in het belang is van de slechthorende mens. In de praktijk betekent het dat er allereerst, op verwijzing van uitsluitend k.n.o.- of kinderarts, diagnostisch gehooronderzoek plaats vindt en dat vervolgens (eventueel) een handelingsplan wordt opgesteld door het gezamenlijke team. Dat team bestaat uit een logopedist, een (kinder-)psycholoog, een maatschappelijk werker, een audiologisch as-

sistent en een klinisch fysicus-audioloog, die doorgaans de teambesprekingen voorziet en leiding geeft aan het instituut. Voor het gemak hanteer ik in dit artikel de manlijke vorm, maar beide geslachten zijn uiteraard vertegenwoordigd binnen vrijwel alle disciplines.

Het audiologisch centrum

Voor een duidelijk overzicht van wat zich afspeelt in een Audiologisch Centrum is het aantrekkelijk de patiënten te verdelen in leeftijdscategorieën. Het is dan ook niet toevallig dat de tarieven die het AC van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (C.O.T.G.) in rekening mag brengen, leeftijdsafhankelijk zijn.

1. Zeer jonge kinderen, zeg tot een leeftijd van twee à drie jaar, worden veelal verwezen, omdat op het consultatiebureau bij herhaalde gehoorscreening (de methode Ewing) onvoldoende reacties op geluid zijn gezien. De Ewingtest doet echter geen uitspraken over de aard, de mate of de ernst van een eventueel gehoorsverlies. Het is zelfs mogelijk dat slechte auditieve reacties een andere oorzaak hebben dan een slecht gehoororgaan. De k.n.o.-arts heeft vervolgens al dan niet gehoorsverbeterende maatregelen genomen, maar zekerheid omtrent een normaal perceptief gehoor bestaat tot dan toe dus niet. Een normale auditieve perceptie is voor een zuigeling of peuter echter van zo wezenlijk belang in de gehele ontwikkeling, dat een check hierop geen luxe is. Het consultatiebureau ziet de screening op zichzelf als haar taak, maar niet, en terecht dunkt me, de controle op het handelen van de arts. Hoewel er onder k.n.o.-artsen over het te volgen beleid na een positieve Ewingtest gevolgd door k.n.o.-therapie geen eensgezindheid bestaat, betekent het gelukkig toch wel dat veel kinderen in deze leeftijdsgroep op het Audiologisch Centrum voor gehooronderzoek worden gezien. Aangezien verreweg de meeste positieve Ewings berusten op onschuldige middenoorpathologie, komen deze kinderen op het AC meestal slechts voor doorgewone gehoorscherpgebepaling en krijgen een advies voor de behandeling k.n.o.-arts. Dit advies wordt overigens sterk bepaald door de (te verwachten) spraak- en taalontwikkeling. Veronderstel echter dat op het AC geconstateerd wordt dat de middenoorfunctie in orde is, maar dat er een perceptieslechthorendheid bestaat (het AC be-

schikt over meetmethoden en interpretaties om bij jonge kinderen dat onderscheid te kunnen maken). Dit is het moment voor teamberaad. Ter completering van de diagnose vindt een psychologisch onderzoek plaats, omdat de kinderen met een afwijkende ontwikkeling ook afwijkende reacties op geluid kunnen vertonen bij een overigens normaal gehoororgaan. Daarnaast is dit psychologisch onderzoek een eerste ijkpunt voor het volgen van de ontwikkeling van het kind in de jaren die komen zullen. Op gezette momenten wordt dit psychologisch onderzoek herhaald. In een latere fase zijn deze onderzoeken de basis voor het school-advies dat het AC de familie geeft. De logopedist beoordeelt het spraak- en taalniveau en adviseert op dit gebied. De audioloog adviseert eventuele gehoorapparatuur en ziet toe op het gebruik en het effect ervan. De maatschappelijk werker wordt betrokken bij de begeleiding van het gezin, bezoekt meestal de familie thuis en gaat al vroeg een steunpunt voor het gezin worden. De gedachte achter dit alles is, dat een slecht perceptief gehoor de communicatie met de ouders en broertjes en zusjes zodanig kan storen dat een normale intellectuele ontwikkeling niet meer vanzelfsprekend is. Bij ernstige slechthorendheid of doofheid zijn er korte lijnen naar een Doveninstituut. Tot zover het handelen waar het kinderen tot een jaar of twee betreft die al dan niet normaal blijken te horen.

is specialistisch werk en dus is het AC vaak de enige plaats waar zekerheid gekregen kan worden omtrent de gehoorfunctie. Onzes inziens zou bij iedere twijfel aan de spraak- of taalontwikkeling bij jonge kinderen een audiologische beoordeling moeten volgen, omdat bij perceptie slechthorendheid vaak niet het verlies aan luidheid het meest opvallend is, maar de verslechterde spraakdiscriminatie. En dat is precies wat aan de orde is bij de vraagstelling. Een zinvol, genormeerd logopedisch onderzoek kan overigens op deze leeftijd inderdaad al worden verricht. En opnieuw zijn er een paar mogelijkheden: een taalontwikkeling die minder zorgwekkend is dan de verwijzend arts vreesde, een eenvoudig middenoordefect op grond waarvan advies volgt aan de verwijzend arts, of een perceptief gehoorsverlies waarna gehandeld wordt als beschreven bij de kleinsten. Regelmatig komt het echter voor dat de spraak- of taalontwikkeling wel degelijk zorgelijk is, maar niet geschreven kan worden op conto van een slecht gehoororgaan. Om uit te zoeken of de oorzaken daarvan op meer centraal auditief niveau liggen wordt de hulp ingeroepen van de psycholoog. Menigmaal blijkt de taalachterstand een aspect te zijn van een algehele ontwikkeling-achterstand, soms ook staat de taalstoornis geïsoleerd en wordt geadviseerd contact op te nemen met een school voor spraak- en taalgestoorde kinderen.

2. Kinderen vanaf twee à drie jaar worden vaak verwezen met de vraag om het gehoor eens te beoordelen omdat de spraak of de taal onvoldoende op gang komt. Een gehoorscherpgebepaling bij jonge kinderen

3. Kinderen vanaf een jaar of zes worden aanzienlijk minder vaak verwezen voor audiologische beoordeling. Op deze leeftijd kan het gehooronderzoek prima op school gebeuren of bij de k.n.o.-arts. Pas bij af-

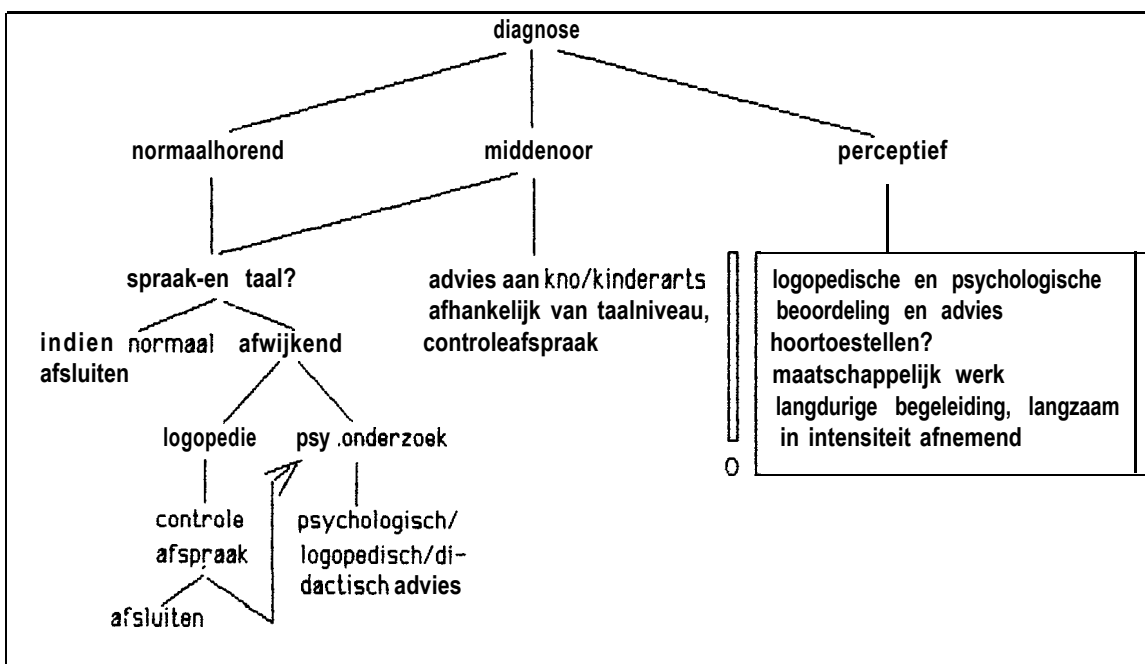


Fig. 1. Schematisch handelingsprotocol na verwijzing van jonge kinderen.

wijkingen wordt het AC ingeschakeld. Overigens is, dankzij het uitstekend net van Ewing-onderzoekers op de consultatiebureaus, het aantal laat ontdekte slechthorende kinderen in Nederland gelukkig vrij klein. De meeste slechthorende kinderen van deze leeftijd zijn dus bij een AC al bekend. Het zal uit de beschrijving van de vorige leeftijdsgroepen wel duidelijk zijn welke wegen bewandeld zullen worden wanneer desondanks zou blijken dat een kind slechthorend is.

4. Volwassenen worden veelal verwezen met een verzoek om nader advies inzake de maatschappelijke gevolgen van het gehoorsverlies. De aard en de mate van de slechthorendheid zijn bij de k.n.o.-arts goeddeels bekend, op het AC volgt soms een verfijning van de diagnose met aanvullende tests, zoals hersenstam-audiometrie, Bekesy-audiometrie en stijgbeugelspierreflexen. Ook bij volwassenen beperkt het AC zich niet altijd tot het voorschrijven van hoorapparatuur. De maatschappelijk werker kan betrokken worden bij problemen in het psychosociale vlak (gevoel van geïsoleerdheid) en bij problemen in de arbeidsomstandigheden. Zeker ook moet het AC een vraagbaak zijn voor wettelijke en juridische kwesties, zoals vergoedingsregelingen voor technische voorzieningen en validiteits-schattingen. Het AC wordt ook menigmaal geraadpleegd voor een second opinion als de

oorarts twijfelt over het nut van een eventuele middenooroperatie. De diagnostische mogelijkheden die het AC ter beschikking staan zijn uitvoerig beschreven in het eerder genoemde NVKF lustrum-boek "Zeker Meten".

Tot zover in vogelvlucht het Audiologisch Centrum. Samenvattend komt het erop neer dat het Audiologisch Centrum een steun en toeverlaat moet zijn voor elke slechthorende mens. De logopedische, didactische en psyche-sociale problemen die met slechthorendheid samenhangen hebben geleid tot een zekere know-how, waarop soms ook in andere gevallen dan slechthorendheid alleen een beroep gedaan kan worden.

Korrespondentie:
Drs. P.T. Kraft
Audiologisch Centrum Friesland
Stationsweg 26
9811 AJ Leeuwarden.