

# CVA-patiënten: goed verwijzen naar de eerstelijns logopedist

H Been, M van de Meent, G van der Ree Doolgaard, A Rijken, K Reenders

## Inleiding

De huisarts is in veel gevallen de aangewezen persoon om de zorg rondom de CVA-patiënt te coördineren en te bewaken als deze vanuit een instelling weer thuis komt.<sup>1</sup> De huisarts kan dan eventueel aanwezige logopedische stoornissen signaleren en de patiënten zo nodig verwijzen naar de eerstelijns logopedist. Logopedisten ervaren nogal eens complicaties bij de behandeling van deze verwezen CVA-patiënten.<sup>2</sup> Het aantal patiënten, met logopedische stoornissen dat door de huisarts verwezen wordt neemt af,<sup>3</sup> terwijl dit aantal op basis van demografische ontwikkelingen juist toe zou moeten nemen.<sup>4</sup> In onderstaande casus beschrijven we welke ernstige gevolgen het kan hebben als de huisarts een CVA-patiënt inadequaat verwijst naar een eerstelijns logopedist.

## Casus

Meneer Post 68 jaar, is getrouwd en heeft twee kinderen die ver weg wonen. Hij is bestuurslid van de plaatselijke basisschool en lid van een bridgeclub. Hij heeft in het verleden geen gezondheidsproblemen gehad. Meneer Post krijgt een ischemisch CVA, in het frontopariëtale gebied in de linkerhemisfeer en wordt met spoed opgenomen in het ziekenhuis. Na diverse logopedische onderzoeken blijkt dat er bij hem sprake is van een communicatiestoornis, die zich uit in matig taalbegrip en slechte spraak- en taalproductie. Daarnaast is er sprake van een matige dysfagie.

## Samenvatting

Been H, Van de Meent M, Van der Ree Doolgaard G, Rijken A, Reenders K. CVA-patiënten: goed verwijzen naar de eerstelijns logopedist. *Huisarts Wet* 2007;50(8):390-2.

Dysfagie en communicatiestoornissen zijn logopedische stoornissen die voor kunnen komen bij CVA-patiënten. Om de huisartsen te ondersteunen bij het signaleren van deze logopedische stoornissen beschrijven we in dit artikel de belangrijkste kenmerken en situaties die de aandacht vereisen. Voor de kwaliteit van leven van de CVA-patiënt is het van groot belang dat de huisarts adequaat doorverwijst naar de eerstelijns logopedist.

Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg, Bolognalaan 101, 3584 CJ Utrecht: H. Been, M. van de Meent, G. van der Ree Doolgaard, A. Rijken, studenten logopedie; UMCG, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: dr. K. Reenders, universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde en voormalig huisarts te Hoogeveen. Correspondentie: marlies.vandemeent@gmail.com  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De hemiplegie verergert zijn spraakproblemen en dysfagie. In het ziekenhuis wordt meneer Post niet logopedisch behandeld. De dysfagie herstelt zich spontaan. Hij verlaat het ziekenhuis na vier dagen en komt in een revalidatiecentrum terecht. Hier wordt hij logopedisch behandeld voor de aanwezige communicatieproblemen, door middel van taal- en articulatieoefeningen. Daarnaast krijgt hij, samen met zijn vrouw, functionele therapie om, ondanks zijn communicatiestoornis, in de thuissituatie te kunnen functioneren. Zijn vrouw fungeert als ondersteunende communicatiepartner. Na zes maanden mag meneer Post naar huis. Een eerstelijns logopedist zet de logopedische behandeling voort. Deze logopedist maakt samen met meneer Post een communicatiekaart als hulpmiddel bij het communiceren. Tevens geeft zij voorlichting op de bridgeclub over zijn communicatiestoornis. De logopedist vertelt op welke manier de communicatiestoornis zich uit en hoe de bridgeleden het beste met hem kunnen communiceren. Mede door de communicatieondersteuning van zijn vrouw is het voor meneer Post mogelijk om te blijven bridgen.

Als resultaat van de logopedische behandelingen is het taalbegrip van meneer Post verbeterd, maar zijn spraak- en taalproductie zijn nog steeds gestoord. Als gevolg van de communicatieproblemen die hij ondervindt tijdens bestuursvergaderingen, treedt hij af als bestuurslid van de basisschool.

Acht maanden na thuiskomst krijgt meneer Post een flinke griep, waardoor zijn conditie vermindert. Ook zijn gewicht reduceert in korte tijd van 83 naar 78 kilo. Vanwege deze verschijnselen doet hij een beroep op zijn huisarts. Deze schrijft antibiotica voor, maar merkt niet op dat de dysfagie is teruggekomen. Een maand later ontwikkelt meneer Post een aspiratiepneumonie. Tijdens een opname van twee weken in het ziekenhuis herstelt hij van zijn aspiratiepneumonie. De logopedist in het ziekenhuis behandelt hem voor zijn dysfagie, en samen met de diëtist stelt zij een blijvend dieet op. Volgens dit dieet mag meneer Post geen dunne dranken meer drinken.

Als meneer Post 71 jaar is, overlijdt zijn vrouw. Hij krijgt nu communicatief geen ondersteuning meer waardoor er veel mis gaat in de communicatie met zijn omgeving. Zo krijgt hij te horen, wanneer hij een vraag stelt aan de balie bij de bank: 'Kom maar terug als u nuchter bent'. Deze opmerking werd geplaatst naar aanleiding van zijn slechte articulatie. In een andere situatie komt hij thuis met krentenbollen in plaats van het bruine brood dat hij wilde kopen, omdat hij in de winkel niet op het juiste woord kon komen. Meneer Post ziet het zonder de hulp van zijn vrouw ook niet meer zitten om lid te zijn van de bridgeclub. Hij verwaarloost zichzelf en wordt depressief als gevolg van zijn communicatiepro-

blemen. Bij de driemaandelijke controle merkt de huisarts deze verwaarlozing wel op, maar de werkelijke reden van de verwaarlozing ontgaat de huisarts. Hij adviseert thuiszorg, maar de communicatieproblemen van meneer Post en de gevolgen hiervan verbeteren met thuiszorg niet. Na ongeveer vijf maanden meldt de dochter van meneer Post aan de huisarts dat de slechte communicatie van haar vader nog steeds problemen veroorzaakt. Na onderzoek schrijft de huisarts antidepressiva voor en verwijst hij meneer Post, in overleg met de dochter, naar de eerstelijns logopedist. De eerstelijns logopedist leert hem om te communiceren met ondersteunende middelen, zoals een gespreksboek. In overleg met de logopedist en de dochter besluit de huisarts om meneer Post te verwijzen naar een verzorgingshuis, op basis van de nog steeds aanwezige hemiplegie en communicatieproblemen.

### Diagnostiek

Om CVA-patiënten adequaat naar de logopedist te verwijzen moet de huisarts allereerst de kenmerken en gevolgen van logopedische stoornissen signaleren. Als de huisarts adequaat verwijst, kan hij voorkomen dat de stoornissen ernstige gevolgen hebben voor de kwaliteit van het leven van de patiënt. De logopedische stoornissen die kunnen vóórkomen bij CVA-patiënten, zijn dysfagie en communicatiestoornissen (afasie, dysartrie, verbale apraxie, rechter-hemisfeerstoornissen).

*Dysfagie* is een stoornis in het geheel van gedrags-, sensorische en motorische handelingen ter voorbereiding op de slikbeweging. Dit is inclusief de cognitieve bewustwording van de aankomende eetsituatie, de visuele herkenning van het voedsel en alle fysiologische reacties op de geur en de aanwezigheid van voedsel, zoals toename van speeksel. De huisarts kan dysfagie aan de hand van verschillende kenmerken signaleren. In de eerste plaats is dysfagie te herkennen aan verslikken, wat zich uit in hoesten, borrelende stem en/of toename van slijm in de farynx of borstholte. Wanneer een CVA-patiënt zich verslikt, kan er een aspiratiepneumonie ontstaan. Dysfagie kan zich ook uiten door weinig eetlust. Mogelijke gevolgen hiervan zijn dehydratie en gewichtsverlies, zoals zichtbaar was bij meneer Post. Door de dysfagie kost het eten en drinken meer tijd, waardoor sommige CVA-patiënten langzamer

### Begripstoornis

'Tijdens een controle zit de CVA-patiënt tegenover de huisarts. De huisarts stelt hem diverse vragen over zijn gezondheid. De patiënt knikt en antwoordt regelmatig op de juiste momenten met 'ja' en 'nee'. De huisarts concludeert aan de hand van de antwoorden die de patiënt geeft dat de gezondheid van de patiënt niet achteruit is gegaan. De huisarts ontdekt later, door middel van een gesprek met de partner, dat de gezondheid van de patiënt wel degelijk achteruit is gegaan.'

gaan eten. Om te bepalen of er sprake is van dysfagie, kan de huisarts ook afgaan op de klachten van de CVA-patiënt zelf of op de observaties uit diens omgeving. Een recidief CVA vereist extra aandacht omdat de dysfagie dan kan verergeren of terugkeren. Ook als de conditie van de CVA-patiënt, met dysfagie of herstelde dysfagie, vermindert, dient de huisarts alert te zijn. Bij een aantal patiënten met dysfagie speelt de partner een ondersteunende rol bij het eten en drinken. Als deze partner wegvalt, kunnen de slikproblemen verergeren.<sup>5</sup>

*Communicatiestoornissen* kunnen zich op verschillende manieren uiten. Het begrip van de patiënt kan als gevolg van een CVA gestoord zijn, waardoor hij niet of slechts gedeeltelijk begrijpt wat men tegen hem zegt. De huisarts zou dit kunnen signaleren doordat de patiënt niet of verkeerd reageert op een opdracht of een vraag, of geschreven taal niet begrijpt. In veel gevallen lijkt het alsof het begrip normaal is doordat de CVA-patiënt op een juiste manier reageert. Dit kan komen doordat de CVA-patiënt vanuit de omgeving contextgebonden signalen opvangt, deze op de juiste manier interpreteert en daardoor op de gewenste manier reageert.

Een andere uitingsvorm van communicatiestoornissen is een stoornis in de productie van spraak en/of taal. Wanneer de taalproductie van de CVA-patiënt is gestoord, weet de CVA-patiënt meestal wel welke boodschap hij over wil brengen, maar niet hoe hij dit moet doen. Hij zoekt naar woorden, maakt grammaticale fouten en gebruikt verkeerde woorden. De gevolgen hiervan zijn zichtbaar in het voorbeeld van meneer Post bij de bakker. Het is ook mogelijk dat een CVA-patiënt in telegramstijl spreekt of zelfs helemaal niet

Tabel Kenmerken en aandachtssituaties bij dysfagie en communicatiestoornissen

Stoornis	Kenmerken	Aandachtssituaties
Dysfagie	Verslikken Weinig eetlust Dehydratie Gewichtsverlies Langzaam eten Aspiratiepneumonie	Recidief CVA Verminderde conditie Wegvallen van partner Klachten van de patiënt Observaties van de omgeving
Communicatiestoornissen	Begripstoornis: - niet/verkeerd reageren op opdracht of vraag - moeite met lezen Productiestoornis: - woordvindingsproblemen - grammaticale fouten - gebruik van onjuiste woorden - spreken in telegramstijl - moeite met schrijven - onduidelijke/vreemde articulatie - monotonie	Recidief CVA Wegvallen van (communicatie)partner Problemen in het sociale verkeer Depressie Observaties van de omgeving

meer spreekt. Daarnaast kan ook zijn schrijven gestoord zijn, ook al heeft de patiënt geen stoornis in de motoriek.<sup>6</sup> Daarbij komt dat de spraak moeilijk verstaanbaar kan zijn, wat veroorzaakt wordt door onduidelijke of vreemde articulatie en monotonie.<sup>7</sup> Het is vaak verhelderend om aan de directe omgeving van de CVA-patiënt te vragen hoe het gaat met de communicatie van de patiënt.

Een recidief CVA doet de communicatiestoornis verergeren of terugkeren. Ook het wegvallen van de partner, zoals bij meneer Post, kan van grote invloed zijn op de communicatiemogelijkheden. Door de communicatiestoornis kan de CVA-patiënt problemen hebben in het sociale verkeer, waardoor hij in een sociaal isolement terecht kan komen. Veel CVA-patiënten krijgen, als gevolg hiervan, een depressie.<sup>8</sup>

De hier beschreven kenmerken en situaties die de aandacht van de huisarts vereisen (zie *tabel*) kan de huisarts als handvat gebruiken bij onderzoek en controle bij CVA-patiënten of als leidraad voor verwijzing naar de eerstelijns logopedist.

### Conclusie

Er zijn verschillende logopedische stoornissen die de huisarts in zijn praktijk kan tegenkomen bij CVA-patiënten. Deze stoornissen zijn in veel gevallen moeilijk te signaleren. Toch is het van groot

belang dat de huisarts alert is op deze signalen en indien nodig de CVA-patiënt verwijst naar de eerstelijns logopedist. Dit zal de kwaliteit van leven van deze categorie CVA-patiënt ten goede komen.

### Literatuur

- 1 Wigersma L, Van Berkestijn LGM, Giesen P. Eindtermen huisartsenopleiding. Leiden: LUMC, 2000.
- 2 Been H, Van de Meent M, Van der Ree Doolaard G, Rijken A. Verwijzen van CVA-patiënten door de huisarts naar de eerstelijns logopedist. Utrecht: Hogeschool Utrecht, 2007.
- 3 Verheij RA, Te Brake JHM, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Jabaaij L, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2006.
- 4 Siepman TAM, Koudstaal PJ, Poos MJJC, Gijsen R. Neemt het aantal mensen met beroerte toe of af? Bilthoven: RIVM, 2004.
- 5 Logemann J. Slikstoornissen, onderzoek en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000.
- 6 LaPointe LL. Aphasia and related neurogenic language disorders. Stuttgart: Thieme, 2005.
- 7 Dharmaperwira-Prins R. Dysartrie en verbale apraxie (I): beschrijving, onderzoek, behandeling; DYVA-onderzoek (II): dysartrie en verbale apraxie onderzoek. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2005.
- 8 Loor HI. Leven na een beroerte: een drie jaar durend observatie-onderzoek vanuit de huisartspraktijk, naar de gevolgen van een cerebrovasculair accident [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.

## Kleine kwalen

# Herpes labialis

W Opstelten, A Knuistingh Neven, JAH Eekhof

### Inleiding

Herpes labialis, ook wel koortslip of koortsluitslag genoemd, is een veelvoorkomende aandoening. De aan de huisarts gepresenteerde incidentie bedraagt ongeveer 1,6 en de prevalentie 2,5 per 1000 patiënten per jaar.<sup>1</sup> Bij naar schatting eenderde van de patiënten treden recidieven op. Voor patiënten met een goed functionerend immuunsysteem is het een onschuldige, maar vaak hinderlijke aandoening die in ongeveer 10 dagen spontaan geneest. Herpes labialis is besmettelijk voor patiënten die niet eerder met het virus besmet zijn en voor patiënten met een verzwakt immuun-

systeem – zoals bij hiv-besmetting of tijdens chemotherapie – en kan door orogeen contact leiden tot genitale herpes.

### Achtergrond

#### Definitie

Herpes labialis is een, vaak recidiverende, uitslag van huid en slijmvliezen (vooral de lippen) die wordt gekenmerkt door erytheem en blaasjes. Tegelijk met de uitslag en ook al daarvoor, voelt de patiënt een branderige pijn.

#### Etiologie

Herpes labialis wordt veroorzaakt door het herpessimplexvirus type 1 (HSV-1). Ook besmetting met type 2 (HSV-2) kan tot (primaire) herpes labialis leiden, maar dit type veroorzaakt zelden een recidief van herpes labialis. De primo-infectie met HSV-1 treedt meestal op voor het twintigste levensjaar. Bij ongeveer 80% van de adolescenten kunnen antistoffen tegen het virus worden aangetroffen. Waarschijnlijk ten gevolge van verbeterde sociaal-economische omstandigheden in geïndustrialiseerde landen ligt de

### Auteursgegevens

Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. W. Opstelten, huisarts; afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde LUMC: dr. A. Knuistingh Neven, dr. J.A.H. Eekhof, huisartsen-epidemiologen.

Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.