

Regional medicinsk riktlinje

Grav hörselnedsättning - tillämpning av personcentrerat sammanhållet vårdförlopp - vuxna

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 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

Denna regionala medicinska riktlinjen förtydligar vilka åtgärder som ska vidtas i regionen för att vuxna 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 vuxna. 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

Vårdnivå och samverkan

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

Denna vårdnivå finns på de tre länssjukhusen och regionsjukhuset.

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

Hörselverksamheten (Specialistsjukvård - länsnivå)

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

Patienterna kommer i huvudsak på remiss från Primärvården, ÖNH-enhet eller med egen vårdbegäran.

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 sker för patienter på SU.

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

Remissrutiner

Om hörselmätning visar ett värde som motsvarar grav hörselnedsättning (TMV4 \geq 65 dB HL på bästa örat) skickas remiss till Hörselverksamheten.

Remiss skickas från Hörselverksamheten till ÖNH vid behov av hörselrelaterade medicinska åtgärder. Denna bedömning görs i steg 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 Hörselverksamheten (A-B) (Indikator 1).

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

KVÅ-kod AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan sätts när patient med grav hörselnedsättning som 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 vuxna patienter med grav hörselnedsättning som under de senaste två åren har haft vårdkontakt med multiprofessionellt team inom hörselvården.

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 vuxna patienter som har grav hörselnedsättning som på initiativ av vårdgivaren följts upp efter två år.

Kod AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan.

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 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 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 vårdförlopp:

Vid upptäckt av grav hörselnedsättning (enligt definition tonmedelvärde (TMV4) för 500, 1000, 2000 och 4000 Hz som är ≥ 65 dB HL på bästa örat), säkerställ att psykoakustiska mätresultat är sinsemellan samstämmiga och förenliga med patientens subjektiva rapportering. Fastställ typ och grad av hörselnedsättning.

Remittera patient till Hörselverksamheten alternativt sätts upp på bevakningslista "Grav hörselnedsättning" på respektive enhet i Hörselverksamheten (om patienten upptäcks på Hörselverksamheten). Patienten ska kallas inom 30 dagar, så att tidsaspekten för att upprätta vårdplan hålls.

Om det framkommer vid besök innan patienten går in i vårdförloppet, att behov finns av medicinska eller psykosociala insatser frångås rutinen. Då görs en direktkontakt med ÖNH eller med de psykosociala professionerna parallellt med att remiss skrivs alternativt att de sätts på bevakningslistan för grav hörselnedsättning.

Uppstart av vårdförloppet Hörselverksamheten (A-B):

Audionom med specialkompetens kallar för informationssamtal (A), gör en första behovsinventering (B) som täcker in samtliga åtgärdsområden (E-I) inom vårdförloppet. I de fall patienten har kontakt med regionala och lokala team sker behovsinventeringen i samverkan.

Hörselundersökningar kompletteras vid behov. Säkerställ att patienten registreras i Registret för grav hörselnedsättning hos vuxna.

Åtgärds kod UX351 sätts efter besöket.

Bilaga 2 "Checklista hälsosituation" kan användas som stöd.

Upprättande av vårdplan (C)

Vårdplan upprättas (uppdateras om det finns en pågående vårdplan) tillsammans med patienten inom 30 dagar från och med ingången till vårdförloppet (A).

Resultatet av den första behovsinventeringen och vårdplanen diskuteras i det multiprofessionella teamet. Ytterligare behovsbedömning görs av annan profession om behov finns.

Samverkan och bedömning av läkare med specialistkompetens kan ske via information som är tillgänglig i journal eller diskussion i det multiprofessionella teamet och kan utmynna i planering för kompletterande utredning, behandling och/eller rehabilitering (E). Ny bedömning av läkare sker vid uppföljning av vårdplan med patient om förändrade omständigheter/behov framkommit.

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.

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

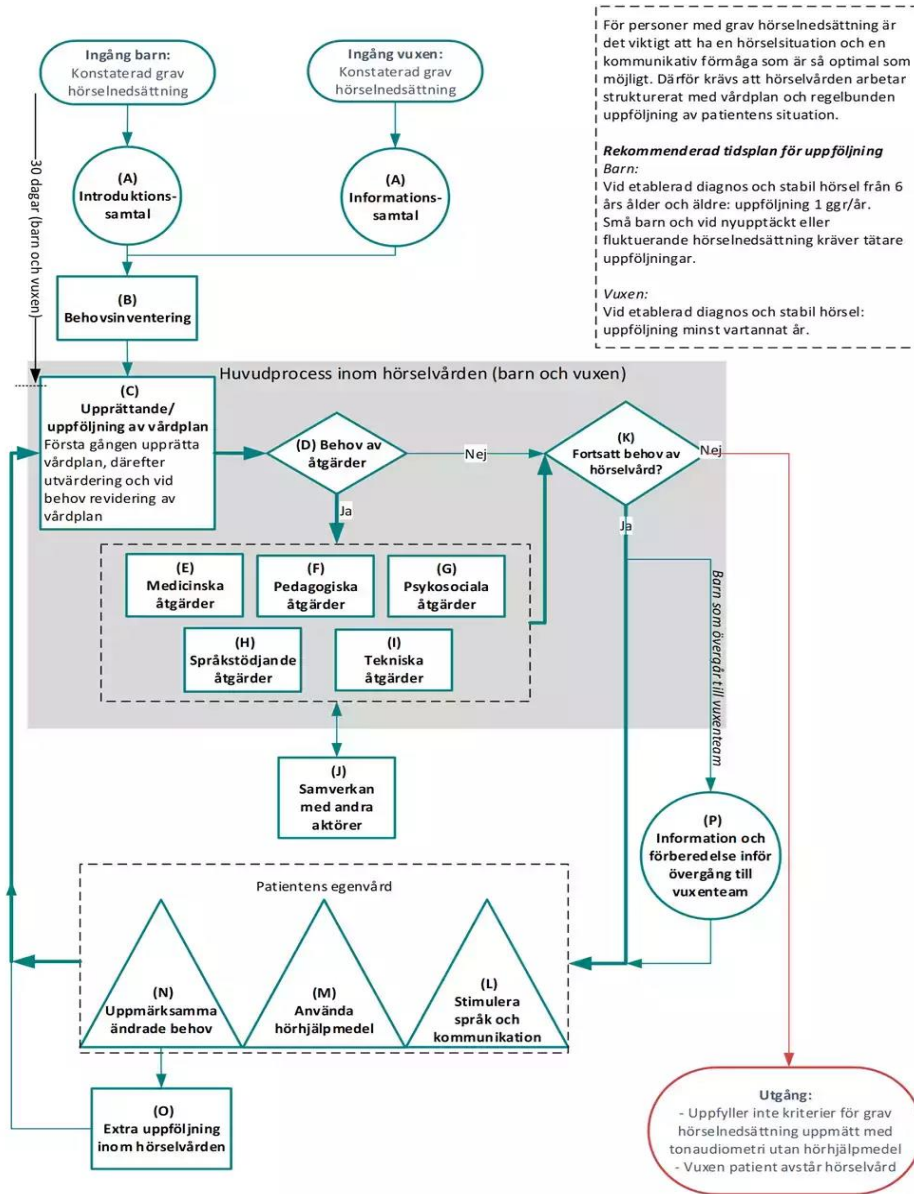
Beslut tas tillsammans med patienten hur 2-årsuppföljningen ska ske (digitalt eller fysiskt). Nytt audiogram genomförs (ton och tal) i samband med uppföljningen eller tidigare vid behov.

En del av vården av personer med grav hörselnedsättning är att ge information om och eventuellt gå vidare med ställningstagande till utredning med inriktning mot cochleaimplantat (CI). Då de evidensbaserade indikationsgränserna för CI förändras över tid bör en diskussion föras i det multiprofessionella teamet, där beslut tas om att starta en CI-utredning.

När det finns indikationer för CI följs processen som finns i bilaga 3. Processen involverar Hörselverksamhet och Öron -näs- och halsverksamheterna och inbegriper åtgärderna E-J i vårdförloppet.

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

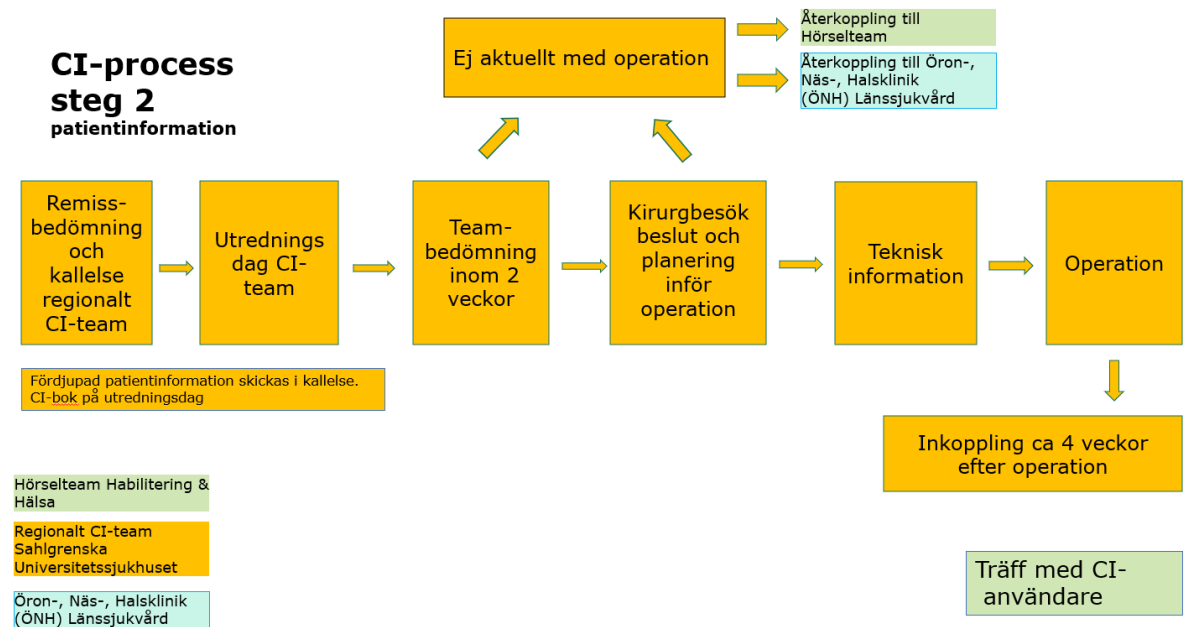
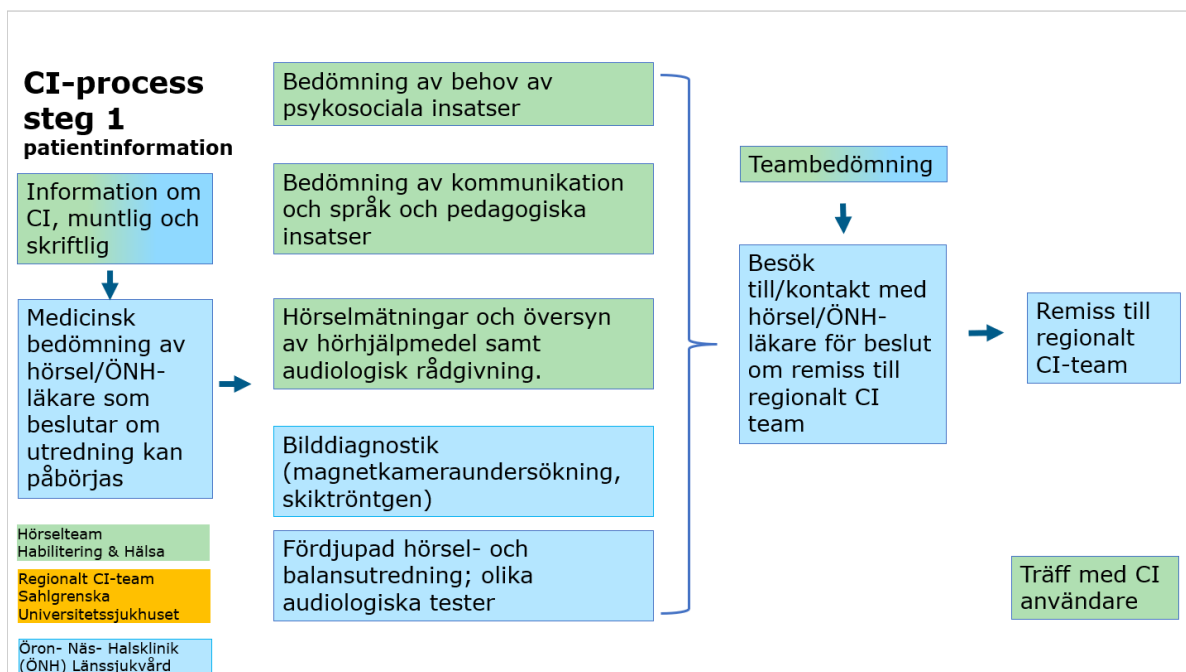
Bilaga 1: Flödesschema för Vårdförloppet



Bilaga 2. Checklista hälsosituation

- Sjukdomar och läkemedel, gärna med hjälp av en hälsodeklaration.
- Förekomst av ytterligare funktionsnedsättningar inklusive synnedsättning, dövblindhet och dövhet.
- Ålder vid hörselskadedebut.
- Ålder vid uppstart hörselrehabilitering eller habilitering om vuxen med grav hörselnedsättning sedan tidig barndom.
- Ålder vid heltidsanvändning av hörapparater till höger/vänster sida
- Känd hörselskadeetiologi/öron-hörseldiagnos.
- Öronsymtom, besvär, eventuell tidigare öronkirurgi (vad, var, när, vilket öra?).
- Funktion - Kognition/minne.
- Tinnitus med gradering.
- Rörelseförmåga (vestibulär) Sitta-Stå-Gå.
- Eget uppskattat mående till exempel nedstämdhet, oro, trötthet, sömnsvårigheter.
- Främsta kommunikationsmodalitet (vilka teckenspråk, tal inkl. vilka språk, tal, tecken som stöd, övrigt).

Bilaga 3. Patientens flöde genom CI-processen



CI-process

Steg 3

vuxen

patientinformation

Ny
behovsbedömning
och vårdplanering

Pedagogiska insatser,
hörselträning

Översyn av
hörhjälpmedel, bimodal
anpassning

Fortsatt kontakt vid behov av hörselrehabilitering samt support och rådgivning gällande hörselhjälpmedel

Inkopplingsperiod, 4
samordnade besök
inom ca 1 månad

Uppföljning
kirurg 3 mån

Teamuppföljning
6 mån, 1 och 2 år

Erbjudande om
grupprehabilitering

Fortsatt kontakt vid behov av support och rådgivning gällande CI

Hörselteam
Habilitering &Hälsa

Kontakt med ÖNH-läkare på länssjukvård vid ex. behov av fortsatt sjukskrivning under CI-rehabiliteringsperioden

Regionalt CI-team
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Fortsatt kontakt vid medicinska behov

Öron-, Näs-, Halsklinik
(ÖNH) Länssjukvård