

# De prevalentie van gecombineerde visus- en gehoorbeperking: het belang van comorbiditeitsonderzoek

J.P.J. Slaets

Zie ook het artikel op bl. 1459.

Zien en horen zijn belangrijke functies voor het welbevinden. Welbevinden heeft alles te maken met het kunnen realiseren van doelen. In de sociale productiefunctietheorie wordt onderscheid gemaakt tussen fysieke en sociale bronnen van welbevinden.<sup>1</sup> De aan de leeftijd gerelateerde chronische aandoeningen kunnen een bedreiging vormen voor het realiseren van fysieke en sociale doelen die leiden tot welbevinden.<sup>2</sup> Het hebben van meer dan één aandoening vormt een duidelijke extra bedreiging voor iemands kwaliteit van leven.<sup>3</sup>

## COMORBIDITEIT EN WELBEVINDEN

Als in de zorg voor ouderen het welbevinden een primaire uitkomstmaat is, dan is het belangrijk om te kijken hoe bronnen van welbevinden bedreigd worden door ouderdomsziekten en hoe behandelingen voor deze ziekten een positief effect op het welbevinden kunnen hebben. Relaties zijn hierbij makkelijk te leggen. Bij stimulatie als bron van welbevinden kan men denken aan activiteiten als muziek luisteren, lezen, tv kijken, film kijken of het theater bezoeken. Afhankelijkheid door visus- of gehoorstoornissen kan negatieve stress opleveren. Maar ook de sociale bronnen van welbevinden, zoals status, bevestiging van gedrag en affectie, kunnen bedreigd worden door functieverlies op het gebied van horen of zien. Visus- en gehoorbeperkingen kunnen een belemmering vormen voor sociale participatie, zoals het deelnemen aan gesprekken, het gebruikmaken van het openbaar vervoer, het verrichten van betaald werk of vrijwilligerswerk en het uitvoeren van zorgtaken.

Combinaties van aandoeningen kunnen specifieke gevolgen hebben wat betreft de aard van het functieverlies. De invloed op de kwaliteit van leven zal voor ieder individu anders zijn, omdat deze afhangt van de mogelijkheden tot succesvolle adaptatie.<sup>4</sup> Gewrichtsaandoeningen met visusstoornissen leiden tot een ander patroon van functieverlies dan gewrichtsaandoeningen in combinatie met hartfalen.<sup>5</sup> Omdat ieder individu een persoonlijke productiefunctie van welbevinden heeft, zullen de effecten van visus- en gehoorverlies op de kwaliteit van leven ook verschillend zijn. Wat ik duidelijk wil maken, is dat visus en gehoor een belangrijke

rol spelen in vele bronnen van welbevinden en dat ze juist daarom de nodige aandacht verdienen in de ouderengeneeskunde.

## VISUS- EN GEHOORBEPERKING

Gehoorbeperving is een voor iedereen herkenbaar effect van veroudering. Het verouderingsproces begint ook wat het gehoor betreft niet op hoge leeftijd. De effecten van veroudering zijn meetbaar vanaf de leeftijd van 30 jaar, met een sterke toename boven de 50 jaar. De degeneratie van de stria vascularis, de gehoorzenuw en de ganglioncellen zijn hier in hoge mate debet aan. Het is onterecht om dit 'normale veroudering' te noemen alleen omdat de oorzaak van deze processen niet goed bekend is. Men kan een vergelijking maken met dementie op hoge leeftijd. Onderzoek en behandelingen zijn pas goed op gang gekomen nadat dementie expliciet tot de ziekten werd gerekend. Gehoorbeperking leidt tot andere aandoeningen en beperkingen, zoals stemmingsstoornissen, cognitieve achteruitgang en een toegenomen afhankelijkheid in het dagelijks leven.<sup>6</sup>

Wat betreft de visus is het herkenbaarste verouderingsproces de afname van het vermogen tot accommoderen, beginnend vanaf de leeftijd van 45 jaar. De belangrijkste oorzaken voor het verlies van gezichtsvermogen zijn in hoofdzaak gerelateerd aan de volgende ziekten: maculadegeneratie, diabetische retinopathie, cataract en glaucoom. Voor zowel gehoor- als visusverlies geldt dat de ziektelast overwegend ligt bij de ouderen in de bevolking. In elke populatie is de kans op blindheid 100 maal groter bij mensen boven de 65 jaar dan bij kinderen.<sup>7</sup>

In Nederland staan zowel gezichts- als gehoorstoornissen in de top tien van aandoeningen met de hoogste ziektelast onder mensen van 65 jaar en ouder. In het jaar 2000 staan de gezichtsstoornissen met 61.500 ziektejaar-equivalenten (dat is de prevalentie vermenigvuldigd met een wegingsfactor voor de ernst van de ziekte) op de 4e plaats, na coronaire hartziekte, artrose en beroerte. De gehoorstoornissen staan met 38.400 ziektejaar-equivalenten op de 9e plaats.<sup>8</sup>

In een artikel elders in dit tijdschriftnummer beschrijven Vaal et al. hun onderzoek naar het vóórkomen van gecombineerde visus- en gehoorbeperkingen bij ouderen op grond van 8 Nederlandse studies.<sup>9</sup> Omdat de uitkomsten van de analyses van de verschillende databestanden vrij goed over-

Universitair Medisch Centrum Groningen, Centrum voor Ouderengeneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.  
Hr. prof. dr. J.P.J. Slaets, klinisch geriater (j.p.j.slaets@int.umcg.nl).

eenkomen, geeft de studie een goed beeld van de prevalenties in verschillende deelpopulaties. In de eerste plaats vinden Vaal et al. een duidelijk leeftijdseffect. Opvallend is echter de sterke toename van visus- en gehoorbeperkingen bij mensen boven de 85 jaar. In de algemene bevolking zit er een factor 10 verschil tussen de prevalentie in de leeftijdscategorie van 65-80 jaar (0,5%) en die in de leeftijdscategorie  $\geq 85$  jaar (6%). De gecombineerde aandoening is in de algemene bevolking vooral een probleem dat voorkomt bij mensen op hoge leeftijd.

In de tweede plaats worden in alle leeftijdsgroepen aanzienlijk hogere prevalenties gevonden bij mensen in het verpleeghuis (7-25%) en bij verstandelijk gehandicapten (6-13%). De ouderen met een gecombineerde visus- en gehoorbeperking hebben bovendien nog een grote kans op het krijgen van andere chronische aandoeningen.

Hulpmiddelen voor mensen met visus- of gehoorbeperkingen blijken effectief voor het terugdringen van deze en andere beperkingen. De toename van het gemiddelde aantal jaren zonder beperkingen is hier in belangrijke mate aan toe te schrijven.<sup>10</sup> Afgezien van de nieuwe behandelmethoden met anti-vasculair-endotheliale groeifactor (anti-VEGF) voor de leeftijdsgerelateerde maculadegeneratie, hebben ook de klassieke behandelingen voor deze aandoening een effect op de kwaliteit van leven.<sup>11</sup>

#### IMPLICATIES VOOR DE ZORG

De vraag is of wij de bestaande preventieve en curatieve behandelingen voor visus- en gehoorbeperkingen voldoende implementeren. Het belang van oogcontroles bij de behandeling van diabetes mellitus is tot alle echelons van de zorg doorgedrongen, maar er rust zeker een groter taboe op het gebruik van een gehoorapparaat dan op het gebruik van een bril. Het gehoortoestel heeft een slecht imago, al blijkt uit het onderzoek 'Gehoor in Nederland' dat dit nu niet meer zo is ([www.hoorstichting.nl/folders/40.pdf](http://www.hoorstichting.nl/folders/40.pdf)).<sup>12</sup> Het laat beginnen met gehoorrevalidatie bij presbycusis heeft een negatieve invloed op een doelmatig gebruik van een gehoorapparaat, en in de nieuwe standaard 'Slechthorendheid' van het Nederlands Huisartsen Genootschap beveelt men bij deze aandoening actieve diagnostiek en behandeling aan.<sup>13</sup> Er valt dus nog wat te verdienen in de gezondheidszorg, maar dan zullen interventies eerder moeten plaatsvinden en niet pas in de groepen waar nu de hoogste prevalenties worden gevonden, zoals ouderen in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Wat hiervan de implicaties voor de zorg moeten zijn, blijft in het artikel van Vaal et al. onbesproken.

Wij krijgen in onze samenleving meer mensen met chronische aandoeningen en dus ook meer mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd. Meer dan 60% van de mensen ouder dan 65 jaar heeft 2 of meer chronische ziekten. Voor de volksgezondheid is de combinatie van visus- en

gehoorstoornissen niet het grootste probleem. In een gerandomiseerde studie in San Diego bij mensen met een aan leeftijd gerelateerde maculadegeneratie had 7,3% een depressie in engere zin en 19,9% een 'minor' depressie. Daarnaast had 32% hypertensie en 14% een ischemische hartziekte.<sup>14</sup> Het zijn deze vormen van comorbiditeit waarop de geneeskunde een antwoord zal moeten vinden. Gezien het directe belang voor de volksgezondheid is het verontrustend hoe weinig hierover bekend is, en dat roept vele vragen op ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek en de organisatie van de zorg. De klassieke ziektemanagementprogramma's zullen voor patiënten met gecombineerde chronische aandoeningen op de schop moeten. Dat verdient beleidsmatige prioritering, vooral voor die combinaties van chronische aandoeningen die het vaakst voorkomen en die de grootste impact op het welbevinden hebben. Een adviesrapport over dit onderwerp is in behandeling bij de Gezondheidsraad.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 19 april 2007

#### Literatuur

- 1 Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Verbrugge LM. Subjective well-being and social production functions. *Soc Ind Res.* 1999;46:61-90.
- 2 Steverink N, Lindenberg S, Ormel J. Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing Soc.* 1998; 18:441-67.
- 3 Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:51.
- 4 Moore LW. Severe visual impairment in older women. *West J Nurs Res.* 2000;22:571-88.
- 5 Fried LP, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of comorbidity with disability in older women: the Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol.* 1999;52:27-37.
- 6 Cacciatore F, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology.* 1999;45:323-8.
- 7 Foster A. Patterns of blindness. In: Tasman W, Jaeger EA, editors. *Duane's Clinical ophthalmology.* Ch 53. Vol 5. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1984.

- 8 Berg Jeths A van den, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Bilthoven: RIVM; 2004.
- 9 Vaal J, Gussekloo J, Klerk MMY de, Frijters DHM, Evenhuis HM, Beek APA van, et al. Gecombineerde visus- en gehoorbeperking: naar schatting bij 30.000-35.000 55-plussers in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:1459-63.
- 10 Freedman VA, Agree EM, Martin LG, Cornman JC. Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992-2001. Gerontologist. 2006;46:124-7.
- 11 Slakter JS, Stur M. Quality of life in patients with age-related macular degeneration: impact of the condition and benefits of treatment. Surv Ophthalmol. 2005;50:263-73.
- 12 Leegwater E, Lammerts van Bueren W. Gehoor in Nederland. TNS-NIPO-rapport. Amsterdam: TNS-NIPO; 2005.
- 13 Eekhof JAH, Balen FAM van, Fokke HE, Mul M, Ek JW, Boomsma LJ. NHG-standaard 'Slechthorendheid'. Eerste herziening. Huisarts Wet. 2006;49:28-37.
- 14 Brody BL, Gamst AC, Williams RA, Smith AR, Lau PW, Dolnak D, et al. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2001;108:1893-901.

---

#### Abstract

The prevalence of combined vision impairment and hearing loss: the importance of comorbidity studies. – Eight recent Dutch studies were analysed to determine the prevalence of dual sensory impairment: impaired vision and hearing loss. The study showed a strong increase in the prevalence of dual sensory impairment above the age of 85. In the general population, there was a 10-fold increase in prevalence between 65-80 years of age (0.5%) and 85 years and older (6%). For all age categories, the prevalence was even higher in nursing homes (7-25%) and among mentally retarded persons (6-13%). Visual impairment and hearing loss have negative effects on well-being because of the impact on resources and because of an increase in dependency and stress. Other forms of comorbidity with vision impairment or hearing loss, such as combinations with cardiovascular or psychiatric diseases, are even more important for healthcare than dual sensory impairment. The influence of comorbidity on functioning and well-being is still poorly investigated and there is a lack of empirical evidence concerning the effect of treatment in comorbid conditions.

Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:1451-3