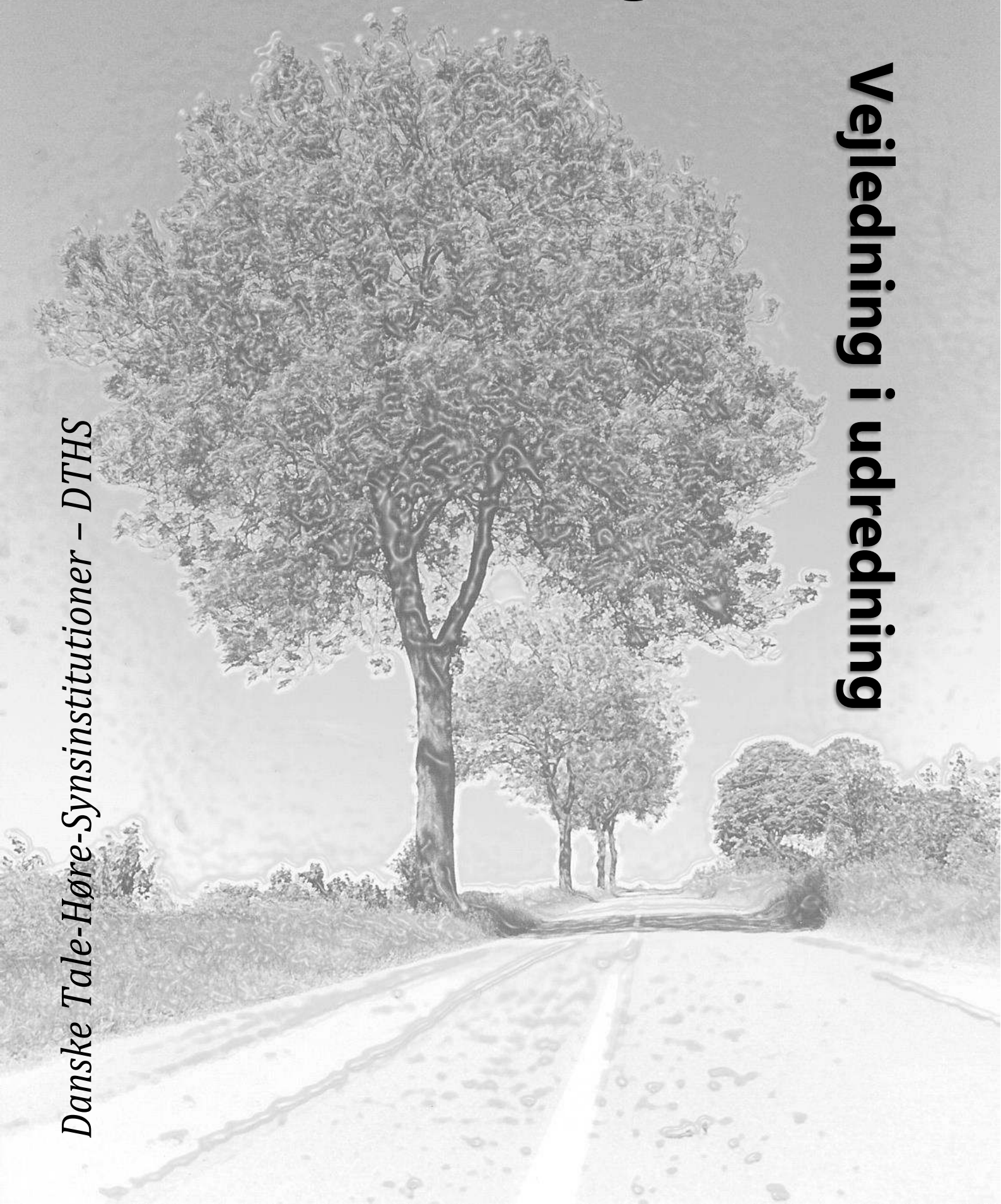


Hørevanskeligheder

Vejledning i udredning

Danske Tale-Høre-Synsinstitutioner - DTHS



FORORD

Danske Tale-, Høre- og Synsinstitutioner (DTHS) arbejder kontinuerligt med at udarbejde God Praksis vejledninger og kvalitetsstandarder på det audiologopædiske (voksen)område, samt med at forberede området til en forskningsmæssig forankring og systematisk evaluering.

Sagt på en anden måde: at erfarne fagfolk beskriver, hvad der er god praksis inden for specifikke faglige ydelser og tilbud og gerne med dokumentation fra forskningen, hvor det er muligt.

Vejledningerne skal være retningsgivende og bruges som støtte i de beslutninger, medarbejderne træffer i det daglige arbejde med elever/deltagere. Derfor er det vigtigt, at vejledningerne bygger på relevant faglig viden, samt hvad forskningsundersøgelser supplerende kan dokumentere.

Vejledningerne og standarderne er retningsgivende for DTHS institutioner, sådan at man sikrer en større ensartethed i tilbuddene på landsplan som grundlag for evt. effektmåling og evaluering.

Om God Praksis projektet

Projektets arbejdstitel var oprindeligt "Best Practice", men er nu omdøbt til det mere danskklingende navn "God Praksis".

Der er flere formål med projekt God Praksis:

1. At sikre borgerne den bedste kvalitet i de audiologopædiske ydelser, på baggrund af evidensinformeret viden og/eller beskrivelse af god praksis ud fra ekspertkonsensus på området.
2. At der løbende sker forbedringer af den audiologopædiske indsats over for borgeren ud fra et læringsperspektiv med faglig fokus på systematik, dokumentation og evaluering.
3. At der på landsplan sikres ensartet kvalitet i sammenlignelige audiologopædiske ydelser.
4. At kvaliteten og indholdet af de audiologopædiske ydelser er synlig for brugere, pårørende, medarbejdere og ledelse og opdragsgivere.
5. At kommunerne kan orientere sig i de audiologopædiske tilbud og indkøbe ydelser på det bedst informerede grundlag.

Øvrige vejledninger kan læses og downloades på www.dths.dk

DTHS august 2017

Vejledning i udredning af hørevanskeligheder

Indhold

1. Indledning	4
1.1. Resumé	4
1.2. Lovgrundlag	4
1.3. Kommunikationscentrenes rolle i hørerehabiliteringen	5
1.4. Formål med revision	6
1.5. Målgruppe	6
1.6. Relevant faglig viden og evidens	7
1.7. Terminologi og definitioner	7
2. Baggrund	7
2.1. Forekomst	7
2.2. Høretabets betydning	8
2.2.1. Høretab og demens	8
2.2.2. Høretab og stress	8
2.3. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevne-nedsættelse og helbredstilstand (ICF)	8
2.3.1. Tredjeparts funktionsevnenedsættelse	9
3. anbefalinger	9
3.1. Grundlag for den audiologopædiske udredning	9
3.2. Udredning	9
3.2.1. Udrednings- og interventionsmodel fra Kiessling	10
3.2.2. ICF Core set (ICF-CS) I audiologopædisk praksis	11
3.3. Graduering af hørenedsættelse og skelneevne	11
3.3.1. Udregning af graduering	12
4. Strukturering af interview	13
5. Skriftlig konklusion	13
6. Medarbejderkompetencer	14
7. Litteratur	15

1. Indledning

1.1. Resumé

Vejledningen er en revision af 2006-udgaven og indeholder anbefalinger til, hvad der er god praksis i den audiologopædiske udredning af hørevanskeligheder hos voksne. Der lægges vægt på identifikation af konsekvenser for personens hverdag og liv. Anbefalingerne er forankret i nyere forsknings- og lærebogslitteratur samt i professionel konsensus.

Anbefalingerne bygger fortsat på en ICF-baseret forståelsesramme, men det forventes på nuværende tidspunkt, at ICF er implementeret på de centre og institutter, der varetager den audiologopædisk udredning (Hoedt et al., 2007).

Vejledningen er revideret af:

- *Susanne Nemholt Rosing*, ph.d. audiologopæd, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, med sparring fra
- *Anne-Mette Flinch*, afdelingsleder, Institut for Syn og Hørelse, Region Nordjylland.
- *Rasmus Larsen*, stud.mag. audiologopæd, Institut for Nordiske Studier og Sprog, Københavns Universitet

1.2. Lovgrundlag

Denne vejledning omfatter som udgangspunkt voksne som modtager specialundervisning for voksne jf. lov om specialundervisning for voksne, lovbekendtgørelse nr. 929 af 25. august 2011, med de ændringer, der følger af § 2 i lov nr. 378 af 28. april 2012 og § 14 i lov nr. 632 af 16. juni 2014. Den bekendtgjorte lovtekst vedrørende § 1 b, § 4, stk. 1, 2. punkt, § 5, stk. 4, og kapitel 5 b, træder i kraft den 1. januar 2016, jf. § 11, stk. 2, i lov nr. 632 af 16. juni 2014 om kommunernes overtagelse af de regionale lands- og landsdækkende undervisningstilbud.

Af vejledning om specialundervisning for voksne (VEJ nr. 9396 af 02/07/2009 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=125963>) fremgår det særligt om voksne med hørenedsættelse, at: *"Målgruppen omfatter hørehæmmede og døve, herunder døvblevne. Specialundervisningen kan blandt andet omfatte brug af høreapparater og høretekniske hjælpemidler samt undervisning i kommunikation, anvendelse af tegnsprog og mund-håndsystem samt anden nonverbal/verbal kommunikation. Hertil kommer undervisning af voksne med sygdomme i form af øresusen og lydforvrængning på grund af sygdomme i det indre øre samt hørenerven (tinnitus og Ménière) samt undervisning af voksne, der er cochlear implant opererede, og som skal lære at anvende verbalt sprog. Især for døvblevne kan der være behov for mere intensive kursusforløb, fordi der er tale om en ændret livssituation med en ny kommunikation. Specialundervisning af pårørende samt rådgivning og vejledning er ofte anvendte støtteformer.*

Henvielse til specialundervisning af voksne med et hørehandicap og døve baserer sig ofte på udtalelser om hørenedsættelsen fra enten læge eller hospital samt et

forslag til undervisning på baggrund heraf udarbejdet af personale med viden om kompenserende muligheder. Der kan også være tale om direkte henvendelse fra borgere, der har anskaffet sig et høreteknisk hjælpemiddel (høreapparat) i privat og offentlig regi.

Høreområdet er et område, hvor der forefindes undervisningsydelser i hospitalsregi. Det er derfor ofte relevant med et samarbejde mellem de regionale sundhedsydelser og tilbuddene inden for specialundervisningen for voksne”.

1.3. Kommunikationscentrenes rolle i hørerehabiliteringen

Lov om specialundervisning for voksne definerer den kommunale specialundervisnings-opgave i hørerehabiliteringen (kompenserende specialundervisning) og organiseres i et kommunikationscenter. Kommunikationscentrene er enten kommunalt eller regionalt forankret. Den enkelte kommune har enten eget kommunikationscenter, der kan være forankret i forskellige institutioner/forvaltninger i kommunen eller ydelserne tilkøbes fra andre kommuners/regionale kommunikationscentre. Der er p.t. ca. 30 kommunikationscentre.

Kommunikationscentrene leverer, ud over specialundervisning, ofte en række tilknyttede ydelser i relation til Serviceloven, arbejdsmarkedslovgivningen og uddannelsesområdet.

Kommunikationscentrene samarbejder tæt med øvrige aktører i hørerehabiliteringen i kommuner og regioner.

Til den specialiserede opgaveløsning i henhold til lov om specialundervisning for voksne rekrutterer kommunikationscentrene typisk medarbejdere med kandidatgrad i enten Audiologopædi, Pædagogisk Audiologi, Teknisk audiolog eller PD i audiologopædi/tale-høreopædagog. Øvrige faglige medarbejdere der tilknyttes til kommunikationscentrene kan eksempelvis være psykologer, bachelorer, socialrådgivere, audiologiassistenter, høreomsorgshjælper m.fl. afhængig af opgaveporteføljen.

I hørerehabiliteringen løser kommunikationscentrene typisk følgende hovedopgaver:

- a) Borgere med høreapparater – både privat og offentligt udleverede
 - Begynder-/kommunikationsundervisning (høretaktik)
 - Supplerende kommunikationsundervisning til borgere med hørenedsættelse i kombination med skelnetab, kognitive problemstillinger eller anden komorbiditet
 - Rådgivning vedr. funktion, betjening, vedligehold og fejlfinding på høreapparater
 - Udredning og afprøvning vedr. høretekniske hjælpemidler

- b) Borgere med cochlear implant
 - Udredning, rådgivning og opfølgende (efter operation) kompenserende specialundervisning med henblik på rehabilitering af den nedsatte auditive funktionsevne i form af lyd- og sprogopfattelse. Udredning af behov for hjælpemidler

- c) Borgere med tinnitus, hyperakusis, Ménière, ensidig døvhed, APD m.v.
 - Udredning, rådgivning og specialundervisning, herunder coping, kommunikations- og adfærdsstrategier, kognitive strategier. Udredning af behov for hjælpemidler

- d) Borgere med nedsat talesproglig kommunikationsevne på grund af døvhed/svært høretab.
 - Specialundervisning i visuelle/alternative kommunikationsformer
 - Udredning vedr. kommunikationshjælpemidler

Generelt i forhold til ovennævnte grupper:

- Generel rådgivning om aktører og henvendelsesmuligheder i hørerehabiliteringen
- Pårørendeundervisning
- Udredning og rådgivning i forhold til uddannelse og erhverv
- Udredning og afprøvning af høretekniske hjælpemidler i forhold til uddannelse og erhverv
- Rådgivning om indretning og akustik

Herudover foretages kurser og vidensarbejde i form af:

- Kurser for personale i hjemmeplejen, plejecentre m.v.
- Generel vidensformidling via hjemmeside, oplæg, foredrag

1.4. Formål med revision

Formålet med denne revision er at sikre at de evidensbaserede anbefalinger til fagfolk i udredningsprocedurer er opdateret i relation til publiceret litteratur efter 2005. Revisionen har haft fokus på anbefaling nr. tre: Rammer for udredning. Således er anbefaling nr. 1 og 2 opretholdt fra vejledningen fra 2006 i modificeret form. Endvidere er der som del af revisionsarbejdet blevet inkluderet et baggrundsafsnit med relevante referencer.

Vejledningen er opdateret i april 2017. Ved en fremtidig revision skønnes det relevant, at der iværksættes en undersøgelse af, hvorvidt modellen til graduering af høretab anvendes.

1.5. Målgruppe

Målgruppen for denne vejledning er enhver audiologopæd, der er involveret i udredning af voksne med hørevanskeligheder. Bruger-målgruppen for denne vejledning er afgrænset til at være voksne med hørevanskeligheder samt deres pårørende. Mennesker med hørevanskeligheder vil ofte blive vurderet af en bred vifte af leverandører af sundhedsydelser, hvilke kan inkludere egen læge, ørelæge, audiologer, audiologi-assistenten samt yderligere sundhedspersonale. Den audiologopædiske udredning foregår almindeligvis efter den sundhedsfaglige intervention er afsluttet.

1.6. Relevant faglig viden og evidens

Vejledningen fra 2006 var baseret på faglitteratur, konsensus artikler blandt førende fagfolk på det audiologiske område (evidensniveau IV) – nationalt samt internationalt, samt konsensus og praktisk erfaring i arbejdsgruppen i 2006.

I 2015 blev to versioner af "The ICF Core Set for Hearing Loss" (ICF-CS) publiceret: et omfattende og et kortfattet (Danermark et al., 2013). Et BA-projekt fra KUA (Larsen, 2015) har sammenlignet den omfattende version af The ICF-CS for Hearing Loss med anbefaling nr. 3 fra 2006, og dette arbejdet har dannet basis for revision af anbefaling nr. 3 kombineret med et opdateret litteraturstudie. I revisionen er der sammenlignet med den kortfattede version af ICF-CS og oversættelsen af denne version er inkluderet i bilag.

Der er søgt i følgende databaser: Pubmed, Embase og Scopus.

Følgende søgeord er blevet brugt: "hearing loss", "hearing impairment", "ICF", "adults", "assessment", "audiological rehabilitation", "quality of life", "QoL".

Et væsentligt kriterie har været, at artiklerne skulle være publiceret efter 2006 og omhandle voksne. Søgningen er foretaget i november 2016.

1.7. Terminologi og definitioner

Hørevanskeligheder: Knytter sig til målte og oplevede vanskeligheder med at udføre, klare, forstå m.m. på trods af anvendelse af høreapparater og/eller evt. andre høretekniske hjælpemidler eller kompenserende strategier. Det vil typisk relatere sig til vanskeligheder med lydopfattelse, lytteevne, forståelse og kommunikation.

Intervention: Vejledningen anvender termen "Intervention" som en samlet betegnelse for de ydelser, der foreslås/sættes i gang på baggrund af udredningen. Intervention dækker således både over specialpædagogiske tiltag som andre typer af indsatser og er nogle steder i teksten foretrukket netop for at tydeliggøre, at udredningen også kan munde ud i forslag om indsatser uden for det specialpædagogiske område.

2. Baggrund

2.1. Forekomst

Andelen af mennesker med høretab stiger med alder, og 63% af dem, der er over 70 år har en hørenedsættelse. Dette vil typisk være forårsaget af presbycusis eller vedvarende støjpåvirkning. Denne type af hørenedsættelse udvikles over tid, og ofte vil det være mennesker omkring den hørehæmmede, der opdager hørenedsættelsen først, (Hickson & Scarinci, 2007). Man skønner, at der i Danmark er ca. 800.000 med en hørenedsættelse, og ca. 200.000–300.000, der vil være bedst afhjulpnet med høreapparat (Nielsen et al., 2016).

2.2. Høretabets betydning

Hørevanskeligheder kan have en negativ effekt på både det psykosociale, det mentale og det fysiske velbefindende. Det kan bidrage til en følelse af ensomhed og social isolation. Ældre mennesker med nedsat hørelse har øget risiko for depression, angst, paranoia, nedsat social aktivitet, emotionelle forstyrrelser og usikkerhed (Nielsen et al., 2016).

2.2.1. Høretab og demens

Ældre med høretab er signifikant mere tilbøjelige til at udvikle demens over tid sammenlignet med ældre med normal hørelse (Uhlmann et al., 1989). Dog er det endnu usikkert, hvorvidt høretab er en markør for en tidlig fase af demens, eller er en risikofaktor for udvikling af demens (Lin et al., 2011). Et studie fandt ikke en direkte årsagssammenhæng, men foreslog, at et ubehandlet høretab kan føre til social isolation og depression, hvilket kan føre til kognitiv forringelse (Amieva et al., 2015).

2.2.2. Høretab og stress

Et forskningsprojekt har set på sammenhæng mellem stress, selv vurderet socioøkonomisk status og hørelse hos erhvervsaktive svenskere i aldersgruppen 16-64 år. De overordnede fund viste, at 31% havde hørevanskeligheder, hvoraf størstedelen var mænd og at forekomsten steg i takt med alderen (Hasson et al., 2011).

Undersøgelsen så bl.a. på faktorer som søvnkvalitet, arbejdsrelaterede trusler eller stressorer (fx frygt for at blive fyret eller forflyttet mod eget ønske), udbrændthed (psykisk drænet eller udmattet), længerevarende eller kronisk stress (både fysiologisk, psykisk og adfærdsmæssigt), selv vurderet helbred og præstationsbaseret selvværd (vurdering af egen arbejdsindsats).

Undersøgelsen fandt, at personer med hørevanskeligheder samlet set scorede signifikant højere på alle stressrelaterede områder. Forekomst af tinnitus havde en negativ effekt i forhold til søvnkvalitet. Den viste en korrelation mellem dårlig helbred, stressrelaterede symptomer og hørevanskeligheder, og iflg. Hanson et al., bør hørevanskeligheder være en del af udredning og behandling for personer med stress.

2.3. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevne-nedsættelse og helbredstilstand (ICF)

ICF (Schiøler et al., 2003) er en del af en familie af klassifikationssystemer, hvis funktion er at belyse forskellige aspekter af sundhed. Det overordnede mål med ICF er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og begrebsramme til beskrivelse af helbred og tilhørende tilstande. ICF deler menneskets velbefindende op i domæner, som hver repræsenterer et aspekt af det samlede helbred. Disse domæner er fordelt i to komponenter af funktionsevne: (1) kroppens funktioner og anatomi, og (2) aktiviteter og deltagelse. Ud over en beskrivelse af funktionsevne tilbyder ICF muligheden for at arbejde med en klassifikation af kontekstuelle faktorer, herunder omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

2.3.1. Tredjeparts funktionsevnenedsættelse

Pårørende kan opleve, at livet med en partner med hørevanskeligheder kan være forbundet med psykologisk stress og andre udfordringer (Stephens et al., 1995). Dette samspil mellem to menneskers funktionsevner er blevet beskrevet som 'third-party disability' (Hickson & Scarinci, 2007). Med ICF terminologi kan det forklares som en forbindelse mellem personen med høreproblemets funktionsevnenedsættelse og dennes pårørende gennem komponenten *omgivelsesfaktorer* (Hickson & Scarinci, 2007). I den danske udgave af ICF foreslås en undersøgelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i familier, herunder fx en undersøgelse af tredjeparts funktionsevnenedsættelse forårsaget af bestemte andre personers nedsatte funktionsevne (Schiøler et al., 2003).

2.3.2. ICF-Core Set (ICF-CS)

ICF indeholder en udtømmende beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse, med over 1400 kategorier. Det vil være for omfattende og kompliceret at foretage en gennemgang af alle kategorier i daglig praksis. Derfor tilbydes ICF Core Set, et sæt af essentielle ICF-kategorier, der er relevante i beskrivelsen af funktionsevnen hos en person med en specifik problematik. Som forberedelse til udarbejdelse af ICF-CS, blev fire forberedelsesstudier gennemført ud fra henholdsvis et forskningsperspektiv (Granberg et al., 2014a; Granberg et al., 2014b), et ekspertperspektiv (Granberg et al., 2014d) og et patient-perspektiv (Granberg et al., 2014c). Herefter blev en konsensuskonference afholdt med det formål at opnå enighed om, hvilke af de indsamlede kategorier fra forberedelsesstudierne der skulle indgå i den første version af ICF-CS for Hearing Loss.

3. anbefalinger

3.1. Grundlag for den audiologopædiske udredning

Det anbefales, at der til enhver udredning foreligger anamnese, diagnose, audiogram med målt skelneevne samt evt. data vedrørende høreapparatbehandling.

Argumentation

Oplysningerne er en basal forudsætning for udredningen samt for at afgøre, om borgeren tilhører målgruppen for udredning.

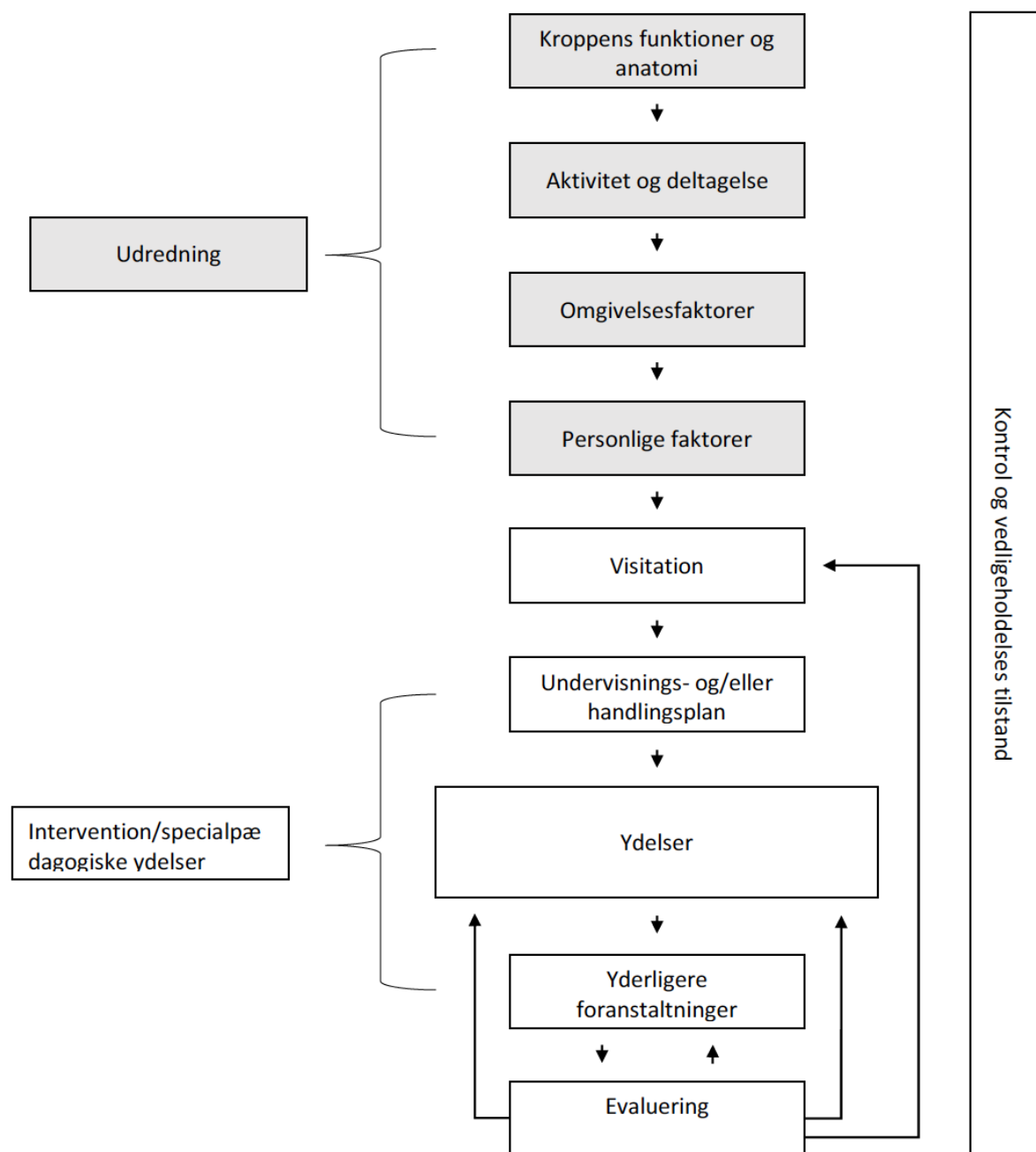
Konsensus i arbejdsgruppen, 2006.

3.2. Udredning

Det anbefales, at udredningen indeholder en afdækning af funktionsevne relateret til ICF-komponenterne krop, aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer i en sådan grad, at der kan tages fagligt stilling til behovet for intervention, herunder visitation til specialpædagogiske tiltag.

3.2.1. Udrednings- og interventionsmodel fra Kiessling

Følgende model (Kiessling et al., 2003), der viser udredningens placering i forhold til visitation, intervention og evaluering, er oprindeligt oversat og fortolket af gruppen.



Figur 1 Model oversat og bearbejdet ved revision af Larsen, Rasmus (2017).

I forbindelse med revisionen er oversættelsen af "Surveillance and Maintenance" ændret fra "løbende opfølgning", som blev brugt i GP 2006, til "kontrol og vedligeholdelses-tilstand" som anbefalet af Larsen (2015), samt nuancere "evaluering/afslutning" til "evaluering", da hele formålet med modellen er at have fokus på "The Ongoing Audiological Rehabilitation".

Argumentation

Den bearbejdede model illustrerer det samlede specialpædagogiske forløb i tråd med de generelle retningslinjer. Arbejdsgruppen (2006) anbefaler, at modellen anvendes ved udarbejdelsen af retningslinjer for visitation, intervention og evaluering (Gagné, 2000; Kiessling et al., 2003).

Kiessling et al. foreslår, at "*Surveillance and Maintenance may be as formal as an annual recall to an audiology service or as informal as self-referral or significant-other referral when problems are noticed*". Det betyder i praksis, at både audiologopæden, den hørehæmmede person og pårørende skal have fokus på ændrede behov over tid og at alle har et ansvar for, at der følges op på dette (Kiessling et al., 2003; Larsen, 2015).

3.2.2. ICF Core set (ICF-CS) I audiologopædisk praksis

Det anbefales at opbygge sin udredning ud fra de kategorier, der er udpeget i den kortfattede version af ICF-Core Set, således at udredningen bliver hjulpet på vej mod en standardiseret og struktureret beskrivelse af høreproblemet. Der kan evt. suppleres med de tilføjelser, som var med i God Praksis 2006 udgaven.

Endvidere anbefales det, at audiologopæden er bevidst om tredjeparts funktionsnedsættelse i sin udredning, da pårørende kan spille en vigtig rolle i audiologisk rehabilitering (Scarinci et al., 2009). Pårørende er ofte den primære motivation for at personen med hørevanskeligheder søger audiologisk konsultation. Inddragelse af pårørende kan også være en mulighed for at have en fælles diskussion af kommunikationsstrategier i hjemmet og andre sociale miljøer.

Argumentation

Det anbefales at man under udredningen afdækker borgerens funktionsevne relateret til ICF komponenterne krop, aktivitet og deltagelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Formålet med denne afdækning er at kunne tage faglig stilling til behovet for intervention, herunder visitation til specialpædagogiske tiltag (Kiessling et al., 2003; Hickson & Scarinci, 2007; Danermark et al., 2013; Granberg et al., 2014a; Granberg et al., 2014b; Granberg et al., 2014c; Granberg et al., 2014d).

3.3. Graduering af hørenedsættelse og skelneevne

Det anbefales, at hørenedsættelse og skelneevne ICF-gradueres på følgende måde:

Grad af funktionsnedsættelse (ud fra audiogram/skelneevnetest) uden evt. høreapparat:					
	Ingen (0 – 4%)	Let (5 – 24%)	Moderat (25 – 49%)	Svær (50 – 95%)	Meget svær (96 – 100%)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ménière				
<input type="checkbox"/>	Tinnitus				
<input type="checkbox"/>	Hyperacusis				

3.3.1 Udregning af graduering

Dobbeltsidigt symmetrisk hørenedsættelse

1. Først fastsættes gradienten for toneaudiometri (se nedenfor).
2. Dernæst kigges på skelneevne, og der rykkes hhv. en grad op eller ned, hvis gradienten for skelneevnen (se nedenfor) er enten en grad bedre eller en grad dårligere end toneaudiometrien.

Dobbeltsidige asymmetriske hørenedsættelser

1. Der tages udgangspunkt i bedste øres toneaudiometri og gradienten for denne.
2. Dernæst vurderes skelneevne på bedste øre, og der gøres som ovenfor beskrevet.
3. Så tages højde for dårligste øre, dvs. at der trækkes ned, hvis gradienten for toneaudiometri og skelnetab sammenholdt er en eller flere grader dårligere.

Enkeltsidig hørenedsættelse

Beregnes på samme måde som dobbeltsidige asymmetriske hørenedsættelser.

Gradienten for tonetab beregnes ud fra et gennemsnit af tonetabet ved 500, 1000, 2000 og 4000 Hz.

Tonetab	Skelnetab/DL	Skelneevne/DS
0-24 dB: intet	0-4 %: intet	96-100%: intet
25-39 dB: let	5-19 %: let	81-95%: let
40-54 dB: moderat	20-39 %: moderat	61-80%: moderat
55-89 dB: svært	40-59 %: svært	41-60%: svært
90- dB: meget svært	60 - %: meget svært	40%- : meget svært

Endelig anføres ved afkrydsning, hvorvidt der er supplerende funktionsnedsættelser i form af Ménière, tinnitus og eller hyperacusis. Da scoring og rapportering af skelnevne i Danmark nu har tilpasset sig international DS, og altså er gået bort fra skelnetabsrapportering, er der i revisionen foretaget en omregning fra DL til DS.

Argumentation

ICF-gradueringen af funktionsnedsættelsen anbefales som redskab til opnåelse af en fælles landsdækkende referenceramme samt som redskab for sammenlignende evalueringer af de specialpædagogiske ydelser/den samlede hørerehabilitering og dermed som redskab i kvalitetssikringen af ydelser (Lidén, 1975; Stach, 1998) samt konsensus i arbejdsgruppen, 2006.

I forbindelse med revisionen er graduering af enkelsidigt høretab ændret til at følge udregning for dobbeltsidigt asymmetrisk høretab, da praksiserfaring viser, at enkelsidigt høretab kan give en funktionsnedsættelse større end "let", også selvom der er normalt hørelse på et øre.

Det anbefales, at der ved næste revision foretages en undersøgelse af, hvorvidt denne graduering benyttes af gruppen af audiologopæder, der foretager udredninger, og om der er konsensus for fortsat brug af den i sin nuværende form.

4. Strukturering af interview

Det anbefales, at samtale/interview bygges op som en åben dialog, der skaber en tryk ramme for både den hørehæmmede og konsulent, samt styrker konsulenternes evne til at udrede og kommunikere problemer i et anerkendende og ligeværdigt miljø.

Til dette formål kan værktøjer fra "Ida Institute" være en brugbar løsning. Ida Institute har udviklet en række kliniske værktøjer, som kan bruges til udredning og vejledning (<http://idainstitute.com/toolbox/>). Der er fx redskaber til at "leve godt med høretab", "inddragelse af familie og venner", en forståelsesmodel for ændringsprocesser, samt et redskab til vurdering af patientens motivation. Motivationsværktøjet har særligt vist sig brugbart i forhold til at mobilisere engagement hos førstegangsbrugere (Ferguson et al., 2016).

5. Skriftlig konklusion

Gruppen anbefaler, at udredningen afsluttes med en skriftlig konklusion, der udarbejdes i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov samt den professionelle vurdering.

Konklusionen fra udredningen bør være oplyst for borgeren og udredningen til rådighed for borgeren ved evt. kontakt med andre fagpersoner.

Argumentation og referencer

Borgeren er den centrale og gennemgående person og videnshaver i eget forløb. Konklusionen fra udredningen bør være oplyst og til rådighed for borgeren ved evt. kontakt med andre fagpersoner (RehabiliteringsCentret & Rehabiliteringsforum, 2004).

6. Medarbejderkompetencer

Formålet med den generelle udredning er at vurdere høretabets betydning for det enkelte individ, således at han/hun kan få hjælp til at kompensere for sine høremæssige vanskeligheder, på den bedst mulige måde. Der arbejdes i praksis ud fra et holistisk menneskesyn, der sætter særlig fokus på den enkelte hørehæmmedes livssituation og på de kommunikative samt psykosociale konsekvenser, som et høretab medfører.

Udredningen bør udføres af medarbejdere, der er veluddannede og erfarne i de nødvendige procedurer, og som er fuldt ud parat til at håndtere eventuelle problemer, der kan opstå undervejs i processen. Denne ekspertise opnås gennem formel audiologopædisk uddannelse, praksisbaseret træning, erfaring og mulighed for kompetenceudvikling/videreuddannelse.

Den audiologopædiske praksis bygger på teoretiske såvel som praktiske kompetencer. Den teoretiske viden blev tidligere erhvervet ved uddannelse på Danmarks Lærerhøjskole, men den er i dag som hovedregel opnået ved en 5 års universitetsuddannelse i audiologopædi. Fundamentet i den audiologopædiske viden bygger på viden inden for teknik, medicin, psykologi og pædagogik. De praktiske kompetencer opnås ved grundig og systematisk oplæring på arbejdspladsen. De praktiske kompetencer er bundet til høreområdets særlige procedurer og arbejdsgange. Den audiologopædiske rådgivning, vejledning samt rehabilitering tager dermed udgangspunkt i en bred vifte af kompetencer, der specifikt målrettes til den enkelte hørehæmmede borger. Det overordnede mål er at hjælpe den hørehæmmede til at kompensere for sine høremæssige vanskeligheder på den bedst mulige måde.

Grunduddannelse kan være en kandidatgrad i audiologopædi fra Københavns Universitet eller en kandidatgrad i audiologi eller audiologopædi fra Syddansk Universitet (studiebeskrivelse fra 2016), eller tilsvarende færdigheder fx lærer- eller pædagoguddannelse suppleret med pædagogisk diplomuddannelse med fordybelsesspeciale inden for høreområdet. Specialiserede kompetencer er nødvendige for udredning af specifikke målgrupper så som mennesker med CI eller med tinnitus/hyperacusis og fremgår af de respektive vejledninger.

7. Litteratur

- Amieva H., Ouvrard C., Giulioli C., Meillon C., Rullier L., et al. 2015. Self-Reported Hearing Loss, Hearing Aids, and Cognitive Decline in Elderly Adults: A 25-Year Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63, 2099-2104.
- Danermark B., Granberg S., Kramer S.E., Selb M., Möller C., et al. 2013. The Creation of a Comprehensive and a Brief Core Set for Hearing Loss Using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *American journal of audiology*, 22, 323.
- Ferguson M., Maidment D., Russell N., Gregory M. & Nicholson R. 2016. Motivational engagement in first-time hearing aid users: A feasibility study. *International journal of audiology*, 55, S23-S33.
- Gagné J.-P. 2000. What Is Treatment Evaluation Research? What Is its Relationship to the Goals of Audiological Rehabilitation? Who Are the Stakeholders of this Type of Research? *Ear and hearing*, 21, 60S-73S.
- Granberg S., Dahlström J., Möller C., Kähäri K., Danermark B., et al. 2014a. The ICF Core Sets for hearing loss - researcher perspective. Part I: Systematic review of outcome measures identified in audiological research. *International journal of audiology*, 53, 65-76.
- Granberg S., Möller K., Skagerstrand Å., Möller C., Danermark B., et al. 2014b. The ICF Core Sets for hearing loss: researcher perspective, Part II: Linking outcome measures to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *International journal of audiology*, 53, 77-87.
- Granberg S., Pronk M., Swanepoel D.W., Kramer S.E., Hagsten H., et al. 2014c. The ICF core sets for hearing loss project: Functioning and disability from the patient perspective. *International journal of audiology*, 53, 777-786.
- Granberg S., Swanepoel D.W., Englund U., Möller C. & Danermark B. 2014d. The ICF core sets for hearing loss project: International expert survey on functioning and disability of adults with hearing loss using the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *International journal of audiology*, 53, 497-506.
- Hasson D., Theorell T., Wallen M.B., Leineweber C. & Canlon B. 2011. Stress and prevalence of hearing problems in the Swedish working population. *BMC public health*, 11, 130.
- Hickson L. & Scarinci N. 2007. Older Adults with Acquired Hearing Impairment: Applying the ICF in Rehabilitation. *Semin Speech Lang*, 17; 28;, 283-290.
- Hoedt J., Søltoft L., Nemholt S.S. & Jørgensen H.S. 2007. Vejledninger i udredning af høreproblemer hos voksne. *Vejledninger i udredning, vol. 1: Danske Tale-Høre-Synsinstitutioner*.
- Kiessling J., Pichora-Fuller M.K., Gatehouse S., Stephens D., Arlinger S., et al. 2003. Candidature for and delivery of audiological services: special needs of older people. *International journal of audiology*, 42, 92-101.

- Larsen R. 2015. Revidering af "Vejledning i udredning af høreproblemer hos voksne" *Institut for Nordiske Studier og Sprog: Københavns Universitet*
- Lidén G. 1975. *Audiologi*. Stockholm: AWE/Gebbers.
- Lin F.R., Metter E.J., O'Brien R.J., Resnick S.M., Zonderman A.B., et al. 2011. Hearing Loss and Incident Dementia. *Archives of neurology*, 68, 214-220.
- Nielsen P. (red.), Schnack-Petersen R., Tobberup M., Andersen T.D., Ravn G., Hammershøi D., et al. 2016. Hørerehabilitering i Danmark. Status 2014/2015: Nordisk Audiologisk Selskab.
- RehabiliteringsCentret & Rehabiliteringsforum D. 2004. *Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Århus: Marselisborgcentret.
- Scarinci N., Worrall L. & Hickson L. 2009. The ICF and third-party disability: Its application to spouses of older people with hearing impairment. *Disability & Rehabilitation*, 31, 2088-2100.
- Schiøler G., Dahl T., Sundhedsstyrelsen & World Health O. 2003. *International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Sundhedsstyrelsen. Munksgaard Danmark.
- Stach B.A. 1998. *Clinical Audiology: An Introduction*.
- Stephens D., France L. & Lormore K. 1995. Effects of Hearing Impairment on the Patient's Family and Friends. *Acta oto-laryngologica*, 115, 165-167.
- Uhlmann R.F., Larson E.B., Rees T.S., Koepsell T.D. & Duckert L.G. 1989. Relationship of Hearing Impairment to Dementia and Cognitive Dysfunction in Older Adults. *Jama*, 261, 1916-1919.