



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Doen hoortoestellen wel wat ze beloven?

Allagul, S.; Eekhof, J.; Laat, J. De

Citation

Allagul, S., Eekhof, J., & Laat, J. D. (2020). Doen hoortoestellen wel wat ze beloven? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 164. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3785046>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3785046>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Doen hoortoestellen wel wat ze beloven?

Samira Allagul, Just A.H. Eekhof en Jan A.P.M. de Laat

Samenvatting

De belangrijkste vorm van verworven slechthorendheid is presbycusis (ouderdomsslechthorendheid): de hoge tonen worden niet meer gehoord.

In Nederland zijn circa 2 miljoen mensen slechthorend. Van alle slechthorenden heeft ongeveer een derde 1 of 2 hoortoestel(len).

Van de hoortoestelbezitters is 90% 65-plusser.

Van de hoortoestelbezitters gebruikt 15% het hoortoestel niet of niet regelmatig.

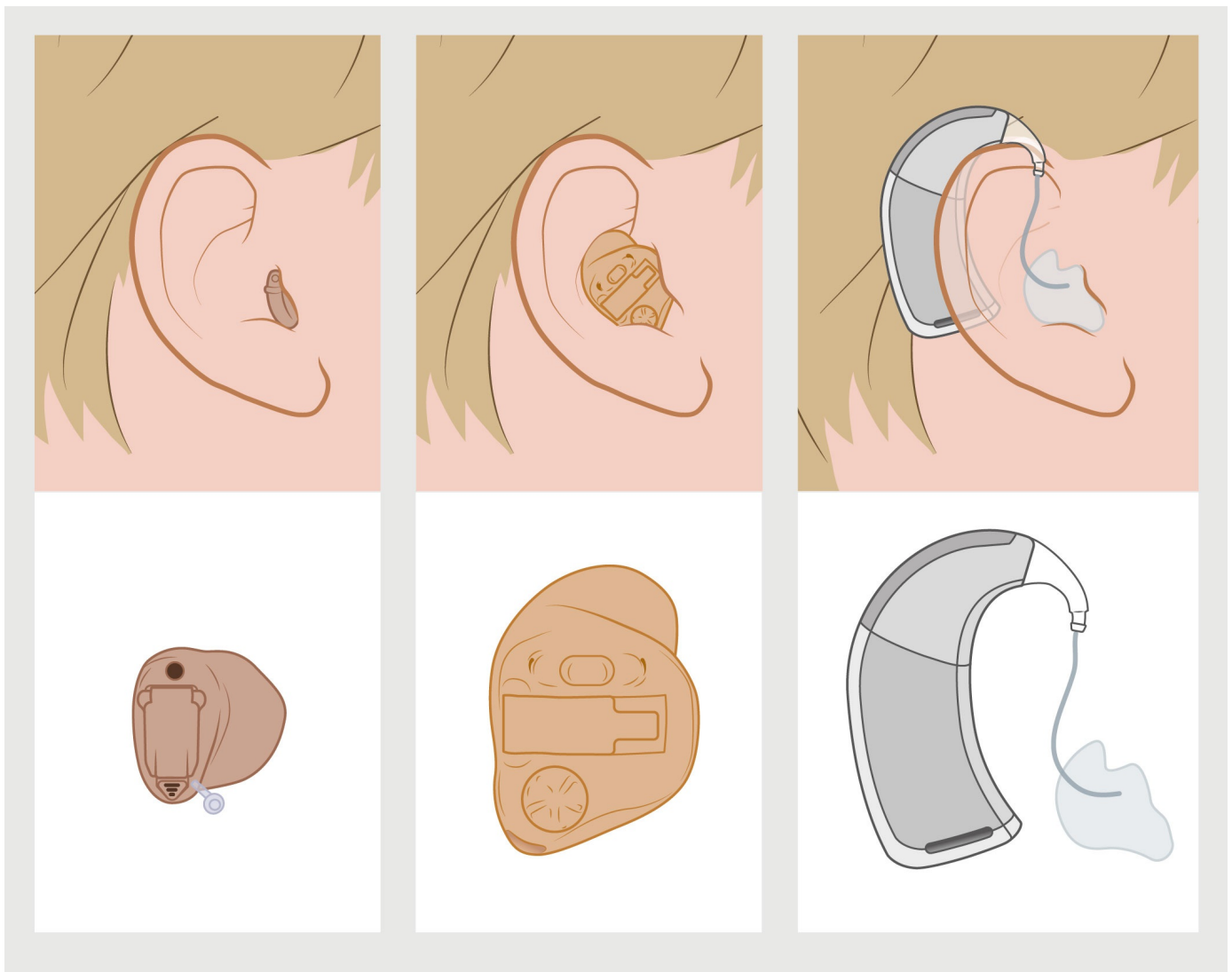
De voornaamste klacht van hoortoestelgebruikers is het verminderd verstaan van spraak in geroezemoes.

Wanneer slechthorenden een rumoerige omgeving gaan vermijden, kan dat leiden tot problemen als somberheid en eenzaamheid.

Hoortoestellen komen slechts ten dele hun beloftes na. Meer voorlichting over hoortoestellen en meer ondersteuning voor hoortoestelgebruikers is noodzakelijk om meer tevredenheid te bereiken.

Casus 1

Een 67-jarige patiënt komt op het spreekuur van de huisarts vanwege een plasprobleem. 'Hoe vaak plast u gemiddeld per dag?', vraagt de huisarts. 'Wat zegt u?', antwoordt de patiënt. Nadat ze haar vraag meerdere malen heeft moeten herhalen, informeert de huisarts naar het gehoor van de patiënt. Hij vertelt dat hij slechthorend is en zogeheten in-het-oor-hoortoestellen heeft (figuur 1). Hij draagt ze echter zelden; ze functioneren niet zoals hij had verwacht. Hij ervaart vooral problemen in rumoerige situaties, zoals op een verjaardag. Ook vindt hij het schoonmaken van de toestellen lastig. Gelukkig doet zijn kleinzoon dit vaak voor hem.



Figuur 1
Soorten hoortoestellen

Van links naar rechts: 'completely in the canal'(CIC)-toestel, in-het-oor(IHO)-toestel en achter-het-oor(AHO)-toestel.

In de media wordt veel reclame gemaakt voor hoortoestellen; ze zouden bijna onzichtbaar zijn en de drager weer een superscherp gehoor geven. Toch hoor je vaak dat mensen hun toestellen in de la laten liggen. Wat zit daarachter? Beloven audiciens te veel? Of gebruiken dragers hun hoortoestellen niet goed?

Hoewel problemen met een hoortoestel in principe moeten worden besproken met de kno-arts of audioloog (de voorschrijver) of de audicien (de aanpasser en leverancier), komen ze regelmatig aan de orde in de huisartsenpraktijk. Dit artikel gaat over wat de huisarts met zulke vragen kan doen. Het legt daarbij de nadruk op het gebruik van hoortoestellen door 65-plussers.

Epidemiologie

Nederland telt circa 2,6 miljoen mensen met leeftijdsgerelateerde slechthorendheid. Ongeveer de helft van hen heeft een gehoorverlies van 35 dB of meer in het slechtste oor, waarmee ze in aanmerking komen voor een door de zorgverzekeraar vergoed hoortoestel. Ongeveer 800.000 Nederlanders hebben daadwerkelijk een hoortoestel.¹ Van de hoortoestelgebruikers is 90% ouder dan 65 jaar.²

Een kwart van de 60-plussers is slechthorend, met een gehoorverlies van 35 dB of meer. Boven de 75 jaar stijgt dit percentage naar 60% en boven de 85 jaar is het 75%.² Behalve de leeftijd speelt het geslacht een rol; mannen horen gemiddeld 5 dB slechter dan vrouwen.³

Slechthorendheid bij ouderen

Onze 67-jarige patiënt is waarschijnlijk slechter gaan horen door ouderdom. Ouderdomsslechthorendheid, ook wel presbycusis genoemd, is de meest voorkomende oorzaak van een verslechterd gehoor bij ouderen. Dit gehoorverlies ontstaat geleidelijk, door

cumulatie van allerlei factoren die een negatieve invloed op het gehoor hebben. Denk aan overmatige geluidsbelasting, infecties en het gebruik van zogeheten ototoxische middelen; genotsmiddelen als alcohol en tabak en geneesmiddelen die giftig zijn voor het gehoor.

Presbycusis wordt vooral gekenmerkt door degeneratie van de haarcellen in de cochlea.³ Met name de hoge tonen worden niet meer gehoord, doordat de haarcellen die deze tonen doorgeven aan het brein vóór in de cochlea zitten en daardoor het meest beschadigd raken.^{2,4}

Door deze degeneratie wordt het geluid niet alleen verzwakt, maar ook vervormd waargenomen. Dit komt doordat de 'tuning'-functie – de geraffineerde samenwerking van de haarcellen in de cochlea – is aangetast. Als gevolg daarvan wordt het lastiger om de afzonderlijke componenten van een complex geluid te herkennen en om in een samengesteld signaal kortdurende gebeurtenissen te onderscheiden.²

Ongemakken van de slechthorende

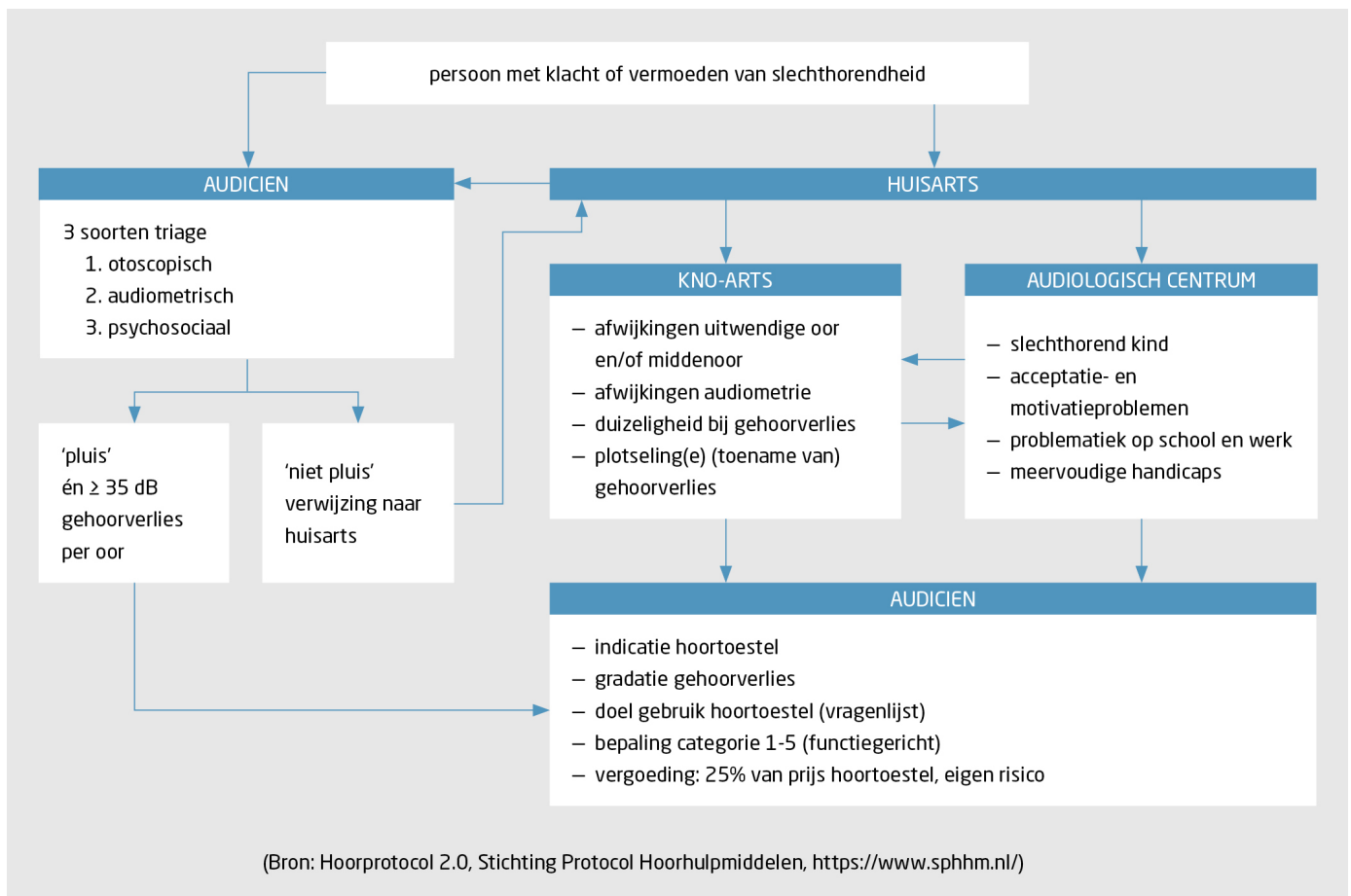
Door de verminderde tuning-functie hebben slechthorende ouderen in geroezemoes vaak moeite met het verstaan van spraak (tabel).⁴ Ze moeten zich meer concentreren om te horen en missen bepaalde woorden. Dat is vermoeiend en creëert vaak onzekerheid, wat ertoe kan leiden dat ze zich terugtrekken uit het sociale leven. Nederlandse onderzoekers constateerden in 2016 een verband tussen slechthorendheid en sociale en emotionele eenzaamheid. Uit dat onderzoek kwam ook naar voren dat vooral slechthorenden die hun toestel niet gebruikten, in de loop der jaren statistisch significant hoger gaan scoren op eenzaamheid.⁵ Ook zijn er aanwijzingen dat er een verband is tussen slechthorendheid en angst en depressie.⁵ Zo constateerden Amerikaanse onderzoekers dat mensen die zelf aangeven slecht te horen maar van wie het audiogram niet afwijkend is, vaker symptomen rapporteerden die verband houden met depressie.⁶ Ondanks de sociale belemmeringen waar ze tegen aanlopen, wachten slechthorenden gemiddeld 10 jaar voordat ze professionele hulp zoeken.⁷

vaak genoemd	1. slecht kunnen verstaan in rumoer 2. niet goed kunnen bepalen waar een geluid vandaan komt
geregeld genoemd	3. hinder hebben van hard geluid
minst genoemd	4. (zachte) geluiden moeilijk kunnen waarnemen/detecteren 5. last hebben van vervorming van geluid (geluidskwaliteit) 6. spraakverstaan in stilte

Tabel
Ongemakken die slechthorenden ervaren

Keuze en vergoeding hoortoestel

Zoeken slechthorenden eenmaal hulp en blijkt dat ze in aanmerking komen voor een hoortoestel, dan bepaalt het soort gehoorverlies of ze zich dat meteen bij een audicien kunnen laten aanmeten of dat ze eerst voor nader onderzoek naar een kno-arts of audiologisch centrum moeten, omdat het gehoorverlies als 'niet-pluis' wordt aangemerkt.⁸ In de meeste gevallen mag de audicien direct een hoortoestel aanmeten, omdat het audiogram een 'normaal', symmetrisch gehoorverlies laat zien (figuur 2).



Figuur 2
Stappenplan verwijzing patiënt met hoorprobleem

Mensen komen in aanmerking voor vergoeding van een hoortoestel als het toonaudiogram (per oor) een gehoorverlies van gemiddeld ≥ 35 dB laat zien op de frequenties 1, 2 en 4 kHz.⁹ De audicien deelt deze mensen in in een categorie, afhankelijk van hun precieze functieverlies, én van de zorgvraag plus de zogenoemde ‘hoordoelen’ die naar voren komen bij het doornemen van de zogeheten Amsterdamse vragenlijst voor auditieve beperkingen plus nog enkele aanvullende vragen. Er zijn 5 categorieën: van ‘simpel’ gehoorverlies (categorie 1) tot complex gehoorverlies (categorie 5).⁹ Binnen hun categorie kunnen slechthorenden in overleg met de audicien een hoortoestel uitkiezen. Dit toestel wordt vergoed, maar er geldt een eigen bijdrage van 25%. Indien van toepassing komt daar nog het eigen risico van de zorgverzekering bij.⁹

Hoortoestellen

Het meest toegepaste hulpmiddel bij slechthorendheid is een hoortoestel. Het achter-het-oor-toestel wordt het meest gebruikt (zie figuur 1). Circa 85% van de verkochte toestellen is van dit type. Dit type toestel is makkelijker te bedienen dan de zogeheten IHO- of in-het-oor-toestellen.⁴ Die laatste zijn weer onder te verdelen in de ‘gewone’ IHO, die de oorschelp vult, en de toestellen die volledig in de gehoorgang zitten. De zogeheten ‘completely in the canal(CIC)-toestellen zitten zo diep dat ze nauwelijks nog zichtbaar zijn (zie figuur 1).

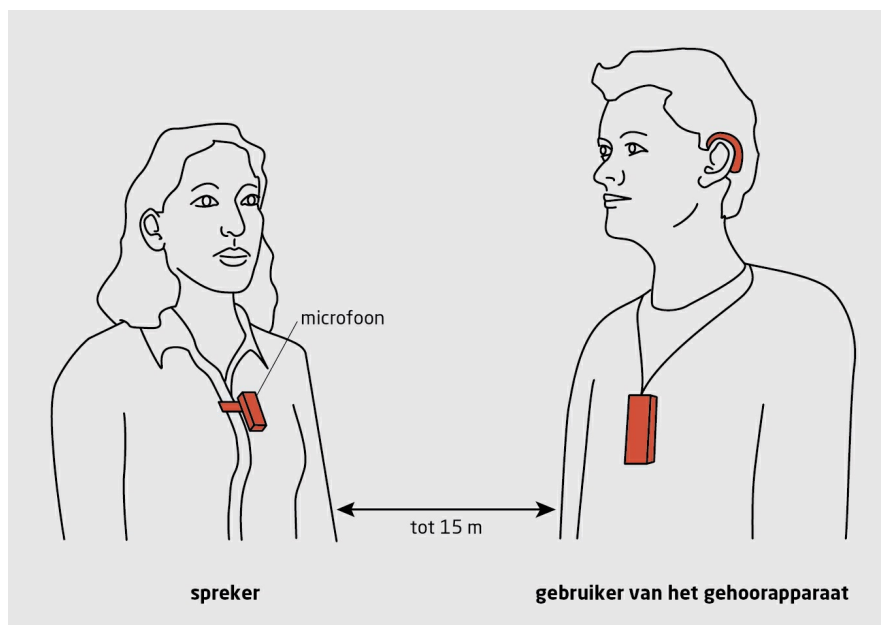
In-het-oor-toestellen hebben meer beperkingen dan alleen hun kleinere bedieningsgemak. De batterijen moeten bijvoorbeeld frequenter vervangen worden, doordat er alleen kleine batterijtjes in passen. Verder is de elektronica door de plaatsing in het oor kwetsbaarder voor cerumen en vocht opbouw en is het toestel door plaatsing in de gehoorgang gevoeliger voor het zogeheten feedbackfenomeen (‘rondzingen’ door geluidlekage).⁴

Moderne hoortoestellen bevatten allerlei technieken om de drager ook in een rumoerige omgeving beter te kunnen laten horen. Denk aan feedbackonderdrukking, richtmicrofoons en achtergrondruisonderdrukking. Desondanks lukt het vaak niet om een oudere slechthorende in rumoer weer goed te laten horen. Een belangrijke reden is dat het hoortoestel vaak te laat wordt aangeschaft, waardoor de gewenning moeizamer verloopt.¹⁰

Andere hoorhulpmiddelen

Naast hoortoestellen zijn er ook andere hulpmiddelen voor slechthorenden. Ongeveer 15% van de hoortoestelgebruikers maakt gebruik van zulke extra hoorhulpmiddelen.¹¹

Om het spraakverstaan tegen een rumoerige achtergrond te verbeteren, is er bijvoorbeeld solo-apparatuur; een microfoontje dat het gesproken woord direct draadloos doorgeeft aan de hoortoestellen (figuur 3). Om sociaal isolement te voorkómen, wordt deze toepassing vaak vergoed door de zorgverzekeraar. Andere 'hoorhulpmiddelen' zijn wek- en waarschuwingssystemen, die flitsen of trillen wanneer bijvoorbeeld de deurbel gaat of er rookontwikkeling is. Verder is er apparatuur die het geluid van tv en audiosystemen direct doorgeeft aan het hoortoestel door middel van inductie (ringleiding), infraroodverbinding of streaming (wifi). De vergoedingsindicatie voor deze hoorhulpmiddelen is hetzelfde als voor een hoortoestel; een gemiddeld gehoorverlies van 35 dB.⁹



Figuur 3
Solo-apparatuur

In rumoerige situaties is soloapparatuur een goed extra hoorhulpmiddel. De spreker draagt een microfoon met een zendertje dat het gesproken woord direct doorgeeft naar de hoortoestellen van de gebruiker.

Verder zijn er steeds meer speciale smartphone-apps die gericht zijn op slechthorenden en wordt de smartphone steeds vaker gebruikt als afstandsbediening voor het hoortoestel. Met behulp van een bluetooth-verbinding is het geluid van een smartphone of een tablet draadloos te horen via het hoortoestel.^{12,13}

Terug naar de casus

Wat kan de huisarts nu doen voor de 67-jarige man? De huisarts kan proberen te achterhalen waardoor deze problemen heeft met zijn hoortoestellen. Passen ze niet goed of werken ze niet goed? Kan de patiënt niet accepteren dat hij minder goed hoort? Heeft hij te weinig tijd genomen om gewend te raken aan de toestellen en ze goed te leren gebruiken? Als dit gesprek geen oplossing oplevert, kan de huisarts overwegen de patiënt naar het audiologisch centrum te verwijzen (zie figuur 2).

Casus 2

Een 65-jarige muzikleraar is naar een kno-arts verwezen vanwege geleidelijk ontstaan, eenzijdig perceptief gehoorverlies links. Het gemiddelde gehoorverlies (bij 1, 2 en 4 kHz) aan het linkeroor is 35 decibel. Aan zijn goede rechteroor heeft hij 15 dB verlies, wat normaal is voor zijn leeftijd. Gezien zijn beroep heeft hij een categorie-5-hoortoestel met verschillende luisterprogramma's aangemeten gekregen. Hij is intensief begeleid door het audiologisch centrum; een audicien heeft de aanpassing verzorgd. Een half jaar later komt hij op het spreekuur van de huisarts. Op de vraag hoe het nu gaat met zijn gehoor, antwoordt de man dat hij zijn hoortoestel maar lastig vindt, omdat hij tijdens de muzieklessen voortdurend de afstandsbediening moet pakken om te schakelen tussen 'muziekstand' (als hij naar de muziek van de leerling luistert) en de 'gespreksstand' (als hij daarna met de leerling spreekt).

Tevredenheid van hoortoestel dragers

Casus 2 laat zien dat ook mensen met een geavanceerd hoortoestel waaraan persoonlijke luisterprogramma's kunnen worden

toegevoegd, nog beperkingen kunnen ondervinden. Zo schakelt het toestel van de muzikleraar niet automatisch over van spraak naar muziek. Verder is hij met zijn hoortoestel waarschijnlijk wel in staat om een leerling te verstaan in stilte, maar zal hij moeite houden met het verstaan van spraak tegen een achtergrond van muziek en met het onderscheiden van verschillende tonen. Hoortoestellen doen het goed in situaties als een-op-een gesprekken of in een kleine groep, maar vaak niet waar ze het meest nodig zijn: in een rumoerige omgeving.¹⁰ Over het algemeen zijn hoortoestelgebruikers gematigd positief over hun hoortoestel doordat hun levenskwaliteit erdoor is verbeterd, maar 20% van de gebruikers had uiteindelijk liever een ander hoortoestel gehad. Van de slechthorenden gebruikt 15% de toestellen na aanschaf niet of niet regelmatig (zie kader 'Redenen waarom mensen hun hoortoestel niet gebruiken').¹³ Soms is dat ook omdat een toestel kapot is en er kosten verbonden zijn aan reparatie.¹⁵ Hoogopgeleide jongvolwassenen zijn positiever over hun hoortoestellen dan ouderen en laagopgeleiden.⁷ Maar ook zij geven aan moeite te hebben met alle opties die geavanceerde toestellen bieden, zoals de mogelijkheid het luisterprogramma aan te passen aan diverse situaties. Goed omgaan met een hoortoestel vraagt begeleiding, gewenning, tijd en moeite.¹⁶ De tevredenheid van de hoortoestelgebruiker verbetert door op de patiënt toegespitste begeleiding en uitleg door zorgverleners als een audicien, de medewerkers van een audiologisch centrum of een kno-arts (zie figuur 2). Uiteraard moet de patiënt hiervoor wel gemotiveerd zijn. De motivatie kan worden verhoogd door beter te luisteren naar de patiënt en door meer voorlichting.¹⁷ Ouderen met beginnende dementie zouden meer begeleiding moeten krijgen om te zorgen dat een hoortoestel goed gebruikt wordt.^{3,17,18}

Beloften versus de praktijk

Als men spreekt over gewenning aan een hoortoestel, wordt vaak de vergelijking gemaakt met de aanschaf van een bril. Zichtproblemen door refractieafwijkingen kunnen grotendeels worden verholpen met een bril; die compenseert deze refractiefout. Bij een hoortoestel werkt het anders. Het onderliggende probleem is de beschadiging van de cochlea. Een hoortoestel kan geluiden versterken, maar dat versterkte geluid moet alsnog door de beschadigde cochlea om door de hersenen te worden waargenomen. Dit is de voornaamste reden dat geluiden in geroezemoes niet goed te discrimineren zijn met een hoortoestel.¹² De meeste hoortoestellen kennen tegenwoordig de mogelijkheid van directionaliteit. Een richtmicrofoon in het toestel maakt het dan mogelijk om gericht op één geluidsbron te focussen en andere bronnen te dempen. Zo kan achtergrondlawaai deels onderdrukt worden. Het resultaat hiervan is helaas beperkt, doordat het altijd even duurt voor het microfoontje goed gericht is. Daardoor verbetert de verstaanbaarheid voor de slechthorende pas na een paar seconden. Dit wordt als onrustig ervaren.¹⁰ En zodra de slechthorende het hoofd naar een andere spreker draait, begint het instellen opnieuw. De slechthorende ervaart dit als storing.¹⁵ Verder ervaart 38% van de ouderen met geavanceerde hoortoestellen het als hinderlijk dat hun toestellen automatisch naar een ander luisterprogramma schakelen wanneer de luistersituatie verandert.¹⁹ Wanneer het hoortoestel in geroezemoes achtergrondgeluiden dempt, wordt immers ook dat wat ze wél willen horen – spraak – deels gedempt. Kortom, de praktijk laat zien dat mensen tijd nodig hebben om te ondervinden wat voor hen de toegevoegde waarde van een hoortoestel is. Bovendien is het belangrijk dat de omgeving van de slechthorende rekening houdt met het gehoorprobleem door beter te articuleren, rustig te praten en tête-à-tête-gesprekken te voeren (zie kader 'Communicatie met slechthorenden').³

Conclusie

Voor sommige slechthorende ouderen is een hoortoestel een prima oplossing. Bij anderen is het minder succesvol. Het is belangrijk te beseffen dat ouderen soms veel tijd nodig hebben voor ze aan hoortoestellen gewend zijn en er plezier van ondervinden. De huisarts kan patiënten die ontevreden zijn met hun hoortoestel, ondersteunen door aandacht te besteden aan de oorzaak van de problemen. Soms hebben slechthorenden gewoon niet de voor hen juiste hoortoestellen gekregen. Soms ook is er simpelweg een slangetje, filter of oorstukje verstopt of een speakertje kapot. Dat zijn problemen die, na enige oefening en met wat extra uitleg van de audicien, makkelijk te herkennen én te verhelpen zijn. Tot slot maakt het type gehoorprobleem of de persoonlijkheidskenmerken van de oudere het soms lastig een passende hooroplossing te vinden. Zoals wasmiddelen niet elke was stralend wit kunnen krijgen, zo kunnen hoortoestellen niet elk gehoorprobleem oplossen. Een hoortoestel kan het geluid versterken, maar het zal de informatie altijd door de beschadigde cochlea heen moeten doorgeven. Dat blijft de bottleneck bij slechthorendheid. Voor de emancipatie van slechthorenden is het belangrijk dat hun verminderde gehoor als probleem wordt erkend en geaccepteerd. Daardoor kan de omgeving er meer rekening mee houden en kunnen slechthorenden er ook bij horen. Voor de communicatie met een slechthorende ouderen is het, of ze nou wel of geen hoortoestel hebben, van belang dat er rekening wordt gehouden met hun gehoorprobleem. Dat vergt wel dat anderen weet hebben van die problemen. Slechthorenden zouden daar dus vaker open over moeten zijn. Maar daarvoor is het nodig dat het imago van slechthorendheid verandert. Hoortoestelfabrikanten en -leveranciers dragen met hun huidige reclame-uitingen bij aan het idee dat hoortoestellen onzichtbaar moeten zijn, wat het negatieve imago van

slachthorendheid bevordert. Al ziet het ernaar uit dat de zichtbare oortjes van smartphonegebruikers dat beeld zullen doen kantelen.

- Online artikel en reageren op nvtg.nl/D4988
- Contact: J. de Laat, japmdelaat@lumc.nl
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 4 augustus 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4988

Literatuur

1. De maatschappelijke impact van leeftijdsgerelateerde slechthorendheid in Nederland. Rapport in opdracht van SpecSavers. Utrecht: Strategies in Regulated Markets; 2019.
2. Kapteyn TS, et al. [Gehoor en leeftijd \(presbycusis\)](#). In: Audiologieboek 2015.
3. NHG Standaard Slechthorendheid. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2014.
4. De Laat JAPM, Grote JJ, et al. Oren en horen. Den Haag: SBWM; 2005.
5. Stam M, Smit JH, Twisk JWR, et al. Change in psychosocial health status over 5 years in relation to adults' hearing ability in noise. *Ear Hear.* 2016;37:680-9. doi:10.1097/AUD.0000000000000332. Medline.
6. Tremblay KL, Pinto A, Fischer ME, et al. Self-reported hearing difficulties among adults with normal audiograms: the beaver dam offspring study. *Ear Hear.* 2015;36:e290-9. doi:10.1097/AUD.0000000000000195. Medline.
7. Van Thiel L. Gehoor Nederland 2010. Amsterdam: TNS NIPO; 2010.
8. Veldnorm hoortoestelverstrekking 2017. Utrecht: NOAH; 2017.
9. Zorginstituut Nederland. [Hulpmiddelen voor slechthorenden en doven \(auditieve hulpmiddelen\)](#). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2018.
10. Snik AF, Leijendeckers JM, Marres HA. Behandeling van ouderdomsslechthorendheid: hoortoestellen niet erg geliefd. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013;157:A5007. Medline.
11. Krol M, Hendriks M, van der Hoek L, Plass AM. CQI Hoortoestellen: psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL; 2014.
12. De Laat J. Een compleet overzicht van moderne hoorhulpmiddelen. *MT Integraal.* 2018. <https://mtintegraal.nl/artikelen/245/een-compleet-overzicht-van-moderne-hoorhulpmiddelen>.
13. Mantokoudis G, Dubach P, Pfiffner F, Kompis M, Caversaccio M, Senn P. Speech perception benefits of internet versus conventional telephony for hearing-impaired individuals. *J Med Internet Res.* 2012;14:e102. doi:10.2196/jmir.1818. Medline.
14. Manchaiah VK, Stephens D, Meredith R. The patient journey of adults with hearing impairment: the patients' views. *Clin Otolaryngol.* 2011;36:227-34. doi:10.1111/j.1749-4486.2011.02320.x. Medline.
15. Fifer RC. Hearing Aid Reimbursement: A discussion of influencing factors. *Semin Hear.* 2020;41:55-67. doi:10.1055/s-0040-1701245. Medline.
16. Gommer M. Gehoorschade en geluidsblootstelling in Nederland: Inventarisatie van cijfers. Bilthoven: RIVM; 2014.
17. Kapteyn TS. Revalidatiemogelijkheden voor slechthorenden. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1998;142:63-7. Medline.
18. Alicea CCM, Doherty KA. Motivation to address self-reported hearing problems in adults with normal hearing thresholds. *J Speech Lang Hear Res.* 2017;60:3642-55. doi:10.1044/2017_JSLHR-H-17-0110. Medline.
19. Wu YH, Stangl E, Chipara O, Hasan SS, DeVries S, Oleson J. Efficacy and effectiveness of advanced hearing aid directional and noise reduction technologies for older adults with mild to moderate hearing loss. *Ear Hear.* 2019;40:805-22. doi:10.1097/aud.0000000000000672. Medline.

Redenen waarom mensen hun hoortoestel niet gebruiken

De hoortoestelbezitter heeft beperkte vinger- en handmotoriek en kan daardoor de batterijtjes niet vervangen.

De hoortoestelbezitter krijgt het hoortoestel niet goed in het oor.

De hoortoestelbezitter mijdt situaties waarin het hoortoestel onmisbaar is en beperkt zich tot een-op-eencontacten.

De hoortoestelbezitter wil om esthetische redenen geen hoortoestel dragen.

Communicatie met slechthorende patiënten

Spreek rustig en articuleer duidelijk, praat niet hard en vermijd bijzinnen.

Houd oogcontact: spreek met uw gezicht naar de ander.

Houd niets voor uw mond en zorg voor voldoende licht, zodat uw mond goed zichtbaar is; ga niet met uw rug naar het licht toe staan.

Vermijd achtergrondgeluid: zet de televisie, radio of achtergrondmuziek uit.

Herhaal eventueel wat u heeft gezegd, zo nodig in andere bewoordingen.

Vraag aan uw slechthorende patiënt of deze alles goed heeft verstaan, of beter nog; laat de gegeven informatie herhalen.

Schrijf zaken als namen, adressen, telefoonnummers en data van afspraken op en geef deze aan de patiënt.

Gebruik eventueel uw stethoscoop; laat de patiënt de stethoscoop in zijn oren doen en praat (zachtjes) in de klok.

Bron: Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG-Standaard Slechthorendheid (versie oktober 2018)

- Amsterdam UMC, locatie VUmc, afd. Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: drs. S. Allagul, aios. LUMC, afd. Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog. LUMC, Audiologisch Centrum (KNO), Leiden: dr.ir. J.A.P.M. de Laat, klinisch fysicus, audioloog. Contact: J. de Laat, japmdelaat@lumc.nl