

Indlæg sendt til Politiken og bragt i redaktionelt revideret udgave lørdag den 7. januar 2006

*Malene Vejby Mortensen, Læge, phd*

### **To ører ikke et spørgsmål om kroner**

Der har på det seneste været debatteret hvorfor døve børn i Danmark ikke rutinemæssigt tilbydes operation på begge ører med et cochlea implantat (CI), en enestående teknologisk bedrift, som har givet hørelse til mange tusinde døve i hele (den rige) verden. Nok er behandlingen dyr, men det skal ikke være prisen, der afgør om behandlingen skal være dobbeltsidig. Debatten er rejst af forældre til børn med CI, der mener, at den nuværende behandling er en halv løsning, og de har politisk foranlediget en forespørgsel til sundhedsministeren, som nu har bedt om en udtalelse fra sundhedsstyrelsen. At døvhed ikke automatisk udløser dobbeltsidig operation, er imidlertid ikke så mærkeligt, som det fremstilles.

Der findes mange skrifter fra firmaer bag implantaterne, der lovpriser CI til op over begge ører, men det er normalt ikke nok, at beslutninger alene baseres på undersøgelser, hvor økonomiske interesser ikke kan udelukkes. For nyligt har en gruppe af kirurger efter en konference anbefalet to implantater til børn og publiceret en international konsensus om emnet, som dog er usædvanlig i videnskabelig sammenhæng, idet den ikke har en eneste reference, der understøtter indholdet.

Den verserende holdning i øvrigt er dels baseret på normalthørendes forhold til hørelse som en tosidet sag, dels på videnskabelige undersøgelser af voksne døvblevne. Med børn, der er døve fra fødslen eller kort efter, forholder det sig imidlertid anderledes. Der er meget stor forskel på at være hørende på ét øre fra man er spæd og at være hørende på ét øre, efter tab af hørelsen på det andet øre som ung eller voksen. Det sørger vores fantastiske plastiske (omstillingsparate) hjerne for. For nok lytter vi med ørerne, men vi hører med hjernen. Hjerneaktiviteten ved akustisk stimulation af ensidigt døve er sammenlignelig med aktiviteten hos normalthørende. Elektrisk stimulation (sv.t. CI) af et øre hos døve fører også til aktivitet i begge hjernehalvdele. Et døvt øre kan også om nødvendigt få CI senere i livet, blot høresansen har fungeret via det andet øre. Når vi mister en sans, helt eller delvist, så skærpes de sanser, der er tilbage. Jo tidligere en sans mistes, des bedre er compensationen. Der er således ikke tale om kun at behandle barnets handicap halvt, som det er fremført af lægpersoner. Fordelene skal også opveje ulemperne.

Det er på nuværende grundlag ikke rimeligt, at forældre med børn som har modtaget ét CI, skal martre sig selv, fordi de ikke kæmpede for to implantater eller brugte formuen på operation i udlandet.

Presset på beslutningstagerne burde i stedet blive brugt til at optimere behandlingen før og efter operationen. En optimal vurdering før valg af øre kræver fx at der udover en CT scanning tillige udføres en MR scanning. En sådan udføres ikke rutinemæssigt i øjeblikket, under henvisning til mangel på ressourcer.

Det er med CI, som med et klaver, det er fint at ha' det, men hvis ikke der spilles på det, er det begrænset, hvor megen glæde man har af det, og jo mere man spiller, jo bedre bliver man. Således kræver et optimalt udbytte af CI en daglig intensiv verbal sprogpåvirkning, og at barnet befinder sig i omgivelser, hvor det er nødvendigt at bruge høresansen for at kommunikere. Når det gælder udvikling af høresansen, er der ingen gevinst af tegnsprog.

Er to implantater bedre end ét? Taleforståelse i støjende omgivelser kan være lidt bedre, men støj har fx ingen indflydelse på skoleundervisningen, hvor der bruges et FM system. Bedre retningshørelse er derimod altid en sikker positiv effekt af to implantater, for denne evne er simpelthen ikke tilstede hos ensidigt døde. Ikke at have retningshørelse er svært at forestille sig for normalthørende. Den var sikkert nødvendig engang i tidernes morgen, for at beskytte os mod angribere, men for ensidigt døde idag er den ikke afgørende for hverken livskvalitet eller trafiksikkerhed og kan ikke være hovedargumentet for, at børn skal opereres dobbelt så mange gange (et implantat skal påregnes udskiftet 3-4 gange i et livsforløb), med tilsvarende fordoblet operationsrisiko, infektionsrisiko, apparaturbesvær, for slet ikke at tale om tabet af fremtidige behandlingsmuligheder. Retablering af tabte sanseceller i øresneglen er ikke længere science fiction. Det er ikke givet, at CI er den bedste behandlig af døvhed om 30 år.

På baggrund af dels min egen viden som læge og høreforsker, dels holdningen hos dem, der baserer deres udsagn på faglig erfaring og viden om hørelse, ville beslutningen for mit eget barns vedkommende være nem- kun CI på ét øre!