

Regional medicinsk riktlinje

Grav hörselnedsättning - tillämpning av personcentrerat sammanhållet vårdförlopp, barn och ungdom

Syfte

RMR Grav hörselnedsättning är en regional anpassning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSV) grav hörselnedsättning. Det är framtaget av en nationell arbetsgrupp i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner inom Nationellt system för kunskapsstyrning.

[Sammanhållet och personcentrerat vårdförlopp Grav hörselnedsättning](#)

Huvudbudskap

Det övergripande målet med vårdförloppet är att personer med grav hörselnedsättning (hns) ska få optimala förutsättningar till kommunikation, interaktion och delaktighet. De ska få tillgång till en effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer.

Bakgrund

Den regionala medicinska riktlinjen förtydligar vilka åtgärder som ska vidtas i regionen för att barn och ungdomar med grav hörselnedsättning ska få den utredning, behandling och uppföljning som vårdförloppet anger. Riktlinjen startar när diagnos på grav hörselnedsättning, enligt vårdförloppets definition, är säkerställd.

I vårdförloppets flödesschema beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet för barn och ungdom. En åtgärd kan utföras vid ett eller flera besök, men flera åtgärder kan också utföras vid samma besök. Åtgärderna är indelade i block benämnda A-P. Se bilaga 1.

Det finns sedan tidigare ett RMR Medfödd hörselnedsättning, tidig diagnostik och habilitering (0–1 år, alla svårighetsgrader) som ska följas parallellt.

[RMR Medfödd hörselnedsättning - tidig diagnostik och habilitering](#)

Vårdnivå och samverkan

Öron-, näs- och hals-verksamheterna (ÖNH) (Specialistsjukvård - länsnivå)

Denna vårdnivå finns på de tre länsjukhusen och regionsjukhuset.

Patienterna kommer i huvudsak på remiss från Primärvården, Hörselverksamheten eller annan ÖNH-enhet.

Hörselverksamheten (Specialistsjukvård - länsnivå)

Denna vårdnivå finns fördelad på fyra Hörselteam samt ett regionalt Dövblindteam.

Patienterna kommer i huvudsak på remiss från ÖNH-enheterna.

Öron-, näs- och halsverksamheten (ÖNH), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) (Högspecialiserad vård - regionnivå)

Denna vårdnivå finns på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Patienter remitteras från ÖNH-enheter (länsnivå) till denna vårdnivå för fördjupad medicinsk utredning, eventuell hörselförbättrande kirurgi samt samverkan med andra aktörer. Tekniska åtgärder kopplade till hörselimplantatkirurgi, vissa specialiserade utredningar, operationer och viss kompletterande rehabilitering/habilitering sker för patienter på SU.

Samverkan sker mellan ÖNH enheterna (länsnivå, regionnivå) och enheterna i Hörselverksamheten i hela VGR.

Remissrutiner

När barnet/ungdomen vid hörselmätning på Hörselverksamheten får ett resultat som motsvarar grav hörselnedsättning (TMV4 \geq 65 dB HL på bästa örat) skrivs remiss till ÖNH (länsnivå, fyra enheter i VGR) för introduktionssamtal (A).

När barnet/ungdomen vid hörselmätning på ÖNH får ett resultat som motsvarar grav hörselnedsättning (TMV4 \geq 65 dB HL på bästa örat) skrivs remiss till Hörselverksamheten efter genomfört introduktionssamtal (A) för förnyad (tidigare känd hns) eller första (nydiagnostiserad hns) behovsinventering och vårdplan (B och C).

[RMR Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

Åtgärdskodning och diagnoskodning vid grav hörselnedsättning

Det har införts en regional KVÅ-kod för grav hörselnedsättning UX351 (Värdet är TMV4 \geq 65 dB HL på bästa örat). Koden kommer användas för att kunna ta ut patientunderlag och statistik och ska användas i Hörselverksamhet och i Öron -näs- och halsverksamheter.

Sätts vid uppstart av vårdförloppet ÖNH (A) och uppstart av vårdförloppet Hörselverksamheten (B) (Indikator 1).

KVÅ-kod QV004 Information/undervisning om undersökningar och behandlingar sätts när patienten fått information om CI (Indikator 2).

KVÅ-kod AW025 Uppföljning av habiliteringsplan sätts när patient med grav hörselnedsättning har följts upp och erhållit ny eller reviderad vårdplan, på initiativ av vårdgivaren (Indikator 3).

Diagnoskodning för grav hörselnedsättning inom ÖNH:

Huvuddiagnos (någon av följande tre huvuddiagnoser):

H903 bilateral sensorineural hörselnedsättning (inklusive ANSD)

H906 bilat kombinerad hörselnedsättning

H900 bilat ledningshinder (i undantagsfall)

Tilläggskod: **U97.3** (allvarlighetsgrad, svår/allvarlig)

Indikatorer och målvärden

Vårdförloppet följs upp med tre regionala indikatorer för Västra Götalandsregionen. Dessa indikatorer ingår även i det nationella vårdförloppet PSV Grav hörselnedsättning.

Indikator 1

Andelen patienter under 18 år med grav hörselnedsättning som under de senaste två åren har haft vårdkontakt med multiprofessionellt team.

KVÅ-kod: UX351 Patient med grav hörselnedsättning.

Målvärde: 100 %

Indikator 2

Andelen patienter med grav hörselnedsättning som har fått information om CI de senaste fem åren.

KVÅ-kod: QV004 Information/undervisning om undersökningar och behandlingar.

Målvärde: 100 %.

Indikator 3

Andelen patienter (<6 år och 6–17 år) med grav hörselnedsättning som följts upp och erhållit ny eller reviderad vårdplan det senaste året eller de senaste två åren.

KVÅ-kod: AW025 Uppföljning av habiliteringsplan.

Målvärde: 100%.

Patientmedverkan och kommunikation

Vårdförloppet utgår från ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården tas tillvara, att beslut om vård tas gemensamt, att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

Alla patienter ska ha en aktiv vårdplan som innehåller tidsbestämda, mätbara och realistiska mål.

För personer med grav hörselnedsättning finns det behov av att få stöd från flera professioner med olika specialistkompetens inom hörsel.

Det ska finnas tydlig information om vilka kontaktvägar som finns om patienten eller vårdnadshavare har frågor, upplever hörselförsämring eller förändrade behov. Det är viktigt att i dialog säkerställa att patienten och dennes närstående har fått och också tagit till sig, adekvat och tillförlitlig information, har kunskap om sin hörselnedsättning och överblick över planen för den fortsatta vården.

Patienten och/eller vårdnadshavaren ska också veta vad hen ska och kan göra själv i sin egenvård. Tillsammans med patienten utgör det multiprofessionella teamet grunden för vården. Det kan även finnas behov av att samverka med andra enheter.

För vårdgivare

Innan ingång i vårdförloppet

Vid upptäckt av grav hörselnedsättning (TMV4 = ≥ 65 HL dB på bästa örat) skickas remiss till närmaste länsjukhus/regionsjukhus ÖNH-mottagning.

Uppstart av vårdförloppet ÖNH (A)

Introduktionssamtal på ÖNH (A). Se bilaga 2.

Patienten ska kallas inom 14 dagar, så att tidsaspekten för att upprätta vårdplan inom 30 dagar hålls. Åtgärdskod UX351 sätts.

Uppstart av vårdförloppet Hörselverksamheten (B)

Remiss inkommer från ÖNH och diskuteras i det multiprofessionella teamet. Det säkerställs att patient är registrerad i Registret för hörselnedsättning hos barn (RHB).

Beslut tas om vilka professioner som kallar till behovsinventering (B).

Patient bokas in för ett behovsinventeringsbesök (B) med två eller flera professioner, där åtgärdskod UX351 sätts.

Under behovsinventering och upprättande av vårdplan (B-C)

Behovsinventeringen kan ske med eller utan patient – beroende på ålder och situation och täcker in samtliga åtgärdsområden (E-I) inom vårdförloppet.

I de fall patienten har kontakt med regionala och lokala team sker behovsinventeringen i samverkan.

Vårdplan uppdateras/upprättas inom 30 dagar.

Åtgärder efter beslut (D) påbörjas enligt personcentrerat sammanhållet vårdförlopp (E-J). Se bilaga 1.

Utifrån behovsinventeringen och professioners bedömning beslutas vilka insatser som är aktuella för patienten/närstående, samt vilken/vilka profession/-er som ska följa upp patient enligt vårdplan.

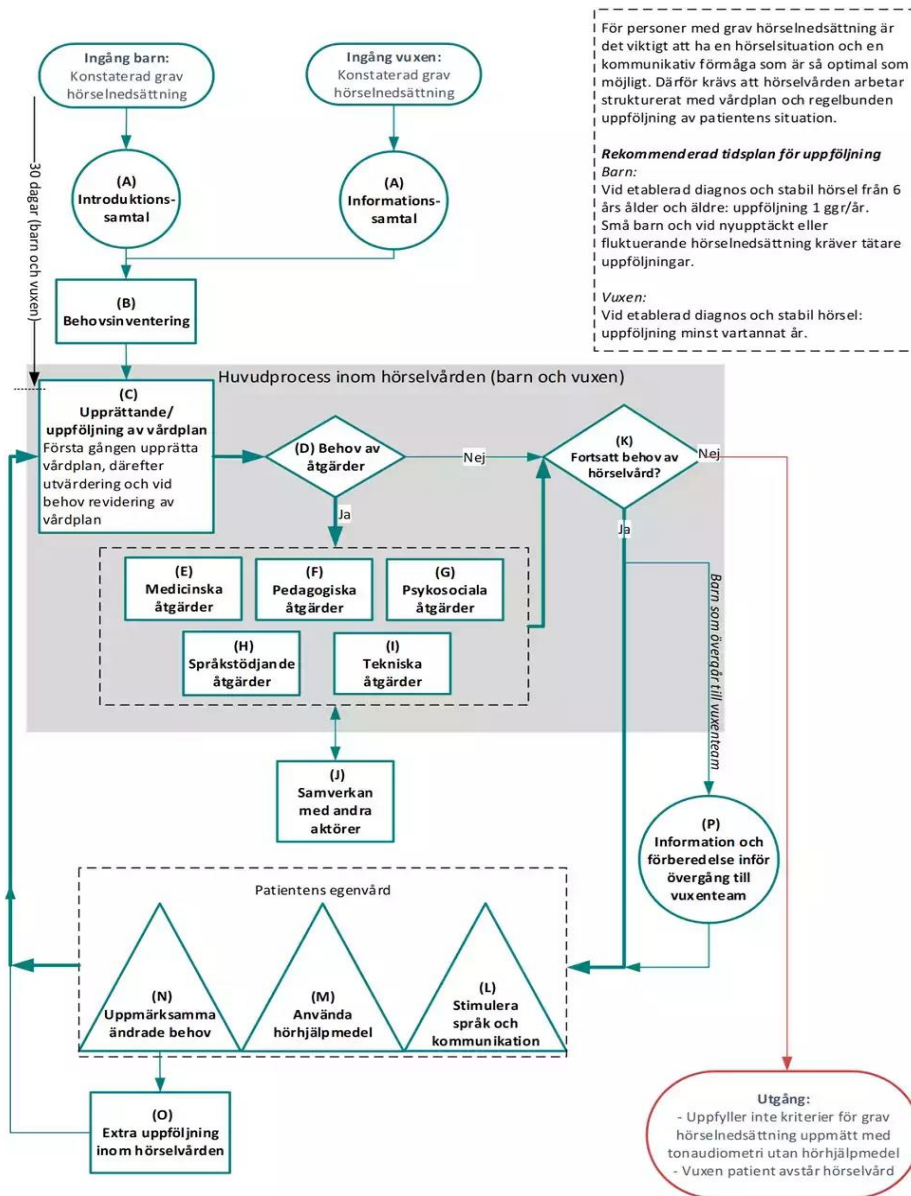
Resultat, åtgärder och utfall av behovsinventeringarna tas löpande upp i det multiprofessionella teamet utefter behov. Samverkan med andra enheter sker vid behov.

När det finns indikationer för CI följs processen (bilaga 3), som för de flesta barn och ungdomar bör ske skyndsamt. Processen involverar Hörselverksamhet och Öron - näs- och halsverksamheterna och inbegriper åtgärderna E-J i vårdförloppet.

Patients vårdplan revideras enligt vårdförloppets kriterier (se Indikator 3.).

Patient eller vårdnadshavare ska enligt vårdförloppet ta kontakt med Hörselverksamheten, CI-team och/eller ÖNH vid förnyade behov **(K-O)**.

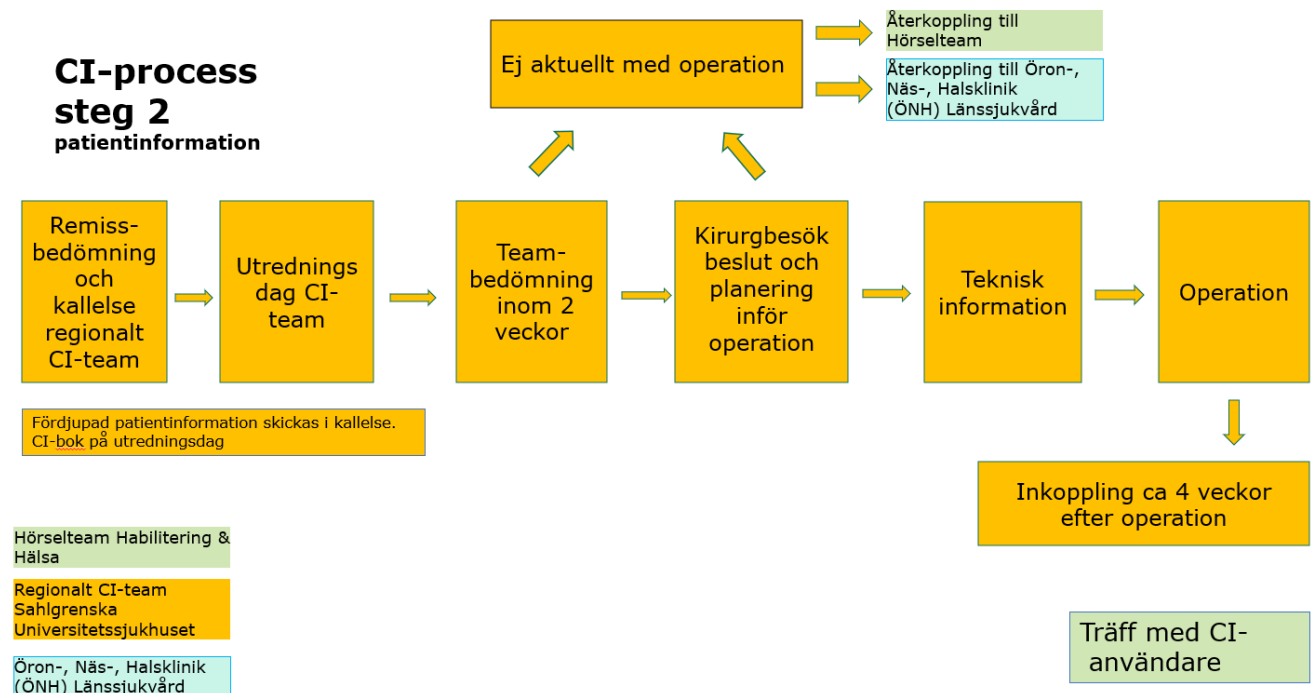
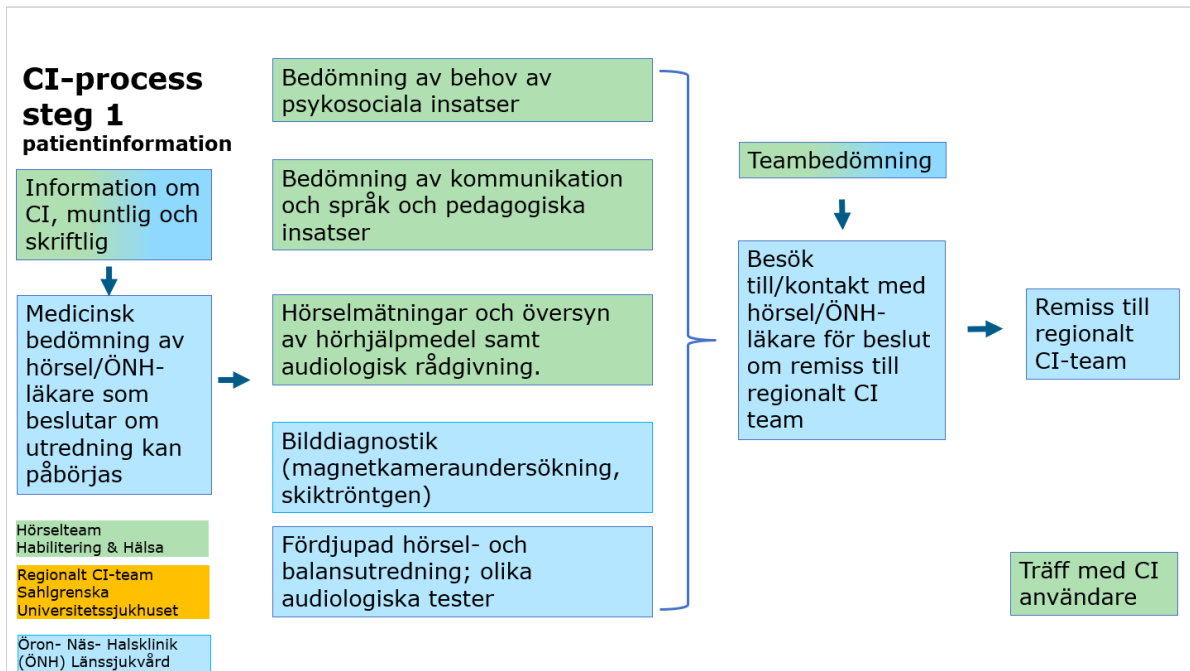
Bilaga 1. Flödesschema för vårdförloppet



Bilaga 2. Introduktionssamtal

- Anamnestisk och klinisk kartläggning av barnets situation tillsammans med barnet och vårdnadshavare: anamnes om barnets utveckling, barnets hälsotillstånd, anamnes om familjesituation, dialog om förväntningar. Tolkning av mätresultat, observation och undersökning av barnet.
- Bedömning av diagnosen, fortsatt medicinsk utredning, medicinsk uppföljning och start av habilitering/rehabilitering och rekommendation om hörhjälpmedel.
- lämna information om barnets hörsel och hörselnedsättning samt konsekvenser vid uteblivna insatser.
- Informera om remiss till Hörselteam Barn och Ungdom för behovsinventering och nödvändiga rehabiliterings- eller habiliteringsinsatser utifrån vårdförloppet. Om barnet har en kombinerad syn- och hörselnedsättning eller en dövblinddiagnos lämnas information om dövblindteamet och insatser.
- Planera för snar uppföljning där utvärdering för eventuell cochleaimplantation ingår.

Bilaga 3. Patientens flöde genom CI-processen.



**CI-process
Steg 3
Barn
patientinformation**

Ny/återkommande
behovsbedömning
och vårdplanering

Lyssnings- och
kommunikations-
handledning
(LKH)

Översyn av
hörhjälpmedel,
bimodal
anpassning

Regelbunden
uppföljning till
19 år
teamuppföljning

Fortsatt kontakt vid nya och/eller ändrade behov av hörselrehabilitering samt support och rådgivning gällande hörselhjälpmedel

Inkopplings-
period, 2
samordnade
besök inom ca 1
vecka
teamuppföljning

Uppföljning
1, 3, 6, 9, 12
månader efter
inkoppling
teamuppföljning

Kirurgisk
uppföljning
3 månader efter
operation

Uppföljning
1 år efter
inkoppling
teamuppföljning inkl
läkare

Regelbunden
uppföljning till 19
års ålder
Teamuppföljning

Fortsatt kontakt vid behov av support och rådgivning gällande CI

Hörselteam Rehabilitering &
Hälsa
Regionalt CI-team
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
Öron- Näs- Halsklinik
(ÖNH) Länsjukvård

Vid medicinska behov, behov av till exempel
intyg, omvårdnadsbidrag eller vid behov av samråd med Hörselteam

Fortsatt kontakt vid medicinska behov