

## Overzicht binnengekomen commentaren Hoorzorg voor slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar

**Verstuurd op** : 28 juli 2020

**Reactie voor** : 23 september 2020

### Verenigingen:

### Reactie ontvangen:

Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)	Ja, Maarten Foppes
Nederlandse Vereniging van Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)	Ja, Carolien van Anandel
Vereniging van klinische klinisch linguïstiek (VKL)	Ja, Marije van der Staaij-Mulder
Nederlandse vereniging voor logopedie en Foniatrie (NVLF)	Ja, Jeanine Brink
Landelijke Werkverband van Maatschappelijk werkers in de Audiologie (LWMA)	Ja / Nee, van (naam)
FODOK	Ja / Nee, van (naam)
FOSS	Ja / Nee, van (naam)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Ja, Rosalinde Tjoelker
FENAC Werkverband Psychologen	Ja / Nee, van (naam)
Stichting Hoormij	Ja / Nee, van (naam)
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)	Ja, Parini Chauhan
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Ja, Gea Koster
Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Ja, Amber Suurling
Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)	Ja, Annemarie Hagemeyer
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Ja, Marcel van der Wielen
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Ja, Salomy Shouhoka
Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)	Ja, Sheda Broer-Sadrzadeh
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	Ja / Nee, van (naam)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Ja, Madeleine Zwezerijnen
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Ja, Beb Jongerius
Patiëntenfederatie Nederland	Ja / Nee, van (naam)
Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)	Ja / Nee, van (naam)
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Ja, Gea Bosma
Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)	Ja / Nee, van (naam)

Zorginstituut Nederland (ZiNL)

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Ja / Nee, van (naam)

Ja / Nee, van (naam)

Ja, Christine Ritoe

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P6 – P9</b>	<b>Algemene inleiding</b>		
NVLF		Op de voorkant van het document staat de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie genoemd onder ‘in samenwerking met’. In de alinea van p7 r16-25 wordt de NVLF niet genoemd.	Excuses, ook op pagina 7 is de NVLF toegevoegd
IGJ	P5	Eenzijdige vertegenwoordiging van de werkgroep. KNO-artsen, kinderartsen en huisartsen worden genoemd als zijnde zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen van 4 tot 18 jaar met een langdurig of blijvend gehoorverlies in één of beide oren, en zijn niet vertegenwoordigd in de werkgroep	De richtlijn is primair gericht op de medewerkers van de Audiologische Centra die de hoorzorg uitvoeren. Voor deze doelgroep beschrijft de richtlijn de gewenste handelswijze. Voor de overige betrokken hulpverleners zoals KNO artsen, jeugdartsen, kinderartsen en huisartsen is de richtlijn ter informatie en als naslagwerk bedoeld. Aangezien dit klaarblijkelijk niet duidelijk bleek uit de richtlijntekst is de inleiding hierop aangepast, onder ‘voor wie is deze richtlijn bedoeld?’. De werkgroep bestaat daarmee uit disciplines die werkzaam zijn in de Nederlandse Audiologische Centra. Vanwege de nauwe betrokkenheid bij de hoorzorg zijn de KNO artsen in de klankbordgroep vertegenwoordigd.
IGJ	P6-R8	Het is niet helder of ‘multidisciplinair verband’ zowel voor de zorg voor de ontwikkeling van de kinderen en hun omgeving als voor de audiologische technische gehoordiagnostiek en revalidatie geldt. In deze zinsconstructie lees ik dat het voor beide geldt. Expliciteren	In de nieuwe zinsconstructie is inmiddels duidelijk dat het ‘multidisciplinair verband’ geldt voor de zorg voor de ontwikkeling van de kinderen en hun omgeving.
IGJ	P6R8-9	In de richtlijn komen de indicatiestelling voor hoorzorg en de invulling van de hoorzorg aan de	Dank voor deze suggestie, de tekst is aangepast.

		orde. ☒ In de richtlijn komen indicatiestelling, inhoud en organisatie voor hoorzorg voor slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar aan de orde. (dit is in lijn met de daaronder staande uitwerking)	
IGJ	P6-R10	Dit zijn de vragen die in de richtlijn beantwoord gaan worden ten aanzien van de indicatiestelling. Opnemen en teruglaten komen bij de beantwoording van de vragen. Dit geldt ook voor de vragen onder de zin 'inhoud van de hoorzorg'.	De opsomming van de vragen in deze inleiding verwijst inderdaad naar de uitgangsvragen in de modules van de richtlijn, echter, zonder de letterlijke teksten van de uitgangsvragen daarbij te gebruiken, maar een korte parafraze, wat naar de mening van de werkgroep de leesbaarheid van de inleiding ten goede komt. Wel is naar aanleiding van dit commentaar de opsomming nog eens kritisch bekeken, en aangepast waar nodig.
IGJ	P6-R19	De afkortingen NAL en DSL uitschrijven.	Het uitschrijven van deze rekenregels wordt wat lang en ingewikkeld voor deze korte introductie van de behandelde vragen. (NAL staat voor het instituut wat het heeft ontwikkeld, het National Acoustic Laboratory, en DSL voor een methode, de Desired Sensation Level. De tekst is daarom veranderd naar een meer algemene duiding.
AJN	P6- 33	Na kinderartsen 'jeugdartsen' toevoegen.	Toegevoegd
IGJ	P6R40	klein → beperkt	Is inderdaad beter, is aangepast.
IGJ	P6R44	Vanaf 4 jaar → van 4 tot 18 jaar (consistent met voorgaande)	Is aangepast.
NHG	Pg 6 regel 47	Thuisarts moet zijn Thuisarts.nl	Aangepast
NVKF	P6, R 47	Overweeg naar de pagina <a href="https://www.thuisarts.nl/slecht-horen/ik-denk-dat-mijn-kind-slecht-hoort">https://www.thuisarts.nl/slecht-horen/ik-denk-dat-mijn-kind-slecht-hoort</a> te verwijzen, die misschien net iets relevanter is voor deze doelgroep	Toegevoegd
IGJ	P7R30	Slechthorende kinderen	Is aangepast.

NVKF	P7, R 36-38	Is hier bewust gekozen om hier alleen spraak/taal en didactische ontwikkeling te noemen? Misschien breder trekken, dus ook welbevinden, sociaal-emotionele ontwikkeling benoemen. Of als doel optimale participatie noemen (ICF) noemen.	De tekst is hiermee aangepast en uitgebreid.
AJN	P7- 37	Hier kan ook sociaal-emotionele ontwikkeling aan toegevoegd worden. Of zie p18- 31 t/m 33.	De tekst is aangepast en verder uitgebreid, ook n.a.v. meerdere commentaren.
IGJ	P7R41	Slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar	De tekst is aangepast met 'kinderen van 4 tot 18 jaar'. Nog eens extra 'slechthorend' zou dubbel zijn met de tweede helft van de zin.
NVKF	P7-41/43	"Langdurig" en "Mate" graag expliciet(er) maken	In deze inleiding is er (mede vanwege de leesbaarheid) voor gekozen om deze termen op dit punt nog niet verder te specificeren. Met name met de term 'langdurig' wordt in deze richtlijn zodanig genuanceerd omgegaan, afhankelijk van alle overige aandachtspunten bij het slechthorende kind naast het gehoorverlies op zich, dat elke explicitering deze nuance teniet kan doen. Zie hiervoor de omschrijving van 'langdurig' bij de overwegingen bij de module 'indicatiestelling'.
IGJ	P7-R45	Het verdient een toelichting waarom de hoorzorg in speciale gezinsbegeleidingsdiensten of het speciaal onderwijs niet aan deze richtlijn hoeft te voldoen. Wat is het verschil voor de zorg aan de kinderen?	De hoorzorg voor deze kinderen is niet anders dan anders, enkel krijgen deze kinderen <i>aanvullende</i> zorg vanuit de speciale gezinsbegeleidingsdiensten of het speciaal onderwijs. Deze aanvullende zorg valt buiten de scope van deze richtlijn. Ter verduidelijking is de term 'aanvullend' opgenomen in de richtlijn.
AJN	P8- 1	Of wordt hier uitgelegd dat dit niet meegenomen wordt? Er wordt in 2018 t.o.v. 2013 toch juist multidisciplinair gekeken?	De richtlijn is primair gericht op de medewerkers van de Audiologische Centra die de hoorzorg uitvoeren. Voor deze

			multidisciplinaire doelgroep beschrijft de richtlijn de gewenste handelwijze. Voor de overige betrokken hulpverleners zoals KNO artsen, jeugdartsen, kinderartsen en huisartsen is de richtlijn ter informatie en als naslagwerk bedoeld. Dit laatste geldt ook voor de zorgverleners in de gezinsbegeleidingsdiensten en het speciaal onderwijs.
IGJ	P8R5	Link naar veldnorm	Deze link zal worden ingebouwd in de richtlijn.
IGJ	P8R13	congenitale CMV → congenitale cytomegalovirus (CMV) infectie	Is aangepast.
IGJ	P8R18-20	Technische hoorrevalidatie wordt in deze zin wel heel erg benadrukt. Benoemen wat bedoeld wordt. Tekstsuggestie: Onder hoorzorg verstaan we technische hoorrevalidatie, monitoring en eventuele toepassing van interventies op het gebied van de ontwikkeling van het kind in de context van zijn of haar omgeving	Dank voor deze suggestie, de tekst is hiermee aangescherpt en ingekort.
AJN	P8- 24	Hier wordt sociaal-emotionele ontwikkeling wel bij hoorzorg gerekend. Mijns inziens strookt de brede opzet hier niet met P7-37.	De tekst op P7-37 is aangepast, waarbij de soc-emotionele ontwikkeling is toegevoegd, waardoor e.e.a. nu wel met elkaar strookt.
IGJ	P8R30-31	aan kinderen van 4 tot 18 jaar die langdurig of blijvend slechthorend zijn (en hun omgeving) → aan slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar en hun omgeving. (consistent blijven in terminologie)	Is aangepast.
IGJ	P8R40	per casus → verwijderen (dubbelop)	Is aangepast.
IGJ	P8-R50	De volgorde van de kwaliteitscyclus start met een plan (Plan), waarna deze doorlopen wordt (Do), op basis van metingen gekeken wordt of het plan passend is (Check) en waarna vervolgens actie wordt ondernomen (Act). Deze fasen blijven zich herhalen.	Naar de mening van de werkgroep is de cyclus identiek, enkel wordt in de richtlijntekst uitgegaan van een ander startpunt. De controlebezoeken beginnen met een 'Check', niet met een 'Plan'. In de tekst staat daarom

		De genoemde stappen in regel 50 t/m P9R8 lijken hetzelfde te bedoelen, alleen klopt de volgorde van het benoemen van de P-D-C-A niet.	de cyclus omschreven als C-A-P-D, wat nog altijd de zelfde volgorde aanhoudt als P-D-C-A.
AJN	P9- 10	Op eerdere pagina's zou AC al tussen haakjes achter Audiologisch Centrum moeten staan, voor mensen die de afkorting niet kennen.	Aangepast
IGJ	P10R11	multidisciplinaire werkgroep → KNO en huisarts ontbreken in de werkgroep, 4 vertegenwoordigers van NVKF (wv 3 werkzaam in Amsterdam UMC)	De richtlijn is primair gericht op de medewerkers van de Audiologische Centra die de hoorzorg uitvoeren. Voor deze doelgroep beschrijft de richtlijn de gewenste handelswijze. Voor de overige betrokken hulpverleners zoals KNO artsen, jeugdartsen, kinderartsen en huisartsen is de richtlijn ter informatie en als naslagwerk bedoeld. De werkgroep bestaat daarmee uit disciplines die werkzaam zijn in de Nederlandse Audiologische Centra. Vanwege de nauwe betrokkenheid bij de hoorzorg zijn de KNO artsen in de klankbordgroep vertegenwoordigd.
NVKF	P9, 14	spelfout cochleaire implantatie	Spelfout aangepast

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P10 – P15</b>	<b>Verantwoording</b>		
NVLF		en/of andere bron. Lijkt dat dit stukje tekst weg moet, of er moet worden benoemd wat de andere bron is.	Dit stukje tekst is verwijderd, dank.
NVKF	P11	Collega Briennesse zorgt voor de centen bij de NVA (penningmeester)	Staat genoemd in de tabel.
NVKF	p11, tabel	De tabel lijkt niet consistent ingevuld. Alleen Femke is als KFA als nevenfunctie hoofdbehandelaar?	Tabel is gecontroleerd op inconsistentie, dank voor het opmerken.
IGJ	P11R4-5	afgevaardigde patiëntenvereniging in de klankbordgroep. Die zie ik niet terug in de klankbordgroep	Ten tijde van de start van dit richtlijnproject was FOSS (de landelijke oudervereniging van en voor ouders van slechthorende kinderen en ouders van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis) onderdeel van stichting Hoormij (patiëntenvereniging voor slechthorenden en mensen met een evenwichtsandoening). Momenteel is FOSS geen onderdeel meer van stichting Hoormij. Stichting Hoormij focust zich alleen nog op volwassenen. FOSS werkt nu samen met FODOK (Nederlandse Federatie van Ouders van Dove Kinderen). In de klankbordgroep zit Joke Hoogeveen namens FOSS/FODOK. Er is schriftelijk met stichting Hoormij en FOSS/FODOK afgestemd dat FOSS/FODOK in plaats van stichting Hoormij de richtlijn zal autoriseren.



<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P16 – P17</b>	<b>Module 1a</b>		
NVKF	algemeen	Aanbevelingen zouden met een werkwoord moeten starten (overweeg, voer uit, analyseer, doe), zie evt ook module 1b. Hier bewust van afgeweken?	Nee, hier is zeker niet bewust van afgeweken, is aangepast
NVKF	P16, R33/34	‘Als er alleen vrije veld drempels beschikbaar zijn’ vervangen door ‘Als er geen beengleidingsdrempels beschikbaar zijn’. Aanvullend: als er alleen vrije veld drempels beschikbaar zijn, eventueel uit te gaan van een symmetrisch gehoorverlies totdat er wel oorspecifiek gemeten kan worden?	Beide aanvullingen zijn in de tekst opgenomen
IGJ	P16R4	een kind → een slechthorend kind	Deze suggestie is niet overgenomen, aangezien deze uitgangsvraag de situatie vóór de indicatie beschrijft, waarbij het nog de vraag is of er sprake zal zijn van een slechthorendheid.
IGJ	P16R8-9	kinderen met een langdurig of blijvend gehoorverlies → slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar (eenduidige terminologie met voorgaande)	Is aangepast.
IGJ	P16-R12	In kader van duidelijkheid verdient het de voorkeur om het nummer van de module toe te voegen (aangezien er meerdere modules met onderdelen in de richtlijn naar voren komen).	In de uiteindelijke versie van de richtlijn wordt met directe links naar modules onderling gewerkt. De nummering is daarmee niet meer relevant.
IGJ	P16-R15	Referenties ontbreken.	Dit commentaar wordt niet geheel begrepen. Mogelijk komt de vraag voort vanuit de beperkingen van de platte tekst van de richtlijn. In de uiteindelijke online versie wordt gewerkt met links tussen de modules onderling waarin de referenties zeker zichtbaar zijn.

IGJ	P16-R43	Idem als bij P16-R15.	In de uiteindelijke online versie wordt gewerkt met links/verwijzingen tussen de modules onderling.
NVKF	17-1	“OT akoestische” → “oto-akoestische”	Aangepast
NVKF	P17, regel 5-10	Herhaling. Is in inleiding ook al gezegd. Samenvoegen.	De herhaling is uit deze alinea verwijderd.
NVKF	P17, regel 7-10	Zinnen samenvoegen. Korter verwoorden	Deze alinea is zo veel mogelijk ingekort, zonder aan de strekking van de boodschap te kort te doen.
NVKF	P17, R11	1 <sup>e</sup> grijze blok, 3 <sup>e</sup> bullet: ‘danwel’ vervangen door ‘en’	Aangepast
NVKF	P17, regel 11	Opmerking: waarom niet ook standaard spraakaudiometrie? Geeft meer zicht op functionele aspect van het gehoor + daarmee sluit je aggravatie/simulatie uit (of bevestigen)	De werkgroep heeft gekozen zich te beperken tot een minimale set aan indicatiecriteria om te bepalen of een kind oor hoorzorg in aanmerking zou moeten komen, en kiest daarmee enkel voor de toondrempelaudiometrie. De spraakaudiometrie behoort uiteraard wél tot de standaard diagnostiek bij de invulling van de hoorzorg zelf. Hiervoor is een extra module nog in ontwikkeling (‘Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren’). Daarnaast is er volgens de werkgroep niets op tegen dat een kind met een functionele slechthorendheid/aggravatie/simulatie hoorzorg ontvangt voor deze specifieke vorm van ‘slechthorendheid’, zo lang als dit nodig is, cq zolang het kind aan deze indicatiecriteria voldoet (m.a.w. blijft aangeven dat het niet goed hoort). Hoe om te gaan met aanwijzingen voor aggravatie wordt opgenomen in de module ‘Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren’, welke

			nog in ontwikkeling is.
NVKF	P17, regel 11	Suggestie: kader aan het begin van deze module plaatsen ihkv leesbaarheid (boodschap eerst, daarna toelichting) (geldt voor het hele document)	Het template kent een vast format. Zodra de richtlijn in digitale vorm op de Richtlijndatabase wordt gepubliceerd zullen de kaders met aanbevelingen als eerste worden getoond. In de platte tekst wordt dit nu niet aangepast.
IGJ	P17-R12	Derde aanbeveling: 'kan aanvullende diagnostiek'. kan is te vrijblijvend.	De derde aanbeveling is herschreven naar aanleiding van meerdere commentaren, en is stelliger geformuleerd.
NVKF	17-r13	Wat is de definitie van een langdurig of blijvend gehoorverlies? Is hier nog niet duidelijk.	De werkgroep heeft bewust gekozen om geen harde criteria aan de termen 'langdurig' of 'blijvend' te verbinden, aangezien de behoefte aan hoorzorg bij deze kinderen niet alleen van de termijn van een bepaalde mate van slechthorendheid afhangt, maar veel meer van de overige kindkenmerken in het ontwikkelingsdomein. In de module die over deze categorie van hoorzorg gaat, wordt dit zorgvuldig en genuanceerd omschreven. Elke exacte definitie van langdurig of blijvend zal in de ogen van de werkgroep deze nuance geweld aan doen. Zie hiervoor de omschrijving van 'langdurig' bij de overwegingen bij de module 'indicatiestelling'.
NVKF	P17 r 14	Stelliger advies tav diagnostiek bij ANSD-vermoedens! Dan m.i. ten minste OAE en electrofysiologie, spraakaudiometrie.	De derde aanbeveling is herschreven naar aanleiding van meerdere commentaren, en is stelliger geformuleerd.
IGJ	P17A3	Als er een vermoeden is, is het nog niet eerder vastgesteld. Kan dus weg (als het vastgesteld is, is er nl geen vermoeden meer..)	'(niet eerder vastgestelde)' is verwijderd.
IGJ	P17A3	kan aanvullende diagnostiek naar het auditief	De derde aanbeveling is herschreven naar

		functioneren nodig zijn → is aanvullende diagnostiek naar het auditief functioneren nodig	aanleiding van meerdere commentaren, en is stelliger geformuleerd.
IGJ	P17	Mooie concrete aanbevelingen alleen haal ik die niet 1-2-3 uit de begeleidende tekst (en dan mn aanbeveling 1)	De tekst is met enkele zinnen uitgebreid als toelichting op de eerste aanbeveling.
NVKF	P17	Wat bij inconclusieve audiometrie, twijfel, niet lukken?	De werkgroep gaat er van uit dat degene die de indicatie voor hoorzorg moet stellen, te weten een klinisch fysicus-audioloog binnen de setting van een Audiologisch Centrum, goede toegang heeft tot alle mogelijkheden om tot een betrouwbare inschatting van een gehoorverlies te komen. Hoe om te gaan met onverwachte uitkomsten bij audiometrie (denk ook aan aanwijzingen voor aggraviatie) wordt opgenomen in de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren', welke nog in ontwikkeling is.
NVKNO		Ik mis in deze module dat bij sommige kinderen (met ontwikkelingsachterstand, hyperactiviteit etc) toonaudiogram niet betrouwbaar kan zijn en je dus bij een categorie kinderen tot BERA onderzoek overgaat om een betrouwbare meting van het gehoor te hebben. (hier doen we dan vaak BERA met buisjes/paracentese bij OME)	Het is inderdaad waar dat er boven de leeftijd van 4 jaar een groep kinderen is die niet in staat is om via toondrempelaudiometrie het gehoorverlies aan te geven. Over het algemeen betreft dit kinderen die qua ontwikkelingsleeftijd eerder onder de richtlijn voor kinderen van 0 tot 4 jaar vallen, dan onder deze richtlijn. Daarmee blijft dit buiten de scope van deze richtlijn. Daarnaast gaat de werkgroep er van uit dat degene die de indicatie moet stellen, te weten een klinisch fysicus-audioloog binnen de setting van een Audiologisch Centrum, goede toegang heeft tot alle mogelijkheden om tot een betrouwbare inschatting van een

			gehoorverlies te komen.
--	--	--	-------------------------

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
<b>P18– P21</b>	<b>Module 1b</b>		
NVKF	P18	Worden anamnestiche problemen in het auditief functioneren meegenomen in deze richtlijn, in het bijzonder bij normale toondrempels (luisterproblemen/aggravanten)?	<p>Dank voor deze opmerking. De werkgroep heeft de indicatiestelling en afbakening van de richtlijn uitgebreid en duidelijker geformuleerd (zowel in de algemene inleiding als in modules 1a, 1b en 1c. Kinderen waarbij obv BERA/OAE/CM een ANSD vastgesteld wordt danwel sterk vermoed wordt mét anamnestiche een hulpvraag op het gebied van het auditief functioneren vallen wél onder de richtlijn. Als het alleen anamnestiche is, maar niet aantoonbaar is obv toondrempelaudiometrie of elektrofysiologisch onderzoek (BERA), vallen de kinderen NIET onder deze richtlijn. Het is opgenomen bij de kennislacunes dat er voor die doelgroep geen aparte richtlijn bestaat.</p> <p>Aggravatie wordt apart beschreven in één van de aanvullende modules die nog in ontwikkeling zijn (module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren').</p>

IGJ		kind met slechthorendheid → een slechthorend kind van 4 tot 18 jaar (eenduidige terminologie met voorgaande)	Aangepast
NVKF	18	kan nergens vinden waar de P-I-C-O voor staan	Om de uitgangsvragen te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de zoekvragen. Hierbij is systematisch gezocht naar literatuur met specifieke P (patient), I (interventie), C (comparison) en O (outcome). Dit is toegevoegd. in de werkwijze op pagina 13.
NVKF	P18, regel 7	Kan een negatief effect hebben op de algehele, taal-/spraak- en sociaal-emotionele ontwikkeling.	Toegevoegd
NVKF	P18, regel 11	Zinnen korter maken: Periodieke monitoring en tijdige interventie kan deze negatieve effecten voorkomen of beperken.	Aangepast
NVKF	P18, regel 13	Waarom 'mogelijk'?	De zin is herschreven. Het woord 'mogelijk' is hierbij weggelaten.
	P18, regel 13	Tevens "naar aanleiding van een PASS tijdens de NGS.." er moet vooral twijfel zijn als ontwikkeling in het geding is maar er een PASS was obv goede OAEs om te denken aan ANSD. Referentie naar Rance & Starr 2015.	Dank voor dit terechte commentaar. T.a.v. de opmerking over ANSD: 1) er is een voetnoot toegevoegd bij de PICO omschrijving om aan te geven dat die groep wel meegenomen was bij de literatuursearch 2) er is een aanbeveling toegevoegd om ANSD wél mee te nemen in de richtlijninclusie. Dit wordt ook toegelicht bij de overwegingen en nader besproken in module 1a (diagnostiek tbv indicatiestelling). Zie ook antwoord op commentaar

			hierboven.
NVKF	P18, regel 18	Verplaatsen naar einde. Starten met indicatiecriteria zelf, daarna toelichting (zie ook commentaar hierboven)	Zie ook reactie op commentaar hierboven. Aanpassen van de volgorde is geen mogelijkheid in deze platte versie vanwege het vaste format waarmee gewerkt moest worden. In de uiteindelijke online versie zal deze volgorde niet meer relevant zijn en kan direct naar de aanbevelingen geklikt worden.
NHG	19	<p>- <i>Punt van aandacht en overleg in de richtlijn</i>: Pg 19 voetnoot 6: <sup>6</sup> 20 dB HL is een gunstigere hoordrempel dan aangehouden wordt voor het vaststellen van een gehoorverlies door potentiële verwijzers zoals huisartsen (grens bij een gemiddeld verlies van 30 dB HL op basis van NHG-standaard slechthorendheid (tweede herziening)) en de JGZ (verwijscriterium vanaf 35 tot 40 dB HL, Lanting, 2016). De indicatiestelling zoals gehanteerd in deze richtlijn betekent dus niet dat alle kinderen die aan dit criterium voldoen ook daadwerkelijk opgespoord worden.</p> <p>Zie ook pg 20 rg 45 aanbevelingen 'Bied hoorzorg aan kinderen met hoordrempels van 20 dB HL of ongunstiger aan één of beide oren voor één of meer octaaffrequenties tussen 500 Hz en 4 kHz indien dit gehoorverlies blijvend is of naar verwachting langdurig aanwezig zal zijn. ...'</p> <p>Dit is voor het NHG een belangrijk punt omdat het, zoals jullie zelf ook aangeven, afwijkt van de NHG-standaard en ook van de JGZ-richtlijn. Als dit uiteindelijk ook in de definitieve versie zo wordt</p>	<p>De zoekvraag bijbehorende deze module was: Welke factoren voorspellen of een slechthorend kind van 4 tot 18 jaar een verhoogd risico loopt op problemen in de ontwikkeling en zijn dus relevant voor de indicatiestelling voor hoorzorg?</p> <p>Er werd een systematische literatuursearch verricht zoals beschreven onder "zoeken en selecteren". Op basis van titel en abstract werden geen studies geselecteerd die aan de genoemde criteria voldeden. Om deze reden is er geen literatuuranalyse uitgewerkt en is de literatuur niet met GRADE beoordeeld en zijn geen evidencetabellen gemaakt. De aanbevelingen en overwegingen zijn</p>



		<p>opgenomen, zou het van belang zijn om de koepels (NHG en AJN) actief te wijzen op dit punt uit de richtlijn, omdat dit anders mogelijk over het hoofd wordt gezien en aanpassingen van eigen richtlijnen mogelijk nodig zijn.</p> <p>Overigens vind ik de onderbouwing in de tekst niet sterk/duidelijk. Is hier een zoekvraag over gedaan? Welke artikelen heeft dat opgeleverd? Wat kwam daar uit? Of hebben jullie alleen het artikel van Wang gevonden? En welke uitkomsten had dat? Hoeveel kinderen geïncludeerd? Hoe groot waren de gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen of ervaren kwaliteit van leven? Als richtlijnmaker zie ik nu onvoldoende onderbouwd waarom voor 20 dB gekozen wordt (met mogelijk ook meer kans op fout-positieven?). GRADE methodiek toegepast?</p> <p>Ik mis een evidencetabel, zoals die bij andere modules wel is toegevoegd.</p>	<p>opgesteld door de werkgroepleden op basis van expert opinion.</p> <p>De aanbevelingen t.a.v. inclusie zijn gewijzigd op basis van het ontvangen commentaar (zie hieronder). Echter, de benoemde voetnoot blijft ook na de wijziging van kracht. De werkgroep benadrukt dat het aanbieden van hoorzorg NIET betekent dat al deze kinderen ook naar het AC verwezen móeten worden. Alleen kinderen met auditieve problemen (en dus een hulpvraag) die naar het AC verwezen worden kunnen met dit inclusiecriteria laagdrempelig hoorzorg aangeboden krijgen. De indicatiestelling hiervoor vindt plaats op het AC onder eindverantwoordelijkheid van een klinisch fysicus – audioloog (dit is toegevoegd aan de richtlijntekst obv commentaar vanuit de IGJ). Het aanbieden van hoorzorg en bespreken van de mogelijkheden betekent overigens niet dat er ook daadwerkelijk hoorzorg geboden gaat worden. Immers, als er na beschrijving van het zorgaanbod geen hulpvraag is die met de geboden hoorzorg opgelost kan</p>
--	--	--	---

			<p>worden, zal het bij het vrijblijvend aanbieden en mogelijk geven van adviezen en informatie blijven. Winst zit ook voor die groep nog altijd in de bekendheid met het zorgaanbod mocht dat in de toekomst wenselijk zijn. Dit in acht nemend, zal het inclusie criterium in deze richtlijn NIET betekenen dat de verwijscriteria in aanpalende richtlijnen herzien zouden moeten worden. Er zijn zelfs argumenten om dat juist niet te doen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) de audiometrie die in de periferie wordt verricht tbv screening van het gehoor om te bepalen of verwijzing nodig, is niet 1op1 vergelijkbaar met de audiometrie in het AC, ondermeer vanwege verschillen in vereisten t.a.v. de meetsituatie (bijv mate van omgevingsgeluid). Het risico op vals positieve verwijzingen als de verwijscriteria aangepast worden naar een kleinere gemiddelde drempel zou ongewenst kunnen toenemen.</li><li>2) het hanteren van minder strenge verwijscriteria (bijv verwijzing alleen bij herhaalde meting van onvoldoende gehoor) voorkomt dat kinderen meteen verwezen worden naar het AC, ook als de</li></ol>
--	--	--	---

			<p>hoorproblemen van korte duur zijn zijn.</p> <p>3) het is alleen zinvol kinderen op basis van hoordrempels naar het AC te verwijzen (als zij zelf geen directe hulpvraag hebben) als het op basis van de hoordrempels aannemelijk is dat er (onbewust) auditieve problemen te verwachten zijn en/of dat revalidatie geadviseerd wordt. De huidige verwijscriteria vanuit de 1<sup>e</sup> lijn zijn hierop afgestemd. Aanneme van de werkgroep is bij het bovenstaande dat kinderen met een (aanhoudende) hulpvraag op het gebied van het auditief functioneren alsnog verwezen zullen worden naar een audiologisch centrum, ongeacht de uitkomsten bij screening op gehoorverlies. In deze groep kunnen kinderen zitten met een lichte vorm van gehoorverlies (niet opgepikt door de screening), maar ook kinderen met een afwijking binnen het auditieve neuropathie spectrum (ANSD) waarvoor toondrempelaudiometrie niet gevoelig is. in de implementatiefase zal bij het onder de aandacht brengen van de richtlijn hier aandacht aan gegeven worden</p>
--	--	--	--

			zodat dit bij verwijzende instanties bekend is.
NVKF	P19, regel 10-25	<p>Dat er negatieve invloeden kunnen zijn lijkt me evident. Wat is de grootte van deze invloed t.o.v. de hoeveelheid zorg die we extra moeten bieden als we zorg gaan bieden bij kinderen met drempels gelijk aan 20dB (of zelfs &gt;16 dB).</p> <p>De grootte van de invloed moet duidelijk worden. Progressie bij bijvoorbeeld erfelijke vormen of bij CMV lijkt me goed om te vervolgen. Tevens, indicatiestelling is o.b.v. wetenschap, nu nog niet breed toegepast gezien de indicatiestelling van zorgverzekeraars (toch?)</p>	<p>De werkgroep beschikte niet over getallen/middelen om deze inschatting te kunnen maken anders dan op basis van de inschatting van de werkgroep. Echter, de indicatiecriteria voor deze richtlijn zijn niet bedoeld om de verwijscriteria voor hoorzorg vanuit het AC te veranderen (zie ook reactie op commentaar van de NHG hierboven). De patiëntenstroom die naar het AC zal komen, zal hierdoor niet anders zijn. Alleen bij kinderen met auditieve problemen (en dus een hulpvraag) waarbij een licht gehoorverlies geconstateerd wordt zal vaker (laagdrempeliger) een gesprek over de mogelijkheden van hoorzorg plaatsvinden.</p> <p>De werkgroep heeft op basis van het ontvangen commentaar de indicatiestelling aangepast naar een gemiddeld verlies van 25 dB HL over 1, 2 en 4 kHz en een verlies op individuele octaaffrequenties van 30 dB HL of meer in combinatie met een hulpvraag op het gebied van auditief functioneren (zie ook reactie op andere commentaren in deze tabel). De indicatie is dus iets</p>

			<p>minder laagdrempelig geworden dan in de conceptversie het geval was en sluit met deze aanpassing aan bij het criterium om hoorrevalidatie te overwegen zoals gehanteerd in de meerderheid van internationale richtlijnen (Fitzpatrick et al., 2019).</p> <p>Overigens betekent het aanbieden van hoorzorg niet dat van dat aanbod gebruik gemaakt móet worden. De richtlijn biedt wel meer ruimte om dit te gaan doen als dat obv hulpvraag en kindspecifieke situatie (denk o.a. aan risico op progressie) geïndiceerd is. Het effect van dit indicatiecriterium zal in de praktijk moeten blijken, maar de werkgroep verwacht dat de impact niet groot zal zijn.</p> <p>De indicatiestelling van zorgverzekeraars lijkt hier minder relevant. Immers, het <u>vrijblijvend</u> aanbieden van hoorzorg wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk zorg geboden gaat worden en als er al zorg geboden gaat worden wil dat niet zeggen dat er hoorhulpmiddelen/hoortoestellen voorgeschreven zullen gaan worden. De indicatiecriteria van</p>
--	--	--	--

			deze richtlijn zijn dan ook niet te vergelijken met de indicatiecriteria (35 dB HL) voor vergoeding voor hoortoestellen (zonder bijzondere aanvraag).
NVKF	P19, R13	Is dit 20 dB gemiddeld of op één frequentie in de aangehaalde onderzoeken?	Dank voor deze vraag. In het onderzoek van Wang 2019 gaat het om een gemiddeld verlies. Op basis van commentaar heeft de werkgroep de indicatiecriteria aangepast naar: gemiddelde drempel voor 1, 2, en 4 kHz van minimaal 25 dB HL of een hoordrempel op 1 of meer octaaffrequenties van 30 dB HL of ongunstiger in combinatie met een hulpvraag op gebied van auditief functioneren. De nieuwe indicatiecriteria worden onderbouwd bij de aangepaste overwegingen. Zie verder antwoorden op commentaren hierboven.
NVKF	p19, r15-20	Er worden hier wetenschappelijke literatuur beschreven, terwijl direct erboven wordt besproken dat er geen geschikte literatuur gevonden is. Even voor de duidelijkheid dan; de genoemde artikelen voldeden niet aan de criteria zoals beschreven op p18/19, r50/1/2/3?	Uit de search behorend bij de zoekvraag is inderdaad geen literatuur gevonden die voldeed aan de PICO en de beschreven criteria.
NVKF	P19, regel 17-19	Herhaling van paragraaf daarboven: suggestie: verplaats dit naar het begin van het document. Dit geldt namelijk voor alle gevallen.	Het geldt inderdaad voor alle gevallen, maar is bewust hier genoemd omdat het een onderbouwing/overweging is bij de aanbeveling om ook kinderen te

			includeren die een eenzijdig gehoorverlies hebben.
NVKF	P19, 18-25	<p>“20 dB HL” hier wordt voor het eerst een getal genoemd. Graag eerder expliciet worden over de definitie van gehoorverlies. Voorstel: hanteer de WHO definitie: <a href="https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/">https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/</a></p> <p>Wordt met 20 dB HL een bepaalde gemiddelde drempel bedoeld?</p>	<p>Vanwege een verplicht, vast format van de platte richtlijntekst is het blok met aanbevelingen onderaan geplaatst. In de uiteindelijke online versie van de richtlijn zal het criterium eerder en sneller duidelijk/vindbaar zijn doordat direct naar de aanbevelingen geklikt kan worden.</p> <p>De inclusiecriteria zijn op basis van het breder gedragen commentaar aangepast. De 20 dB HL op een individuele octaaffrequentie is hierbij aangepast naar 25 dB HL obv het gemiddelde bij 1, 2 en 4 kHz en naar 30 dB HL voor 1 of meer octaaffrequenties mits er ook een hulpvraag is op het gebied van het auditief functioneren.</p> <p>De werkgroep heeft bewust niet de WHO definitie van gehoorverlies aangehouden voor inclusie. De WHO definitie van gehoorverlies waarnaar verwezen wordt is een definitie die aangeeft wanneer gehoorverlies een handicap is. Het is gebaseerd op het gehoorverlies in het beste oor. Er staat als</p>

			<p>opmerking bij dat de genoemde hoordrempels alleen niet zouden moeten bepalen of bijv hoortoestellen geïndiceerd zijn. Toepassen van het WHO criterium is niet valide voor de Nederlandse situatie. We zouden dan een grote groep kinderen niet meer gaan zien die wel degelijk baat hebben bij hoorzorg vanuit een AC. Een voorbeeld: in NL komen kinderen met gehoorverlies aan 1 oor in aanmerking voor vergoeding voor een hoortoestel. Als we de WHO criteria voor gehoorverlies zouden aanhouden dan zouden die kinderen vervolgens niet gezien moeten worden op het AC.</p>
NVKF	P19, regel 19	Progressie van het gehoorverlies	Aangepast
NVKF	P19, 20-45	<p>Jullie inclusiecriterium is wel heel ruim, nl. een of meer drempels van 20 dB HL of ongunstiger! Het artikel van Wang et al. Heeft het over een gemiddelde drempel bij 1-2-4 kHz, de WHO over een gemiddelde bij .5-1-2-4 kHz. De door jullie gehanteerde grens is te vaag en te gunstig, ik zou hem expliciet en strakker willen stellen. Zie bv. <a href="https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-19-00075">https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-19-00075</a> . Conclusie is dat bij de groep met lichte gehoorverliezen (gemiddelde drempel van 20-25 dB HL) is meer onderzoek nodig om vast te stellen wat precies de klachten zijn die aan het gehoor te relateren zijn, en wat passende interventies zijn. Dan moet je niet een nog gunstiger inclusiecriterium hanteren.</p>	<p>Dank voor deze kritische noot. De werkgroep heeft het indicatiecriterium voor het bespreken/aanbieden van hoorzorg in heroverweging genomen, aangepast en verder toegelicht/onderbouwd. Zie ook de antwoorden bij de commentaren hierboven.</p>
NVKF	P19, regel 24	Schrappen: voor zover dat nodig en wenselijk is. Wordt al impliciet gezegd door "laagdrempelig toegang geven tot"	Verwijderd



NVKF	P19, regel 24-25	Overbodig/herhaling	Verwijderd
NVKF	P19, regels 26-45	Kan korter. Essentie is dat een gehoordrempel en afwijking van normaal samenhangen met de betrouwbaarheid van meten en test-retest verschillen. Stuart toont een 9-13 dB 95%-CI aan voor 0.25-8 kHz, Arlinger laat een STD van 5.2-7.8 dB zien, overeenkomend met een 10-15 dB 95%-CI bij normale verdeling. Ik mis Schmuziger et al., 2004 (Ear&Hearing) en mogelijk referenties die in de discussie besproken worden	<p>Dank voor deze aanvullende literatuur. De paragraaf is herschreven. Het artikel van Schmuziger et al is toegevoegd als aanvullende referentie (het artikel biedt geen exacte maat voor de STD dus die kon niet genoemd worden). De referenties uit de discussie van Schmuziger et al zijn achterwege gelaten omdat die alleen spreken over frequenties van 8 kHz en hoger.</p> <p>Graag merk ik aanvullend op dat Stuart 1991/Schmuziger et al 2004 in de richtlijntekst apart genoemd worden van Arlinger (1982) omdat het bij eerstgenoemde artikelen gaat over de intra-subject variabiliteit, maar bij Arlinger ook inter-oor / inter-subject variatie is meegenomen (hoewel van slechts 10 personen/20 oren). Immers, ook de variatie in gevoeligheid voor geluid tussen personen is relevant bij de conclusie dat een drempel significant afwijkend is dan 'normaal'.</p>
NVKF	p19, r29	Er staat "Stuart (1991) hebben", moet zijn "Stuart (1991) heeft"	Aangepast
NVKF	P19, regel 29	Met een hoofdtelefoon	Aangepast
AJN	P19- 40	Geen komma nodig.	Aangepast

AJN	P19- noot 6	Inderdaad zijn er duidelijk andere (opgerekte) criteria bij de NHG en de JGZ die pas in 2016 zo geformuleerd zijn , ik vermoed i.v.m. de vaak voorkomende tijdelijke otitiden en verkoudheden van kinderen tot 6 jaar. Een KNO-arts leerde me tijdens de JGZ-opleiding over OME: na 3 maanden is het gehoor bij 50% genormaliseerd, na 6 maanden bij 75%.	Eens. Zie ook hierboven de reactie op commentaar van NHG bij blz 19.
NVKF	P20, R10	Het zal hier in de regel <b>niet</b> gaan ('niet' toevoegen?)	Volgens de werkgroep is de formulering zo correct. Bij langdurige gehoorverliezen die dus uiteindelijk wel vanzelf of door medisch handelen zullen overgaan, is toch hoorzorg geïndiceerd. Het gaat hier in de regel om conductieve gehoorverliezen (omdat perceptieve verliezen in de regel blijvend van aard zijn). Denk aan kinderen die nog niet aan aanmerking komen voor een trommelvliessluiting en een paar jaar overbruggen met hoorhulpmiddelen.  De zinnen in deze paragraaf zijn enigszins herschreven ter verduidelijking.
NVKF	P20 regel 44	Is dit niet het belangrijkste? Dus hoort dit niet bovenaan de rij. We werken toch hulpvraaggericht	Eens dat zorg in de basis hulpvraaggericht moet zijn. De hulpvraag is daarom naar boven geplaatst. Tevens is de hulpvraag toegevoegd aan de aanbevelingen voor de indicatiestelling.  Kanttekening is dat soms voldoende

			kennis bij de patiënt/ouders t.a.v. het hoorprobleem en mogelijke effecten in het dagelijks leven en de ontwikkeling nodig is om een hulpvraag te formuleren.
IGJ	P20-R45	Eerste aanbeveling: het is begrijpelijk dat de term langdurig een moeilijke definitie kent. Toch heb ik nodig wie deze definitie dan bepaalt, oftewel: wie bepaalt of het gehoorverlies blijvend of naar verwachting langdurig aanwezig zal zijn.	Er is een paragraaf toegevoegd om te verduidelijken dat de indicatiestelling in de regel gebeurt onder eindverantwoordelijkheid van een klinisch fysicus - audioloog en dat soms afstemming met een KNO arts nodig is voor de indicatiestelling
NVKF	P20r46	Feitelijk wordt door het criterium 20 dB te nemen voorbijgegaan aan de ANSD groep.	Terecht punt. De aanbevelingen en overwegingen zijn hierop aangepast. Zie ook reactie op commentaar bij P18.
NVKF	P20, regel 46-48	Hoorzorg voor kinderen met een gehoorverlies op 1 octaaffrequentie van 20 dB aan 1 oor of beide oren lijkt overdreven en praktisch niet haalbaar	Dank voor deze kritische noot. De werkgroep heeft het indicatiecriterium voor het bespreken/aanbieden van hoorzorg aangepast en verder toegelicht/onderbouwd. Zie ook antwoorden op de commentaren hierboven.
NVKF	P21 r1	2 <sup>e</sup> advies sluit niet zo goed aan bij de uitgangsvraag. Is daarnaast wat lastig leesbaar.	Het tweede advies is van belang om aan te geven dat het aanbieden van hoorzorg niet betekent dat er daadwerkelijk hoorzorg gegeven moet worden. Immers, hiervoor is de context (hulpvraag, kindspecifieke factoren) bepalend. Deze aanbeveling is bedoeld om aan

			te geven dat informatievoorziening en advies essentieel zijn om vervolgens met ouder en kind te bepalen welke hoorzorg geadviseerd wordt en wenselijk is (of niet). In deze context is deze aanbeveling van belang voor de indicatiestelling die bewust laagdrempelig toegang geeft voor hoorzorg voor zover nodig/wenselijk.
IGJ	P21-R1	Tweede aanbeveling: bij kind-specifieke factoren interpreteer ik deze als alle factoren genoemd op pagina 20 onder 'welke factoren zijn van invloed op de inhoud van de hoorzorg?' en ik interpreteer dat deze factoren besproken zijn met kind/ ouders en/of verzorgers. Op basis van deze aanbeveling vraag ik me af wat 'adviseren' betekent. Ik interpreteer het nu als dat voor- en nadelen, risico's en alternatieven besproken worden.	Deze aanbeveling is opgenomen om aan te geven dat er een indicatie voor hoorzorg kan bestaan, maar dat de inhoud van de hoorzorg afhangt van ondermeer kindspecifieke factoren. Naast het bespreken van voor- en nadelen, risico's en alternatieven, kan vanuit het Audiologisch Centrum advies gegeven worden welke hoorzorg verstandig/aan te bevelen is gegeven die voor- en nadelen en risico's. Adviseren gaat dus verder dan alleen de voor- en nadelen en risico's en alternatieven bespreken. Er is hier een extra zin aan gewijd bij de overwegingen.
NVKNO	Regel 34;	de Groninger minimum spraak normen zouden hier in mee genomen kunnen worden als hardere maat. Ook commentaar uit module 1 a: zie hierboven geldt hier.	Dank voor deze suggestie. De werkgroep heeft echter besloten de Groninger minimum spraak normen NIET toe te voegen om twee

			<p>redenen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Het betreft een screeningstool. In het AC is de expertise in huis (bij betrokken logopedisten / klinisch linguïst) om de ontwikkeling van de taal- en spraak met meer diepgang te beoordelen als bijkomende kindfactor dan deze screeningstool kan bieden.</li><li>2) Het betreft een screeningstool die toegepast kan worden bij kinderen tot 6 jaar, wat slechts een beperkt deel is van de doelgroep van deze richtlijn.</li></ol>
--	--	--	--

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
<b>P22 – P30</b>	<b>Module 1c</b>		
NVKF	alles	Maak een duidelijk overzicht wat past op 1 pagina. Ik zie nu telkens dezelfde figuur. Start met gemeenschappelijke deler en Specificeer daarna alleen de verschillen. Nu is het vrij onleesbaar Is het bijvoorbeeld mogelijk om een beslisboom op te stellen als roadmap en kort de aandachtspunten op te sommen voor elk van de takken in de boom?	<p>De figuren in deze module waren toegevoegd ter ondersteuning van de richtlijn in de vorm van een platte tekst, met als doel de lezer inzicht te geven in de relatie tussen de modules. In de uiteindelijke online versie van de richtlijn zal deze functie vervuld worden door:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) De inhoudsopgave die als kolom met moduletitels zichtbaar is links naast de tekst van de module die geselecteerd is. Deze moduletitels zijn klikbaar om direct naar het betreffende onderdeel van de hoorzorg te gaan.</li> <li>2) De vele verwijzingen (met aanklikbare links) die in de moduleteksten toegevoegd worden zodat naar gerelateerde modules geklikt kan worden. Deze verwijzingen zorgen ervoor dat de samenhang tussen de modules inzichtelijk is.</li> </ol> <p>Aangezien de figuren in de uiteindelijke versie weinig</p>

			toegevoegde waarde meer zullen hebben, zijn deze verwijderd uit de richtlijntekst.
NVKF	22	licht blijvend gehoorverlies. WHO definitie en gebruikt? Waarom wel/niet? Bij beschrijving hoort dan ook helmvormig en grillig.	De WHO definitie van gehoorverlies is bewust niet gebruikt. Zie voor een toelichting het antwoord van de werkgroep op commentaar bij P19 van module 1b hierboven.  De termen helmvormig en grillig zijn in deze module, maar ook aan module 1b toegevoegd.
NVKF	22	voetnoot 1 niet zichtbaar?	Deze is per abuis weggefallen. Na herschrijven van deze paragraaf op basis van de aangepaste inclusiecriteria is deze voetnoot komen te vervallen.
NVKF	P 22, regel 24	Vaag: de overwegingen die daarbij een rol spelen	Deze overwegingen zullen opgenomen worden in module 2a ('Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen'), welke nog in ontwikkeling is. Er is een verwijzing naar deze module toegevoegd.
NVKF	P22, regel 31	Komma kan weg.	Aangepast
NVKF	P 22, regel 34	"Die gelden voor het beste oor": dat hangt toch af van de mate van slechthorendheid van het slechtste oor?!	De inclusiecriteria zijn aangepast obv commentaar bij module 1b (zie hierboven).  De werkgroep heeft er bewust voor gekozen om kinderen met een asymmetrisch gehoorverlies te laten

			<p>vallen onder de categorie die past bij het beste oor + een categorie voor kinderen met een eenzijdig gehoorverlies (en normaal horend oor aan de andere zijde). Inschatting is dat het beste oor bepalend zal zijn voor domeinen in de algehele, spraak-taal en auditieve ontwikkeling. Bij gebruik van categorieën zullen er altijd kinderen zijn die op de grens van twee categorieën zitten. Het is dan aan de expertise van de zorgverlener welke aanbevelingen uit de richtlijn gevolgd worden. Immers, beredeneert afwijken van de richtlijn op individueel niveau is altijd mogelijk.</p> <p>Bovenstaande overwegingen zijn (deels) toegevoegd aan de richtlijntekst ter verduidelijking.</p>
NVKF	22-r40/45	<p>Deze definitie sluit m.i. niet aan bij internationaal gangbare definities, die zijn gebaseerd op een gemiddelde drempel. Zie <a href="https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/">https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/</a></p> <p>Ook is er een verschil tussen als een kind zich meldt met klachten, of als een drempel van 20 dBHL een toevalsbevinding is. Nogmaals: De door jullie gehanteerde grens is te vaag en te gunstig, ik zou hem expliciet en strakker willen stellen.</p>	<p>De inclusiecriteria zijn aangepast en daarmee ook de criteria voor deze categorie van gehoorverlies. Zie aangepaste inclusiecriteria in module 1b en reactie op commentaren bij module 1b hierboven.</p>
NVKF	P22 r41	<p>In deze groep zit nu alle mogelijke verliezen tussen bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bdzs. 1 drempel op 20 dB, verder alles op 10 dB</li> <li>- bdzs. 39 dB gemiddeld</li> </ul>	<p>De werkgroep is zich ervan bewust dat deze groep heterogeen is.</p>



		<p>- AS 39 dB, AD doof</p> <p>Klinisch zijn de verschillen hiertussen erg groot. We pleiten er daarom voor de groep Lichte verliezen scherper in te perken en ook uit te gaan van licht verlies in <i>beide</i> oren (zoals ook voor de groep matig- tot ernstig verlies er uitgegaan wordt van vergelijkbaar verlies in beide oren)</p>	<p>De werkgroep heeft onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing gevonden om deze groep van slechthorende kinderen op te splitsen. Vanwege een aantal overeenkomstige aandachtspunten is deze groep daarom toch samengenomen. In een toekomstige versie van de richtlijn kan dat mogelijk veranderen (zie Kennislacunes).</p> <p>Bovenstaande is toegevoegd aan de richtlijntekst in de vorm van een voetnoot.</p>
NVKF	P 22, regel 42	Eerste helft van zin kan weg = herhaling.	Aangepast
NVKF	P22, regel 45	Begin alinea met definitie. Mag korter. Uitleg over vorm van het audiogram en auditieve problemen ontbreekt. Ik denk dan aan het deel van het spraakgebied dat nog wel hoorbaar is (SII)	<p>De alinea is deels herschreven ivm de aangepaste indicatiecriteria. De alinea begint met de definitie.</p> <p>Er is een passage toegevoegd met voorbeelden van effecten van verschillende vormen van audiogrammen.</p>
NVKF	22, r50	waar gaat zin regel 50 en verder met dubbele punt naartoe?	Excuses de lay out in de vorm van een opsomming van de alinea's na de dubbele punt was weggevallen. Is gecorrigeerd.
AJN	P23- fig. 1.1	Onscherp, te kleine letters en te weinig contrast om het goed te kunnen lezen.	Figuur is verwijderd uit de richtlijntekst. Zie ook reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.

IGJ	P23-R25	Figuur 1.1 is een mooie schematische weergave. Een vergelijkbare weergave zou goed passen in een samenvatting en helpt de lezers om de kapstok helder te hebben. De componenten zijn in de figuur per categorie identiek. Mijn vraag is of dat voldoende helder is waar het onderscheid zit qua hoorzorg. Idem voor overige figuren.	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
IGJ	P23R25	Referentie figuur 1.1 ontbreekt. Idem voor overige figuren.	Er bestond geen referentie voor deze betreffende figuren. Ze waren door de werkgroep ontwikkeld als ondersteuning van de tekst. De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	P23-R35	In de schematische weergave van componenten van hoorzorg mis ik de basis: psychoeducatie, geven van adviezen en begeleiding, zoals wel wordt genoemd op P26-R44, maar ook daar niet in de schematische weergave staat	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	23-r49	Waarom is matig tot ernstig 1 groep? Gangbaar is om onderscheid te maken tussen matig, en ernstig. Beide groepen behoeven ook een net iets andere benadering, in elk geval in de counseling.	De werkgroep heeft deze indeling overgenomen uit de vorige versie van de richtlijn. Deze categorie is opnieuw gekozen omdat de kinderen met en matig tot ernstig verlies tov de andere categorieën een aantal overeenkomsten hebben: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kinderen met een matig tot ernstig gehoorverlies dragen in het algemeen hoortoestellen al of niet gecombineerd met solo-</li> </ol>

			<p>apparatuur en de meesten worden daar voldoende mee geholpen. De frequentie en opzet van periodieke controles (controle gehoor, controle hoorhulpmiddelen etc) is voor deze groep vrijwel hetzelfde.</p> <p>2) Voor kinderen met een matig tot ernstig gehoorverlies is het in de regel nodig en gewenst om zorg in de volle breedte aan te bieden (dus naast revalidatie met hoorhulpmiddelen ook zorg gericht op de spraak-taalontwikkeling, algehele ontwikkeling en/of psychosociale begeleiding).</p> <p>Deze overeenkomsten zouden ertoe leiden dat de inhoud van modules erg zouden overlappen als deze apart zouden zijn opgesteld voor matige en ernstige gehoorverliezen.</p> <p>Dat de groep wat betreft zorgbehoefte heterogeen is klopt. Dit komt echter niet alleen door de ligging van de hoordrempels. Bij vergelijkbare hoordrempels binnen</p>
--	--	--	--

			deze categorie kan het auditief functioneren alsnog fors verschillen, ondermeer als gevolg van verschillen in de onderliggende aandoening en overige kindfactoren. Welke indeling ook gekozen wordt, er zal altijd binnen een categorie variatie bestaan in de gewenste counseling. Het is aan de zorgverlener om hierbij maatwerk te leveren.
NVFK	P 23, regel 50	Kan een stuk korter	Eerste zin weggelaten en omschrijving herschreven op basis van de aangepaste inclusiecriteria.
NVKF	24	ik snap de rol figuur 1.2 niet. Dit schema is voor alle gehoorverliezen identiek.	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	24-1	Waarom 1-2-4 kHz wel weer als uitgangspunt bij deze groep? Ook hier zou ik uitgaan van de WHO.	De indicatiecriteria zijn aangepast obv het verkregen commentaar. Er wordt u ondermeer gewerkt met een criterium op basis van het gemiddelde verlies bij 1, 2 en 4 kHz. Er is bewust niet gekozen voor de WHO definitie van gehoorverlies. Zie reactie op commentaar bij P19 hierboven.
NVKF	P 24, regel 5	Deze groep van kinderen = “van” weglaten	Aangepast
NVKF	P24, regel 6-7	Ambigu: komt in aanmerking want drempels >35 dB (Zorgverzekering) of drempels > 20 dB (P19)	Zin herschreven
NVKF	P 24, regel 16-20	Dit lijkt mij als een algemene opmerking voor alle kinderen te gelden	Deze opmerking is bij deze categorie

		die htt dragen. Kan dus aan het begin van de aanbevelingen komen te staan	geplaatst omdat verreweg de meerderheid van de kinderen in deze categorie gebruik zal maken van hoorhulpmiddelen en in de regel hoortoestellen. Vandaar ook de toevoeging dat hoorzorg in de volle breedte bij deze groep 'essentieel' is. Bij de andere categorieën is dat minder vanzelfsprekend. De aanbevelingen in deze module zijn gericht op de indeling in categorieën. Aanbevelingen t.a.v. de inhoud van de hoorzorg (voor iedere categorie apart) kunnen gevonden worden in de overige modules. Daar komen ook deze zaken aan bod.
AJN	P24-29- fig. 1.2 t/m 1.6	Idem.	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	p25, r1	Ik heb begrepen dat (andere) medici "functionele doofheid" interpreteren als "psychogene slechthorendheid". Zo ook op audiologieboek. Ik gebruik daarom liever "doof functionerend".	Dank voor deze opmerking. De term functionele doofheid is aangepast tot doof functionerend.
NVKF	P 25m regel 4 en verder	Kan korter omschreven worden	Eerste zin is weggelaten en de definitie is anders geformuleerd.
NVKF	P25, R 19	En sociaal-emotionele ontwikkeling	Ontwikkeling aangepast naar verschillende domeinen van de ontwikkeling. Hier wordt zowel de sociaal-emotionele ontwikkeling als taal-spraakontwikkeling, algehele en

			didactische ontwikkeling bedoeld.
NVKF	P 26, regel 31	Leest niet vlot	Formulering aangepast
NVKF	P 27, regel 10	Bij SSD geen BCD als cros. Eventueel solo-apparatuur voor in de klas in plaats van hoortoestel, of aanvullend	De inzet van hoorhulpmiddelen komt aan bod in de module 'Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen', welke nog geschreven wordt. Zie voor afbakening van deze richtlijn t.a.v. toepassing van een BCD de algemene inleiding.
NVKF	P 27, regel	Woorden "eventueel" kunnen weg. Je stemt het af, dus dat impliceert al dat het eventueel is	Aangepast
NVKF	P27 r25	Het diagram impliceert dat de zorg voor taalspraak en algemene ontwikkeling en welbevinden na de technische revalidatie loopt terwijl het in feite parallel loopt.	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	p27, r31	Het woord "vrijwel" tussen haken, kan volgens mij verwijderd worden, als in de volgende zin wordt gesproken over drempels gunstiger dan 20 dB.	Formulering aangepast op basis van de aangepaste indicatiecriteria voor hoorzorg (zie eerder commentaar bij module 1b hierboven).
NVKF	P27 r35	Bij langdurige geleidingsverliezen, mis ik het noemen dat anatomische afwijkingen / operatieve ingrepen kunnen leiden tot langdurige geleidingsverlies die in principe niet wisselend van aard zijn – bv. mastoid holte, atresie. Blijvende verliezen bij bv. syndroom van down, treacher collins etc.	De genoemde conductieve verliezen zullen in de regel benaderd kunnen worden als blijvend en daardoor binnen één van de andere categorieën ingedeeld worden.
NVKF	P27, regel 41	Wisselingen in asymmetrie? Definitie hiervan? Lijkt me veel belangrijker of er sprake is van wisselend gehoorverlies (in termen van revalidatie)	Wisselingen in de mate van gehoorverlies zullen inderdaad belangrijker zijn. Dat punt wordt dan ook als eerste genoemd in de opsomming. Wisselingen in asymmetrie zijn relevant omdat

			<p>deze invloed kunnen hebben op de mate waarin het kind voordeel heeft van binaurale samenwerking en de mate waarin adviezen (bijv. tav vaste plek in de klas) altijd toepasbaar zijn.</p> <p>De inhoud van de opmerking hangt hier niet af van de exacte definitie van een asymmetrie.</p>
NVKF	28	hoezo bij ANSD per definitie in leeftijd NGS? ANSD kan ook later optreden.	Dank voor het opmerken. Dit is aangepast in de tekst.
NVKF	P28-R32	De groep ANSD valt eigenlijk buiten het criterium van 20 dB HL dat in de vorige module is genoemd. Bij ANSD kunnen zoals genoemd ook normale drempels voorkomen, wat deze kinderen dus buiten de richtlijn laat vallen. Vervolgens worden ze hier wel als aparte groep besproken. Ter overweging: Is het criterium van 20 dB HL wel een juist criterium voor deze groep, of zou dit in de richtlijn aanvulling nodig hebben? Daarbij in aanmerking nemend dat er in principe geen relatie is tussen gevonden drempels en problemen tgv ANSD.	Dank voor deze terechte opmerking. De indicatiestelling (module 1b) en diagnostiek daartoe (module 1a) zijn aangepast zodat ook deze groep binnen de indicatiestelling past.
NVKF	28-34	“OT akoestische” → “oto-akoestische”	Aangepast
NVKF	P 28, regel 34	Oto-akoestische emissies zijn niet altijd aanwezig bij ANSD.	Dat klopt. Er is naast de voetnoot die al bij deze alinea geplaatst was explicieter vermeld dat de CM ook kan bijdragen aan de indicatiestelling. De CM is ook toegevoegd aan module 1a.
NVKF	29	waarom in eerste alinea alleen over CI en niet over hoortoestellen en bij uitstek solo gesproken?	Toegevoegd
NVKF	P29, fig 1.6	Ipv hoortoestellen instellen volgens NAL ofd DSL → hoortoestellen voorzichtig instellen: maatwerk	Eens. Dit wordt in meer detail besproken in de overwegingen van module 7c. De figuren in deze

			module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.
NVKF	P30	Als Ansd is gewenste term, dan niet slechts tussen haakjes	Zowel auditieve neuropathie als ANSD zijn gangbaar en worden in de richtlijn gebruikt. De term ANSD wordt steeds toegelicht waar deze voor het eerst in een module gebruikt wordt omdat lezers in de uiteindelijke versie direct naar specifieke modules kunnen klikken en dus niet de voorkennis hebben over de gebruikte terminologie zoals bij een platte tekst wel het geval is.
NVKF	P30	Wat bij tijdelijk of wisselende gehoorverliezen?	<p>Kinderen met tijdelijke of wisselende gehoorverliezen vallen alleen binnen deze richtlijn als de tijdelijke gehoorverliezen langdurig aanwezig zijn (lees bij herhaling bevestigd en meerdere maanden aanwezig zoals in module 1c bij de overwegingen toegelicht wordt).</p> <p>Wisselende gehoorverliezen kunnen ertoe leiden dat er tijdelijk anders geacteerd moet worden t.a.v de hoorzorg. Hoe om te gaan met tijdelijke conductieve componenten bovenop een blijvend gehoorverlies</p>



			wordt nader besproken in de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren' welke nog in ontwikkeling is.
NVKNO		Vind in alle drie de modules de figuren onduidelijk en klein.	De figuren in deze module zijn verwijderd uit de richtlijntekst. Zie voor een toelichting de reactie op commentaar vanuit de NVKF hierboven.

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P31 – P99</b>	<b>Module 2</b>		
NHG		<p>Vele aanbevelingen (grijze blokken tekst door de hele richtlijn) die genoemd worden zijn een brug te ver voor huisartsen terwijl deze wel genoemd zijn als doelgroep. Ze vallen niet onder huisartsgeneeskundige zorg en niet onder het basistakenpakket. In de richtlijn graag een toevoeging maken zoals in de alinea over de doelgroep ‘voor zover behorend bij het basistakenpakket van de huisarts’. Graag overleg en of terugkoppeling hierover, en het advies om samenwerkingsafspraken te maken.</p> <p>Voor huisartsen is de NHG-standaard Slechthorendheid (opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep) leidend.</p>	<p>De richtlijn is primair gericht op de medewerkers van de Audiologische Centra die de hoorzorg uitvoeren. Voor deze doelgroep beschrijft de richtlijn de gewenste handelswijze. Voor de overige betrokken hulpverleners zoals KNO artsen, jeugdartsen, kinderartsen en huisartsen is de richtlijn ter informatie en als naslagwerk bedoeld. Aangezien dit klaarblijkelijk niet duidelijk bleek uit de richtlijntekst is de inleiding hierop aangepast, onder ‘voor wie is deze richtlijn bedoeld?’. De werkgroep bestaat daarmee uit disciplines die werkzaam zijn in de Nederlandse Audiologische Centra. Vanwege de nauwe betrokkenheid bij de hoorzorg zijn de KNO artsen in de klankbordgroep vertegenwoordigd.</p>
NVKF	P32, regel 25	Amplitudecompressie en frequentiecompressie.	aangepast
NVKF	32-voetnoot	“Dit is vaak een...” Of logopedist?	Als volgt aangepast: “Dit is vaak een (..) en in sommige AC’s een logopedist ”
NVKF	33	bij relevante uitkomstmaten is geen rekening gehouden met dat deel van de patientenpopulatie waarbij sprake is van een ernstig of zeer ernstig gehoorverlies waarbij niet gekozen is voor CI door ouders, of niet mogelijk is. In dat geval is detectie een van de belangrijkste uitkomstmaten.	Dit is een relevante opmerking tbv de module over zeer ernstige gehoorverliezen. We zullen daar een opmerking toevoegen. Ook in de module ‘Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren’ besteden we hier aandacht aan. Deze module wordt later ter commentaar aangeboden.
NVKF	33	Een ander aspect is beschikbaarheid van geluiden	Dit is meegenomen in de module er na

		uit de omgeving (met DSL meer dan met NAL). Waarom is dit criterium niet meegenomen?	
NVKF	33	En waarom wordt alleen gekeken naar geluidsbewerkingstechnieken en niet naar hoeveelheid versterking?	Dit is meegenomen in de module er na
NVKF	33	Feit dat er geen verschillen worden gevonden met en zonder NLFC kan ook te maken hebben met wel/niet verifiëren met REM Metingen dat hoogfrequent geluid wel/niet bovendrempelig wordt.	Wolfe (2015) gebruikt verificatie van DSL 5.0 rekenregel dmv RECD meting bij 55,65,75 dB SPL Hillock-Dunn (2014) gebruikte gesimuleerde RECD meting en coupler verificatie Bentler (2014) gebruikt probe mic metingen voor de verificatie van DSL v5.0 Wolfe (2010,2011) gebruikt real ear probe microphone metingen voor verificatie van DSK v5.0 bij 55,65,75 dB SPL  In de tekst waarin de resultaten van Hillock-Dunn besproken worden wordt een opmerking toegevoegd dat er geen REM meting is verricht
NVKF	33	Teleurstellend dat er alleen studies zijn met NLFC, behalve Flynn (2004).	-
NVKF	P34r1	Onduidelijk is wat er niet-lineair is aan de frequentie of amplitudecompressie. De studie uit 2004 met de DigiFocus doet vermoeden dat het lineaire compressie is op een log-log (dB-dB) schaal. Is dat dan niet-lineair? Idem voor frequentiecompressie (logF-logF schaal)	Hiermee wordt bedoeld (in het geval van amplitudecompressie) dat er sprake is van compressie met een niet over het gehele (input)intensiteitgebied de zelfde compressie verhouding, er is dus een (minsten één, zelfs bij de DigiFocusII) compressie kniepunt.  Analoog (!) voor frequentiecompressie: met NLFC wordt frequentiecompressie bedoeld over niet het gehele frequentie gebied.

			Eea is nu toegelicht in de tekst
NVKF	P34, regel 1,3	Overweeg de Engelse termen te nemen om beter aan te sluiten bij internationale literatuur (net zoals op p 42 WDRC wordt gebruikt)	Goed punt. We kiezen voor de termen die het meeste duidelijkheid geven. Dit komt vaak neer op een Engelse afkorting en de uitgeschreven tekst in het Nederlands (bv botverankerbare hoortoestellen (BCD)). Op deze manier dient het Nederlands als een uitleg van de (vaakgebruikte afkorting)
NVKF	P37, regel 25-35	Vervang 'we zijn onzeker' door; er is geen (of beperkte) evidentie voor de werkzaamheid van ...	Bij zeer laag GRADE conclusies is "we zijn onzeker" de gebruikelijke manier voor het formuleren van de aanbevelingen. Om deze reden niet aangepast.
NVKF	P37r30	Hier worden twee zaken dor elkaar gehaald: amplitudecompressie (Flynn) en frequentiecompressie (rest). Eens met de conclusie dat NLFC geen effect heeft op sv.	aangepast
NVKF	p.38r4	Wolfe (2015) biedt de kinderen altijd hoogfrequente info aan (soms verschoven in frequentie). Dus dat zegt niet dat hoogfrequente info niet relevant is.	Eens. Echter de GRADE van het paper was hoe dan ook laag dus de conclusie dat we onzeker zijn over de baat blijft ongewijzigd
NVKF	p.38r7	Alleen Flynn nemen als bewijs voor het effect van amplitudecompressie is wel heeeneel erg mager. Er moeten wel honderden papers zijn verschenen over de eventuele meerwaarde van WDRC. Waarom grijp je niet naar volwassenen data als er geen kinder-data zijn? Flynn was 2-kanaals compressie en vergeleken met lineaire toestellen met AGC-O of PC. Gedateerd!  Ik neem aan dat het advies niet zal zijn om lineaire versterking te geven aan kinderen...	Eens dat dit mager is. Het niet meenemen van literatuur over volwassenen is inherent aan de methodiek. Verderop in de module, bij de overwegingen noemen we dat WDRC toegepast kan worden om fitting volgens een niet lineaire rekenregel mogelijk te maken.

NVKF	P38 regel 13	Overweging op basis van expert opinion?	Deels, en deels literatuur die vanwege de beoordelingscriteria niet meegenomen kon worden in de aanbevelingen maar wel relevant is
AJN	P39- 4	'de' weghalen en reserveversterking hoort m.i. aan elkaar geschreven.	Gedaan
NVKF	P39r4	Er moet altijd voldoende reserve zijn, al was het alleen al om ongewenste vervorming te voorkomen (transienten, vastlopen).	"enige" vervangen door "extra"
NVKF	p39, r4	het woord "de" moet verwijderd worden.	Aangepast
NVKF	39, r12	"in vrijwel alle gevallen solo geïndiceerd". Niet vanzelfsprekend bij blijvende conductieve verliezen of lichte perceptieve verliezen	Vandaar tussenvoeging "vrijwel", nu meer genuanceerd gesteld door "vrijwel alle" te vervangen door "veel"
NVKF	P39 r20/21	(sub)normaal verlies moet m.i. (sub)normaal gehoor zijn.	Aangepast
NVKF	P39 regel 24	Idem als bij IHO: niet per definitie afraden, maar nadelen bespreken. Geïnformeerde keuze door ouders.	Nu meer genuanceerd beschreven obv deze input
NVKF	P39 r24	Overigens ook LIHO/IHO niet geïndiceerd bij regelmatig looporen.	idem
NVKF	P39-R29	Ik snap deze aanbeveling niet goed of deze is wellicht te algemeen geformuleerd. Het wordt natuurlijk een ander verhaal als er hoogfrequent wel een wezenlijk verlies is (vanaf welke drempels?), maar dat zou dan wel expliciet gemaakt moeten worden om onduidelijkheid te voorkomen.	De formulering met "overweeg" is gebruikt omdat we uit de literatuuranalyse onvoldoende bewijs hebben om dit stellig te adviseren. Tekst nu aangepast zodat duidelijker is dat we volledige afsluiting bij dergelijke verliezen niet adviseren
NVKF	P39r29	Ik begrijp "overweeg" niet: je wilt bij zo'n verlies altijd voldoende venting. Dat kan altijd via een maatoorstukje, ook bij een conventioneel toestel. Mij lijkt dat je altijd een zo open mogelijk oorstukje moet hebben (ivm occlusie/blijven horen van de	De formulering met "overweeg" is gebruikt omdat we uit de literatuuranalyse onvoldoende bewijs hebben om dit stellig te adviseren. Tekst nu aangepast zodat duidelijker is dat we volledige afsluiting bij

		geluiden die je al hoort/beluchting). Het klinkt alsof je altijd kiest voor een dicht massief oorstukje...	dergelijke verliezen niet adviseren
NVKF	P39 regel 34	Interessant (Johnstone 2018), wordt dit artikel ook ergens besproken? Heeft dit wel een hogere GRADE dan (zeer) laag?	Het artikel van Johnstone voldoet niet volledig aan de geformuleerde PICO en is om deze reden niet in de literatuuranalyse betrokken.
NVKF	P39r36	(bi)CROS alleen als 2 hoortoestellen niet werken (te bepalen met sv per oor). Er zijn toestellen waarbij zowel (bi)CROS als afzonderlijk de zijden versterkt kunnen worden (spraak360 bij Phonak B70 bijvoorbeeld)	De inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen, inclusief (bi)CROS wordt beschreven in een aparte module welke nog in ontwikkeling is. Omdat in die module de context duidelijker is, is deze tekst verplaatst naar die module. Wat betreft spraak360 van Phonak B70: dit is in niet alle gevallen een goed alternatief voor een BICROS. Immers als er sprake is van één oor met nog redelijke verstaansmogelijkheden (met versterking) en als het andere oor geluiden vervormt of op andere wijze negatief bijdraagt aan het verstaan, dan kan het met spraak360 zo zijn dan spraak afkomstig van de zijde van het goede oor, vanwege het ook binnenkomen aan het slechte oor, minder wordt verstaan.
NVKF	P39 regel 38	Vanaf 4 jaar al bicros?	De inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen, inclusief (bi)CROS wordt beschreven in een aparte module welke nog in ontwikkeling is. Omdat in die module de context duidelijker is, is deze tekst verplaatst naar die module. In die extra module adviseren we inderdaad terughoudend te zijn met de toepassing, vooral als kinderen

			zich nog onvoldoende bewust zijn van hun geluidsomgeving.
NVKF	P39 regel 48	Waarom moet ik de wijze waarop de slang bevestigd wordt specificeren? O.b.v. mijn expert opinion komt de audicien daar prima zelf uit.	Dit is een overweging. Voor een goede audicien waarmee vaak samengewerkt wordt zal dit inderdaad niet nodig zijn.
NVKF	P39 regel XX	Keuze oorstukje: soms ook medische reden voor keuze materiaal of venting.	Eens, toegevoegd.
NVKF	40 r7	Eerste alinea. Voordelen van een doorgetrokken slang ook benoemen: geen resonanties of verzwakking hoogfrequent geluid, steviger bevestiging	Eens met het punt over resonantie, dit toegevoegd. Mbt stevigheid: dit hangt sterk af van het materiaal van het oorstukje. Bij een flexibel oorstukje laat de doorgetrokken slang juist eerder los. Nu uitgebreider beschreven.
NVKF	P41, regel 7	Kan korter: de evidentie is gering en studies zeer verschillend in opzet, inclusie van en variatie tussen groepen, en gebruikte uitkomstmaten.	overgenomen
NVKF	P40 regel 25	Opnieuw over afraden dunne slang. Misschien kan dit hoofdstuk wat korter door informatie beter te groeperen.	Eerder ging het over de toestelkeuze en werd een LIHO afgeraden. In dit stukje tekst gaat het over de keuze van oorstukje en slang (bv bij een AHO met dunne slang). We kiezen ervoor om dit toch op beide plekken te vermelden.
NVKF	P 40 regel 29	Met als Doel een juiste pasvorm	Aanvulling toegevoegd
NVKF	P40r29	Waarom moet deze zijn voorzien van filters (en waarom gewone toonbochtjes dan niet)?	Voor zowel kindertoonbochten als gewone toonbochten geldt dat het toepassen van een filter er voor zorgt dat er resonantie pieken in de het geluid afgevlakt worden. Zoals het er stond werd inderdaad gesuggereerd dat dit voor reguliere toonbochten niet geldt. Tekst aangepast.
NVKF	p40, r40/41	Dit lijkt me ook in overleg met ouders te gaan. Sommige ouders vinden kindvriendelijke	We kiezen er voor om dit wel als advies zo te formuleren. Ook omdat niet duidelijk is hoe

		batterijlades niet handig, en daar mogen ze zeker over meebeslissen.	dit juridisch zit. Aangepast als volgt: Bij kinderen jonger dan 5 jaar en/of relevante kind-factoren dient een hoortoestel voorzien te zijn van een vergrendelbare batterijlade (IEC 2019), de audicien moet deze mee leveren. Bespreek het toepassen daarvan met ouders. Indien ouders er voor kiezen de vergrendelbare batterijlade niet te gebruiken, leg dit dan vast in het dossier.
NVKF	P40, R43-47	Eerder een taak voor de audicien	Voetnoot toegevoegd: "af spreek af dat de audicien dit bespreekt"
NVKF	41, r44	Hoe zit het met de bandbreedte in de lage tonen?	Uiteraard heeft de term 'bandbreedte' betrekking op de omvang van het gehele frequentiebereik. Feitelijk gaat het in deze tekst dus om het al dan niet van belang zijn van extra bandbreedte aan de hoogfrequente kant van het spectrum. Tekst aangepast zodat duidelijker is dat we het daar om gaat.
NVKF	P41r50	Volgens mij is de beperkende factor de standaard receiver, die standaard niet boven de 6 kHz komt.	Aangepast, dit was blijkbaar gebaseerd op verouderde literatuur.
NVKF	P42, regel 6	Dat hangt er van af: er is werk dat meerwaarde laat zien in detectie /s/, zie o.a. Stelmachowicz et al., 2001/2002.tevens mogelijk meerwaarde bij lokalisatie in verticale vlak (Byrne&Noble 1998)	We hebben het werk van Stelmachowicz et al (2001) inderdaad bekeken. Het heeft echter betrekking op een groep kinderen met een groter gehoorverlies. Deze module beschrijft adviezen en overwegingen bij lichte verliezen. Voor grotere verliezen (zie volgende modules) komen de bevindingen van Stelmachowicz et al (2001) overeen met die



			<p>van de literatuur die uit onze literatuursearch naar boven is gekomen, namelijk dat er baat kan zijn maar dat eea op een individuele basis afgewogen dient te worden.</p> <p>Tav Burne &amp; Noble: Localisatie in het verticale vlak hebben we niet meegenomen als uitkomstmaat in de PICO over dit hele hoofdstuk. Derhalve benoemen we dit hier niet</p>
NVKF	P42r15	Als je precies de functie van de buitenste haarcellen overneemt met compressie (CR 4:1 en instantaan), vindt de luisteraar dat geen fijn geluid. Dus dat is niet het doel. Het doel is om alle geluiden hoorbaar te maken binnen het rest dynamisch bereik.	Dit stond er inderdaad wat stellig. Met dank voor de tekst-suggestie is de zin nu gewijzigd in: “. Dit is om bij cochleaire verliezen, waarbij de buitenste cellen niet meer goed functioneren als natuurlijke versterkers van zachte geluiden, geluiden hoorbaar te maken binnen het rest dynamisch bereik.”
NVKF	P42r31	Vaak?	Eens, nu gewijzigd in “in sommige hoortoestellen”
NVKF	P42 regel 37	Dit zou onafhankelijk moeten zijn van module zou ik denken? Verifiëren van versterking doe je altijd onafhankelijk van het type gehoorverlies.	Eens, deze tekst komt daarom ook terug in de modules over andere gehoorverliezen
NVKF	P42-R39	zachter, gemiddelde en harde vervangen door lage, normaal sterke en hoge	Eens, dat zijn betere duidingen als het om intensiteit gaat
NVKF	P42-R41	Opmerking “ echter niet in-situ” wordt niet toegelicht.–	Nu toegelicht als volgt: echter niet in-situ, vanwege blootstelling aan hard geluid
NVKF	P42r45	Ook binnenste haarcellen kan je beschadigen met geluid.	Correct. “buitenste” verwijderd
NVKF	P42r46	Te veel begrenzing leidt tot te veel compressie en kan leiden tot verminderd spraakverstaan. Ik denk ook wel dat dat zo is, maar is daarvoor evidence?	Eens, gewijzigd in: “Te veel begrenzing en daardoor het onvoldoende benutten van het dynamisch bereik leidt tot te veel compressie

		Van Buuren laat zien dat je een heel eind kunt gaan zonder merkbaar effect. Het hangt natuurlijk ook met name af van de regeltijden!! Belangrijkste is dat te lage MPO zorgt voor het niet volledig gebruik maken van het dynamisch bereik.	en kan leiden tot verminderd spraakverstaan.”
NVKF	P43r18ev	Dit is het in één alinea overdoen van de literatuur review? Dus eigenlijk dubbel?	Het is inderdaad een herhaling van de tekst. Wij vonden het een functionele herhaling ten behoeve van de totstandkoming van de overweging.
NVKF	P43-R28	Behoeft enige toelichting	Dit wordt uitgelegd in de modules over matige tot ernstige verliezen. Omdat de uitleg hier inderdaad van belang is heb ik deze hier nu ook geplaatst.
NVKF	P43r38	Ref staat niet in de lijst.	Er was een [enter] weggevalen waardoor deze referentie in dezelfde regel stond als de referentie er voor in de lijst
NVKF	P43r39	Is denk ik waar, maar waarom? Of ref?	Nu toegevoegd: Immers, het kunnen localiseren van geluid stelt de luisteraar in staat zich te richten tot de geluidsbron en te kunnen profiteren van intra-aurale spectrale en temporele cues (Johnstone, 2018).
NVKF	P43r41	Geldt de hele paragraaf voor conductieve verliezen? Ik begrijp dat niet goed, omdat bij conductieve verliezen je alleen een overall versterking moet geven.	Deze alinea (met die erboven) is inderdaad niet duidelijk. Wat we bedoelden is: kinderen hebben altijd meer moeite met verstaan in rumoer dan volwassenen, kinderen met een perceptief gehoorverlies hebben nog meer moeite dan normaal horende leeftijdgenoten. Voor kinderen met een conductief verlies is de kritische signaal ruisverhouding voor het verstaan niet noodzakelijke vermindert. Voor hen geldt echter dat verminderde lokalisatie (bij

			<p>gebruik van hoortoestellen) kan leiden tot verminderd verstaan in rumoer.</p> <p>De eerste twee alinea's zijn nu als volgt herschreven:</p> <p>Alle kinderen, ook kinderen met een normaal gehoor, hebben meer moeite met verstaan in rumoer dan volwassenen (McCreery, 2012b; Koopmans, 2014). Het vermogen om spraak te verstaan in rumoer is bij kinderen van 4 tot mogelijk 18 jaar nog in ontwikkeling. Hierbij lijken auditieve factoren (uitrijping van het auditief systeem) en ook niet-auditieve factoren zoals talige en cognitieve factoren een rol te spelen. Kinderen met een perceptief gehoorverlies hebben naast bovenstaande ook als gevolg van het gehoorverlies meer moeite met verstaan in rumoer. Gehoorverlies van conductieve aard zorgt niet per sé voor een extra vermindering van het vermogen om spraak te verstaan in rumoer. Echter, geluidswaergave via hoortoestellen, vooral achter het oor gedragen toestellen met conventionele oorstukjes, zorgt echter wel voor verminderde lokalisatie (Johnstone, 2018). Ook een asymmetrisch gehoorverlies leidt tot meer moeite met lokalisatie. Verminderde lokalisatie maakt het moeilijker om in rumoer en slechte akoestiek te verstaan. We gaan er daarom van uit dat alle kinderen met perceptief of een</p>
--	--	--	--

			<p>asymmetrisch conductief verlies, en kinderen met een conductief verlies gerevalideerd met hoortoestellen moeite hebben met verstaan in rumoer.</p> <p>Omdat de signaal-ruisverhouding in klaslokalen en andere plaatsen waar kinderen moeten functioneren regelmatig ongunstig is, vormt dit een probleem voor deze kinderen.</p> <p>.</p> <p>Naast verminderd verstaan, leidt achtergrondruis tot verminderd comfort. Vooral bij harder achtergrondgeluid kan dit leiden tot het minder willen dragen van de hoortoestellen. Hieronder zetten we uiteen wat het nut kan zijn van het toepassen van ruisonderdrukking bij deze problemen.</p>
NVKF	P43-R41 tot R45	Mogelijk probleem bij conductieve verliezen wordt besproken maar niet wat dit betekent tav van (advies voor) ruisonderdrukking.	<p>Nu een regel toegevoegd. De eerste twee alinea's zijn vervangen door:</p> <p>Alle kinderen, ook kinderen met een normaal gehoor, hebben meer moeite met verstaan in rumoer dan volwassenen (McCreery, 2012b; Koopmans, 2014). Het vermogen om spraak te verstaan in rumoer is bij kinderen van 4 tot mogelijk 18 jaar nog in ontwikkeling. Hierbij lijken auditieve factoren (uitrijping van het auditief systeem) en ook niet-auditieve factoren zoals talige en cognitieve factoren een rol te spelen. Kinderen met een perceptief gehoorverlies</p>

			<p>hebben naast bovenstaande ook als gevolg van het gehoorverlies meer moeite met verstaan in rumoer. Gehoorverlies van conductieve aard zorgt niet per sé voor een extra vermindering van het vermogen om spraak te verstaan in rumoer. Echter, geluidswaergave via hoortoestellen, vooral achter het oor gedragen toestellen met conventionele oorstukjes, zorgt echter wel voor verminderde lokalisatie (Johnstone, 2018). Ook een asymmetrisch gehoorverlies leidt tot meer moeite met lokalisatie. Verminderde lokalisatie maakt het moeilijker om in rumoer en slechte akoestiek te verstaan. We gaan er daarom van uit dat alle kinderen met perceptief of een asymmetrisch conductief verlies, en kinderen met een conductief verlies gerevalideerd met hoortoestellen moeite hebben met verstaan in rumoer.</p> <p>Omdat de signaal-ruisverhouding in klaslokalen en andere plaatsen waar kinderen moeten functioneren regelmatig ongunstig is, vormt dit een probleem voor deze kinderen.</p> <p>.</p> <p>Naast verminderd verstaan, leidt achtergrondruis tot verminderd comfort. Vooral bij harder achtergrondgeluid kan dit leiden tot het minder willen dragen van de hoortoestellen. Hieronder zetten we uiteen</p>
--	--	--	--

			wat het nut kan zijn van het toepassen van ruisonderdrukking bij deze problemen.
NVKF	p43, r49-50	“gain” = “versterking” ?	aangepast
NVKF	P44r5	“auditief functioneren” is hier geen goede term, omdat eigenlijk spraakverstaan mee wordt bedoeld.	We hebben heur bewust “auditief functioneren” gebruikt omdat we refereren aan een van de artikelen van Pittman waarin naast spraakverstaan ook het leren van woorden een uitkomstmaat is.
NVKF	P44-R6	Waarom staan deze uitkomsten niet in eerdere gedeelte literatuursearch?	Dat heeft te maken met de gehanteerde methodiek. De bewijskracht van deze studie was te laag. Ze konden daarom niet meegenomen worden tbv het formuleren van de aanbevelingen maar wel in dit deel ( de overwegingen)
NVKF	44 en 43	Is bekend wat de effectiviteit is van deze technieken bij redelijk open aanpassingen?	Niet helemaal duidelijk op welke regels deze opmerking betrekking heeft. Ik vermoed op het stuk over samenhang tussen directionaliteit en ruisonderdrukking. Bij een open aanpassing vallen net als bij het gebruik van een richtinggevoelige microfoon de lage tonen deels weg. Compensatie door een bass boost of WDRC zal echter niet mogelijk zijn in dat geval. Echter: open aanpassingen worden sowieso niet aangeraden als er noodzaak is voor de nodige laagfrequente versterking. Ons voorstel is daarom de tekst niet aan te passen.
NVKF	p44, r8	Er staat “baat merken bij”; het is “baat hebben bij” of “voordeel merken van”	Aangepast
NVKF	P44r10	Waarom is dit dan niet met een pico onderzocht? Hebben we het hier “slechts” over een expert	Dit heeft te maken met de gehanteerde methodiek. Voor de gehele richtlijn konden

		opinion?	slechts 7 pico's geformuleerd worden.
NVKF	p44, r14	“kan toegepast worden in kinderen” = “kan worden toegepast bij kinderen”	Aangepast
NVKF	P44, R 15 ev	Het is hier meer als verhaal opgeschreven, terwijl in de volgende alinea over richtinggevoelige microfoons het opgeknipt is in bullets. Dat laatste vind ik prettig (overzichtelijker en sneller terug te vinden), kan dat voor dit stuk ook?	Goede suggestie, aangepast
NVKF	44-24/45-33	Dit is wat voorzichtig, en ik zie geen literatuur waarop dit is gebaseerd. Als je hier bv. kijkt <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22858614/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22858614/</a> zou je ook kunnen argumenteren dat het voor jonge kinderen lastig is, maar voor schoolgaande kinderen best te verwachten dat ze baat hebben bij een adaptief directioneel systeem (dit is ook de lijn in Canada en Amerika). De conclusie van het artikel van Wolfe (2017) is: “The results of this study suggest that adaptive noise management technologies should be considered for use with school-age children when listening in academic and social situations.” Ik vind het stuk wat voorzichtig gesteld, en zou op basis van literatuur willen bepleiten dat er komt te staan dat een voorzichtig adaptieve directionele microfoon op deze leeftijd een goed idee is, als daar goed over gecounseld wordt.	Dank voor deze aanvulling. We hebben op basis van dit artikel nu ingevoegd dat directionaliteit overwogen kan worden als kinderen zich bewust zijn van de noodzaak zich tot een gewenst geluid te richten maar dat (Ricketts en Galster 2008) het aannemelijk is dat het gemiddelde schoolkind dit zou moeten kunnen.  McCreery (2012) stelt echter ook dat het effect van een richtinggevoelige microfoon op incidental learning nog onvoldoende bekend is. Om deze reden blijven we nog enigszins voorzichtig in ons advies. McCreery (2012) besluit met “Therefore, recommendations regarding directional microphones with school-age children should be based on the child’s ability to change the directional setting and the specific acoustic environments encountered by the child.” En is dus ook vrij voorzichtig met het adviseren van directionaliteit.
NVKF	P44r44	Het grote verschil tussen DNR en DIR is dat de ene zich richt op een mono signaal en de ander gebruik	Eens. Aangepast :identificatie van ruis op basis van spectrale en temporele

		maakt van de ruimtelijke scheiding tussen spraak en ruis. Volgens mij is de optimalisatietechniek wezenlijk anders. DIR probeert de energie in de zij- en achterkant te minimaliseren. Huidige toestellen werken nog wat geavanceerder en inderdaad is er een koppeling met DNR.	eigenschappen van het binnenkomende geluid kan voor DIN en DNR deels hetzelfde zijn. Daarnaast bepaalt uiteraard het verschil in input via de verschillende microfoons welk geluid er bij DIR onderdrukt wordt.
NVKF	P44r49	Het is gewoon een extra versterking in het laag, niet specifiek WDRC	Eens, aangepast.
NVKF	P44-R49/50	Is wat sterk gezegd, voor wat smalbandiger ruis wordt SNR we degelijk gunstiger bij een multichannel hoortoestel	Dit is de reden dat er stond “waar alleen ruisonderdrukking <u>doorgaans</u> niet zorgt voor een gunstigere signaal-ruisverhouding (..)”. Dit nu meer benadrukt door achter doorgaans toe te voegen “in het geval van breedbandige ruis”
NVKF	P45r2	Hangt sterk af van de galmstraal en het effect kan veel groter zijn dan 1 meter (is overigens in mijn ogen erg kort).	Eens, nu als volgt wat uitgebreider beschreven: Een beperking van richtingsgevoelige microfoons is dat ze alleen effectief zijn als de afstand tot de geluidsbron zodanig kort is dat het directe geluid van de bron een hogere intensiteit heeft dan het totaal van het gereflecteerde geluid van de bron. In welke mate een directionele microfoon effectief is hangt dus ook van de ruimte.
NVKF	45-r14	“Net als bij ... niet belemmerd wordt”. Ik vind dit wel wat negatief geformuleerd. Dit geldt namelijk ook voor solo-apparatuur, terwijl iedereen met gezond verstand dat aanbiedt aan SH kinderen vanaf een bepaalde leeftijd waar nog over te discussieren valt. Mijn hypothese zou eerder zijn dat de ontwikkeling van deze hogere auditieve processen door toepassen van deze technologie	Eens. We benoemen dit als een kennislacune in bijlage 2.



		gestimuleerd wordt, doordat je de kans vergroot dat kinderen in rumoer meer meekrijgen... Op dit stukje mis ik een literature search.	
NVKF	P45r18	Volgens mij is hier wel wat (Canadese) lectuur over.	Opmerking toegevoegd (niet op basis van Canadese literatuur maar op basis van Mc Creery (2012))
NVKF	P45 regel 21	Onduidelijk. Dus ook pas kiezen voor automatische directionaliteit als een kind zich bewust is van de noodzaak zich tot het geluid te richten? Het is natuurlijk niet zo dat een door het kind gewenst geluid per se het meest belangrijke geluid is. Dus hoe verhoudt zich dit tot incidenteel leren?	Eens dat dit er niet duidelijk stond. Nu aangevuld met : Of wacht met het toepassen van een directioneel programma tot het kind in staat is te beoordelen of de gebruiksomgeving geschikt is om dit toe te passen.
AJN	P46	Batterijtester aan elkaar geschreven.	aangepast
NVKF	P46	Aanbevelingen lijken niet zo aan te sluiten bij de uitgangsvraag features (technische mogelijkheden van HTen) vs bilateraal en advies "lever hoortoestellen met.... " Wanneer is versterking geïndiceerd? En hoe dan? De keuze voor een AHO lijkt impliciet. Is het niet verstandig om ook bij deze aanbevelingen de BCD te noemen onder voorwaarden/te verwijzen naar de richtlijn BCDs?	Hoe versterking geïndiceerd is, en in welke mate wordt beschreven in de module over NAL vs DSL ('Instellen van hoortoestellen met de NAL- of DSL-rekenregel').  De keuze voor een AHO lijkt impliciet omdat deze richtlijn voor wat betreft de technische revalidatie alleen de revalidatie met luchtgeleidingstoestellen beschrijft.  Hoe deze richtlijn zich verhoudt tot de BCD richtlijn wordt nu duidelijker beschreven in de inleiding van de richtlijn, onder "afbakening"
NVKF	P46	Dagelijks testen van de hoortoestellen vraagt veel van ouders (zeker als een kind ruim ouder is dan bijv 10).	Dagelijks is optimaal en we adviseren over wat optimaal is. De praktijk zal minder optimaal zijn. We worden geacht adviezen concreet te beschrijven, daarom toch

			dagelijks nu vervangen tot “bij voorkeur dagelijks” en niet door “periodiek” of “regelmatig”
NVKF	P46	Vreemd genoeg is dit geen samenvatting, maar meestal nieuwe info en aanbevelingen. Lijkt uit het niets te komen.	Daar waar de aanbevelingen niet gebaseerd leken op overwegingen is dit aangepast. Ook is de volgorde van de onderwerpen in de aanbevelingen nu gelijk aan de volgorde van de onderwerpen in de overwegingen. Omdat de teksten over de andere gehoorverliezen hetzelfde euvel hadden is eea voor alle hoofstukken nu aangepast.
NVKF	P46	Instructie over reinigen moet door audiciens gegeven worden. Is deze richtlijn ook op hen van toepassing?	De richtlijn is niet op audiciens van toepassing. Het is de verantwoordelijkheid van het AC team dat deze instructie gegeven wordt. Het AC team mag ook afspraken maken dat de audiciens dit doet. Dit nu toegevoegd
NVKF	P46	In geval van venting: nadruk leggen op schoonhouden van venting (en geluidskanaal)	Toegevoegd dat de blaasbalg (en ragers) gebruikt moeten worden om venting en geluidskanaal open te houden
NVKF	P46 regel ?	Wat is voldoende reservebereik? In principe moet een bereik van 30-35 dB worden aangehouden voor optimale representatie van spraakgebied. In praktijk zal compressie zorgen dat met een lager bereik ook goede revalidatie mogelijk is (m.n. bij de ernstig SH); deze hebben mogelijk met 20 dB al goed resultaat.	Toegevoegd dat voor de benodigde reserve vastgesteld kan worden met de informatie uit de module over rekenregels
IGJ	P46-R4	Aanbevelingen: ‘uitvoering van hoortoestellen’: - “Pas bilaterale versterking toe tenzij dit niet geïndiceerd is”. Ik mis de achtergrond van de indicatie tot bilaterale versterking en de criteria voor al dan niet toepassen.	De indicatie voor hoortoestellen (al dan niet binauraal) wordt beschreven in de modules 2a/3a/4a/5a/6a die nog in ontwikkeling zijn. Aanbevelingen die in die module besproken/toegelicht worden (bijv tav

		<p>“Kies hoortoestellen met: voldoende”. Het is voor mij als toezichthouder van belang om te weten wat ‘voldoende’ is. Nu interpreteer ik dit als de aanwezigheid van connectiviteit mogelijkheden</p>	<p>bilaterale versterking) zijn naar die module verplaatst.</p> <p>Toegevoegd dat voor het inschatten van de hoeveelheid kanalen de module over rekenregels geraadpleegd kan worden (‘Instellen van hoortoestellen met de NAL- of DSL-rekenregel’).</p> <p>Toegevoegd dat voor de benodigde reserve vastgesteld kan worden met de informatie uit de module over rekenregels (‘Instellen van hoortoestellen met de NAL- of DSL-rekenregel’).</p> <p>Idem voor bandbreedte</p>
IGJ	P46-R5	<p>Aanbevelingen: ‘Geluidsbewerkingstechnieken van hoortoestellen’:  “Voldoende kanalen”, “voldoende reservebereik”, “voldoende bandbreedte”. Idem als voorgaande item: wat betekent ‘voldoende’. Deze specificatie is voor mij nodig.</p>	<p>Toegevoegd dat voor het inschatten van de hoeveelheid kanalen de module over rekenregels geraadpleegd kan worden (‘Instellen van hoortoestellen met de NAL- of DSL-rekenregel’).</p> <p>Toegevoegd dat voor de benodigde reserve vastgesteld kan worden met de informatie uit de module over rekenregels (‘Instellen van hoortoestellen met de NAL- of DSL-rekenregel’).</p> <p>Idem voor bandbreedte</p>
NVKF	47	<p>“Pas in principe geen frequentieverlaging toe”. Ook niet overwogen in overleg met ouders bij ski-slope gehoorverlies en problemen hogere</p>	<p>Eens. Daarom staat er in de overwegingen (tekst voorafgaand aan de aanbevelingen) onder frequentieverlaging het volgende:</p>

		fonemen als /s/, /f/ en /sh/? In de literatuur die erna wordt genoemd komt bij verschillende studies naar voren dat audibility toeneemt.	“Echter, indien er vanaf 4 kHz sprake is van drempels vanaf circa 60 dB HL kan eventueel frequentieverlaging toegepast worden zoals beschreven voor matige tot ernstige gehoorverliezen. Wees bij heel steile verliezen alert op spectrale vervorming.”
NVKF	P47	“Is er sprake van feedback, verhelp dit dan in onderstaande volgorde van maatregelen: “ dit is niet uitputtend. Denk bijvoorbeeld aan het terugdraaien van de CR of verhogen van het kniepunt. In essentie (vind ik) moet het oorstukje zorgen voor voldoende afsluiting. Het antiluitsysteem geeft per definitie vervorming van het geluid en is een extra/reserve (uitzonderingen daargelaten).	Dit is inderdaad niet uitputtend. Meer informatie werd gegeven onder “overwegingen”, daar hebben we nu toegevoegd dat ook het terugdraaien van de CR of verhogen van het kniepunt overwogen kan worden. Dank voor de suggestie.
NVKF	P47 4 <sup>e</sup> en 5 <sup>e</sup> bullet	De mogelijkheid om zo goed mogelijke informatie te krijgen middels een “schoon” en rustig signaal (dmv ruisonderdrukking en richtinggevoeligheid) vinden we belangrijker voor de ontwikkeling van het kind dan het theoretische risico op het iets minder goed ontwikkelde vaardigheden op gebied van ruisonderdrukking/richtinghoren. Daarbij dragen zeker kinderen met lichte verliezen vaak genoeg geen toestellen om deze vaardigheden te ontwikkelen. Voorstel dus om het woord “oudere” weg te laten en ook bij jongere kinderen genoemde features mogelijk te gebruiken.	In de overwegingen beschrijven we in wanneer (los van leeftijd) directionaliteit en ruisonderdrukking overwogen worden. We zijn echter terughoudend met het weglaten van “oudere” in de aanbevelingen. Daarmee zouden we suggereren dat we dit voor alle kinderen adviseren, daarvoor vinden we het bewijs te mager. We benoemen dit ook als kennislacune in bijlage 2.
NVKF	P60-R10	Door als primair doel verstaanbaarheid te kiezen en geen secundair doel te benoemen ga je volledig voorbij aan detectie en identificatie van andere geluiden (niet spraak) dat mede belangrijk is voor gevoel van veiligheid en sociaal welbevinden,	Om de tekst enigszins compact te houden is besloten hier alleen het primaire doel te benoemen. In het de verdere bespreking, o.a. bij het kopje “overweging praktijk” worden ook luidheid, geluidskwaliteit en

		naast begrijpen van de wereld om je heen.	ruimtelijke aspecten benoemd.
NVKF	P60r12	...bij de juiste luidheid (niet geluidskwaliteit). Beide rekenregels mikken op een goede plaatsing binnen het dynamisch restbereik.	Er is gekozen voor geluidskwaliteit omdat dit omvattender is als luidheid, luidheid is hiervan slechts een deelaspect. Zo is het uitgangspunt van NAL meer gericht op het normaliseren van luidheid dan DSL. Dus voorgestelde formulering kan juist ook verwarring scheppen.
NVKF	P60 r 16/17	Het is onduidelijk welke rekenregel de voorkeur heeft bij het instellen van hoortoestellen van kinderen van 4 tot 18 jaar. -> Ik zou dit anders formuleren. is het onduidelijk voordat je het ging uitzoeken in de literatuur, of blijft het onduidelijk ook na het raadplegen van de literatuur?	Dit betreft de inleiding, waarbij de toeleiding naar de onderzoeksvraag besproken wordt. Er is ons inziens duidelijk genoeg afgebakend via kopjes/ aanbevelingen dat de resultaten van deze analyse in het vervolg aan bod komen, en dat het hier de aanleiding van de onderzoeksvraag betreft.
NVKF	P61-R19/21	Vraag me af wat in exclusietabel betekent "onjuiste patiëntenpopulatie" en "onjuiste uitkomst". Wat betreft tweede soort: zijn dit slechte studies die niet gepubliceerd hadden mogen worden?	Onjuiste patiëntpopulatie betreffen publicaties die <u>andere</u> populaties dan kinderen van 4 tot 18 jaar met een langdurig of blijvend gehoorverlies met luchtgeleidingsdrempels gelijk of ongunstiger dan 20 dB HL (al of niet beperkt tot de hoge tonen of één oor) hebben onderzocht. Onjuiste uitkomst zijn studies die de uitkomst van interesse <u>niet</u> hebben onderzocht – dus geen informatie over de effecten op het spraakverstaan in stilte, spraakverstaan in ruis en subjectieve geluidsbeleving presenteren.
NVKF	P61 R48 ev	Deze studie voldoet toch niet aan criterium lichtmatig gehoorverlies?	De literatuur-analyse is uitgevoerd op alle beschikbare literatuur, waarbij geen onderscheid is gemaakt voor gehoorverlies. Dit omdat er al heel weinig literatuur

			beschikbaar is en het anders niet mogelijk is om via GRADE –systematiek tot een uitspraak te komen. Bij de interpretatie/bespreking van de resultaten wordt de duiding van de resultaten voor het specifieke gehoorverlies besproken.
NVKF	P65 regel 10	Even als voorbeeld voor wat vaak voorkomt in het document: kan dit stukje niet veel korter? Voor alle uitkomstmaten geldt hetzelfde, dus dit zou je ook in 4 zinnen voor alle uitkomstmaten kunnen beschrijven. En daaronder staat het dan nog een keer in ‘conclusies’. Het is gewoon nogal veel van hetzelfde (nogmaals met alle respect voor het vele werk, maar de leesbaarheid gaat ten koste van de methode hier)	Er is hier bewust gekozen om de resultaten in enige detail te bespreken. Het betreft de enige PICO waarvoor met de GRADE systematiek bewijskracht is in de literatuur. Omdat het toch vaak om specifieke testen gaat die per studie enigszins afwijken vinden we het van meerwaarde dit binnen de richtlijn netjes weer te geven.
NVKF	P65, regel 16	Het is een keuze om de systematiek aan te houden waarbij de bewijslast van een RCT met twee niveaus verlaagd wordt. Kennelijk is in audiologie dan niks hoger dan ‘LAAG’ – de vraag is of het daarmee een verstandige keuze is (het is niet meer onderscheidend als alles op laag of zeer laag staat).	De GRADE systematiek is de norm binnen het kennisinstituut, daar kunnen we niet van afwijken.
NVKF	P66 ev	Aantal hoofdletters en cijfer worden als subscript weergegeven	Aangepast
NVKF	P66, r23-29	DSL zorgt voor verhoogde hoorbaarheid van zachte spraak. Dit wil niet zeggen dat spraak op afstand in een natuurlijke omgeving (over het algemeen niet in stilte) met DSL beter hoorbaar is dan met NAL. Daarom stuk over incidenteel leren beter weglaten.	Het gaat hier vooral over het aspect dat de spraakklanken op wat grotere afstand in het algemeen wat beter door zullen komen met DSL. Bij incidenteel leren speel verstaan op afstand een grotere rol dan bij directe communicatie met het kind, dus zou DSL juist hierbij voordeel kunnen hebben. Ook bij aanwezigheid van achtergrondgeluiden speelt hoorbaarheid een rol, omdat deze

			vaak een dynamisch karakter hebben met relatief stillere stukken.
NVKF	P67r18	Zo maar een vraag: waarom is in situ audiometrie met eigen oorstukjes en hoortoestellen niet een goed alternatief voor conventionele audiometrie?	Dat is een goede vraag. Bij kleinere kinderen wordt dit natuurlijk al vaker toegepast, ook mede vanuit praktisch oogpunt. Bij oudere kinderen vanaf 4 jaar is ons inziens toonaudiometrie met gekalibreerde apparatuur nog steeds de norm. We hebben deze vraagstelling verder niet onderzocht en zijn ook geen literatuur tegengekomen die dit onderwerp voor onze leeftijdsgroep behandelt.
NVKF	P67 r51	Waar komt de 3 dB vandaan? In de richtlijn hoorrevalidatie voor volwassenen staat onderstaande gegeven: Een veel voorkomende situatie is een perceptief of gemengd gehoorverlies met een maximale spraakdiscriminatie > 70%, een normale gehoorgang en een gesloten trommelvlies. Voor deze situatie is de norm: – De real ear metingen liggen binnen de volgende toleranties ten opzichte van de voorschrijffregel: $\pm 6$ dB voor het frequentiegebied 250 tot 2000 Hz en $\pm 8$ dB voor de frequenties 2000 t/m 4000 Hz. Voor frequenties boven 4000Hz is de test-retest betrouwbaarheid laag. – de curve vertoont geen scherpe pieken en dalen.	De 3 dB is afkomstig uit de pediatrische literatuur over REM waarbij specifiek bij kinderen naar afwijkingen t.o.v. target gekeken (gemiddeld over alle frequenties). Naar aanleiding van dit commentaar is deze literatuur nog een keer geraadpleegd. De 3 dB is een gemiddelde afwijking die wordt gevonden (Bagato et al 2015), terwijl de 5 dB algemeen als norm voor afwijkend wordt gehanteerd (McCreery et al 2013). Op basis hiervan is in de tekst van de richtlijn nu ook 5 dB gebruikt i.p.v. 3 dB, met de bijbehorende bronvermelding. Dit sluit nu ook beter aan bij de 6 dB van de volwassenen richtlijn.
NVKF	P68 r1	Vraag me af of RECD voldoende alternatief is, omdat bij oudere kinderen vaak wel geventileerd wordt. Heb overigens zelf nog nooit discomfort of negatief effect gemerkt bij kinderen bij meten van MPO in-situ. Vooraf uiteraard wel MPO in eerste	Terecht punt, tekst iets aangepast. RECD voor MPO0-meting wordt nu meer als optie geformuleerd dan als voorkeursmethode.

		instantie voorzichtig inregelen en daarna indien nodig opdraaien.	
NVKF	P 68 regel 8	Misschien aanvullend (of komt dit in het eerste stuk): conclusie kan ook goed zijn dat geen hoortoestellen de beste oplossing lijkt	De vraag wanneer een hoortoestel voorgeschreven dient te worden wordt in een andere uitgangsvraag besproken (dit stuk van de richtlijn is nog in de maak)
NVKF	P68 r24-35	Wat ik mis is dat bepaalde genetische mutaties een afwijkende versterking nodig hebben, zoals bv meer lineair bij TECTA.	Dit is een goede toevoeging, er is een extra stukje over opgenomen bij de overwegingen. Omdat deze kennis nog slechts in de beginfase is wordt deze tevens bij de kennislacunes genoemd.
NVKF	P.81, regel ?	Exclusietabel: vervang onjuiste uitkomst met niet-geselecteerde uitkomstmaat.	Aangepast
NVKF	P84	Wat ik mis in dit stukje is dat juist bij kinderen met lichte (maar ook eenzijdige verliezen) vaak heel veel wordt opgehangen aan het gehoorverlies. M.i. belangrijk om ouders vroeg in het traject (zowel bij keuze voor wel als geen hoorrevalidatie) goed mee te nemen in wat het gehoorverlies wel en niet kan veroorzaken. (ik zie later zoiets staan op p90)	Stukje toegevoegd
NVKF	P84 r15	Over het algemeen zijn de spraak- en taalachterstanden bij kinderen met lichte verliezen gering. -> Referenties?	Referentie toegevoegd
NVKF	P84 regel 34	Monitoren taal-spraak; tot welke leeftijd is dit het advies?	Zolang kinderen komen voor periodieke controle gehoor maar zal naarmate kinderen ouder worden wel minder de focus op komen te liggen.
AJN	P84- 37	Waar vindt dit periodieke gehooronderzoek plaats? Bij het AC?	Inderdaad op het Audiologisch Centrum
NVKF	P84, 40-41	Is het mogelijk om hier één of enkele instrumenten te noemen die je kunt gebruiken hiervoor?	Hier is bewust voor gekozen. Zie voetnoot
IGJ	P85	Aanbevelingen:	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Monitor bij de periodieke gehoorcontroles de spraak- en taalontwikkeling”. In de onderbouwende tekst staat dat dit bij voorkeur door een spraak/taaldeskundige wordt uitgevoerd en als deze niet betrokken is, dat hiervoor een checklist wordt gebruikt (opgesteld door een spraak/taaldeskundige). Bij enige twijfel of vragen wordt een bespreking in een multidisciplinair overleg aanbevolen. Zowel het onderdeel van de persoon/ wijze van monitoring als het bespreken in een multidisciplinair team mis ik in de betreffende aanbeveling. Aanbeveling hierop aanpassen</li> <li>- Wat wordt bedoeld met wordt met ‘informatie opvragen bij betrokkenen’. Expliciteren wie ‘betrokkenen’ zijn</li> <li>- “overweeg.. informatie van externen”: Expliciteren wie ‘externen’ zijn.</li> <li>- “Multidisciplinair overleg”: een specificatie van (medische) disciplines die in het overleg zitting hebben is noodzakelijk.</li> <li>- “Formuleer concrete adviezen”: Wat is de volgorde waarin de adviezen besproken worden met ouders/ kinderen/ betrokkenen? (Bv. adviezen eerst met ouders en kinderen besproken worden en daarna (na instemming van hen) met betrokkenen.)</li> </ul> <p>“vertaal de testuitkomsten naar concrete adviezen ten aanzien van vervolgonderzoek, begeleiding of</p>	<p>Aangepast</p> <p>Aangepast</p> <p>Er is een link toegevoegd die verwijst naar module waarin staat beschreven welke disciplines vertegenwoordig zijn.</p> <p>Aangepast</p> <p>Alle opties die genoemd worden, zouden het geval kunnen zijn. Dit is afhankelijk van de testuitkomsten en de hulpvraag.</p>
--	--	---	---

		interventie". Niet concreet. Wordt advies vertaald in óf een vervolgonderzoek óf begeleiding óf interventie?. Of wordt hiermee een behandelplan bedoeld waarin zowel vervolgonderzoek als begeleiding en interventie (voor zover van toepassing) in opgenomen zijn?	
NVKF	P85	1 <sup>e</sup> aanbeveling: kan die concreter? Welke taalmodaliteiten?	Aanbeveling is concreter gemaakt.
NVKF	P85	2 <sup>e</sup> aanbeveling: geeft niet een concreet handvat (triviaal?) Mag het alleen na MDO? Evt concreter (bij hulpvragen	Mee eens. Formulering aangepast.
NVKF	P85	<p>Aanbeveling 4 en 5: overlap en redelijk voor de hand liggend. Samen te voegen tot één advies?</p> <p>ALGEMEEN bij deze aanbevelingen: veel, overlap, voor de hand liggend. Kan het korter, concreter?</p> <p>De grote lijn in de aanbevelingen lijkt te zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor spraaktaal bij de reguliere controles</li> <li>- Bespreek bijzonderheden/hulpvragen betrokkenen (ouders/GZB/ambulante zorgverleners...) of afwijkingen van de vragenlijsten (expliciteren om vragenlijsten te gebruiken?) multi-disciplinair</li> <li>- Zorg voor een integratief beeld, zowel diagnostisch: plaats uitkomsten van ST-onderzoek in het licht van het gehoorverlies (en de kwaliteit van de revalidatie), als revalidatie: vertaal de testuitkomsten naar concrete adviezen ten aanzien van logopedie en hoorrevalidatie; overweeg aanvullende hulpmiddelen, ...</li> </ul>	Mee eens

		<p>Ter overweging:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taakverdeling naar discipline (wanneer opschalen naar logo, wanneer standaard logo, wanneer ...)?</li> <li>- Gebruik (fenac) folders?</li> </ul>	
NVKF	P85 r1	<p>Achterhalen van de oorzaak wordt denk ik lastig, omdat er zoveel variabelen zijn om rekening mee te moeten houden. Draagduur van hoortoestellen zou bijvoorbeeld van invloed kunnen zijn op TSO, maar wat als de input van ouders ook minimaal is en een kind ook nog een cognitieve beperking heeft? Wat is dan wat? Kun je die oorzaak dan wel achterhalen? Volgens mij is een oorzaak alleen te achterhalen als alle andere variabelen niet van invloed blijken te zijn. Kan dat wel?</p> <p>Er staat daarnaast specifiek niet-verbale intelligentie als mogelijke verklaring. Zou het niet beter zijn dit te wijzigen in 'algehele ontwikkeling'. Anders bestaat de kans dat cognitive referencing wordt toegepast (Q-cijfers van intelligentie vergelijken met Q-cijfers taaltests).</p>	<p>Mee eens. Formulering aangepast.</p> <p>Mee eens aangepast</p>
NVKF	P85, R27 ev	<p>Ik haal de concrete adviezen (in de grijze blokjes) niet zo goed uit de tekst en overwegingen die daarvoor genoemd zijn. Ik denk dat het goed zou zijn om in de tekst ervoor iets meer in te gaan op de risico's die deze kinderen lopen en de mogelijkheden om hen hierin te helpen (dus wat meer uitleg/achtergrondinformatie) en dan in de 'grijze blokjes' daaruit aanbevelingen te formuleren.</p>	<p>Bedankt voor de feedback. Een en ander is aangepast ook n.a.v. ander commentaar. Aanbevelingen zijn inderdaad vrij algemeen. Ook vanwege de grote onderlinge verschillen tussen de kinderen met eenzelfde gehoorverlies.</p>

NVKF	P 89	Bij geen literatuur misschien goed om steeds te spreken van: 'overwegingen o.b.v. expert opinion'	De kop "overwegingen" verwijst naar een standaard kop zoals weergegeven op de Richtlijndatabase. In de onderbouwing wordt duidelijk aangegeven dat de aanbevelingen van deze module gebaseerd zijn op basis van expert opinion.
NVKF	P89	Volledige module: ik mis een beetje het bericht dat kinderen met lichte verliezen zich ook goed kunnen ontwikkelen zonder enige vorm van interventie en onderzoek. Monitoring is hierin belangrijk, maar m.i. belangrijk om het probleem niet groter te maken dan het is.	Eens, zin toegevoegd
AJN	P89- 39	dan i.p.v. als	Aangepast
NVKF	P90 r35	Is de checklist beschikbaar? En moet dit dan door gedragswetenschapper worden uitgevoerd, of door de audioloog?	Er is geen standaardchecklist. Te ontwikkelen voor elk AC afzonderlijk met inbreng van gedragswetenschapper. Deze checklist wordt nagelopen door audioloog bij jaarcontrole.
NVKF	P91 6 <sup>e</sup> bullet	Tweede klas middelbaar onderwijs lijkt ons erg laat voor aandacht voor "identiteitsvorming in het licht van de puberteit." We stellen voor om dit in groep 7/8 te doen.	Bekeken vanuit perspectief van ontwikkelingspsychologie is dit onjuist. Belangrijke momenten van ontwikkelen identiteitsvorming zijn rond 8 jaar (zelfconcept, groep 5) en rond 12 à 13 jaar. Wel eens dat tweede klas misschien wat laat is alleen, dus aanpassen naar eerste / tweede jaar. Groep 7 / 8 lijkt daardoor niet zo zinvol om echt gericht te monitoren hierop.
AJN	P91- 29	Komma i.p.v. punt na 'taalvaardigheden'.	Aangepast
AJN	P91 en 92	Overlap met monitoring door de JGZ: in groep 2 en in groep 7 vullen ouders voor de JGZ de SDQ-lijst in	In de praktijk blijkt dit vaak alleen een screening, geen hele SDQ (maar mijn weten).

		<p>en een vragenlijst m.b.t. de gezondheid, de life-events, het functioneren en de gezinssituatie van kinderen. Zo nodig worden aandachtspunten in een gesprek uitgediept. Dus t.a.v. de monitoring van kinderen is samenwerking met de JGZ wenselijk.</p>	<p>De monitoring van het AC richt zich meer op anamnestiche informatie, sociaal-emotionele ontwikkeling enz <u>in het licht van</u> de gehoorverliezen. Samenwerking regionaal zou zeker fijn zijn. Wellicht kan er verslaglegging uitgewisseld worden bijvoorbeeld.</p>
IGJ	P92	<p>Aanbevelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “monitor bij.. bij betrokkenen”. Expliciteer ‘betrokkenen’ (bv ouders, school en andere begeleiders van het kind/ ouders).</li> <li>- Idem voor ‘informatie van externen’ bij de volgende aanbeveling.</li> </ul> <p>“Breng de onderwijsbehoeften.. Aanmeldpunt..”. Het is van belang om te weten of deze aanmelding/ bespreking over een mogelijke aanmelding ook in afstemming met de ouders gebeurt. Ik interpreteer dat dit wel noodzakelijk is. Aanbeveling hierop aanpassen</p>	<p>Eens, betrokkenen en externen zijn aangepast en verder toegelicht.</p> <p>In overwegingen staat dat advisering altijd in afstemming van met ouders gebeurt. Ook toegevoegd in aanbevelingen.</p>
NVKF	P.92	<p>Voeg toe dat de (interpretatie van de) diagnose en behandelopties multidisciplinair besproken dient te worden en dat hieruit specialistische onderzoek naar de algehele ontwikkeling kan plaatsvinden. Nu lees het wel erg multidisciplinair (is verschillende vormen, van bijvoeglijk tot meewerkend). En in hoeverre is er overlap met onderdeel 2g (heel veel)</p>	<p>De werkgroep weet niet zeker of dit commentaar goed begrepen is, maar diverse formuleringen in de aanbevelingen op deze pagina zijn aangepast om het woord multidisciplinair meer eenduidig te gebruiken.</p> <p>Ten aanzien van de overlap tussen deze module en module 2g wil de werkgroep graag benadrukken dat het multidisciplinair werken kenmerkend is voor de hoorzorg die geboden wordt vanuit ACs en dat in de uiteindelijke versie van de richtlijn de samenhang tussen de modules benadrukt</p>

			wordt door middel van onderlinge verwijzingen.
NVKF	P92, voetnoot bij R6	Ik snap de overweging, maar vind het ook wel jammer. Ik zou graag willen zien welke instrumenten daarvoor beschikbaar zijn en 'in het land' gebruikt worden. Misschien ook voor eer uniformiteit. Dus kunnen ze toch niet genoemd worden, met de kanttekening dat het voor nu geldt?	Daar is bewust niet voor gekozen, zie voetnoot in de richtlijn.
NVKF	P93 r29	"T Van Gent" weg	Aangepast
AJN	P95- 13	revalidatiezorg hoort m.i. aan elkaar geschreven.	Aangepast
AJN	P96- 25	Copingstrategie hoort m.i. aan elkaar geschreven (zie internet).	Aangepast
AJN	P96- 38	Alsook hoort m.i. aan elkaar geschreven (zie internet).	Aangepast
AJN	P97- 5 t/m 8	De SDQ is een gevalideerd instrument, zie ook JGZ-richtlijn Psychosociale Problemen.	De SDQ is inderdaad een instrument die wordt aanbevolen door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Daarnaast laat onder andere de studie van Hintermair zien dat de SDQ een efficiënte screeningslijst is die gemakkelijk slechthorende kinderen en jongeren opspoorst die verwezen moeten worden voor aanvullend medisch, psychologisch of didactisch onderzoek.
NVKF	P97, R 16-34	Zou dit stukje niet beter ergens anders passen? Het hoort eerder bij de dingen die je moet regelen bij hoortoestellen lijkt me (dus naast schoonmaakspul voor de oorstukjes ook psycho-educatie over wat je mag verwachten)	Dank voor de feedback. Hier zal aandacht aan besteed worden in de module 'Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen' welke nog in ontwikkeling. Er is en verwijzing naar die module toegevoegd.

IGJ	P97-R?	Aanbevelingen: - “Bied ondersteuning en advies aangaande de communicatie met anderen”. Ondersteuning aan wie? Hoe zit dat voor het kind en diens ouders/ verzorgers. Een specificatie van ‘ondersteuning’ is van belang. Wat houdt ondersteuning concreet in?	Dank voor de feedback. De aanbeveling is aangepast. Ondersteuning is eerder toegelicht bij Overweging, bij het onderwerp psychosociale begeleiding.
AJN	P97- 27	Spatie na )	Aangepast
NVKF	P97 r29	Svp zin invoegen “Van belang is om hierbij de verwachtingen- en ook mogelijke nadelen van hoortoestellen te bespreken.”	Dank voor de feedback, de zin is toegevoegd.
NVKF	P98	Gebruik fenac folders?	Dank voor de feedback. Dit is toegevoegd bij de aanbeveling.
NVKF	P98 r1	Aanbevelingen voor hoe tot advies tav hulpmiddelen te komen moet elders. Advies is goed maar moet m.i. korter, bijv: Bied advies en ondersteuning bij de implementatie van (hoor)hulpmiddelen en omgang daarmee. Gebruik de evaluaties hiervan als input bij het beleid tav het gebruik van die hoorhulpmiddelen.	Dank voor de feedback. De tekst is aangepast
NVKF	P98, tweede grijze blok	Hoort dit hier? Dit is geen psychosociale zorg toch?	De aanbeveling is herschreven waarmee beoogd wordt duidelijker te beschrijven welke psycho sociale zorg bedoeld wordt: “Bied zo nodig informatie en advies aan betrokken instanties zoals onderwijs of verblijfshuizen over het belang van een juiste positie in de klas/verblijfsruimte, inzet van (hoor)hulpmiddelen, inzet van visuele ondersteuning en indien geïndiceerd de mogelijkheid tot aanvragen van ondersteuning vanuit het speciaal onderwijs speciaal onderwijs voor kinderen met een

			auditieve en/of communicatieve beperking.”
NVKNO	Module 2 e:	In deze module mis ik de harde meetwaardes; TBQ (taal begrijs quotient), Schlichting (test voor taalproductie), DOS (jongere kinderen: niet talige ontwikkeling), IQ, Groninger minimum spraaknormen, en soms is een psychodiagnostisch onderzoek nodig. Dit zijn harde maten dan nu beschreven. Het onderscheid tussen een algehele ontwikkelingsachterstand, een talige achterstand (TOS) en het effect van hoortoestel gebruik op het bijtrekken van deze waarden wordt ook niet echt benoemd. Ook zijn er wel leeftijdsmomenten waarop een orthopedagoog deze kinderen willen zien; deze zou ik opnemen als richtleeftijden in deze module.	Er is bewust voor gekozen om geen testen te noemen. Zie voetnoot in het stuk. Ook voor vaste meetmomenten is niet gekozen, uit de literatuur blijkt geen bewijs hiervoor. Wel adviseren we een AC dit zelf te overwegen. Vanuit de ontwikkelingspsychologie worden belangrijke momenten voor eventuele monitoring wel genoemd.
NVKNO	Module 2f	een deel van de SH kinderen heeft bijkomende pathologie; dit dient mee genomen te worden in deze module. Omdat dan oorzaak en gevolg niet gekoppeld is via gehoor. Zie ook 2 e.	Eens, wordt toegevoegd
NVKNO	Module 2f - Pg 88-92, pg 120-121	Er wordt in de betreffende alinea's wel gesproken over het feit dat 'er bij een slechthorend kind bredere problemen (kunnen) ontwikkelen (cognitief, didactisch, sociaal-emotioneel, gedrag), ongeacht de ernst van het gehoorverlies.' Door de insteek van het hoofdstuk wordt de indruk gewekt dat dit wordt gepositioneerd als de consequentie van het gehoorverlies. Daarbij wordt eraan voorbij gegaan dat het gehoorverlies een onderdeel kan zijn van een ((non)syndromale) afwijking in bredere zin waarbij zich problemen kunnen	Eens, wordt toegevoegd



		<p>voordoen met de tijd op andere gebieden dan het gehoor, en de ontwikkelingsproblemen niet direct het gevolg is van het gehoorprobleem.</p> <p>Deze opmerking is ook van toepassing op module 3f , pg 120, laatste alinea en pg 121 zoals 'Zo kunnen de kinderen met matige en ernstige gehoorverliezen beperkingen laten zien in het ontwikkelen van sociale cognitie (het herkennen, begrijpen en reguleren van emoties, de ontwikkeling van empathisch vermogen en de Theory of Mind) (Netten, 2015, 2017). Ook komen andere gedrags- en psychische problemen regelmatig voor (Theunissen, 2014). Dit alles is gerelateerd aan psychisch welbevinden' → ook dit gaat voorbij aan de mogelijkheid dat dit alles onderdeel is van een breder medisch probleem.</p>	
NVKNO	Pg 90, pg 122	<p>'Belangrijk is om alert te zijn op eventuele bijkomende problematiek, zoals onder andere bijzonderheden in gezondheid, visus, motoriek, vroege ontwikkeling, lees en spellingsproblemen.' Het zou een aanvulling kunnen zijn om hier 'uiterlijke bijzonderheden' aan toe te voegen, en evt 'teruggang in diverse vaardigheden'. Deze aanvullingen zouden de aandacht kunnen vestigen op het feit dat bij sommige kinderen een medische doorverwijzing geïndiceerd is om de diverse problemen in context te plaatsen en aanvullend te onderzoeken. Dit is ook van toepassing op de gelijksoortige passage op pg 122 laatste alinea.</p>	Eens, is toegevoegd

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P100 – P128</b>	<b>Module 3</b>		
AJN	Module 3	Ik lees veel dezelfde teksten als in module 2.	Zie hieronder.
NVKF	P101 e.v.	Dit is allemaal dubbel met module 2! Ik zie niet direct verschillen. Ook de aanbevelingen zijn op het eerste gezicht hetzelfde. Ik stel dan voor om dit stuk te schrappen of samen te voegen met module 2, of expliciet de verschillen uit te lichten. Dat komt de leesbaarheid ten goede.	Bij publicatie op de Richtlijndatabase kan gemakkelijk op het type gehoorverlies geklikt worden. De platte tekst geeft om deze reden overlap, maar dit wordt in de database verwerkt.
AJN	P101- 34/35	M.i. 'de' weghalen en 'reserveversterking' hoort m.i. aan elkaar geschreven. Net als op P39- 4.	Aangepast
NVKF	P102 regel 3	Waarom hier een liho vanaf 10-12 en eerder vanaf 10? Zie ook mijn vorige opmerkingen hierover.	Eens, dat is niet consistent. Nu staat overal 10 jaar.
AJN	P102- 29	omgekeerde hoorn structuur : deze woorden horen bij elkaar. Zouden koppeltekens tussen de 3 woorden uitkomst bieden?	Suggestie overgenomen
AJN	P104- 43	weer gegeven wordt m.i. aan elkaar geschreven.	Aangepast
AJN	P105- 10	Voor 'zoals' zou ik een komma zetten.	Aangepast
AJN	P106- 45	'kan toegepast' zou ik omdraaien: toegepast kan	Aangepast
AJN	P107-15	Een twee loopt niet goed; moet er staan: "uit twee"?	Aangepast
AJN	P107- 50	'in' toevoegen voor de onderwijssituatie	Aangepast
IGJ	P108	Aanbevelingen bij kinderen met een matig tot ernstig gehoorverlies: Uitvoering van hoortoestellen (hardware) <ul style="list-style-type: none"> <li>- "pas bilaterale versterking toe tenzij dit niet geïndiceerd is". Expliciteer indicatiestelling (en evt uitsluitingscriteria).</li> <li>- "pas conventionele AHO-hoortoestellen... als dit anatomisch mogelijk is". Bepaal wie</li> </ul>	De aanbevelingen zijn specifieker gemaakt door verwijzingen op te nemen naar de modules waar bv indicatie besproken worden en naar de modules waarin beschreven wordt hoeveel versterking nodig is Daar waar de aanbevelingen niet overeenkwamen met de onderbouwende teksten zijn is dit aangepast.

		<p>bepaald of het anatomisch mogelijk is en op basis waarvan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “laat oorafdrukken voor maatoorstukjes.. door een audicien met ervaring”. Definieer wat betekent ‘ervaring’.</li> <li>- “Kies voor hoortoestellen met: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Voldoende connectiviteit”. Helderheid is nodig ten aanzien van ‘voldoende’. Wat betekent dat?</li> </ul> </li> </ul> <p>Geluidsbewerkingstechnieken van hoortoestellen (software):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘voldoende kanalen’ en ‘voldoende reservebereik’. Dit geldt voor elke omschrijving in de gehele richtlijn waarin het woord ‘voldoende’ wordt gehanteerd. Ik heb hier een specificatie voor nodig: wat betekent voldoende?</li> <li>- ‘Goed begrensbaar maximaal uitgangsniveau’. Wat betekent dat?</li> <li>- ‘oudere kinderen’. Deze terminologie vraagt ook een specificatie. Vanaf welke leeftijd wordt een kind ‘ouder’ geacht? Dit geldt voor de gehele richtlijn waar de term ‘oudere kinderen’ gebruikt wordt.</li> <li>- ‘Pas frequentieverlaging.. feedbackklachten”. Ik interpreteer dat het om akoestische feedbackklachten gaat.</li> </ul> <p>Aanbevelingen komen niet overeen met onderbouwende tekst.</p>	De eerste aanbeveling is verplaatst naar een andere module
NVKF	P108-R33	Advies kleine venting bij gunstige LF drempels: waarom geen grote venting, afhankelijk van de mate van LF verlies, als er ruimte voor is?	We bedoelden hiermee: een venting is beter dan geen venting. Het woord “kleine” was daarbij verwarrend en is nu geschrapt.

AJN	P109- 1e blok	Batterijtester hoort m.i. aan elkaar geschreven.	Aangepast
AJN	P112- 26	Methode waarop loopt niet goed; methode waarmee wel. Waarschijnlijk verwarring met: manier waarop.	Aangepast
AJN	P112- 37	'Een de' loopt niet fijn; ik zou een van de twee woorden kiezen.	Aangepast
IGJ	P113	Aanbevelingen bij kinderen met een matig tot ernstig gehoorverlies <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Neem de DSL-v5... <u>met</u> matig tot ernstig".</li> </ul> Het is niet duidelijk waarom het woord 'met' onderstreept is. "Monitor actief". Ik heb meer duidelijkheid nodig wat 'actief monitoren' betekent. "Maak zo nodig extra gebruik": ook hier geldt dat het van belang is te weten wanneer 'zo nodig' is of op basis waarvan dit bepaald wordt.	Dank voor dit commentaar. Het woord 'met' is in de definitieve versie niet meer onderstreept. Bij alle categorieën gehoorverliezen waar dit commentaar op van toepassing is, is de formulering aangepast en is verwezen naar relevante modules elders in de richtlijn (Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren en Inzet van de technische mogelijkheden van hoortoestellen).
NVKF	P113 r44	Waarom met onderstreept?	Het woord 'met' is in de definitieve versie niet meer onderstreept.
VKL	116 - 40 tot 44	Uit onderzoek is gebleken dat problemen in het toepassen van grammaticale regels in het Nederlands persisteren tot op volwassen leeftijd bij mensen met aangeboren matig tot ernstig perceptief gehoorverlies (zie referenties hieronder). Dit onderzoek werd uitgevoerd bij volwassenen, echter zijn de resultaten indicatief voor hoe de verwerving van het Nederlands wordt aangetast door matig tot ernstig gehoorverlies. Onder andere deze onderzoeksresultaten hebben ertoe geleid dat de audiologische centra van Amsterdam UMC het algeheel functioneren van slechthorende kinderen volgens protocol multidisciplinair onderzoeken (nl.	Bedankt voor de toevoeging. Onderzoek toegevoegd in overwegingen en eerst genoemde onderzoek in literatuurlijst opgenomen.

		<p>audiologische evaluatie, logopedisch en linguïstisch onderzoek, ontwikkelingsonderzoek en gesprek met medisch maatschappelijk werker) als deze kinderen in groep 3 en groep 7 zitten. Binnen de talige diagnostiek is daarin een belangrijke rol weggelegd voor analyse van de spontane taal volgens STAP met een taalsample in conversationele stijl (groep 3) en volgens STAP met een taalsample in expository discourse (groep 7). De analyses van spontane taal worden uitgevoerd omdat deze sensitiever lijken te zijn voor eventuele grammaticale zwakheden in het dagelijks taalgebruik dan standaard taaltests.</p> <p>Huysmans, E., de Jong, J., Van Lanschot-Wery, J., Festen, J. M., Goverts, S. T., 2014. Long-term effects of congenital hearing impairment on language performance in adults. <i>Lingua</i>, 139, 102-121.</p> <p>Huysmans, E., Bolk, E., Zekveld, A. A., Festen, J. M., de Groot, A. M. B., &amp; Goverts, S. T., 2016. The influence of linguistic proficiency on masked text recognition performance in adults with and without hearing impairment. <i>Ear and Hearing</i>, 37, 547-559.</p> <p>Huysmans, E., de Jong, J., Festen, J. M., Coene, M. M. R., &amp; Goverts, S. T., 2017. Morphosyntactic Correctness of Written Language Production in Adults with Moderate to Severe Congenital Hearing Loss. <i>Journal of Communication Disorders</i>, 68, 35-49.</p>	
NVKF	P117 r24	<p>Diagnostisch onderzoek naar de spraaktaalontwikkeling op vaste momenten aanbieden (bijvoorbeeld groep 2 en groep 5)</p>	<p>In de aanbeveling wordt d.m.v. link verwezen naar de module t.a.v. algehele ontwikkeling. Wanneer gekozen wordt voor vaste meetmomenten is het wenselijk om dit af te</p>

			stemmen met gedragsdeskundige binnen team.
NVKF	P117, va R49	Zou een deel van deze aanbevelingen ook niet passen in module 2e voor de lichte gehoorverliezen?	Dank voor het opmerken. Een aantal van deze aanbevelingen is overgenomen in module 2 en zijn hetzelfde en staan zowel in module 2 <sup>e</sup> als 3 <sup>e</sup> .
NVKF	P119, R10	Dit hoort in een ander hoofdstuk thuis (overwegen van hoorhulpmiddelen)	Juist op basis van een eerdere reactie vanuit de klankbordgroep is ervoor gekozen deze aanbeveling ook hier te noemen.
IGJ	P119	<p>Aanbevelingen bij kinderen met een matig tot ernstig blijvend gehoorverlies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 'Monitor bij periodieke gehoorcontroles de spraak- en taalontwikkeling'. Definieer wat periodiek is. Het woord 'betrokkenen' wordt hier gebruikt. Een eerdere opmerking vanuit mij over een nadere definitie wat 'betrokkenen' zijn geldt ook hier.</li> <li>- 'Overweeg de spraak- en taalontwikkeling bij deze groep kinderen op vaste meetmomenten in kaart te brengen'. Hier wordt gesproken over vaste meetmomenten. Het is de vraag op of deze vaste momenten gelijktijdig zijn met de periodieke controle. Kortom: een verduidelijking is nodig. Hoe vaak komt een</li> </ul>	<p>Het gaat om reguliere controles van het gehoor/auditief functioneren/evaluatie hoorzorg. Dit staat genoemd bij de overwegingen in deze module. De KF-audioloog bepaalt in principe als hoofdbehandelaar wanneer hij/zij een kind terug wil zien voor een gehoorcontrole. Dit kan immers afhangen van bevindingen tijdens een vorige controle en/of verwachtingen tav progressie en/of kindfactoren. Handvatten worden geboden in de tekst van de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren' die nog in ontwikkeling is. Er komt een link naar die module in de tekst.</p> <p>Om te voorkomen dat bij de lezer verwarring ontstaat vanwege een tegenstrijdige definiëring van en adviezen over de periodiciteit van het monitoren van de spraak-taalontwikkeling (waarvoor verwezen wordt naar de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren') en de</p>

		<p>kind terug voor een controle en wanneer vindt een meetmoment voor spraak- en taalontwikkeling plaats.</p> <p>Op pagina 117/118 wordt een overzicht van aandachtspunten genoemd in kader van taalvaardigheden. Een één op één vertaling naar de adviezen op pagina 119 zie ik niet. verhelder hoe deze zich onderling met elkaar verhouden.</p>	<p>aanbevolen periodiciteit voor het multidisciplinair bespreken (minimaal jaarlijks), is de formulering voor het multidisciplinair bespreken aangepast zodat de periodiciteit daarvan gekoppeld is aan de periodiciteit van het monitoren van de spraak-taalontwikkeling en de criteria voor het multidisciplinair bespreken tevens concreter geformuleerd zijn. In lijn hiermee zijn ook de criteria voor multidisciplinair bespreken van kinderen met ANSD concreter geformuleerd om onduidelijkheden t.a.v. de frequentie van multidisciplinair bespreken weg te nemen. Aangezien dezelfde formuleringen gebruikt werden in de bijpassende modules over de algehele ontwikkeling, zijn deze aanpassingen ook in die modules doorgevoerd.</p> <p>T.a.v. betrokkenen is dit meer gespecificeerd naar “betrokkenen (denk aan een behandelend logopedist en/of school)”.</p> <p>Dit kan een AC overwegen. Literatuur is hierin niet eenduidig. Het lijkt in ieder geval zinvol om dit af te stemmen met de gedragsdeskundige binnen het team.</p>
--	--	---	---

			Aanbeveling is in eerste instantie diagnostisch onderzoek. Door middel van overzicht aandachtspunten genoemd in overwegingen, biedt de specialist mogelijk handvatten t.a.v. keuze diagnostiek en het formuleren van adviezen n.a.v. de diagnostiek
AJN	P121- 22	wantrouwen lijkt me passender dan wantrouw	Aangepast
AJN	P121- 43	zij i.p.v. zijn	Aangepast
AJN	P123 2de helft	De JGZ monitort ook de algehele ontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling en gezondheid in groep 2, groep 7, tweede klas VO en vierde klas VO. Samenwerking met de JGZ ligt voor de hand. Of de JGZ laat bij deze doelgroep de monitoring los van onderdelen, die reeds i..h.k.v. hoorzorg door anderen gemonitord worden. Afstemming is van belang.	Zie eerdere opmerking hierover
IGJ	P124	Aanbevelingen bij kinderen met een matig tot ernstige blijvend gehoorverlies; De opmerkingen richten zich op dezelfde onderwerpen die in eerdere aanbevelingen zijn aangedragen.	Dank voor deze input. Mogelijk doelt u op de aanbevelingen bij andere categorieën van gehoorverlies die in de richtlijn onderscheiden worden. In de uiteindelijke online versie van de richtlijn zal de lezer eerst een keuze maken t.a.v. de categorie gehoorverlies en zullen alleen die aanbevelingen zichtbaar zijn die voor die categorie gehoorverlies gelden. De overlap die in de platte tekst zichtbaar is, zal in



			die vorm dus geen probleem meer zijn.
AJN	P126- 41	Copingstrategie hoort m.i. aan elkaar geschreven (zie internet).	Aangepast
NVKF	P127 r11	Heel belangrijke dingen die er staan, maar de belangrijkste missen een beetje: de communicatievoorwaarden bij slechthorendheid. Alle andere adviezen kunnen nog zo goed worden ingezet, als de communicatievoorwaarden niet goed worden ingezet dan vervalt er al veel effect.	Dank voor de input. Ook voor communicatievoorwaarden geldt dat dit maatwerk betreft en afgestemd moet worden op de specifieke mogelijkheden van het kind en de ouders en/of verzorgers.
NVKF	P127, R12-25	Voor mijn idee hoort dit eerder in hoofdstuk 3f thuis, omdat het gaat om dingen die kunnen ondersteunen bij de algemene ontwikkeling/leerresultaten. In dit hoofdstuk 3g zou het meer moeten gaan over psycho-educatie: inzicht in gevolgen en coping	Dank voor het meedenken. Psycho sociale zorg omvat naast psycho educatie ook ondersteuning bij de algemene ontwikkeling/leerresultaten specifiek afgestemd op kinderen met matig tot ernstige gehoorverliezen.
NVKF	P127-R14	Er wordt gesproken over ondersteuning mbv geschreven teksten en ondersteunende gebaren, maar dit is algemeen. Ik mis het expliciete benoemen van voorlichting/advies over mogelijke inzet schrijftolk of gebarentolk. Dit wordt wel benoemd in module 4, maar ook in deze groep kunnen tolken toegevoegde waarde hebben.	Goed punt, bedankt voor de input; dit is toegevoegd aan de tekst.
NVKF	P128, laatste grijze blok	Goede opmerking, maar het laat me wel met vraagtekens achter: hoe dan? Of misschien beter: waar vind ik daar handvatten voor of meer info over?	Op het gebied van interculturele communicatie en zorgverlening is veelvuldig literatuur te vinden en worden diverse trainingen en opleidingen aangeboden. Het aandragen van specifieke literatuur voert te ver voor deze richtlijn en behoort bij reguliere nascholing en het op peil houden van vakkennis. Sowieso kunnen de behoeftes en normen/waarden ook bespreekbaar gemaakt

			worden met de ouders van het kind. De NVA wintervergadering van februari 2019 stond ook in het teken van cultureelsensitief werken. Meer informatie is te vinden op: <a href="https://www.ned-ver-audiologie.nl/nva-wintervergadering-2019/">https://www.ned-ver-audiologie.nl/nva-wintervergadering-2019/</a> .
NVKNO		3a volgt.	
NVKNO		3b; 3c, 3d: geen commentaar.	
NVKNO		3 e; zie ook eerder genoemd; zou graag meetwaardes hierin hebben (TBQ, schliting, dos, groningen minimum spraaknormen, etc).	
NVKNO		3f: akkoord. 3g: akkoord.	

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P129 – P152</b>	<b>Module 4</b>		
AJN	Module 4	Ik lees veel dezelfde teksten als in module 3	Zie boven
NVKF		Module 4f Zorg gericht op de algehele ontwikkeling  Schrijftolken en gebarentolken zijn mogelijk vanaf 35 dB; dus ook mogelijk bij de (lichte en) matige verliezen.	De werkgroep kiest ervoor om bij de lichte gehoorverliezen niet standaard tolken te adviseren. De focus ligt bij deze doelgroep op het verbeteren van de luistersituaties en eventuele inzet van hoorapparatuur. In verreweg de meeste gevallen zal de inzet van een tolk dan niet nodig zijn. Daar waar op basis van de ontwikkeling en het auditief functioneren van het kind inzet van een tolk in deze doelgroep tocht gewenst is, zal dat maatwerk betreffen.
NVKF	Pagina 130	Ik mis het argument dat bij IHO en LIHO toestellen bij een ernstig gehoorverlies sprake zal zijn van onvoldoende versterking.	Terechte opmerking, nu toegevoegd.
NVKF	Pagina 131	Bij een zeer ernstig gehoorverlies kan je beter zachte bioflex oorstukjes overwegen omdat deze beter afsluiten en de kans op feedback verminderen.	Eens. We schreven “werk (..) zoveel mogelijk met hard acryl oorstukjes”. Hiermee bedoelden wel dat andere oorstukjes ook overwogen kunnen worden maar op dit punt is een meer expliciete formulering inderdaad beter. Nu aangepast.
NVKF	Pagina 131	Als ouders een power toestel beluisteren moeten ze ook maatregelen om eigen gehoor te beschermen bij het beluisteren.	Eens, toegevoegd.
NVKF	P131 r3-4	vanaf ongeveer 10 jaar, of 10 a 12 jaar. Nu lijkt het of het alleen tussen 10 en 12 kan.	Klopt dit was onduidelijk, er staat nu overal vanaf ca. 10 jaar
AJN	P131- 18	Zie P102: omgekeerde hoorn structuur : deze woorden horen bij elkaar. Zouden koppeltekens tussen de 3 woorden uitkomst bieden?	aangepast

NVKF	Pagina 132	lets over dat bij klein dynamisch bereik lineaire compressie misschien de voorkeur heeft?	Wij denken dat dit voortkomt uit toepassing van de rekenregels. Er is nu een verwijzing naar die module toegevoegd.
AJN	P135- 37	Zie P107: Een twee loopt niet goed; moet er staan: "uit twee"?	Aangepast
AJN	P137- 1 <sup>e</sup> blok	Zie P109: Batterijtester hoort m.i. aan elkaar geschreven.	Aangepast
IGJ	P138	Aanbevelingen: Wat is het onderscheidend vermogen van deze aanbevelingen ten opzicht van eerdere aanbevelingen bij voorgaande modules?	De basiseisen aan hoortoestellen zijn op veel punten voor meerdere categorieën gehoorverliezen gelijk. In de uiteindelijke, modulaire presentatie van de richtlijn op richtlijndatabase.nl sorteert de lezer voor op gehoorverlies en leest hij daarna alles wat voor dat verlies relevant is. De herhaling is dus extra zichtbaar in de presentatie van de concepten. De reden dat deze informatie voor alle gehoorverliezen beschreven moet worden ligt in het feit dat het punten zijn waarop de keuze van hoortoestellen verschilt ten opzichte van volwassenen.
NVKF	Pagina 140	Is de NAL -R P regel achterhaald voor kinderen met een profound loss?	Dat is wel onze interpretatie. De recente literatuur bij kinderen gebruikt alleen de NAL-NL1, ook bij onderzoek naar specifiek severe-to-profound gehoorverlies vanuit groepen die nauw betrokken zijn bij de ontwikkeling van de NAL (Ching et al. 2015). In de NAL-NL1 zijn inzichten van eerdere regels meegenomen, ook voor profound verlies. Daarbij is RP-regel ontwikkeld voor niet-lineaire versterking, en daarmee per definitie gedateerd.

NVKF	P140	Ook hier weer dezelfde info als voor lichte en matige verliezen.	Zie ook eerdere atwoorden, bewuste keuze opzet module dat je deze per gehoorverlies doorloopt, zodat er veel herhaling van informatie nodig is. Bij digitale structuur zal dit veel minder opvallen/storend zijn dan bij platte tekst.
NVKF	Pagina 141	Overweeg RECD meting ipv in situ meting als het niet lukt om feedback free te meten of als strak oorstukje de probe dicht drukt.	Goede toevoeging, aangepast in tekst
NVKF	P141 r2	ik mis de functionele evaluatie; spraakverstaan in stilte, misschien ook in rumoer. Enerzijds voor bijstelling van de toestellen, anderzijds als indicatie voor aanvullende apparatuur/zorg.	Dit klopt. Hiervoor is nog een module ('Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren') in ontwikkeling, die hier direct achter zal komen (bij alle types van gehoorverlies)
NVKF	P141/2	Wat als de toestellen "technisch voldoende zijn ingesteld" maar dat duidelijk is (met of zonder aanwijzingen voor 'cochleair conductieve verliezen) dat meer versterking leidt dat een beter spraakverstaan danwel het spraakverstaan onvoldoende is bij conversatiesterkte? Moeten we niet ook monitoren of het geluid als te zacht wordt ervaren? Wordt het geven van extra versterking in bijzondere situaties (geen beengleidingdrempels betrouwbaar te meten, forse conductieve component) ter overweging gegeven bij onvoldoende verstaan?	Dit volgt eveneens in de volgende module
NVKF	Pagina 142	Audiologische counselling dat kinderen met zeer ernstig verlies onvoldoende baat zullen hebben bij hoortoestellen – verwachtingenvan ouders temperen tav te verwachten resultaat met hoortoestellen bij profound loss.	Dit komt aan de orde in de nog te ontwikkelen module 'Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen' (4a). Hier komen afwegingen bij het voorschrijven van hoortoestellen voor deze groep aan bod.
IGJ	P142	Deze pagina is leeg. Er lijken aanbevelingen	Dank, er is gecontroleerd dat er geen

		weggefallen te zijn.	aanbevelingen weggefallen zijn.
NVKF	P144 r1	<p>Ik heb veel moeite met deze eerste aanbeveling, waarbij ik de meerwaarde van gebarentaal niet ter discussie wil stellen maar wel 'de verwachting dat het gesproken taalaanbod niet voldoende toegankelijk zal zijn' en wat dat in het perspectief van ouders kan betekenen.</p> <p>Ik heb verschillende kinderen met een gehoorverlies van 80 dB of meer (beste oor) in begeleiding die uitstekend tot spraak komen. Wellicht is dat een bijzondere categorie (denk aan de atresie-kinderen, en de syndromen waarbij conductieve/gemende gehoorverliezen voorkomen), maar wij (niet alleen de academische AC's) zien en zijn juist ook voor 'bijzondere groepen.</p> <p>De uitspraak dat de verwachting is dat kinderen met een gehoorverlies van 80 dB of meer niet tot spraak komen is m.i. al enige decennia niet meer actueel. Door het zo op te schrijven zullen 'googlelende ouders' soms onterecht gedemotiveerd raken.</p> <p>Iets als "informeer ouders over gebarentaal en de meerwaarde daarvan" lijkt me passender.</p>	Aanbeveling aangepast.
AJN	P144- 30	Ondersteund i.p.v. ondersteunt.	Aangepast
IGJ	P146	<p>Aanbevelingen bij kinderen met een zeer ernstig blijvend gehoorverlies of (functionele) doofheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat wordt bedoeld met functionele doofheid? Expliciteren.</li> <li>- 'Stimuleer ouders om gebaren te gebruiken'. Een concretisering is nodig ten aanzien van 'stimuleren'. Hoe dan? Wat wordt bedoeld met stimuleren? Concretiseren.</li> </ul>	<p>IGJ</p> <p>Aangepast</p> <p>Aanbeveling is aangepast</p>

		Instructie en voorlichting bij deze groep kinderen ontbreekt. Weinig concrete aanbevelingen.	Dit is niet perse de taak van een audiologisch centrum. Ouders worden gewezen op en kunnen indien wenselijk doorverwezen worden naar organisaties die hierin zijn gespecialiseerd.
NVKF	P146	Moet er nog iets worden gezegd over Doven Cultuur? En hiernaast hoe te handelen als ouders kiezen om een kind doof gebarend op te laten groeien. Zijn hierbij ook speciale aandachtspunten in de begeleiding.	Ouders worden gewezen op en kunnen indien wenselijk doorverwezen worden naar organisaties die hierin zijn gespecialiseerd
NVKF	P146	Waarom gebaren alleen aanbevelen bij zeer ernstige perceptieve gehoorverliezen? Ik kan er niet uit lezen dat het alleen om NGT gaat, volgens mij ook om NmG. Waarom dan ook niet bij lichtere verliezen en conductieve verliezen dit aanbevelen? NmG wordt ook bij TOS kinderen met goed gehoor geadviseerd, waarom dat niet ook bij kinderen met blijvende gehoorverliezen en TS-achterstanden?	Literatuur is hierin niet eenduidig. Aanbeveling bij groep zeer ernstige perceptieve gehoorverliezen is overigens aangepast na feedback. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek en observaties kan het gebruik/leren van gebaren wel meegenomen worden in de advisering (het geven van concrete adviezen).
NHG	Pg 146 (zie ook pg 208	Wanneer de aanbevelingen voor verwijzing ook voor huisartsen bedoeld zijn, dan zou een hoofdstuk samenwerking of stroomdiagram of iets dergelijks de implementatie vergroten. Nu is het voor huisartsen erg zoeken naar informatie die op hen van toepassing is. Of wellicht komt er nog ander implementatiemateriaal? Daarnaast weet ik niet of de gemiddelde huisarts voldoende informatie heeft over de sociale kaart op dit gebied. Hoe wordt deze op de hoogte gehouden hiervan?	Document is met name bedoeld voor medewerkers van het Audiologisch Centrum
IGJ	P147	Overwegingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ten aanzien van cochleaire implantatie verwacht in-/exclusiecriteria wanneer een kind hiervoor in aanmerking komt.</li> </ul>	Zie de algemene inleiding voor een afbakening van de richtlijn t.a.v. cochleaire implantatie. Inzet van hoorhulpmiddelen komt verder aan bod in de module 'Inzet van hoortoestellen

		<p>- Er wordt gesproken over communicatie middels NGT (Nederlandse Gebaren Taal). 'Vaardigheid wordt aanbevolen'. Wat wordt bedoeld met 'vaardigheid'? Concretiseren. 'Wordt aanbevolen' is te vrijblijvend.</p> <p>In deze module mist een expliciete aanbeveling over het NGT-vaardigheid. Hoe wordt dit besproken danwel aangeboden aan kinderen, ouders en omgeving? Expliciteren.</p>	<p>en/of overige hoorhulpmiddelen'. Deze module is nog in ontwikkeling en wordt later voor commentaar aangeboden.</p> <p>Gaat niet over vaardigheid in NGT, maar ondersteunende gebaren (NmG). Bij NGT is inzetten van een schrijf- of gebarentolk wenselijk. Aangepast, dit was niet duidelijk genoeg.</p>
NVKF	P148	Ook lotgenotencontact stimuleren?	Staat in stuk psychosociale zorg
NVKF	P148 titel r1	Gehoorverlies in het algemeen, of zeer ernstig/doofheid?	Fout in titel, aangepast
AJN	P150-5	Dit is ook al verschillende keren genoemd. Mijn commentaar: zie P91-92 en P123.	Zie hierboven bij de eerdere commentaren pag 91-92 en p 123
NVKF	P150 r 19	Wie moet dat aanbieden? Is het zinvol om de rollen toe te wijzen?	Afhankelijk van de mogelijkheden van het kind en de ouders/verzorgers, de aan- of afwezigheid van ambulante begeleiding of andere behandelaars kan meer of minder psycho educatie en ondersteuning vanuit het audiologisch centrum hierbij nodig zijn. Het gaat om maatwerk waarbij de rollen niet strak te formuleren zijn. Zo zijn sommige kinderen en ouders/verzorgers zelf in staat om de juiste zorg te realiseren in de onderwijssituatie (met of zonder hulp van ambulante begeleiding) en hebben sommige kinderen en ouders/verzorgers ondersteuning nodig bij het realiseren van de juiste zorg in de



			onderwijssituatie (met of zonder ambulante begeleiding).
NVKF	P 158	Verificatie: aanpassen doelversterking voor eenzijdige tov bilaterale aanpassing noemen?	Goed punt, toegevoegd in tekst
NVKNO		4a; volgt.	
NVKNO		4b; geen commentaar. 4c: geen commentaar. 4d; volgt.	
NVKNO		4 e: bij anatomische beperkingen is een ABI nog een optie voor deze kinderen? (in LUMC en UMCG aangeboden). Toevoegen?	Keuze CI/ABI valt niet binnen het bestek van deze module.
NVKNO		4f: zie 4 e.	
NVKNO		4g zie 4 <sup>e</sup> .	

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P153 – P172</b>	<b>Module 5</b>		
NVKF	Module 5c	Ik mis solo aanpassing op het goede oor als een technische hulpmiddel voor de kinderen met eenzijdig gehoorverlies. ook mis ik advies tav voorkomen van lawaai blootstelling / schade aan het goede oor. Het belang van monitoring van het goede oor – zeker op jonge leeftijd.	Goede punten. Beide punten zullen meegenomen worden in de nog te ontwikkelen modules 5a en 5d.
NVKF	Module 5d	Wordt geadviseerd om ST (en ontwikkelings) diagnostiek bij eenzijdig gehoorverlies ook periodiek in te zetten zoals bij kinderen met licht – ernstig gehoorverlies. Zo niet, waarom niet? Beïnvloed de mate van verlies aan de slechte kant de mate van monitoring welke wordt in gezet? OF hulpvraag gericht gestuurd met vaste momenten voor eenzijdig dove kinderen bv?	Hulpvraag gericht gestuurd niet perse vaste meetmomenten t.a.v. spraak- en taalontwikkeling. Wel laagdrempelig! En bij periodieke gehoorcontrole aandacht voor/vragen naar de spraak- en taalontwikkeling.
NVKF		Dit is grotendeels dubbel met module 2! Ik zie niet direct verschillen. Ook de aanbevelingen zijn op het eerste gezicht hetzelfde. Ik stel dan voor om dit stuk te schrappen of samen te voegen met module 2, of expliciet de verschillen uit te lichten. Dat komt de leesbaarheid ten goede.	Zie boven
NVKF	Algemeen	Het zal voor deze module van belang zijn om niet alle eenzijdige gehoorverliezen als 1 groep te zien. Net als dat er bij tweezijdige verliezen onderscheid gemaakt wordt tussen mild en ernstig, perceptief en conductief, congenitaal of verworven. Dit bepaalt namelijk ook mede wat de opties en het succes zijn voor revalidatie.	Dit onderscheid wordt inderdaad gemaakt in de module Inzet van hoortoestellen en /of overige hoorhulpmiddelen (nog in ontwikkeling.
NVKF	P 153	Waarom wordt de optie FM-apparatuur/solo niet besproken bij hardware? Bij eenzijdige verliezen zit	Deze module gaat specifiek over hoortoestellen. Op dit moment is module 5a

		het probleem juist ook bij spraak-in-ruis.	nog in ontwikkeling, in die module wordt beschreven in welke gevallen hoortoestellen en/of solo geadviseerd worden
NVKF	P153 r26	Niet beiderzijds, het gaat hier over eenzijdige slechthorendheid.	Eens, dit stuk tekst hoort niet op deze plek. Is nu aangepast.
NVKF	P153 r27	Wat is het criterium om er baat bij te hebben bij eenzijdige gehoorverliezen? Zodra spraak gemeten kan worden en kind zelf meerwaarde kan aangeven lijkt dit evident, maar wat te doen bij de jongere kinderen?	Dit wordt besproken in module 5a, die module is op dit moment nog in ontwikkeling.
NVKF	P153-R28 en P154-R44	BCD als CROS neem ik aan? Anders is het bijzonder dat BCD niet als optie wordt genoemd bij lichte verliezen. De opmerkingen voor CROS geldt daarmee dan ook voor toepassing BCD.	Alinea rond r 28 nu als volgt aangepast: Indien er beiderzijds sprake is van een gehoorverlies waarvoor een hoortoestel baat kan bieden en indien anatomisch mogelijk, pas dan een luchtgeleidingshoortoestel aan. Levert dit problemen op dan kan voor een eenzijdig conductief verlies een beengeleidingshoortoestel gekozen worden. Zie voor de indicatiecriteria en toepassing van beengeleidingshoortoestellen de betreffende richtlijn (zie richtlijn Bone Conduction Device (BCD) op richtlijndatabase.nl).  Tevens toegevoegd: Bij het toepassen van een BCD als CROS geldt ditzelfde.
NVKF	P153 r36	Voor zover je met 1 oor wel kunt localiseren = richtinghoren.	Eens. Gewijzigd in: "Lokalisatie van geluid en richtinghoren worden dus niet hersteld bij gebruik van een CROS aanpassing."
NVKF	P153, R41	Literatuurverwijzing toevoegen	Dit was niet duidelijk geformuleerd. We bedoelen dat we geen bewijs hebben

			gevonden, niet dat er aantoonbaar geen bewijs van baat is. Tekst nu aangepast.
NVKF	P153 regel 146-147	Graag verwijzing naar pagina / sectie als wordt geschreven 'We adviseren daarom voor selectie van het hoortoestel de aanbevelingen en overwegingen te volgen zoals beschreven voor het gehoorverlies van het slechtste oor.'	Verwijzingen worden toegevoegd
NVKF	P 154	Uiteindelijk wordt afgesloten met een blok aanbevelingen over het toepassen van een hoortoestel of BCD bij een eenzijdig verlies. Hierin mist de optie om te kiezen voor geen hardware / revalidatie. De vraag ligt namelijk nog geheel open of je bij een eenzijdig gehoorverlies überhaupt moet kiezen voor revalidatie met een hoortoestel of BCD, want misschien helpt het niet of heeft het zelfs een storend effect. Er is een hoog percentage non-use gerapporteerd bij deze groep (bv Nelissen et al. 2015 voor BCD) of geen effect op binaurale taken (Johansson et al. 2020 Ear&Hearing).	Dit wordt meegenomen in de module Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen, die nog in ontwikkeling is. Die module gaat over de keuzes bij het al dan niet inzetten van hoorapparatuur en welke.
NVKF	154	Wordt de cros gewogen tov een remote microfoon? En buiten deze uitgangsvraag, tegen het al dan niet adequaat inzetten van copingstrategieën? We hebben het over de groep jonge kinderen en pubers, wat doe je die aan met een (cros-)toestel? Tegen een paar tranen in de spreekkamer kan ik als behandelaar wel, maar hoe vervelend vind een kind het en hebben we wel voldoende evidence om dat te verantwoorden?  Wellicht kan hierop in de overwegingen dieper worden ingegaan. Wat is precies het probleem bij deze eenorigheid, wat zijn de revalidatiedoelen.	Inzet van hoorhulpmiddelen en afwegingen hierbij komt aan bod in de module Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen. Deze module is nog in ontwikkeling en wordt later voor commentaar aangeboden.

		Wellicht wreekt het zich dat module 5a er nog niet is....	
NVKF	P154 regel 15-17	Omdat er geen relevante literatuur over de eisen aan de inzet van geluidsbewerkingstechnieken is gevonden wordt het advies gegeven om 'We adviseren daarom voor de inzet van geluidsbewerkingstechnieken in hoortoestellen de aanbevelingen en overwegingen te volgen zoals beschreven voor het gehoorverlies van het slechtste oor.' . Echter, het horen met 1 goed oor en 1 oor met een gehoorverlies is geheel anders dan aan beide zijden een gehoorverlies. Men zou dan juist kunnen bedenken om zo min mogelijk geluidsbewerkingstechnieken in het hoortoestel aan te zetten, zodat het geluid zo min mogelijk bewerkt wordt. De evidentie voor het inzetten van allerlei technieken zoals ruisonderdrukking, niet-lineaire versterking, gebruik reken-regels zoals NAL/DSL is ven groot als de evidentie om het niet te doen. Een advies om hetzelfde te doen als altijd gaat te kort door de bocht en er zou een betere onderbouwing moeten komen om deze functies of reken-regels te gebruiken.	Dank voor het onder de aandacht brengen. Wij hebben de overwegingen op basis van dit commentaar aangepast en vooral benadrukt dat een gedegen evaluatie van de inzet van geluidsbewerkingstechnieken in deze doelgroep belangrijk is. De inzet zal op deze manier maatwerk betreffen. In de module Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren (nog in ontwikkeling) zal ook benadrukt worden dat evaluatie van inzet van geluidsbewerkingstechnieken in deze doelgroep extra aandacht verdient.
NVKF	P155	Wees specifieker met verwijzen. Waar moet naar gekeken worden in module 2b. Dit is onduidelijk, en niet alles van licht blijvend gehoorverlies	Deze verwijzingen zijn toegevoegd om de concept tekst niet onnodig lang te maken. De volledige teksten worden nog ingevoegd en de verwijzingen verdwijnen dan.
IGJ	P155	Aanbevelingen bij kinderen met een eenzijdig gehoorverlies: Uitvoering van hoortoestellen (hardware): "pas een CROS toestel alleen toe als een kind goed kan omgaan met de beperkingen ervan". Voor dit	Tekst is gewijzigd in: "Wees terughoudend met het toepassen van een CROS-toestel (zie ook de module over de inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen)". In de module waar naar wordt verwezen (nog in

		onderdeel is meer specificatie nodig hoe dit in praktijk gezien wordt. Wat betekent 'goed kan omgaan'. Expliciteren.	ontwikkeling) wordt e.e.a. uitgebreider toegelicht
NVKF	P156 regel 25-157 regel 14	Algemeen gedeelte over NAL / DSL. Dit is niet specifiek voor eenzijdig gehoorverlies. Kan op andere plek.	Bewuste keuze om al vooraan uit te splitsen per gehoorverlies, waardoor het nodig is om de algemene informatie te herhalen in de verschillende submodules. In digitale vorm zal dit minder opvallen/storend zijn t.o.v. platte tekst.
NVKF	P158	Is de rekenregel afhankelijk van de revalidatiedoelen? In hoeverre wil je geluid aan de slechte zijde hoorbaar maken (en accepteer je onvoldoende versterking/andere luidheidsopbouw) en vind je lateralisatie voldoende? In hoeverre wil je de hoorfunctie symmetrisch herstellen en streef je ~100% revalidatie na, bijv bij een zuiver conductief gehoorverlies? Laat je de versterking nog afhangen van de functionele metingen. Controle met REM staat genoemd, maar wordt een localisatietest verricht? Wordt gecontroleerd op <u>onbedoeld</u> of hinderlijk contralateraal stimuleren?	Helaas is er weinig evidence gevonden voor deze specifieke doelgroep. Er is daarom gekozen om ook hier in eerste instantie de DSL als uitgangspunt te nemen op basis van de evidence bij bilaterale gehoorverliezen, maar wel met de overweging om sterker rekening te houden met luidheidsaspecten t.o.v. goedgehoorde oor. Om dit te kunnen beoordelen is ook de suggestie meegeven om luidheidbalans en richtinghoren mee te nemen.
NVKF	P158	Overwegingen in de praktijk: dit gedeelte is weer algemeen, terwijl hier specifieke overweging over eenzijdig gehoorverlies zouden kunnen worden genoemd. Het doel van gehoorrevalidatie bij een eenzijdig gehoorverlies is namelijk anders dan bij een bilateraal verlies. Bij eenorigheid gaat het niet primair om hoorbaarheid, maar om binaurale effecten (lokalisatie, spraak-in-ruis) → revalidatie zou daar op gericht moeten zijn en dus ook de keuze	Goed punt. Dit onderdeel nog iets meer toegepast worden op de specifieke doelgroep.

		van instellen van het toestel.	
NVKF	P158, R48	Op basis van de eerdere overwegingen had ik eerder advies voor NAL verwacht.	Zie eerdere commentaar, keuze NAL en DSL ligt hier op basis van overwegingen dicht bij elkaar, er is geen evidence voor deze specifieke doelgroep. Besloten is toch voor DSL als uitgangspunt te kiezen gezien mogelijke voordeel van hoorbaar maken zachtere spraak, maar wel met goede monitoring luidheid.
IGJ	P162/ 163	Aanbevelingen. Wat is het onderscheidend vermogen is ten opzichte van eerdere modules?	Onderscheidend vermogen is er bijv. t.a.v. groep matig-ernstig of zeer ernstige verliezen maar inderdaad ook wel overlap met bijvoorbeeld de groep lichte gehoorverliezen.
NVKF	P163 en P168	Inzet extra hoorhulpmiddelen. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat een hoortoestel aanwezig is. Wellicht is een hoortoestel geen geschikte optie (bij lichte of eenzijdige verliezen), dan praat je dus niet over extra hoorhulpmiddelen maar ook over alternatieve hoorhulpmiddelen.	Het woord 'extra' is op alle relevante locaties in de richtlijn verwijderd en/of tussen haakjes gezet om de schijn weg te nemen dat er hoortoestellen aanwezig zijn. De inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen komt uitgebreid aan bod in de module 'Inzet van hoortoestellen en overige hoorhulpmiddelen'. Deze module is nog in ontwikkeling.
NVKF	P 165, r13	dit zijn drie losse dingen: 'psychosociale problemen', 'gedragsproblemen' en 'aandachtsprobleem en schools functioneren'. hier pakken jullie alleen maar terug op het psychosociale deel. Heeft dat een reden?	Per alinea wordt een onderwerp uitgelicht, dus ook de andere onderwerpen.
NVKF	P166	in hoeverre moeten we echt de ouder-kind interactie volgen, in kaart brengen en daar iets mee doen? Is dit aan ons? Kunnen we hiervoor doorverwijzen? Is dit bij lichte verliezen en eenzijdige verliezen ook nodig?	Dit is besproken bij het Fenac platform voor gedragsdeskundigen, ouder-kind relatie blijft ook op oudere leeftijd lange tijd punt van monitoring. Niet intensief, maar wel tijdige signalering bij problemen. Dus aandacht moet

		<p>Het is de richtlijn van 4-18... veelal zit ouder-kind interactie verweven in de aanpak bij de gezinsbegeleiding/vroegbehandeling. Welk onderdeel is voor het AC hierin?</p> <p>Gehechtheidsrelaties spelen door heel het leven... gehechtheidsrelaties met ouders, met leeftijdgenoten, met broers/zussen, leerkrachten, anderen verzorgenden? Het is m.i. niet alleen een ouder-kind interactie die hier speelt en aan ten grondslag ligt... Hoe wordt hier tegenaan gekeken en welke rol heeft (de gedragswetenschapper van) het AC hier daadwerkelijk een rol? Niet? Of in licht mate? Signalerend? In hoeverre zou je hier daadwerkelijk een monitor op plaatsen? Of enkel een 'screening'/bewustwording bij de professional om dit een keer te 'checken' en evt. door te verwijzen of verder te kijken als er iets niet goed lijkt te zitten. En dan: hoe en wanneer check je dit? En bij alle verliezen? Of toch eerder bij de ernstigere verliezen, of bijvoorbeeld bij de kinderen waar sociaal-emotionele of ontwikkelingsproblematiek wordt aangegeven?</p> <p>(en wat als kinderen geen gezinsbegeleiding of VB (meer) hebben?)</p>	<p>er naar uit blijven gaan op het AC. Geen intensieve diagnostiek noodzakelijk inderdaad. De interventie zit inderdaad bij Zorg / behandeling.</p>
NVKF	P166, r5	<p>Mijn inziens kan dit ook vooraf, met een afgestemde vragenlijst (voor school en/of ouders), of na het audio bezoek, in een telefonisch consult door de gedragswetenschapper met ouders (en/of school).</p>	<p>Is besproken in de werkgroep, maar we kiezen niet voor een standaard schoolvragenlijst, we werken meer vanuit hulpvraag. Telefonisch consult door gedragswetenschapper kan ingezet worden na jaarcontrole op indicatie.</p>
NVKF	P166, r14	<p>screening (en welke lijsten dan precies?), en daarna doorverwijzen? Of kunnen we hierop interventies toepassen en zo ja, welke?</p>	<p>Bewust gekozen om geen lijsten te noemen. Zie voetnoot.</p>



NVKF	P166 r18	Ik mis hierin de didactische vorderingen: CITO/IEP scores, schoolvorderingen. In hoeverre zijn er compensatiemogelijkheden? Wat versterkt elkaar eventueel (gehoor + ...). Andere risicofactoren voor de ontwikkeling? (te denken ook aan optelsom Stressoren AS IV DC 0-5)	Eens, toegevoegd
NVKF	P166 r30	Andere uitkomsten zijn ook denkbaar; het aanmeldpunt lijkt nu de enige optie. (En zeker bij eenorigheid/lichte verliezen waarbij het kind niet aan 'de' criteria hiervoor voldoet (tenzij de gedragswetenschapper hier een mooie optelsom kan neerleggen aan risicofactoren).)	Didactische adviezen worden ook gegeven, AMP is niet de enige optie. Aangepast.
NVKF	P166, r46	Bij eenorigheid (en licht verliezen) mag de monitor m.i. ook wat lichter... Veelal zijn de eenorige kinderen en de kinderen die al langere tijd stabiele lichte verliezen (of alleen hoge tonen) hebben, niet meer in zorg (vaak komt het voor dat de dossiers eerder gesloten worden, al dan niet op verzoek van ouders of jeugdige). Is het dan de bedoeling dat we ze zo lang volgen, en testen? Of is 'bij zorgen/vragen' mogen jullie je weer melden ook een goede optie? En evt. af en toe vinger aan de pols door ze nog eens te bellen?	Monitoring van eenorigen is wel degelijk lichter. Geen jaarlijkse bespreking in multidisciplinair team bv. Als de kinderen uit de zorg verdwijnen, is er ook geen monitoring meer.
AJN	P166- 49	Komma i.p.v. punt na 'taalvaardigheden'. Zie P91.	Aangepast
AJN	P166 noot 39	Voor i.p.v. oor	Aangepast
NVKF	P167	is de zorg en monitoring voor eenzijdige verliezen en lichte verliezen net zo zwaar nodig als bij matige en ernstige verliezen?? Op basis waarvan?	Zie opmerking hierboven.
NVKF	P167	goede taalvaardigheden. niet-verbale Stijlfout	Aangepast
NVKF	P167 r9	Welbevinden: Sociaal-emotioneel welbevinden? Psychosociaal?	Welbevinden in de brede zin van het woord

NVKF	P167 r20	En is dit dan aan ons? Het is mooi als we het in huis hebben. (Of volstaat bedachtzaamheid evt. screening hierop en doorverwijzing?) Ik ben benieuwd naar de aanbevelingen welke type testen/vragenlijsten/middelen hiervoor in te zetten.	Ja, is aan ons. Passend bij diagnostiek, maar afhankelijk per AC wat geboden kan worden. Doorverwijzing kan ook, maar in de periferie mist vaak expertise SH.
NVKF	P167/168	Aanmelding cluster 2 is bij eenzijdig verlies geen (gehoor)indicatie voor.	Kan wel een indicatie voor zijn. Explicieeter vermeld in overwegingen.
IGJ	P168	Aanbevelingen. Wat is het onderscheidend vermogen is ten opzichte van eerdere modules?	Zie het antwoord hierboven.
IGJ	P172	Aanbevelingen. Wat is het onderscheidend vermogen is ten opzichte van eerdere modules?	Adviezen kunnen overlappen. Dit zal minder opvallen in de definitieve online versie van de richtlijn.
NVKNO		5a: volgt.	
NVKNO		5b; geen commentaar.	
NVKNO		5c; geen commentaar 5d; volgt.	
NVKNO		5 <sup>e</sup> ; naast het monitoren van spraaktaalontwikkeling dient ook het gehoor in het goede oor gecontroleerd te worden. In de leeftijd van 4 – 8 kun je dit niet aan de ouders en het kind over laten. Daarnaast: waarschuwen om goede oor te beschermen; gene buisje, niet uit spuiten, sneller Antibiotica bij infectie. Let op: lawaaischade op goede oor. Dit ontbreekt.	Controle van het auditief functioneren (inclusief drempels in het goede oor) wordt beschreven in de module Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren, welke nog in ontwikkeling is. Adviezen ten aanzien van het gehoor en revalidatiemogelijkheden worden beschreven in de module Inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen (nog in ontwikkeling).
NVKNO		5f: zie ook 5 e.	
NVKNO		5g; geen commentaar.	



<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P173 – P196</b>	<b>Module 6</b>		
AJN		Ook hier lees ik weer hoofdzakelijk hele passages die ik reeds vele keren heb gelezen. Ik zou alleen de verschillen m.b.t. andere hoofdstukken naar voren brengen.	Zie boven
IGJ		Herhaling van aanbevelingen ten opzichte van voorgaande modules. Wat is het onderscheidend vermogen?	Dit is inherent aan de keuze voor een modulaire opbouw van de richtlijn. Bepaalde adviezen gelden voor meerdere soorten gehoorverliezen. Na verwerken van de diverse commentaren uit het veld zijn overigens meer nuanceverschillen ontstaan.
NVKF	P173 r26-30	Toevoeging (super)power hoortoestel om ook de laagfrequente geluiden voldoende te kunnen versterken. Ik merk dat er vaak een m-toestel op geleidingsverliezen wordt gezet. De luchtgeleidingsdrempels liggen dan weliswaar in het aanpasbereik, maar door de ABG zal er toch onvoldoende versterking van de zachte geluiden mogelijk zijn.	Eens, toegevoegd, met verwijzing naar module 6c waarin de versterking besproken wordt.
NVKF	P180	Verwijzen naar BCD-richtlijn, resultaten met HT evalueren en controleren op voldoende?	Hiervoor verwezen naar de richtlijn BCD, zie ook de tekst over afbakening van de richtlijn en de overwegingen bij de hoortoestelkeuze bij een conductief verlies
NVKF	P180 (en in de overweging)	Specificeer dat maatoorstukjes moeten worden gebruikt, of ten minste dat oorstukjes worden gebruikt die voldoende versterking toestaan, tenzij medisch contra-geïndiceerd. Opmerking over afstemming met KNO? Tav etiologisch onderzoek/behandeling COM?	Voor alle categorieën hoortoestellen nu aangepast als volgt: Pas conventionele AHO hoortoestellen met reguliere toonbocht en maatoorstukjes toe, of tenminste oorstukjes die voldoende versterking toestaan, tenzij er daarvoor medische contra-indicaties zijn.

NVKF	P180 bij aanbevelingen	Aanbeveling (super)power hoortoestellen bijvoegen	Toegevoegd
NVKF	P180 r22	Bilateraal toevoegen?	De aanbevelingen kunnen ook gelden voor kinderen met een eenzijdig conductief verlies als zij op basis van de modules die indicatie beschrijven baat kunnen hebben bij een hoortoestel
NVKF	P181	WDRC/meerdere kanalen/frequentieverlaging is minder (niet) belangrijk bij conductieve gehoorverliezen, toch? Het toepassen van frequentieverlaging is natuurlijk best doelmatig, maar ik wil ervoor pleiten om dat de doen <u>buiten</u> de richtlijn om. Ik heb enige angst dat het als het in een richtlijn terecht komt, te vaak gebruikt gaat worden als permanente oplossing, waar ander oplossingen sterk te prefereren zijn. Ik ben van mening dat dit soort oneigenlijk gebruik van de techniek voorbehouden <i>zou moeten zijn</i> aan een audiologisch centrum...	Eens. Deze technieken zijn bij conductieve verliezen minder belangrijk. Bij instellen conform een rekenregel zal bv WDRC beperkt toegepast worden. Vooral bij de grotere verliezen kunnen ze echter wel van belang zijn om bv feedback (bv bij noodzakelijk wat meer open oorstukjes) te voorkomen. We hebben er daarom voor gekozen deze teksten wel te vermelden hier. De richtlijn geldt alleen voor de hoorzorg verleend aan kinderen vanuit audiologische centra. Dit is de reden dat we het toepassen van deze technieken wel vermeld hebben.
NVKF	P184, R5-19	Ik zou dit stuk achterwege laten, omdat het algemeen is en dit hoofdstuk juist over conductieve verliezen gaat. En dat wordt goed geduid in R21-34. Het is anders dubbelop	Zie eerder, herhaling informatie hangt samen met gekozen structuur met vroege splitsing naar type gehoorverlies.
NVKF	P186	Invoer beengleidingsdrempels: goed punt, haast triviaal. Wordt dat bij de andere (mogelijk gemengde verliezen) niet ook verwacht? Daarmee opmerking voor deze uitgangsvraag bij de andere verliezen....  Wat mij betreft moet <u>zeker</u> met conductieven verliezen <u>bewezen</u> worden dat de revalidatie voldoende is. Functioneel. Ik denk dat hier ook	Invoer beengleidingsdrempels is mogelijk triviaal, maar zo essentieel, juist specifiek voor deze groep, dat het toch benoemd is.  Wat betreft het verdere commentaar: in principe leidt het volgen van deze richtlijn in de huidige vorm als het goed is tot een optimaal resultaat, ook juist bij deze groep

		<p>ruimte is voor winst van kwaliteit van zorg. Eenzijds: wat is er nu makkelijker dan revalidatie van zuiver conductieve verliezen, maar ik denk te zien dat veel betrokkenen hier te weinig routine in hebben om adequate doelen te formuleren en adequate versterking in te stellen.</p> <p>Juist bij deze groep moet er oog zijn voor de ontstaansgeschiedenis, de luidheidservaring en een versterkings(opbouw)traject dat oog heeft daarvoor.</p>	(nastreven target). Aspecten van gewenning en geleidelijke opbouw worden algemeen genoemd en zijn ook van toepassing op deze doelgroep.
NVKF	P186	Hoe REM te doen bij afwijkende middenoor anatomie bv postop bij bv. mastoid holte? Waarmee rekening houden?	Hier is geen goede literatuur over gevonden bij kinderen. Er is daarom besloten dit niet in detail in de richtlijn op te nemen, maar wel te melden dat voor sterk afwijkende middenoorpathologie er rekening moet gehouden worden met meer variabiliteit en grotere afwijkingen van de target.
NVKF	P187 eerste blokje	Met name van toepassing bij conductieve verliezen, maar ook bij grotere perceptieve verliezen: Controleer in de hoortoestelsoftware bij zowel de output als de versterking, of er wel voldoende reserveruimte zit.	De noodzaak voor een sterk hoortoestel en benodigde reserveversterking wordt besproken in module 6c.
NVKNO		6a volgt.	
NVKNO		6b; langdurige geleidingsverliezen bij OME beeld – zal tot otitiden kunnen leiden. Ook bij radicaalholtes en functionele buisjes zijn hoortoestellen niet perse de beste oplossing gezien risico op infecten. Dit ontbreekt nu in tekst.	Goed punt. Dit wordt meegenomen in de te ontwikkelen module 6a.
NVKNO		6c: zie 6b. 6d; volgt.	
NVKNO		6 e: zie 6b. bij infecten ook kans dat hoortoestel luider moet en er alsnog achterstand op treedt.	

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P197- P216</b>	<b>Module 7</b>		
NVKF	P197 r36	Iemand die de richtlijn naslaat op hoorzorg bij ANSD wil concreter handvatten dan "pas bilaterale versterking toe tenzij dit niet geïndiceerd is:"	De teksten over het al dan niet toepassen van (bilaterale) hoortoestellen bij ANSD verplaatsen we naar module 7A. Deze module zal later ter beoordeling aangeboden worden.
IGJ		Herhaling van aanbevelingen ten opzichte van voorgaande modules. Wat is het onderscheidend vermogen?	Klopt dat dit niet heel onderscheidende is. Dat wordt ook toegelicht bij de overwegingen. Het onderscheid bij hoortoestellen bij ANSD zit niet in de te kiezen uitvoering van het toestel maar meer in criteria van de toepassing van toestellen überhaupt (zie h7a, volgt) en de instelling van de versterking (h7c). Toegevoegd dat het belangrijk is om rekening te houden met de mogelijkheid van solo apparatuur.
NVKF	P198-aanbeveling	Ik zou toch een opmerking maken over het voorzichtig opbouwen van de versterking bij de grote verliezen omdat er grotere kans is op overstimulatie. Er wordt wel gesproken over toepassen van veel compressie vanwege harde geluiden, maar bij hoge gemeten drempels zou ik ook met de versterking bij normale inputs in eerste instantie voorzichtig zijn met de versterking. (zie dat dit op P200 ook wordt genoemd, maar zou hier ook goed zijn om te noemen, aangezien er ook over de compressie en harde geluiden iets wordt gezegd).	Goed om dit uitvoeriger te benadrukken. Nu wat tekst hierover toegevoegd.
NVKF	P198	Wat zijn de adviezen bij de gehoordrempels? Vermeid neuropathie en gebruik consequent ANSD. Zijn er nog wensen tav datalogging/analyse gebruik	we doelen hier op de op de aanbevelingen voor lichte, matige en (zeer) ernstige gehoorverliezen, nu duidelijker beschreven.

		naar situatie, bijstellen naar programma/harder/zachter zetten?	Aan de aanbevelingen toegevoegd: Kies hoortoestellen met voldoende versterkingsmogelijkheden om de doelversterking te kunnen realiseren. Raadpleeg de module over rekenregels om te in te schatten hoeveel versterking nodig is.
NVKF	P198	Alleen hoortoestellen aanpassen als er duidelijke, reproduceerbare 'behavioural thresholds' zijn.	Tekst als volgt aangepast: Pas versterking toe voor oren waarvoor op basis van betrouwbare gedragsmatige drempelbepaling aannemelijk is dat de drempels zodanig zijn dat het ongeholpen spraakverstaan verminderd is.
NVKF	P199	Met name bij ANSD zou ik zeer terughoudend zijn met inzetten geluidsbewerkingstechnieken vanwege onvoorspelbaarheid van het gehoor. Bij inzet van geluidsbewerkingstechniek is juist in deze groep evaluatie van het effect extra belangrijk.	We voegen dit toe aan de overwegingen. Het punt van evaluatie nemen we mee in de module Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren (nog in ontwikkeling).
AJN	P200- 4	pathologie	Aangepast
NVKF	P200 r22	Monitoring dmv herhaalde OAE meting valt te overwegen, voor die ANSD-kinderen waarbij OAE's aanwezig zijn. (Te) harde hoortoestellen kunnen buitenste haarcellen mogelijk beschadigen en daarmee OAE's beïnvloeden. Ik ben echter niet bekend met recente literatuur hierover.	Zal nog worden overwogen om mee te nemen in nog te ontwikkelen module 7a.
NVKF	P200, r24	Bij een zo grote onzekerheid/keuzevrijheid in doel (ik gebruik zelf toch liever DSL en de gewenningsopbouw) vind ik de REM niet tijds-efficient.	We adviseren toch om REM uit te voeren, zodat mogelijke afwijkingen t.o.v. target door bijv. afwijkend oorstukje of gehoorgang in ieder geval bekend zijn, zodat dit kan worden meegewogen inde mogelijkheden tot optimalisatie van het geluid.
NVKF	P202	Ik zou toevoegen om bij grote "verliezen" ofwel hoog gemeten drempels ook voorzichtig te zijn met	Goed punt, dit is meegenomen in de tekst.



		de aangeboden versterking en te overwegen dit in stappen op te bouwen.	
NVKF	P202	Moet er nog wat basaler worden geduïd hoe we de diagnostiek duiden en de voor ANSD passende inconsistenties daarin? Bij het formuleren van een rekenregel wordt als uitgangspunt 'het toonaudiogram' genomen. In hoeverre zijn die in deze groep (grote comorbiditeit) reproduceerbaar beschikbaar? Variatie over de tijd? Soms alleen OAE's, Bera, ASSR. Is aanvullend onderzoek nog zinvol – corticale responsen, ....	Omdat het hier oudere kinderen betreft, wordt er van uitgegaan dat er vrije-veld drempels gemeten kunnen worden. We zijn van mening dat deze toch het beste als uitgangspunt gekozen kunnen worden voor de hoorbaarheid van geluid, zeker omdat bij bijv. slechtere synchroniteit van de zenuw een afwijkende BERA-drempel mogelijk niet representatief is. Over de diagnostiek van ANSD wordt verder ingegaan in modules 1b en de nog te ontwikkelen module 7a.
NVKF	P203	Juist in deze groep is het belangrijk om de relevante mensen in de omgeving van patient (ouders, leerkrachten, ambulante zorg, ...) te betrekken in het traject van indicatie en evaluatie van de hoortoestellen.	Er wordt al opgemerkt dat voor de evaluatie van het functioneren de subjectieve beleving van groot belang is. Dit punt zal ook verder worden meegenomen in de nog te ontwikkelen modules 7a en 7d.
AJN	P209- 16	Wantrouwen i.p.v. wantrouw, zie P121	Aangepast
NVKF	P212	Dit is allemaal dubbel met module 2!? Ik zie niet direct verschillen. Ook de aanbevelingen zijn op het eerste gezicht hetzelfde. Ik stel dan voor om dit stuk te schrappen of samen te voegen met module 2, of expliciet de verschillen uit te lichten. Dat komt de leesbaarheid ten goede.	Bij publicatie op de richtlijndatabase kan gemakkelijk naar het type slechthorendheid geklikt worden. Om deze reden lijkt de platte tekst veel overlap te hebben. Dit wordt in digitale vorm duidelijker.
NVKF	P213 r1	toevoegen algemene ontwikkeling	De algehele ontwikkeling wordt in module 7f beschreven. De werkgroep heeft bewust voor de terminologie algehele ontwikkeling in plaats van algemene ontwikkeling gekozen.
NVKF	p216, r15	"andere <u>landen</u> ."	Aangepast
NVKNO		7a volgt.	

NVKNO		7b: geen commentaar. 7c: geen commentaar.	
NVKNO		7d: volgt.	
NVKNO		7 e: ook hier moeten meetwaardes genoemd worden; bij verder achter gaan lopen ondanks toestellen moet aan CI gedacht worden. Hier zit een leeftijdsgrens op. Zie opmerkingen bij 2 e.	
NVKNO		7f: en 7g: geen commentaar.	

<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
<b>P217 – P221</b>	<b>Module 8</b>		
NVKF	p217, r25	Waarom wordt deze eis gesteld? Waarom zou het niet een ander teamlid kunnen zijn dan een logopedist?	Eens, dit kan ook een ander teamlid zijn, aangepast: deze passage nu verplaatst naar het einde van dit stuk tekst.
NVKF	P217, R50	Wat is de reden om het auditief functioneren ook door een logopedist op te laten volgen?	Tekst gecorrigeerd, als volgt: De logopedist is geschoold in het onderzoeken en monitoren van de auditieve ontwikkeling in relatie tot de spraaktaalontwikkeling in relatie tot de auditieve- en de - en algehele ontwikkeling.
NVKF	P217 r50	Betekent dat dat alle kinderen tussen 4 en 18 die binnenkomen in het centrum door een logopedist gezien moeten worden? Ik denk dat het volstaat dat de KFA de auditieve ontwikkeling en de ST-ont volgt en bij problemen de andere disciplines inschakelt. Logopedist daarmee op indicatie betrokken.	Tekst gecorrigeerd, als volgt: De logopedist is geschoold in het onderzoeken en monitoren van de auditieve ontwikkeling in relatie tot de spraaktaalontwikkeling in relatie tot de auditieve- en de - en algehele ontwikkeling.
IGJ	P218	Samenstelling team: “gespecialiseerd zijn en ervaring hebben met”. Hier een verduidelijking wat “gespecialiseerd zijn” en wat “ervaring hebben” betekent. Concretiseren welke eisen hieraan worden gesteld. Minimale eisen welke disciplines aanwezig zijn.	We hebben geen volumenormen binnen de beroepsgroep, deze discussie loopt nog binnen de beroepsgroep. Een systeem van visitaties vanuit de beroepsvereniging wordt opgezet. Dit punt wordt daarin meegenomen.
IGJ	P218	“formele hoofdbehandelaar en is .. beschikbaar als van het aanspreekpunt”. Expliciteren wie is daadwerkelijk de formele hoofdbehandelaar. Wat betekent ruime ervaring met gehoordiagnostiek en multidisciplinaire revalidatie? Minimale eisen die hieraan worden gesteld. Wat maakt overigens dat de logopedist minimaal basisniveau NGT moet beheersen en de klinisch fysicus-audioloog niet (als zijnde aanspreekpersoon	“Formele” nu geschrapt, de klinisch fysicus – audioloog is de hoofdbehandelaar. Zie vorige punt mbt opmerking over ervaring. Wat betreft NGT ervaring: tekst aangepast als volgt:” Binnen het multidisciplinaire team moet minstens één zorgverlener een basisniveau Nederlandse Gebarentaal (NGT) beheersen om zich op het niveau van de patiëntenpopulatie te kunnen uitdrukken in het Nederlands

		voor de ouders en het kind)? Wat zijn de eisen waar de andere teamleden moeten voldoen? Expliciteren.	ondersteund met Gebaren” Het is te rechtvaardigen dat niet ieder teamlid of de hoofdbehandelaar NGT hoeft te beheersen. Immers dit is slecht voor de communicatie met een heel kleine fractie van de patientenpopulatie van belang.
NVKF	P218 r 38	D ?	Aangepast
AJN	P218- 38	D moet weg.	Aangepast
NHG	Pg 219	Heel fijn dat jullie opgenomen hebben dat het Audiologisch Centrum zorgt voor goede verwijsrelatie en communicatie met de volgende specialisten in de regio waaronder jullie de huisarts noemen.	-
NHG		De samenwerking met de verschillende beroepsgroepen is te vinden door de hele richtlijn. Voor verhoging van de implementatie van de samenwerking in deze specialistische richtlijn is een hoofdstuk (samenwerking) waarin al deze informatie verzameld is zinvol.	Dit staat beschreven (nu wat explicieter) in het de tekst onder “zorgketen”
NVKF	P219, R12-15	Vervangen door: - GGZ-zorg voor doven en slechthorenden, zoals bijv. GGMD, Pro Persona, ... (nu lijkt het net of je met alle instellingen in heel NL banden moet hebben, dat lijkt me niet zo efficient)	Goede suggestie, aangepast
NVKF	P219, R19	SHjong	Aangepast
IGJ	P220	Wat betreft het netwerk van het Audiologisch centrum. Waar moet het netwerk aan voldoen? Expliciteren.	Dit is nu verder uitgewerkt. Voor de diverse netwerkpartners is beschreven of er sprake is van een verwijsrelatie en hoe het wederzijds contact geregeld kan worden.
IGJ	P220	Eisen aan apparatuur. Waaraan moet de apparatuur voldoen? Minimale eisen die hieraan worden gesteld. Is het Convenant Medische technologie	Nu ingevoegd over welke apparatuur het AC moet beschikken en convenant toegevoegd.

		meegenomen?	
IGJ	P220	Uitstroming uit de richtlijn. Hoe is de continuïteit van zorg geregeld bij personen vanaf 18? Expliciteren.	Toevoeging gedaan.
AJN	P225- 37	Perceptief i.p.v. pereptief.	Aangepast
NVKNO		Naast de kinderarts en neuroloog sturen ook genetica vaak door. En bestaan er protocollen voor bepaalde syndromen met mogelijk gehoorverlies (Turner, Stickler, na meningitis, na CMV infect). Mogelijk dat deze ook thuis horen in deze richtlijn.	Kinderen met deze syndromen die voldoen aan de criteria van deze richtlijn vallen inderdaad binnen het bestek ervan. In deze richtlijn bespreken we echter niet het monitoren van deze kinderen indien er nog geen sprake is van gehoorverlies.

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
<b>P222 – P225</b>	<b>Bijlage 1</b>		
NHG	222	<p><b>Implementatie aanbevelingen ten aanzien van de indicatiestelling</b></p> <p><b>De diagnostiek ten behoeve van de indicatiestelling is standaard diagnostiek zoals deze regulier in ACs wordt uitgevoerd. Hier wordt dus geen verandering ten opzichte van de huidige klinische praktijk aanbevolen en zijn er geen belemmeringen voor implementatie te verwachten.</b></p> <p>Nemen jullie dan wel de huisartsen mee bij het implementeren van de 20dB?! M.i. wel een belemmering.</p>	Zie ook reactie op commentaren bij module 1b. De werkgroep heeft de inclusiecriteria enigszins aan gepast. Het inclusie criterium van deze richtlijn betekent niet dat de verwijscriteria in aanpalende richtlijnen herzien zouden moeten worden.
IGJ	P224	Als actie is opgenomen dat ‘gerichte bijscholing/training ontwikkeld moet worden’. Waar moet deze training aan voldoen en voor wie is deze? Is vrijblijvend.	Hiermee wordt bedoeld dat eventueel binnen een audiologisch centrum training/bijscoling nodig is. Hierbij kan gedacht worden aan kennisoverdracht ten aanzien van het instellen van hoortoestellen en/of verificatie van instellingen. Of dit nodig is en in welke vorm dit dan nodig is, is binnen ieder audiologisch centrum verschillend en gebeurt onder eindverantwoordelijkheid van een klinisch fysicus – audioloog. Hoe bekwaamheid van medewerkers binnen een audiologisch centrum geborgd is, is onderdeel van periodieke audits van ACs / klinisch fysici vanuit ofwel de FENAC ofwel de NVKF. Dit punt is verduidelijkt in de tekst.
IGJ	P225	Als actie is opgenomen dat ‘patiënteninformatie/keuzehulpen ontwikkeld en aangepast moeten	Audiologische centra zijn zelf verantwoordelijk voor de patiënteninformatie/keuzehulpen die

		<p>worden'. Is hierin een actieve samenwerking met patiëntenverenigingen? En wordt de informatie aangeboden op de verschillende taalniveaus van de patiënten? Dit geldt ook voor de lokale patiënteninformatie.</p>	<p>zij hun patiënten/cliënten bieden, dit alles onder eindverantwoordelijkheid van een klinisch fysicus - audioloog. Het is aan audiologische centra zelf of zij daar bijvoorbeeld een patiëntenpanel voor toepassen om feedback en behoeftes op te halen. Ook vanuit de branchevereniging (FENAC) is patiënteninformatie beschikbaar. Er is een werkgroep binnen de FENAC actief die zich hiermee bezig houdt en ontwikkeling/herziening prioriteert. De werkwijze hiervan is niet bekend bij de werkgroep van deze richtlijn, maar het is aannemelijk dat hierbij ook afstemming met de patiëntenverenigingen is. Bij de ontwikkeling van deze richtlijn is niet voorzien in het opleveren van patiënteninformatie behalve een tekst op thuisarts.nl (onderwerp: mijn kind is slechthorend, welke zorg biedt het audiologisch centrum?).</p>

<i>Vereniging</i>	<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Commentaar</i>	<i>Reactie werkgroepleden</i>
<b>P226 -P228</b>	<b>Bijlage 2</b>		
NVKF		Fijn dat dit is toegevoegd.	Dank



<b>Vereniging</b>	<b>Pagina- en regelnummer</b>	<b>Commentaar</b>	<b>Reactie werkgroepleden</b>
	<b>Overig commentaar</b>		
ZN		<p>Onze dank voor je uitnodiging om deel te nemen aan de schriftelijke commentaarfase modules richtlijn Hoorzorg voor slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar.</p> <p>Helaas is dit onderwerp op dit gebied te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren.</p>	Dank voor uw reactie/toelichting.
NVN		<p>De NVN heeft niet meegedaan aan de totstandkoming van deze richtlijn. Het valt mij op dat wij als WV dan toch telkens worden benaderd. Dit is erg verwarrend en geeft ook onnodig werk. Zetten jullie dit standaard richting alle WV-en zo uit? Persoonlijk zou ik willen voorstellen dat de NVN alleen wordt benaderd voor commentaar als we daadwerkelijk als primaire partij betrokken zijn bij een richtlijn. Dit voorkomt veel onnodig werk.</p>	<p>Bedankt voor uw reactie. De richtlijn is breed uitgezet voor commentaar.</p> <p>In het vervolg zullen wij de NVN alleen benaderen bij betrokkenheid als primaire partij.</p>
NVLF		<p>In de richtlijn worden bij de aanbevelingen geen GRADE zwaarte genoemd. Dit wordt gemist door onze leden. Sterke aanbevelingen zijn geformuleerd met een actief werkwoord (zoals 'maak'). Zwakke aanbevelingen zijn geformuleerd met een passief werkwoord (bijv. kan).</p>	<p>Slechts voor de modules gericht op de inzet van de technische mogelijkheden van hoortoestellen en de keuze voor de rekenregel (NAL versus DSL) is literatuur gevonden waarbij de GRADE zwaarte kon worden bepaald. De GRADE zwaartes waren allen laag of zeer laag. Alle overige modules zijn opgesteld op basis van expert opinion.</p> <p>De mate van evidence is voor vrijwel alle modules vergelijkbaar. De werkgroep heeft er dan ook voor gekozen om geen onderscheid te maken tussen de sterktes van de aanbevelingen. De mate van onderbouwing is</p>

			steeds toegelicht bij de literatuuranalyse en/of bij de overwegingen.
NVLF		Complimenten voor de richtlijn, deze is behoorlijk uitputtend. Vraag is echter nog, het zorgkantoor is met iets vergelijkbaars bezig, informatie uitwisseling lijkt gewenst.	Dank voor de complimenten. De werkgroep was niet op de hoogte van deze werkzaamheden van het zorgkantoor en heeft hier alsnog kennis van genomen. De onderwerpen en doelstellingen van de deelprojecten binnen het initiatief 'zinnige zorg' zijn toch dusdanig verschillend bevonden van de focus van deze richtlijn dat de inhoud van de richtlijn er niet op is aangepast.
NVLF		Overig commentaar is al door onze afgevaardigde verzonden.	-
NVZ		Dank voor uw uitnodiging. Gezien het voornamelijk medisch inhoudelijke karakter heeft de NVZ geen aanvullend commentaar. Wel worden wij graag betrokken bij evt. financiële en/of organisatorische consequenties.	Zie het implementatieplan bij de richtlijn voor de consequenties die de werkgroep bij implementatie voorzien heeft.
V&VN		Verzoek destijds uitgezet bij relevante V&VN afdelingen, maar geen reacties ontvangen en V&VN is ook niet bij de ontwikkeling van de modules betrokken geweest. Dus bij deze zal V&VN de richtlijnmodules niet van commentaar voorzien.	-
BPSW		De BPSW heeft de mogelijkheid van commentaar uitgezet bij haar achterban. Dat heeft geen reacties opgeleverd in aanvulling op de het commentaar wat u via het "Landelijk Werkverband Maatschappelijk werkers voor Auditief en communicatief beperkten" zult ontvangen.  Met dank voor de mogelijkheid van commentaar en succes met het afronden van de richtlijn.	-

NVK		Ik heb het hele protocol doorgescrold en screenend gelezen: deze richtlijn is zeer moeilijk inhoudelijk te beoordelen voor/door kinderartsen aangezien het zo KNO specifiek is	-
NVK		Als kinderarts ben ik wel zeer blij om te lezen dat er aandacht is voor de taalontwikkeling (en navragen ontwikkeling op andere gebieden), ondersteuning van de ouders, en de psyche van het kind	-
NIP		Wij hebben onderstaande oproep verspreid onder onze relevantie secties, maar nog geen reacties ontvangen	Ok, dank voor uw reactie.
NHG	Gehele richtlijn	<p>Het NHG heeft niet in de werkgroep gezeten, en zal deze richtlijn dan t.z.t. ook niet kunnen autoriseren. Wel zullen wij kijken wat deze richtlijn betekent voor onze eigen richtlijn en of daar nog aanpassingen voor overwogen moeten worden, waarbij geldt dat voor huisartsen de NHG-Standaard Slechthorendheid leidend is.</p> <p>Er staat in de richtlijn dat de doelgroep ook huisartsen betreft. Als het de bedoeling is dat huisartsen deze richtlijn zouden moeten volgen, dan hadden wij deel moeten nemen aan de werkgroep. We gaan er nu van uit dat de richtlijn puur informatief is.</p> <p>We willen jullie adviseren om samenwerkingsafspraken te maken met de niet in de werkgroep betrokken partners: huisartsen en jeugdartsen, omdat zij wel degelijk genoemd worden bij de verwijsroutes.</p>	<p>Het spijt de werkgroep dat de organisatie zo is verlopen dat primaire deelname vanuit de NHG geen invulling heeft gekregen. Wij hebben er alle begrip voor dat de NHG niet kan autoriseren.</p> <p>U heeft inderdaad correct geconcludeerd dat de richtlijn puur informatief van aard is voor huisartsen. Dit is duidelijker verwoord in algemene inleiding bij de richtlijn.</p> <p>Dank voor deze suggestie. De richtlijn is van informatieve aard voor deze betrokken partners, maar zal bij uiteindelijke oplevering actief onder de aandacht gebracht worden.</p>

		Overigens is de NHG-Standaard slechthorendheid destijds opgesteld met een multidisciplinaire werkgroep van huisartsen, audiologen, audiciens en KNO-artsen.	De werkgroep is hiervan op de hoogte en suggereert niet dat de NHG-Standaard slechthorendheid aangepast dient te worden.
NVKF		Lange en zeer zinvolle richtlijn. Ik denk te zien dat er een grote verscheidenheid is aan uitgangsvragen, waarin het lastig prioriteren is en het moeilijk is om relevante punten toch niet te behandelen. Enerzijds moet het compleet en voor alle gevallen passend zijn, anderzijds moet het werk realistisch blijven. Hoorzorg voor 4-18 jaar is zeer veel omvattend en met de diverse doelgroepen en revalidatiemogelijkheden erg breed. De commissie is ambitieus geweest en ik denk dat het goed gelukt is om de belangrijkste punten te kiezen en wil de commissie complimenteren met het resultaat.	Hartelijk dank namens de werkgroep.
NVKF		Wellicht ook dat de structuur duidelijker/logischer gaat worden als deze compleet is en in de database verwerkt is, ik vermoed dat daar nu nog wel wat te winnen valt.	Dat zal inderdaad het geval zijn, de werkgroep is het ermee eens dat de structuur in de vorm van een platte tekst niet tot haar recht komt.
NVKF		Ik mis de functionele metingen (spraak vrije veld met hoortoestel, al dan niet met ruis) en vragenlijsten in de evaluatie van de hoortoestellen. Daarnaast mis ik het formuleren van doelen bij de hoorrevalidatie en de check daarop! We moeten bewijzen dat we de revalidatie voldoende of goed hebben georganiseerd. Dat bewijs moet m.i. verder gaan dan de REM.	Dank voor deze opmerking. Deze informatie is voorzien in de extra modules bij deze richtlijn die momenteel nog in ontwikkeling zijn en waarvoor later een commentaarronde volgt.
NVKF		Wat ik vind dat we standaard moeten doen is het uitlezen van het gebruik van de hoortoestellen (uren per dag), dat noteren in het dossier en integreren in het gesprek. Dat geeft mijns inziens goed zicht op	In de extra modules bij deze richtlijn die nog in ontwikkeling zijn (en later ter commentaar worden voorgelegd), wordt expliciet aandacht gegeven aan draagduur, zowel bij anamnese

		<p>het gebruik en bij knelpunten is dat aanleiding om naar de oorzaak op zoek te gaan. Hierbij (triviaal) is het niet gepast om dat verwijtend te brengen maar open: “het kan ook zijn dat ik de versterking niet optimaal heb in gesteld en dat je het fijner vindt als ik daarin wat aanpas opdat het voor je prettiger/beter klinkt”.</p> <p>Als het niet audiologisch technisch is moeten de knelpunten wellicht multi-disciplinair worden besproken/aangepakt.</p>	als obv dataloggng.
NVKF		<p>Er zit voor mijn idee nog wel wat overlap tussen de hoofdstukken over zorg gericht op de algehele ontwikkeling en psychosociale zorg. Bovendien staan er in de hoofdstukken over spraak/taal, algehele ontwikkeling en psychosociale zorg ook adviezen over inzet van hoortoestellen en hulpmiddelen, die naar mijn mening eerder thuis zouden horen in de hoofdstukken over inzet van hoortoestellen en/of hoorhulpmiddelen (maar die zijn nog niet gemaakt).</p>	<p>Dank voor het commentaar. De werkgroep heeft in sommige gevallen bewust voor enige overlap gezorgd. Vanwege het modulaire karakter van de richtlijn wanneer deze op richtlijndatabase.nl geplaatst wordt, zullen lezers veelal direct klikken naar één van deze modules die hun interesse heeft. Enige mate van overlap is toegepast om te zorgen dat bepaalde informatie in ieder geval beschikbaar is voor een selectieve lezer.</p> <p>Er zijn in de genoemde modules verwijzingen toegevoegd naar de module over inzet van hoortoestellen en/of overige hoorhulpmiddelen (nog in ontwikkeling) daar waar gesproken wordt over revalidatie met hoortoestellen/hoorhulpmiddelen.</p>
NVKF		Ik mis informatie mbt advies ten aanzien van meertaligheid bij slechthorende kinderen	Dit advies is niet anders dan dat voor meertalige kinderen zonder gehoorbeperking.
NVKF		Kan de logopedist ook de rol van master of bachelor in de audiologie vervullen bij de technische revalidatie?	Taakverdeling en bekwaamheid van medewerkers binnen een audiologisch centrum wordt ingevuld onder

			<p>eindverantwoordelijkheid van een klinisch fysicus – audioloog. Of bekwaamheid en afspraken conform de Leidraad audiologische zorg geborgd is, is onderdeel van periodieke audits van ACs / klinisch fysici vanuit ofwel de FENAC ofwel de NVKF. Taakverdeling/borging van bekwaamheid en eindverantwoordelijkheid hiervoor is explicieter benoemd in de module Organisatie van Zorg.</p>
NVKF		<p>Het zal voor jullie een hele kluit zijn geweest - zo hebben wij het in ieder geval wel ervaren bij becommentariëren. De richtlijn is daarmee mogelijk te groot geworden waarin vrijwel alle aspecten van audiologie meegenomen moet worden. Zowel de lengte van de richtlijn als de termijn voor het leveren van commentaar was voor ons problematisch.</p> <p>Op een heel aantal punten is het prima; door modulair te werken kan een richtlijn bestaan uit algemene blokken diagnostiek en specifieke blokken revalidatie. Wat er ons inziens mist is een korte samenvatting of overzicht wat voor welke doelgroepen (definitie?) nodig is. De inhoudsopgave geeft al wat prijs maar een beslisboom/ of iets soortgelijks zou helpen.</p>	<p>Dank voor het commentaar. De werkgroep is zich ervan bewust dat het een flink document was om te becommentariëren en heeft daarom de termijn voor commentaar tov de vereiste termijn met 2 weken verlengd. Meer ruimte was helaas niet mogelijk gezien de strakke planning van het project.</p> <p>In de uiteindelijke online versie van de richtlijn, is duidelijk te zien dat het kind met dienst mate en type gehoorverlies centraal staat in de richtlijn. Aannee hierbij is dat een zorgverlener wil opzoeken wat hij aan hoorzorg zou moeten bieden voor een individueel kind met dus al een bekende mate/type gehoorverlies.</p> <p>De lezer zal bij raadplegen van de richtlijn dus eerst moeten selecteren voor welke categorie gehoorverlies hij/zij de aanbevolen hoorzorg wil bekijken. Vervolgens kan binnen die categorie gekozen worden voor de verschillende inhoudelijke modules t.a.v.</p>

		<p>Tevens hebben we de stellige indruk dat de literatuur niet volledig is (waar mogelijk hebben we suggesties gedaan) en dat het systeem van 'grading' niet altijd de meest zinvolle is voor audiologie vanwege het veelal ontbreken van goede trials - het onderscheidend vermogen van aanbevelingen is daarmee beperkt (vrijwel alles is laag of zeer laag)</p>	<p>technische hoorrevalidatie, hoorzorg gericht op de spraak-taalontwikkeling, hoorzorg gericht op de algehele ontwikkeling of psychosociale hoorzorg aan kinderen die binnen de betreffende categorie van gehoor vallen. Omdat het kind met een bepaalde mate en type gehoorverlies centraal gesteld wordt, is er niet voor gekozen om op inhoudelijk niveau de hoorzorg nog weer samen te vatten over de soorten gehoorverliezen heen.</p> <p>Dank voor de suggesties voor gebruik van aanvullende literatuur. De werkgroep heeft inderdaad ook geworsteld met het systeem van 'grading' omdat de audiologische literatuur veelal een andere opzet kent dan gangbaar voor literatuur over medische aandoeningen. Echter, deze systematiek is opgelegd wanneer een richtlijn voor richtlijndatabase.nl met SKMS subsidie wordt ontwikkeld en hier kon dus niet van afgeweken worden. Daar waar de moduletekst opgesteld kon worden op basis van expert opinion is wel zoveel mogelijk gebruik gemaakt van literatuur ter onderbouwing, echter vooral gestuurd vanuit de resultaten (i.e. gevonden artikelen) van de literatuursearch en die dus aan de PICO formulering voldeed.</p>
NVKF		<p>Verder zijn we nog steeds van mening dat richtlijnen moeten gaan over aandoeningen. De aanbevelingen</p>	<p>Zoals hierboven beschreven, heeft de werkgroep binnen de kaders van de</p>

		<p>zullen leiden tot opties tot revalidatie (inzet van apparatuur, hulpmiddelen of geen) en psychosociale ondersteuning en begeleiding. In dat opzicht is het te kort door de bocht om uitsluitend hoortoestellen te bespreken (om bijvoorbeeld over een richtlijn BCD maar te zwijgen). Uiteindelijk helpt het wel om een module te wijden aan het spectrum van opties maar de essentie is de aandoening, niet het hulpmiddel.</p>	<p>projectaanvraag zoveel mogelijk het kind en diens gehoorverlies (als symptoom van de onderliggende aandoening die al of niet bekend is) centraal te stellen. Het is bij de kennislacunes (zie bijlage 2 bij de richtlijn) opgenomen dat meer inzicht in (genetische) oorzaak van een blijvend gehoorverlies (i.e. de onderliggende aandoening) in de toekomst tot een aanpassing van de gehanteerde categorieën voor gehoorverlies kunnen leiden. De werkgroep heeft tot die tijd gekozen om de categorieën te baseren op de mate/type van het gehoorverlies, idem als de vorige versie van de richtlijn.</p> <p>T.a.v. de bestaande richtlijn over BCD in relatie tot deze richtlijn: de werkgroep is net als de gever van dit commentaar van mening dat idealiter de hoorzorg inclusief revalidatieopties (dus BCD, maar ook CI) beschreven zou worden in één en dezelfde richtlijn met de aandoening als uitgangspunt. Het lag echter niet in het vermogen van de werkgroep dit te bewerkstelligen. De werkgroep moest zicht immers houden aan het onderwerp en de kaders van de projectaanvraag. Vanwege het beperkte budget is gekozen om zo min mogelijk PICOs te richten op BCDs en te focussen op die onderdelen die nog niet op richtlijndatabase.nl zijn beschreven. Mogelijk dat onderdelen die de werkgroep nu</p>
--	--	---	---



			<p>niet kon opnemen in deze richtlijn bij modulair onderhoud opgepakt kunnen worden en/of dat afbakening tussen richtlijnen t.a.v. hoorzorg binnen richtlijndatabase.nl aangepast kan worden naar nieuwe inzichten. Hiervoor is de uitkomst van het Koplopersproject bepalend. Dit project is onlangs van start gegaan (zie toelichting Koplopersproject via KKAu mailing vanuit commissie kwaliteit van de NVKF).</p>
NVKF		<p>Waarom een aparte richtlijn voor 0-4 jaar? We vrezen voor een herhaling van zetten wat wederom zal resulteren in een enorm document waar voor het grootste deel hetzelfde in zal staan als in deze huidige richtlijn.</p>	<p>Dank voor dit commentaar. De werkgroep is het er volledig mee eens dat het niet logisch is beide richtlijnen apart op te stellen. Echter, de subsidieaanvraag liet het alleen al ten aanzien van het beperkte aantal PICO's waarin ondersteuning begroot was niet toe om de richtlijn uit te breiden naar de groep 0-4 jarigen zonder expert opinion/inhoud van de huidige/vorige versies van de richtlijnen verloren te laten gaan.</p> <p>Er zijn twee manieren om (uiteindelijk) de hoorzorg aan kinderen &lt;18 jaar zoals geboden vanuit AC's op richtlijndatabase.nl op te nemen in dezelfde richtlijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) door beide richtlijnen apart op te stellen en als onderdeel van modulair onderhoud beiden samen te voegen.</li> <li>2) Deze richtlijn op te leveren en bij modulair onderhoud de doelgroep uit te breiden met de 0-4 jarigen zodat een richtlijn voor 0-18 jaar ontstaat.</li> </ol> <p>Beide routes zijn buiten de invloedssfeer van</p>

			<p>deze werkgroep. Samengevat waren het praktische / organisatorische redenen en geen inhoudelijke redenen om de richtlijn te beperken tot 4-18 jaar. Er is momenteel een SKMS aanvraag ingediend om de richtlijn 0-4 jaar te kunnen herzien. Er zal (vanuit overlap van minimaal 1 werkgroep) geborgd worden dat beide richtlijnen op elkaar aansluiten en bij de herziening van 0-4 jaar gefocust wordt op PICO's die niet bij de richtlijn 4-18 jaar opgepakt zijn. Dit maakt samenvoegen tijdens modulair onderhoud later gemakkelijker.</p>
NVKF		<p>Hierboven vinden jullie het verzamelde commentaar van de NVKF. De dubbelingen zijn er zoveel mogelijk uit gehaald en sommige opmerkingen weggelaten. Alleen het verzamelen en ordenen van commentaar was al veel werk, laat staan het reageren op het commentaar wat jullie nu nog te wachten staat! Wat een werk hebben jullie al verricht. Over het algemeen is men het erg eens met de aanbevelingen in het document. Complimenten. Aspecten die vaker naar voren kwamen en nog niet veel in bovenstaand algemeen commentaar duidelijk worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-categorieën van gehoorverlies beter specificeren en dan consequent gebruiken</li> <li>-het zeer lichte gehoorverlies krijgt relatief veel aandacht</li> <li>-figuren waren in deze vorm niet altijd duidelijk leesbaar</li> <li>-er lijken veel dubbelingen opgeschreven, terwijl men juist liever de uitzonderingen op de regel leest</li> </ul>	<p>Hartelijk dank voor het bundelen en samenvatten. De werkgroep heeft alle commentaren zo goed mogelijk verwerkt in de versie die voor autorisatie zal worden aangeboden.</p>

		De laatste twee aspecten komen mogelijk in richtlijndatabaseversie duidelijker naar voren. Succes met het verwerken van het commentaar. We hopen binnen afzienbare tijd een definitieve (database)versie tegemoet te zien.	
NVKNO		Persoonlijk denk ik wel dat er vaste meetwaardes zouden moeten zijn, met name voor de 4-8 jaar groep. Ten aanzien van gehoor; spraaktaalontwikkeling. Zeker bij unilateraal dove kind. Ik heb niet veel over progressief gehoorverlies gelezen? En noodzaak om dan verdere diagnostiek te doen? (cmv, pendred/eva?) Dat is ook een zorgplicht lijkt me vanuit de audiologie?	Er is geen bewijs vanuit de literatuur dat vaste meetmomenten van meerwaarde zijn. Expert opinion is hierbij ook niet unaniem. De werkgroep kon hier dan ook geen sterke aanbevelingen over doen. De werkgroep heeft dit bij de kennislacunes opgenomen.  De verantwoordelijkheid ten aanzien van het bespreken van de mogelijkheid voor onderzoek naar de oorzaak van het gehoorverlies ligt bij het audiologisch centrum. In de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren' die nog in ontwikkeling is, wordt genoemd dat de mogelijkheid van onderzoek naar de etiologie van het gehoorverlies besproken moet worden. Onderzoek naar bijv CMV/Pendred/EVA moet aangevraagd worden door een medisch specialist en kan dus niet aangevraagd worden vanuit een audiologisch centrum. Hiervoor is betrokkenheid van een KNO arts gewenst. Dit staat vermeld in de module Organisatie van Zorg.
IGJ	Algemeen:	Eenduidige terminologie hanteren. In de diverse modules worden verschillende termen gebruikt. alle modules hierop laten checken (bijv. kinderen van 4 tot 18 jaar met een langdurig of blijvend	Dank voor het opmerken. Bij het redigeren van de tekst vooraf aan plaatsing op richtlijndatabase.nl zal de richtlijntekst hierop nagelopen worden.

		gehoorverlies, slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar, kind met slechthorendheid, kinderen van 4 tot 18 jaar met enige vorm van gehoorverlies .....	
IGJ		<b>Meerdere</b> aanbevelingen zijn niet concreet. Bv 'audiciens met ervaring' wat wordt bedoeld met 'ervaring' een aanbeveling wordt concreet wanneer (minimale) eisen zijn vastgesteld (mbt opleiding, nascholing, ..etc)	Dank voor het opmerken. De werkgroep heeft de aanbevelingen langsgelopen en zo concreet mogelijk geformuleerd. In sommige gevallen is hier niet voor gekozen. Zo zijn er geen minimum aantallen patiënten oid opgesteld voor audiciens. Het is aan de hoofdbehandelaar van het audiologisch centrum (klinisch fysicus – audioloog) om ouders / kinderen juist te informeren over de geschiktheid van audiciens cq af te stemmen met audiciens door wie eventuele oorafdrukken worden gemaakt. Zie voor de kwaliteitseisen aan en verantwoordelijkheden van audiciens als ketenpartner de betreffende paragraaf in module 8 (Organisatie van zorg).
IGJ		Indrukwekkende inhoudsopgave en grootte van het document. Lay out en opzet van het document zijn in deze vorm niet helpend voor de lezer.	De werkgroep is het hiermee eens. Helaas was er geen andere mogelijkheid dan de conceptversie ter commentaar voor te leggen als platte tekst. De structuur/opzet van de richtlijn zal duidelijker zijn wanneer deze in de online versie bekeken wordt. Zie ook antwoorden op eerder commentaar hierboven.
IGJ		De richtlijn is vooral technisch ingestoken, terwijl dit niet zo bedoeld is. Toch beschrijft de richtlijn grotendeels de technische handelingen.	Initiatiefnemer voor de richtlijn is de NVKF. De richtlijn is voor alle medewerkers van het AC geschreven, maar speciale focus op de beroepsgroep van klinisch fysici – audiologen. De richtlijn beschrijft de breedte van de

			<p>hoorzorg en heeft extra diepgang op technische onderdelen daar waar dat relevant is voor de uitkomst/kwaliteit van de hoorrevalidatie en daarmee ook de hoorzorg als geheel. De technische diepgang is gekozen om in de behoeftes van de achterban van de initiatief nemende partij (de NVKF) te voorzien.</p>
IGJ		<p>Samenvatting ontbreekt. Aanbevelingen terug laten komen in de samenvatting.</p>	<p>Er is geen samenvatting bij de richtlijn voorzien. De werkgroep is niet verplicht dit op te leveren en ziet er geen toegevoegde waarde in. Motivatie is dat de opbouw zo is gekozen dat een lezer informatie in de richtlijn opzoekt voor een specifiek kind met bepaald type/mate van gehoorverlies (vallend in een bepaalde categorie binnen de richtlijn). in de uiteindelijke online versie zal de lezer dus eerst moeten aanklikken voor welk type gehoorverlies hij/zij de aanbevolen hoorzorg wil opzoeken. Een samenvatting over alle categorieën gehoorverlies heen is volgens de werkgroep niet van toegevoegde waarde voor de lezer.</p>
IGJ		<p>In alle modules mist een toets bij kind en ouders. Het is van belang om op te nemen op welke wijze aanwijzingen van kind en ouders/ verzorgers gebruikt worden voor de juiste zorg van het kind.</p>	<p>In de module 'Diagnostiek voor controle van het auditief functioneren' die nog in ontwikkeling is, wordt beschreven dat bij ieder bezoek de hulpvraag besproken moet worden en terug gekomen moet worden op de resultaten/bevindingen van vorig bezoek. Op die manier ontstaat een verbetercyclus voor de geleverde zorg en wordt deze dus automatisch getoetst aan de wensen en</p>

			verwachtingen van het kind en zijn/haar ouders.
IGJ		Aanbevelingen en andere stukken teksten herhalen zich op meerdere plekken. Voorstel: clusteren, zodat het de leesbaarheid van het document ten goede komt. Het onderscheidend vermogen van de aanbevelingen per module is niet altijd helder. Vooral in de latere modules is sprake van herhaling.	De werkgroep is zich bewust van de overlap tussen de modules. In de uiteindelijke online versie van de richtlijn zal dit geen bezwaar meer zijn. De lezer klikt dan alleen op de modules die relevant zijn voor een bepaald kind (binnen een bepaalde categorie van gehoorverlies) en zal dus ook alleen die aanbevelingen lezen.
IGJ		Alle modules nakijken op referenties bij figuren.	Dank, dit zal bij het redigeren van de tekst vooraf aan plaatsing op richtlijndatabase.nl gedaan worden..