

Anne Goossensen
Klaas Arts
Marieke Beltman

Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis 'Mij mankeert niks'



korsakov
kenniscentrum

Anne Goossensen
Klaas Arts
Marieke Beltman

Zorgprogramma
Korsakov in het
verpleeghuis
'Mij mankeert niks'



korsakov
kenniscentrum

Dank

Dit zorgprogramma Korsakov is tot stand gekomen met behulp van de inspanning van veel mensen. Ten eerste bedanken we de bewoners en hun familie die we hebben mogen raadplegen.

Zonder de volgende zorgprofessionals was het niet gelukt.

Vanuit verpleeghuis Slingsdael te Rotterdam:

M.I. (Marloes) van Helden-van Tienhoven, ergotherapeut

T. (Tineke) Keuzenkamp, beleidsmedewerker
G.J. (Gerrit) Meijerink, locatiemanager

T.G.H. (Toke) Struik-Braakman, fysiotherapeut

J.W. (Jan) Wijnia, verpleeghuisarts

R.C. (Elline) de Zeeuw-Langstraat, hoofd zorg

E. (Elles) Zwart, GZ-psycholoog

H.M. (Helma) Aniceta-van Maanen, geestelijk verzorger

Vanuit verpleeghuis de Lozerhof te Den Haag:

C.S. (Colette) Bos, verpleeghuisarts

R.J. (Rosalie) Elferink, fysio- en ergotherapeut

W.J.A. (Pim) Nederstigt, clustermanager

M.E.M. (Marlies) van Noppen, psycholoog

L.M.F.E. (Luc) Pommer, voorzitter cliëntenraad

R.G. (Renate) Volkert, kunstzinnig therapeut

M. (Marja) Vellinga, maatschappelijk werker

E.M. (Els) Woninck, maatschappelijk werker

W.F. (Wiebe) van der Weide, zorgmanager

L. (Loes) van der Zwaan, fysiotherapeut

Vanuit verpleeghuis het Parkhuis te Dordrecht:

J.M.M. (Marjan) van der Dussen-Kroonen,

afdelingshoofd Korsakov afdeling

M.B. (Magda) de Jager, hoofd dienst behandeling en begeleiding

S.D. (Sandra) van der Lijke-Flach, teamleider Korsakov afdeling

A.J. (Andrea) Naalden-Hage, ergotherapeut

C.C. (Corrie) de Waal, GZ psycholoog

E.R.A. (Emile) van Waardhuizen, verpleeghuisarts

L. (Leny) Alderliesten, geestelijk verzorger

A. (Anneke) van der Giessen, muziektherapeut

P.T.J. (Peter) Haex, GZ-psycholoog

En natuurlijk dank aan alle overige betrokken medewerkers van de verpleeghuizen, het management en andere experts en betrokkenen, die een bijdrage hebben geleverd aan het zorgprogramma.

Inhoud

Inleiding	4
1 Korsakov-patiënten in verpleeghuizen	8
2 Diagnostiek	24
3 Therapeutisch leefmilieu	46
4 Behandeling vanuit verschillende disciplines	54
5 Ketenzorg en zorgcircuit	74
6 Familie en naasten	86

Inleiding



Voor u ligt een zorgprogramma Korsakov, gericht op de diagnose en intramurale behandeling in verpleeghuizen. Er waren vele aanleidingen om dit te willen maken. We zien een beweging naar binnen, bestaande uit de wens om de behandeling verder te professionaliseren. En een beweging naar buiten: hierbij gaat het ons om het bevorderen van een juiste beeldvorming bij professionals die soms met Korsakov-patiënten te maken hebben. In deze inleiding lichten we beide drijfveren toe. Ook gaan we in op wat een zorgprogramma is en hoe dit zich verhoudt tot een richtlijn. Ten slotte achten we dit de beste plaats om ook een politiek statement te maken: is het mogelijk om door betere preventie van vitamine B-tekort bij onder andere alcoholisten Korsakov te voorkomen?

Als eerste de beweging naar binnen. Ons programma is bedoeld om het debat onder professionals over optimale zorg te voeden. We schrijven vanuit het perspectief van de verpleeghuiszorg en richten ons primair op die setting. Centraal staan de volgende vragen. Welke behandelvorm is passend voor welke groep patiënten? Hoe effectief zijn de verschillende interventies? Wat dient in samenhang met wat aangeboden te worden en wanneer? Wat te doen in geval van ontbrekende richtlijnen over thiaminetoediening? Wat is er bekend over de 'zachtere' kanten van een organisatie, zoals bejegening of contact met familie? En hoe kan de ketenzorg voor deze doelgroep geoptimaliseerd worden?

Dan de beweging naar buiten. Dit zorgprogramma is bestemd voor professionals die soms of zelden met Korsakov-patiënten te maken hebben, maar wel belangrijke besluiten over hen nemen. Behandelaars, die meegewerkt hebben aan dit zorgprogramma, stuiten op veel onbegrip in contacten met andere instanties. Soms is er sprake van onjuiste informatie, zoals het idee dat Korsakov altijd door overmatig alcoholgebruik zou ontstaan. Een gebrek aan juiste beeldvorming over het syndroom van Korsakov en over de (on)mogelijkheden van mensen die hieraan lijden, belemmert het juiste beroepsmatige opereren. Het gaat bijvoorbeeld over rechters die moeten besluiten over een verlengde rechterlijke machtiging, over zorgverzekeraars of medewerkers van een indicatiorgaan. Maar het gaat ook over 'de maatschappij' of over algemene ziekenhuizen. In deze inleiding willen we aangeven welke problemen met beeldvorming er bestaan, wat de gevolgen daarvan zijn en hoe het beter zou kunnen.

Welk beeld van iemand met het syndroom van Korsakov willen we aan deze partijen meegeven? Een van de allerbelangrijkste dingen die experts aan de eerder genoemde partijen willen meegeven is dat een persoon die lijdt aan Korsakov iemand is zonder ziekte-inzicht. Diegene kan diens leven niet overzien. Het wordt ook wel omschreven als een 'ontbrekende dirigent' in de hersenen. Het gaat om mensen met beschadigingen in geheugenfuncties. Daardoor weten ze soms alles van vroeger. Maar in het nu zijn er veel gaten, waardoor ze 'verhalen' vertellen om de ontstane gaten te dichten. Verhalen waar ze zelf in geloven en

waarvan ze niet beseffen dat ze feitelijk niet kloppen. Verhalen die niet weerlegd kunnen worden, omdat de sociale omgeving veelal afstand heeft genomen door de problemen die in het verleden hebben plaatsgevonden.

Voor mensen met Korsakov is het van groot belang snel op een juiste behandelplek te komen. Elke verandering is voor hen verwarrend. Ze zijn langdurig zorgafhankelijk. Om verdere teruggang van hun (cognitief) functioneren te voorkomen is het leven in een vaste, betrouwbare structuur aan te bevelen. Een structuur waarin ze maximaal uitgedaagd worden om de nog resterende functies te gebruiken. Voor gezonde mensen is het soms moeilijk voor te stellen hoe de kleinste verandering, zoals een wisseling van het team of een ruimte, verwarring en daarmee onzekerheid zaait. En hoe vanuit onzekerheid het maar kleine stapjes zijn naar onveiligheid en naar agressie. Terugkomen naar het oude niveau kost dan tijd. Dit betekent dat mensen met Korsakov extra gebaat zijn bij snelle en deskundige diagnostiek.

Een andere risicofactor voor het welzijn van mensen met Korsakov, waarvan een deel met een rechterlijke machtiging is opgenomen in een verpleeghuis, is wanneer de rechterlijke machtiging is afgelopen. Door onjuiste beeldvorming kan bij familie of externe beoordelaars het beeld ontstaan dat de bewoner wel weer naar huis kan. Deze dringt daar ook vaak op aan. De bij dit zorgprogramma betrokken experts geven aan dat zij geen voorbeeld kennen waar dit goed is afgelopen. Veelal worden ze op korte termijn weer ingeschakeld en is er sprake van een crisissituatie door ernstig drankgebruik, agressie, apathie, isolatie en verwaarlozing. Na een dergelijke terugval is het nog moeilijker om de bewoner weer op zijn oude niveau te krijgen. De duurzaamheid van een stabiele situatie is sterk afhankelijk van structuur en houvast, die tijdelijk zijn weggevalen.

De experts zien regelmatig hoe negatief de gevolgen van een verkeerde beeldvorming hier kunnen uitpakken. Zij willen de betreffende instanties meegeven om beter te luisteren naar de deskundige zorgprofessionals. Mensen met Korsakov hebben weinig gemeen met andere GGZ-patiënten. Hen willen beoordelen op basis van 'common sense' pakt verkeerd uit. Door 'facade'gedrag van de patiënt wordt menigeen op het verkeerde been gezet. Het goed uitvoeren van diagnostiek is heel lastig. De belangrijkste boodschap naar de genoemde partijen is daarom: *schakel expertise in!*

Dit zorgprogramma verenigt beschrijvingen van deze expertise. Maar wat is een zorgprogramma precies? Bij het maken van dit document is gestreefd naar het beantwoorden van deze vragen door een 'state of the art' overzicht. Steeds is er gezocht naar 'bewijs' uit onderzoek, best practices, expertmeningen en informatie van bewoners en hun naasten ter onderbouwing van zo goed mogelijk professioneel handelen. Dat dit bewijs maar mondjesmaat is gevonden, kan vooral als een aanwijzing beschouwd worden dat meer onderzoek nodig is. We onderschrijven dit van harte.

We hebben daar waar geen duidelijke aanwijzingen uit onderzoek naar voren kwamen, gekozen voor de inzichten van experts en verhalen van bewoners of familie. We hebben

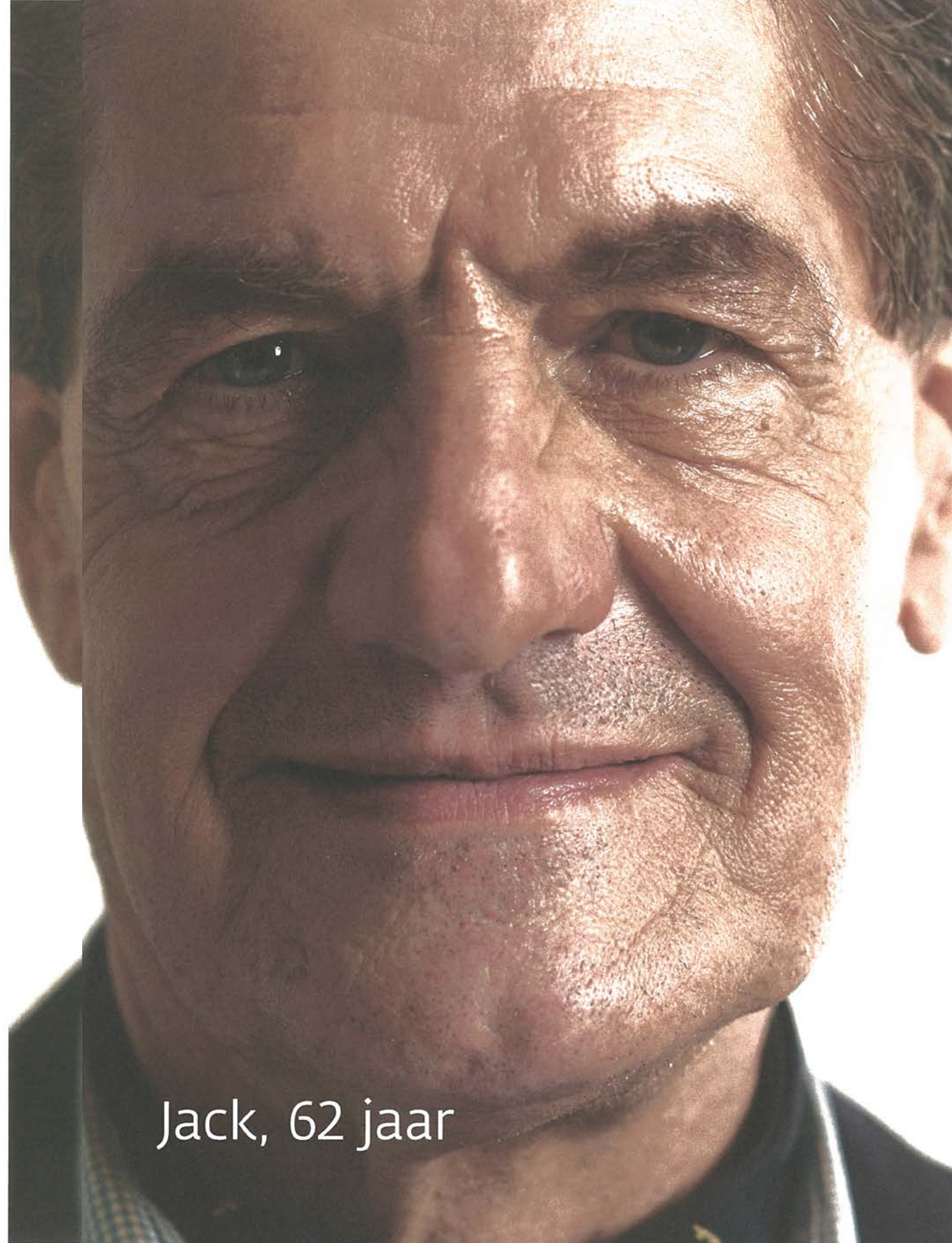
inzichten uit deze kennisbronnen samengebracht in dit zorgprogramma met aanwijzingen voor een optimale behandeling van patiënten in verpleeghuizen, op basis van wat we nu weten. Een zorgprogramma is geen richtlijn. Een zorgprogramma is regionaal, houdt wel rekening met evidence, maar geeft vooral behandelmogelijkheden aan. Een richtlijn is landelijk, gaat vooral over diagnostiek en indicatiestelling en geeft een dwingend richting aan. In een zorgprogramma is meer ruimte voor inzichten over de organisatie van zorg en andere aspecten waar geen onderzoeksgegevens over zijn.

Dan het politieke statement. In dit zorgprogramma gaan we kort in op de rechterlijke machtiging. We hebben het niet over bemoeizorg. Er zijn experts die een lans willen breken voor een strikter handelen bij waargenomen ernstige alcoholverslaving met verwaarlozing. Iemand schrijft bijvoorbeeld naar aanleiding van een stukje zorgprogrammategst over zelfbeschikkingsrecht: "Het syndroom van Korsakov zou er helemaal niet hoeven zijn als we, in een zeer welvarend land als Nederland, in staat zouden worden gesteld om mensen met een ernstige alcoholverslaving, waarbij er tevens signalen zijn van zelfverwaarlozing, eerder te behandelen, desnoods onder dwang. Ik vind het volstrekt onethisch dat we alcoholisten achterlaten in de erbarmelijke omstandigheden waarin we ze aantreffen. Daarbij gaat vaak om mensen die al lang niet meer in staat zijn hun eigen situatie te beoordelen en gevaren te overzien. Kortom, over welk zelfbeschikkingsrecht hebben we het hier?" Een pleidooi voor eerder ingrijpen met bemoeizorg om zo Korsakov te voorkomen.

Ten slotte de leeswijzer. In hoofdstuk één richten we ons op het syndroom, in het hoofdstuk twee op de diagnostiek. Hoofdstuk drie beschrijft het therapeutisch milieu van de behandeling, in hoofdstuk vier komen de bijdragen van verschillende disciplines aan bod. Hoofdstuk vijf gaat over ketenzorg en hoofdstuk zes over bewoners en hun naasten. We kiezen ervoor om te spreken over 'patiënt' totdat de diagnose is gesteld (hoofdstuk 1 en 2). Vanaf het moment dat de persoon gediagnosticeerd met het syndroom van Korsakov in het verpleeghuis komt, noemen we hem 'bewoner'. Overigens kan overal waar 'hij' staat 'zij' gelezen worden.

Hoofd stuk 1

Korsakov-patiënten
in verpleeghuizen



Jack, 62 jaar

Samengevat

Definitie

Het syndroom van Korsakov is een restsyndroom na het doormaken van een ernstig thiaminegebrek. Het wordt gekenmerkt door ernstige geheugenstoornissen en ernstige centraal-executieve stoornissen.

Oorzaken

De directe en enige oorzaak van het syndroom van Korsakov is een ernstig gebrek aan thiamine. In moderne geïndustrialiseerde samenlevingen ontstaat dit meestal binnen de context van chronisch alcoholgebruik. Ook niet-alcoholisten kunnen het Korsakov-syndroom ontwikkelen, maar in Nederland gebeurt dat zelden.

Kenmerken

De kenmerkende geheugenstoornissen die optreden bij het syndroom van Korsakov zijn: het verlies aan oude autobiografische herinneringen, inprentingsstoornissen en desoriëntatie. De centraal-executieve stoornissen die optreden zijn vooral: initiatiefverlies, planningsproblemen, impulsiviteit en gebrek aan ziekte-inzicht. Daarnaast kunnen zich loopstoornissen voordoen en allerlei lichamelijke stoornissen die zijn terug te voeren op het chronische alcoholgebruik. Psychische comorbiditeit komt vaak voor.

Prevalentie

Hierover zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar. Volgens een grove schatting zijn er in Nederland ongeveer 5.000 tot 15.000 mensen met het syndroom van Korsakov. Er zijn naar schatting 260.000 zware drinkers, 3% van deze groep ontwikkelt op enig moment het syndroom van Korsakov. Veel hulpverleners hebben de indruk dat dit aantal toeneemt, dat patiënten jonger worden, en dat het ziektebeeld ernstiger

wordt. Het is onduidelijk hoeveel patiënten er opgenomen zijn binnen instellingen.

Prognose

De geheugenstoornissen kunnen in het begin nog enigszins herstellen, maar al vrij snel ontstaat een beeld van constante, irreversibele geheugenstoornissen. Vaardigheden en routinematige handelingen die afhankelijk zijn van het relatief onbeschadigde impliciete geheugen kunnen deels weer worden aangeleerd. Ook is in de eerste periode na opname een verbetering te verwachten van het algeheel functioneren als gevolg van de verbeterde voedingstoestand, alcoholabstinentie en een gestructureerde omgeving. Als de behandeling start, zal bij een abstinente patiënt in ongeveer een jaar tijd duidelijk worden in welke mate hij weer zal kunnen functioneren.

Kenmerkende gedragingen

Opvallende en kenmerkende gedragingen zijn: apathie, negativiteit, ageren tegen structuur en activiteiten, geraakt worden door wijzigingen in de structuur, moeilijk doordringbaar op het gevoelsniveau, gebrek aan ziekte-inzicht, individueel in plaats van groepsgericht, wel adequaat in het hier en nu kunnen zijn.

Zorgvraag

De zorgvraag wordt veelal niet door de doelgroep zelf geformuleerd, maar door zorgprofessionals, familie of zaakwaarnemers.

Subdoelgroepen

Kort wordt onderzocht welke subgroepen onderscheiden kunnen worden, en hoe bepaalde kenmerken consequenties hebben voor de behandeling.

Definitie

Het syndroom van Korsakov is geen ziekte maar een restsyndroom dat overblijft na de behandeling van een ziekte. De ziekte die eraan voorafgaat, is een ernstig gebrek aan thiamine. Dit leidt aanvankelijk tot een omkeerbare ontregeling van allerlei fysiologische processen in de hersenen. Na enkele dagen treedt er blijvende schade op in allerlei structuren, vooral in de corpora mamillaria en in de voorste en mediodorsale thalamuskernen. Klinisch kan dit tot uiting komen door verwardheid, cognitieve stoornissen, loopstoornissen en oogbewegingsstoornissen, i.e. een Wernicke-encefalopathie (Sechi & Serra 2007, Arts 2007a). Wordt het gebrek aan thiamine snel hersteld, door de patiënt intraveneus of intramusculair thiamine te geven (Thomson & Marshall 2006b, Arts 2007b), dan is een volledig herstel mogelijk. Blijft het thiaminegebrek een aantal dagen bestaan, dan treedt meestal geen volledig herstel op en blijven er cognitieve stoornissen en loopstoornissen over. Bij deze cognitieve stoornissen gaat het om een combinatie van geheugenstoornissen en centraal-executieve stoornissen. Dit restbeeld, feitelijk geen ziekte maar een vorm van cognitieve invaliditeit, noemen we het 'syndroom van Korsakov' (Arts 2004a, 2007c, Kopelman 1995).

Wanneer we spreken over geheugenstoornissen bij het syndroom van Korsakov, hebben we het met name over problemen met het expliciete geheugen: het opslaan, vasthouden en terughalen van herinneringen aan zelf meegemaakte gebeurtenissen (het autobiografische geheugen), in mindere mate het terughalen van opgeslagen kennis (het semantische geheugen). Het impliciete geheugen (het geheugen voor vaardigheden en automatische handelingen) is vrijwel onaangedaan. De vroege fasen van het geheugenproces, het zintuiglijke geheugen en het kortetermijngeheugen zijn ook relatief intact (Arts 2004a, Kopelman 2002).

De centraal-executieve stoornissen omvatten problemen bij initiatief nemen, plannen, organiseren, overzicht houden, aandacht verdelen, impulscontrole, aandacht voor de belangen van anderen en inzicht in de eigen situatie en de eigen mogelijkheden. Sommige geheugenproblemen hangen samen met zoekstrategieën en vallen daarom eerder onder de centraal-executieve stoornissen dan onder de geheugenstoornissen in engere zin (Kopelman 1995, Arts 2004b).

Oorzaken

Hoewel veel mensen denken dat alcohol de oorzaak is van het syndroom van Korsakov, creëert chronisch alcoholgebruik alleen de voorwaarden waaronder het kan optreden. De directe oorzaak is een ernstig gebrek aan thiamine. Thiamine, ook wel vitamine B1 genoemd, speelt een belangrijke rol bij het vrijmaken van energie uit koolhydraten en vetten. Thiaminegebrek treedt in moderne geïndustrialiseerde samenlevingen vooral op bij chronische alcoholisten. De afgelopen decennia is duidelijk geworden hoe dat te verklaren is. Allereerst is er het probleem dat alcoholhoudende dranken zo calorierijk zijn dat alcoholisten die alle belangstelling voor zelfverzorging en een gezonde voeding hebben verloren,



hiermee in hun caloriebehoefte kunnen voorzien. Daarnaast verstoort alcohol de opname van thiamine door de darmen, kan een door alcohol beschadigde darmwand minder alcohol transporteren en kan een door alcohol beschadigde lever minder thiamine opslaan. Ook het benutten van thiamine wordt door alcohol verstoord, terwijl voor het omzetten van alcohol in energie juist extra thiamine nodig is. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat erfelijk bepaalde verschillen in de activiteit van enzymen, in thiamine-opname door de cel, of in de gevoeligheid voor celdood door oxidatieve stress een rol spelen bij het ontwikkelen van een ernstige thiaminedeficiëntie (Kopelman 1995, Martin et al. 2003). Gezonde proefpersonen die helemaal geen thiamine meer binnenkrijgen, ontwikkelen gemiddeld na 18 dagen de eerste klinische verschijnselen van thiaminegebrek (Sechi & Serra 2007). Bij alcoholisten zal dit veel sneller gaan (Thomson & Marshall 2006a).

Hoewel het niet vaak voorkomt, kan het syndroom van Korsakov ook bij niet-alcoholisten ontstaan wanneer er sprake is van een ernstig verstoord thiamine-inname of -opname. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn: chronisch braken (bijvoorbeeld aan het begin van een zwangerschap), ernstige maag- en darmaandoeningen of extreme hongerkuren. Neuro-psychiatrische syndromen die lijken op het syndroom van Korsakov, maar die niet het gevolg zijn van thiaminegebrek, kunnen optreden als gevolg van een subarachnoidale bloeding uit een aneurysma van de arteria communicans anterior, traumatisch hersenletsel, koolmonoxidevergiftiging, tumoren en infectieziekten (Kopelman 2002).

Ontstaan en epidemiologie

In ongeveer de helft van de gevallen wordt het syndroom van Korsakov voorafgegaan door een acuut en levensbedreigend ziektebeeld: de Wernicke-encefalopathie. Dit ziektebeeld is de uiting van een ernstig gebrek aan thiamine. Volgens de leerboeken is het te herkennen aan de klassieke trias: loopstoornissen, oogbewegingsstoornissen en psychische stoornissen. In werkelijkheid treedt dit klassieke beeld echter in slechts 10-20% van de gevallen op en presenteert een Wernicke-encefalopathie zich meestal als een atypische stoornis (Harper et al. 1986, Thomson & Marshall 2006a).

Van de zware drinkers (in Nederland: 200.000 mannen met consumptie van minimaal 50 glazen per week; 60.000 vrouwen met consumptie van minimaal 35 glazen per week) ontwikkelt ongeveer 3% uiteindelijk het syndroom van Korsakov. Als grote lijn wordt aangehouden dat er in Nederland tussen de 5.000 en 15.000 mensen zijn die lijden aan het syndroom van Korsakov. Het gaat hier om een grove schatting; precieze cijfers zijn niet bekend. Bij een aantal hulpverleners bestaat de indruk dat het aantal Korsakov-patiënten toeneemt, dat ze jonger worden, en dat het ziektebeeld ernstiger wordt (Arts 2004a). Ook hiervoor ontbreekt een duidelijk bewijs. Het aantal Korsakov-patiënten dat in instellingen verblijft, is onbekend. Praktijkervaringen wijzen ook hier op een toename.

Waarom bij de helft van de Korsakov-patiënten nooit een Wernicke-encefalopathie is geconstateerd, blijft onduidelijk: heeft het syndroom van Korsakov zich sluipend ontwikkeld

en heeft een klinisch manifeste Wernicke-encefalopathie nooit plaatsgevonden? Of is deze domweg niet herkend?

Duidelijk is in ieder geval dat ernstig thiaminegebrek veel vaker voorkomt dan te verwachten is op basis van het aantal klinische diagnoses van een Wernicke-encefalopathie of het syndroom van Korsakov. Dat blijkt allereerst uit grote series obducties bij de algemene bevolking. Neuropathologische afwijkingen die kenmerkend zijn voor een doorgemaakte Wernicke-encefalopathie werden gevonden bij 0,4 tot 2,8% van alle onderzochte breinen; in Europa bij gemiddeld 1%, in de VS en Australië bij gemiddeld 2% (Cook et al 1998, Arts 2007a). Voorts zijn er bij obducties aanwijzingen gevonden dat bij meer dan 10% van alle alcoholisten pathologisch-anatomische afwijkingen worden gevonden die passen bij een doorgemaakte Wernicke-encefalopathie, en bij meer dan 25% afwijkingen die passen bij een doorgemaakte cerebellaire degeneratie als gevolg van thiaminegebrek. Rekeninghoudend met de overlap tussen beide groepen, zou dit betekenen dat bij ten minste 30% van de overleden alcoholisten cerebrale afwijkingen kunnen worden gevonden die passen bij een doorgemaakt ernstig thiaminegebrek (Torvik et al. 1982, Arts 2007a).

Classificatie

Binnen gebruikelijke classificatiesystemen zoals de DSM-IV (APA 1994) en de ICD-10 (WHO 2006) is het syndroom van Korsakov niet goed te classificeren. Er zijn geen algemeen geaccepteerde diagnostische criteria. In typische gevallen is de diagnose niet moeilijk, door de uitgesproken stoornis van het expliciete geheugen en de duidelijke executieve functiestoornissen, bij afwezigheid van andere aanwijzingen voor een dementie.

In de classificatiesystemen wordt het syndroom geassocieerd als 'persisterende amnestische stoornis door alcohol' (ICD-9: 291.1; ICD-10: F10.6). Voor deze diagnose zijn in de DSM-IV vier criteria geformuleerd.

- 1 De ontwikkeling van een geheugenstoornis die zich uit in een verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of het onvermogen om zich eerder geleerde informatie te herinneren.
- 2 De geheugenstoornis veroorzaakt aanzienlijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren en laat een duidelijke afname zien van het vroegere niveau van functioneren.
- 3 De geheugenstoornis komt niet alleen voor tijdens de fase van delirium of dementie en blijft langer bestaan dan gebruikelijk bij alcoholintoxicatie of -onthouding.
- 4 Er zijn aanwijzingen vanuit de medische geschiedenis, het lichamelijk onderzoek of het laboratoriumonderzoek dat de geheugenstoornis veroorzaakt wordt door de blijvende effecten van alcoholgebruik.

Dit laatste criterium is feitelijk onjuist: de geheugenstoornis wordt niet veroorzaakt door de blijvende effecten van alcoholgebruik, maar door thiaminetekort.



Kenmerken

Het syndroom van Korsakov wordt gekenmerkt door twee groepen van stoornissen: geheugenstoornissen en centraal-executieve stoornissen.

Sommige geheugenfuncties zijn ernstig aangedaan, andere niet of nauwelijks. Allereerst zijn het zintuiglijke geheugen (vasthouden van zintuiglijke informatie gedurende enkele seconden) en het kortetermijngeheugen (vasthouden van een beperkte hoeveelheid informatie gedurende enkele minuten) niet of nauwelijks aangedaan. Ook het impliciete geheugen is bijna niet aangedaan. Hierbij gaat het vooral om het geheugen voor vaardigheden en geautomatiseerde handelingen. Dat betekent dat Korsakov-patiënten nog vrij goed getraind kunnen worden in het verwerven van nieuwe vaardigheden (Arts 2007c).

De geheugenstoornissen van Korsakov-patiënten betreffen vooral het expliciete geheugen voor de lange termijn (waarbij 'lange termijn' begrepen moet worden als: langer durend dan enkele minuten). Dit expliciete geheugen is onder te verdelen in het semantische en het autobiografische geheugen. Het autobiografische (of episodische) geheugen, i.e. het geheugen voor gebeurtenissen die de persoon zelf heeft meegemaakt, is bij Korsakov-patiënten het meest aangedaan. Het gaat hierbij vooral om problemen bij het opslaan en terugvinden van nieuwe informatie, i.e. herinneringen uit de tijd na het ontstaan van het syndroom van Korsakov (anterograde amnesie). In mindere mate is er een verlies aan herinneringen met betrekking tot gebeurtenissen die plaatsvonden vóór het ontstaan van het syndroom (retrograde amnesie). De meest recente herinneringen zijn het sterkst verloren gegaan, maar ook uit de periode van 10 of 25 jaar voor het ontstaan van het syndroom is veel verloren gegaan (Kopelman 1995, 2002).

Het semantische geheugen, een ander aspect van het expliciete geheugen, is bij Korsakov-patiënten minder ernstig aangedaan dan het autobiografische geheugen. Het gaat hier om het geheugen voor algemene kennis, bijvoorbeeld de kennis die vroeger op school is opgedaan (Arts 2004a). Het kan moeilijk zijn om stoornissen in het autobiografische geheugen te onderscheiden van stoornissen in het semantische geheugen, omdat autobiografische herinneringen soms ongemerkt versmelten met algemene kennis, of omgekeerd (Ganzevles et al. 1993). Zo kan iemand bijvoorbeeld denken dat hij zich iets herinnert uit zijn jeugd, terwijl het feitelijk gaat om een gebeurtenis waarover hij ooit iemand anders heeft horen vertellen. Om die reden is niet altijd even duidelijk of het bij een geheugenstoornis gaat om verlies van autobiografische herinneringen of van semantische kennis.

Korsakov-patiënten hebben niet alleen moeite met het terughalen van feiten en gebeurtenissen, zij kunnen deze ook niet goed in de juiste context of in de juiste volgorde in de tijd plaatsen. Het gaat hier om geheugenproblemen die voortkomen uit defecte zoekstrategieën, en daarom te begrijpen zijn als centraal-executieve stoornissen. Een gevolg daarvan is het ontstaan van allerlei onjuiste verklaringen of verhalen, de zogenaamde 'confabulaties'. Door de defecte zoekstrategieën worden allerlei herinneringen en/of kenniselementen op

onjuiste wijze met elkaar in verband gebracht. Zo ontstaat een nieuwe, onjuiste verklaring of een onwaar verhaal. De patiënt is er echter van overtuigd dat hij hiermee een herinnering op correcte wijze uit zijn geheugen heeft opgediept. Daarom kunnen we confabulaties ook wel karakteriseren als 'eerlijk liegen' (Arts 2004b, 2007c).

Andere opvallende centraal-executieve stoornissen zijn de problemen met het plannen en organiseren van het eigen gedrag. Grofweg kunnen deze problemen onderverdeeld worden in drie groepen: problemen bij het initiëren van gedrag, problemen bij het afremmen van gedrag en problemen bij het plannen en bijstellen van gedrag (Arts 2004b). De problemen bij het initiëren van gedrag uit zich vooral in apathie en initiatiefverlies, de problemen bij het afremmen van gedrag worden vooral gezien in de moeite die patiënten hebben met het uitstellen van impulsen en behoeften. Problemen bij het plannen en bijstellen van gedrag worden zichtbaar in allerlei alledaagse situaties.

Ook de reflectie op het eigen gedrag is verstoord. Dit uit zich in de eerste plaats door een gebrekkig inzicht in het slechte functioneren van het eigen geheugen. Met andere woorden: het 'metageheugen' is verstoord. Dankzij dit metageheugen kunnen mensen beoordelen of een antwoord op een vraag juist of onjuist is teruggevonden (Knight and Grabowecky 2000). Voor Korsakov-patiënten is dat moeilijk te beoordelen. Mede daardoor hebben ze niet of nauwelijks inzicht in het falen van hun geheugen. Ook in bredere zin is er sprake van een gebrek aan ziekte-inzicht en aan inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen.

Het thiaminegebrek leidt niet alleen tot cognitieve stoornissen, maar meestal ook tot loopstoornissen. Veel patiënten lijden aan de gevolgen van een cerebellaire degeneratie. Deze blijft meestal beperkt tot de vermis van het cerebellum, zodat er vooral loopstoornissen ontstaan (ataxie) en geen coördinatioestoornissen in de armen of spraakstoornissen. Thiaminegebrek veroorzaakt ook het ontstaan van polyneuropathieën. Het gevolg is ook hier vooral een ataxie van gang en stand, naast een verminderd gevoel in de voeten en onderbenen. Kortom, zowel via een cerebellaire degeneratie als via een polyneuropathie leidt thiaminegebrek tot loopstoornissen (Victor et al. 1989, Ropper 2005).

Ten slotte kunnen Korsakov-patiënten lijden aan allerlei symptomen die het gevolg zijn van het jarenlange alcoholgebruik, zoals: epilepsie, gastritis, alvleesklierontsteking, leveraandoeningen (leververvetting, leverontsteking, levercirrhose, vaak met ascites en/of slokdarmvarices), hoge bloeddruk, beschadiging van de hartspier, anaemie, kankers van slokdarm en mondbodem, enzovoort (CBO Richtlijn 2007).

Prognose

Wanneer ernstig thiaminegebrek snel behandeld wordt, is een volledig herstel mogelijk. Bij alcoholisten komt het helaas regelmatig voor dat de juiste diagnose pas na meerdere dagen wordt gesteld en dan is de prognose veel minder gunstig. Ongeveer 80% van deze patiënten

houdt aan een thiaminedeficiëntie het syndroom van Korsakov over, vaak in combinatie met milde tot matig ernstige loopstoornissen. De cognitieve stoornissen zijn chronisch, maar er zijn wel (beperkte) mogelijkheden tot revalidatie. Door hun grotendeels onaangetaste impliciete geheugen zijn de patiënten in staat om nieuwe vaardigheden te leren en routines en automatische handelingen zonder veel problemen te onthouden. Meestal wordt binnen een jaar duidelijk wat de maximale mogelijkheden tot herstel zijn, vooropgesteld dat de patiënten niet meer drinken en geen nieuwe vitaminetekorten oplopen (De Lange, Meertens et al. 2001; Arts 2004a, 2007c).

Kenmerkende gedragingen

Familie, naasten en hulpverleners van Korsakov-patiënten worden geconfronteerd met bepaalde gedragingen die het gevolg zijn van het syndroom. Deze zijn niet onmiddellijk zichtbaar, want in een direct contact weten de patiënten hun stoornissen vaak heel aardig te verbloemen. Dit leidt vooral tot problemen wanneer een patiënt in een kortdurend contact moet worden beoordeeld. De beoordelaars onderschatten de symptomen, omdat deze dan niet direct zichtbaar zijn. De onderstaande gedragschetsen zijn bedoeld om een typering te geven van wat betrokkenen kunnen tegenkomen in het contact met een Korsakov-patiënt. Het zijn waargebeurde situaties, aangereikt door zorgprofessionals uit verschillende in Korsakov gespecialiseerde afdelingen van verpleeghuizen.

Adequaat reageren in het hier en nu

Korsakov-patiënten reageren veelal adequaat in het hier en nu. Meestal is hun intelligentie intact en kunnen ze een aannemelijk verhaal presenteren, waarmee ze hun beperkingen verbloemen. Confabulaties worden soms niet herkend, omdat het verhaal aannemelijk klinkt, ook al komt het niet overeen met de feiten. Sommige patiënten confabuleren zo overtuigend dat een buitenstaander, zoals een rechter of een advocaat, een te rooskleurig beeld van de situatie krijgt.

Johan is een patiënt van ongeveer 49 jaar. Hij heeft een wetenschappelijke opleiding afgerond. Hij weet zijn intelligentie goed te gebruiken in de interactie met anderen, vooral bij mensen uit het multidisciplinaire zorgteam. Hij zou niets mankeren. Het zijn de huidige omstandigheden en zijn huidige omgeving die een negatieve invloed op hem zouden hebben. Johan weet dat op een erg overtuigende manier te brengen. Wanneer je Johan niet goed kent, kan het idee ontstaan dat je deze man op zijn woord kunt geloven.

Apathie

Door startproblemen nemen Korsakov-patiënten niet gemakkelijk initiatieven. Ze gedragen zich apathisch, lusteloos en hebben nergens zin in. Volgens Tranel e.a. (2000) lijkt het probleem bij apathie te zijn dat doelen en resultaten door de patiënten niet meer als gewenst of ongewenst kunnen worden beleefd. Hierdoor wordt de patiënt niet meer tot handelen aangezet. Het gaat dus niet om onwil of dwarsheid, maar meer om een vorm van 'niet kunnen willen' (Arts, 2004b, 2007c). Daarnaast kunnen depressieve reacties optreden en hebben de patiënten vanwege geremdheid en gedeprimeerdheid externe aansturing nodig.

De sigarettenvoorraad van Johan is op. Al meerdere malen heeft het personeel Johan erop geattendeerd dat hij zonder sigaretten zit. Toch neemt hij geen initiatief om nieuwe sigaretten te gaan kopen, waardoor hij bij ieder rookmoment wordt geconfronteerd met het gebrek aan sigaretten.

Negativiteit

Korsakov-patiënten kunnen moeilijk genieten van kleine dingen en hebben moeite om behoeften kenbaar te maken. Voorstellen van anderen worden meteen de grond in geboord. Zij zeggen al bij voorbaat 'nee'. Angst voor 'het onbekende' weerhoudt hen om 'spontaan' ergens aan mee te doen (Duijnhouwer 1988). Patiënten tonen ook onverschilligheid ten opzichte van de omgeving (Palm 1997). Prikkel werken wel, maar onvoldoende. Daardoor houdt de negativiteit aan.

Johan woont al enige tijd in het verpleeghuis. Hij lijkt alleen geïnteresseerd in roken en niet in de gebeurtenissen om hem heen. Wanneer er gesproken wordt over vakantie of over een dagje uitgaan, geeft Johan aan dat hij daar geen behoefte aan heeft. "Laat mij hier maar zitten, ik vind er niets aan" zegt hij dan. De verzorging heeft echter geleerd dat je hem niet te veel vooraf moet vragen en regelt met de familie dat Johan meegaat met de vakantie week. Wanneer je kijkt naar de foto's die in zo'n week zijn gemaakt, zie je Johan regelmatig lachen. Hij geniet zichtbaar van alle gezelligheid. Uit de verhalen blijkt ook dat hij wel degelijk plezier gehad heeft. Wanneer je hem ernaar vraagt, zegt hij echter opnieuw dat het van hem niet hoeft en dat het toch allemaal vervelend en saai is.

Chaotische, ineffectieve planning

Korsakov-patiënten hebben veel moeite met het organiseren van hun leven. Het plannen en bijstellen van hun gedrag is regelmatig problematisch. Zelfs bij alledaagse activiteiten, zoals opruimen, wassen of schoonmaken, halen ze de volgorde van de afzonderlijke stappen door elkaar en blijven ze halverwege steken.

Ageren tegen structuur en activiteiten

Ondanks het feit dat externe aansturing en een strakke regie van groot belang zijn voor Korsakov-patiënten, zetten zij zich in eerste instantie af tegen structuren, regels en activiteiten. Volgens Arts (2004b) gaat er door de centraal-executieve stoornissen veel mis: patiënten hebben geen zin meer in een geordende dagstructuur, kunnen niet uit bed komen, onttrekken zich aan het programma, onderhouden hun leefruimte niet, handelen impulsief en kunnen hun behoeften niet uitstellen. Ze ervaren geen directe bevrediging omdat ze niet meer overzien wat er nodig is om de langetermijndoelen te bereiken en omdat ze volledig gefixeerd zijn op kortetermijndoelen. Daarbij komt dat de patiënten door hun geheugenproblemen niet beseffen wat ze niet weten en oprecht geloven in hun eigen confabulaties. Ze kunnen daardoor het belang van de aangeboden structuur en activiteiten niet inzien. Daarnaast kunnen zij zich onttrekken aan activiteiten uit angst om fouten te maken.

Johan geeft aan dat hij niet wil deelnemen aan activiteiten op de afdeling. Hij is vooral gericht op sporten, en dan specifiek fitness. Hij voelt zich niet thuis op de afdeling. Zijn standaardopmerking is dat hij hier "niet thuis" hoort. Hij is ook één keer weggelopen en was toen enkele dagen weg. De politie bracht hem terug. Volgens Johan was er niets aan de hand, terwijl hij beschonken binnen kwam. Later gaf Johan toe dat hij best weet dat hij hier moet blijven, omdat hij thuis toch weer aan de drank zou gaan.

Geraakt worden door wijzigingen in structuur

Het is moeilijk voor Korsakov-patiënten om flexibel om te gaan met veranderende omstandigheden. Zij hebben de neiging om te volharden in het geven van steeds hetzelfde antwoord of dezelfde reactie, ook al is de vraag of de situatie inmiddels veranderd. Ook het goed afronden van begonnen taken kan problemen opleveren. Korsakov-patiënten kunnen zich niet goed afsluiten voor prikkels om hen heen en gaan overal op in. Daardoor vergeten zij wat ze oorspronkelijk van plan waren of laten zij zich snel afleiden (Arts 2004b).

Moeilijk bereikbaar op gevoelsniveau

Mensen met het syndroom van Korsakov kunnen heftige emotionele reacties laten zien. Angst en onzekerheid vertalen zich snel in agressie. Daarnaast treedt gesprek gaat met een Korsakov-patiënt, merkt men al snel dat een dieper gesprek niet goed mogelijk is, tenzij

het gaat over zaken die voor de patiënt van direct emotioneel belang zijn. Ook het feit dat gesprekken en onderwerpen van gesprek na vijf minuten alweer vergeten zijn, belemmert een 'dieper' contact. Daarnaast treedt er door het syndroom van Korsakov een afname op van het abstracte en symbolische denken: uitspraken van anderen worden vaak te letterlijk genomen. Dit alles maakt het moeilijk voor naasten en zorgprofessionals om echt tot Korsakov-patiënten door te dringen.

Gebrek aan ziekte-inzicht

Problemen die de Korsakov-patiënten ondervinden, worden nog versterkt door het geringe besef van de eigen beperkingen. Veel patiënten beseffen wel dat er iets aan de hand is, maar zijn niet goed in staat om in te schatten hoe ernstig zij er aan toe zijn. Als ze falen, begrijpen ze niet hoe dat komt. Ze wijzen een oorzaak bij een ander of bij omgevingsfactoren aan. Dit is in feite een vorm van confabuleren: er worden verkeerde verbanden gelegd omdat de juiste context niet gereconstrueerd kan worden. Patiënten geven dan een antwoord dat voor hen logisch lijkt en zijn ervan overtuigd dat dit verhaal waar is. Ook het verzet tegen het ondraaglijke besef van hun lot draagt bij aan het geloof dat ze in staat zijn tot een normaal leven buiten de instelling (Arts 2004b).

Johan is al een aantal jaren opgenomen op de Korsakov-afdeling. Als hij alleen is, heeft hij de neiging om op bed te gaan liggen en er niet uit te komen. Johan vraagt aan een medewerker van het team wat het syndroom van Korsakov nu precies inhoudt. Wanneer hem wordt uitgelegd dat het voor hem vaak moeilijk is om alledaagse dingen zelf te plannen of te organiseren, geeft Johan als antwoord dat dit voor hem niet geldt: "Een aantal jaren geleden heb ik in mijn eentje het Carnaval georganiseerd."

Moeilijk om vertrouwensband op te bouwen

Korsakov-patiënten hebben veel schade opgelopen. Niet alleen fysiek en mentaal, maar ook op het sociale vlak. Vriendschappen, relaties en familiebanden zijn verbroken of ernstig verstoord. Patiënten kunnen zich erg onzeker en angstig voelen door het slecht functionerende geheugen. Door het vergeten van namen, afspraken of wat er gezegd is, maken zij minder contact met anderen. Als zij steeds opnieuw merken dat hun informatie onvolledig is of door anderen onjuist wordt bevonden, kunnen ze achterdochtig worden. Onzekerheid, faalangst, wantrouwen, gebrekkig zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen maken het allemaal moeilijk om een goede vertrouwensband op te bouwen.

Individueel in plaats van groepsgericht

Iemand met het syndroom van Korsakov is niet alleen zelf beschadigd; ook zijn of haar sociale netwerk heeft grote schade opgelopen. Korsakov-patiënten roepen door hun stoornissen

bovendien negatieve reacties op in hun omgeving en zo raken ze in een isolement. De eenzaamheid en afwijzing maken het hen moeilijk om contacten te onderhouden. De gedragsstoornissen en het egocentrisme die het gevolg zijn van de cerebrale schade leiden ten slotte tot beperkte sociale vaardigheden en daardoor worden al deze problemen versterkt.

Zorgvraag

Korsakov-patiënten formuleren in het algemeen een andere zorgvraag dan familie en hulpverleners. Ze ontkennen regelmatig dat ze problemen hebben, terwijl deze door familieleden en zorgverleners helder gezien worden. Er is meestal sprake van een impliciete zorgvraag, een impliciet geformuleerde zorgbehoefte, en zelden van een expliciet geformuleerd verzoek om hulp.

In grote lijnen kan de impliciete zorgvraag worden ingedeeld in drie gebieden. Allereerst is er een psychische zorgvraag. Deze ontstaat door allerlei praktische problemen als gevolg van de geheugenstoornissen en de centraal-executieve stoornissen. Daarnaast spelen vaak allerlei psychische problemen, die al dan niet ontstaan zijn in reactie op deze beperkingen. Ten tweede is er een lichamelijke zorgvraag. Het syndroom van Korsakov en het chronisch alcoholgebruik leiden tot allerlei lichamelijke stoornissen, klachten en beperkingen. De problemen die daarvan het gevolg zijn, kan de patiënt niet zelf oplossen. Ten slotte is er een sociale zorgvraag. Korsakov-patiënten zijn nogal eens sterk geïsoleerd geraakt en hebben moeite met sociale vaardigheden, financiën, dagbesteding en zelfredzaamheid. Hierbij hoort ook de vraag naar een woonvoorziening, waarbij de aanpassingen de vorm kunnen aannemen van begeleiding en ondersteuning, maar ook van verzorging of verpleging.

Van belang daarbij is om te beseffen dat het syndroom van Korsakov een reststoornis na ernstig vitaminegebrek is. Daarom is het wellicht beter om te spreken van een cognitieve handicap dan van een ziekte. Hierdoor ligt bij de zorg voor Korsakov-patiënten de nadruk op rehabilitatie, terugvalpreventie en een verbetering van de lichamelijke conditie (Arts 2004b). Een optimale benadering van de patiënten en het bieden van structuur spelen daarbinnen een belangrijke rol.

Dwang en drang

Doordat de patiënten hun eigen zorgvraag niet expliciet formuleren, bestaat er een ethisch dilemma: er is sprake van een spanningsveld tussen ingrijpen in iemands leven en het zelfbeschikkingsrecht van het individu. Wanneer familie of andere betrokkenen van mening zijn dat de patiënt zorg nodig heeft, maar de patiënt zelf meent van niet, zou een gedwongen opname de enige weg zijn om de patiënt tot zorg te 'bewegen'. Een gedwongen opname is alleen mogelijk als er gevaar dreigt voor de patiënt zelf of voor anderen, of als de patiënt

wilsonbekwaam wordt geacht. Het alternatief is om de wens van de patiënt te respecteren, en niet in te grijpen. Maar dat zou tot gevolg kunnen hebben dat je de patiënt tekort doet. Een reëel gevaar is immers dat de patiënt terugvalt in drankgebruik en zijn gezondheidstoestand verder achteruitgaat.

Bij dilemma's als deze zijn weloverwogen keuzes van belang. Er dienen maatschappelijke afspraken gemaakt te worden over situaties waarin het noodzakelijk is om in te grijpen, ook wanneer de patiënt daar niet om vraagt, en hoe dat zo goed en respectvol mogelijk te doen (De Lange, Meertens et al. 2001). De verantwoordelijkheid voor de organisatie van de bemoezorg ligt bij de gemeente. Daardoor zal de invulling ervan ook verschillen op lokaal niveau. Sommige experts melden expliciet dat dit beleid strenger mag. Volgens hen zou het syndroom van Korsakov er helemaal niet hoeven te zijn, wanneer we in staat zouden worden gesteld om mensen met een ernstige alcoholverslaving en ook tekenen van zelfverwaarlozing eerder te behandelen, desnoods onder dwang. De oplossing wordt gezien in eerder ingrijpen bij mensen die al lang niet meer in staat zijn hun eigen situatie te beoordelen en gevaren te overzien.

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) regelt gedwongen opname en behandeling van patiënten die lijden aan een geestesstoornis. Voor opname in het verpleeghuis wordt de BOPZ-status vastgesteld aan de hand van de reactie van de betrokkene op de mededeling dat hij zal worden opgenomen. Afhankelijk van de situatie wordt de BOPZ-verklaring door de indicatiecommissie (CIZ) of de ambulante GGZ afgenomen. Hierin zijn drie categorieën te onderscheiden: (1) vrijwillige opname, (2) geen bereidheid maar ook geen bezwaar (art. 60 indicatie), (3) bezwaar/verzet tegen opname. In het laatste geval kan slechts opname plaatsvinden indien er een Rechterlijke Machtiging (VRM of RM) of een Inbewaringstelling (IBS) is, waarna de instelling betrokkene moet opnemen. Door gevaarcriteria als maatschappelijke teloorgang, gevaar voor zelfverwaarlozing en gevaar voor anderen bij ontbrekend ziekte-inzicht, worden Korsakov-patiënten regelmatig een periode onvrijwillig opgenomen. Het gaat daarbij meestal om een vorm van een Rechterlijke Machtiging, die altijd slechts een bepaalde geldigheidsduur heeft. Een gedwongen opname ontnemt een persoon alleen het recht om zelf te bepalen waar hij wil verblijven en beperkt dus zijn bewegingsvrijheid. Ten aanzien van financiële, materiële, juridische en allerlei andere handelingen blijft de patiënt zelfstandigheid en vrijheid van handelen behouden, tenzij op basis van een beperking van de wilsbekwaamheid na beoordeling door een rechter die vrijheid beknot is door een ondercuratelestelling.

Subgroepen

De ernst van het syndroom van Korsakov is niet bij alle patiënten gelijk. Er bestaan relatief lichte en relatief ernstige vormen. De ernst van de geheugenstoornissen en de centraal-executieve stoornissen zijn de belangrijkste factoren bij het bepalen van de mogelijkheden om meer of minder zelfstandig te wonen. Van belang zijn daarnaast de coöperatie van de

patiënt en de mate van alcoholabstinentie. Op basis hiervan kunnen de patiënten worden ingedeeld in vier subgroepen (Stoel 1995).

- 1 Patiënten die na revalidatie en resocialisatie mogelijk nog terug kunnen keren naar een zelfstandige woonsituatie binnen de maatschappij.
- 2 Patiënten voor wie revalidatie en resocialisatie in beperkte mate mogelijk is, en die nog kunnen doorstromen naar een vorm van beschermd wonen.
- 3 Patiënten voor wie terugkeer naar de maatschappij niet mogelijk is en die aangewezen zijn op een langdurig verblijf in een zorginstelling, omdat zij vanwege geheugenstoornissen, centraal-executieve stoornissen en gebrek aan ziekte-inzicht slecht in staat zijn om zelfstandig te voorzien in hun algemene dagelijkse behoeften, zoals eten, drinken, slapen en verzorging.
- 4 Patiënten voor wie terugkeer naar de maatschappij niet mogelijk is en waarbij de nadruk ligt op een intensieve verzorgingsbehoefte, vanwege ernstige lichamelijke en/of psychische beperkingen.

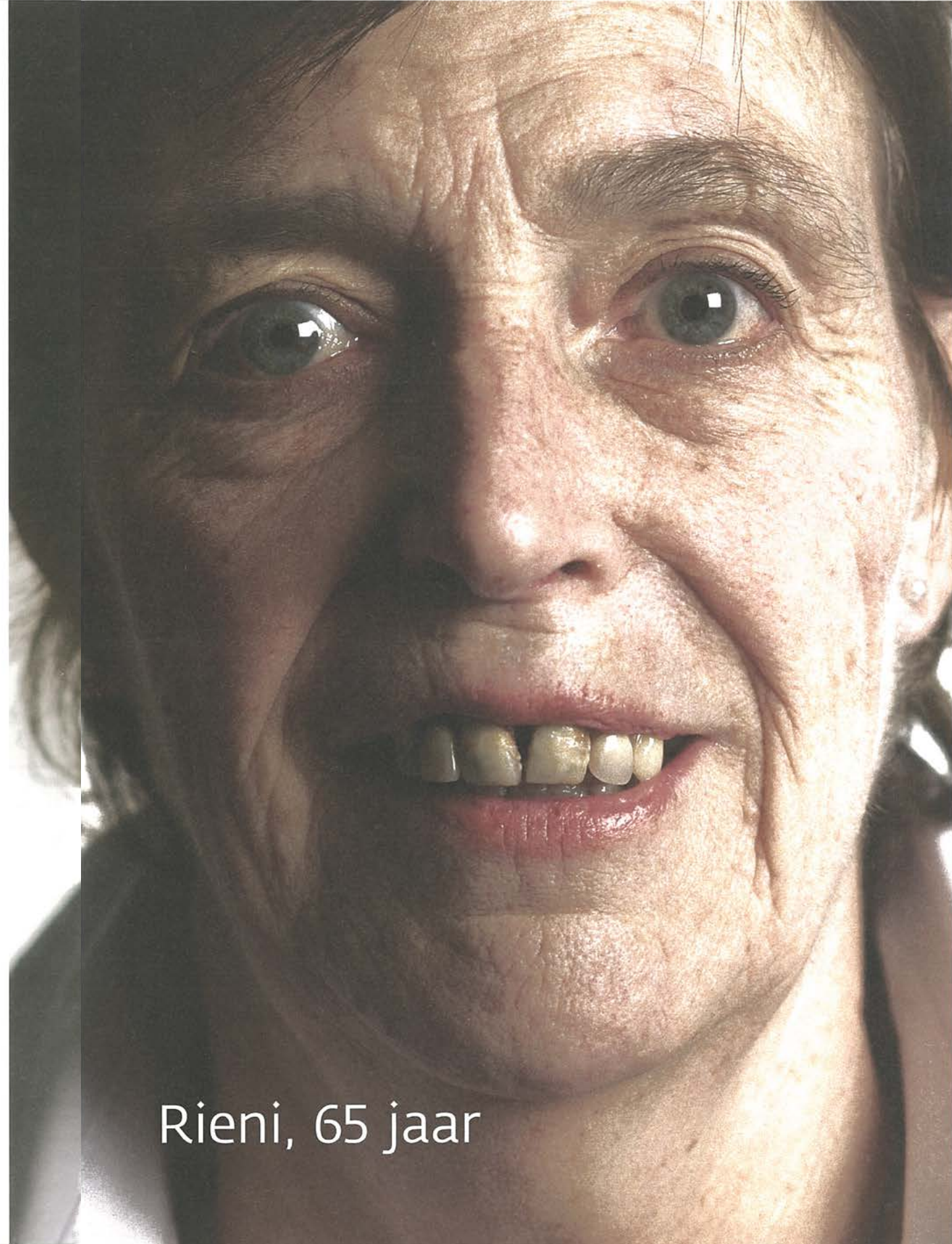
Referenties

- APA, A. P. A. (1994)** DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Arts, N.J.M. (2004a)** Het syndroom van Korsakov (I): ontstaan en geheugenstoornissen. *Patient Care Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie* 2004; 3 (nr. 4): 2-9.
- Arts, N.J.M. (2004b)** Het syndroom van Korsakov (II): centraal executieve stoornissen en behandeling. *Patient Care Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie* 2004; 3 (nr. 4): 2-9.
- Arts, N.J.M. (2007a)** Wernicke-encefalopathie: een niet te stellen diagnose. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie* 6:106-107.
- Arts, N.J.M. (2007b)** Thiaminesuppletie bij alcoholverslaafden. *Tijdschrift voor Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie* 6
- Arts, N.J.M. (2007c)** Het syndroom van Korsakov. 5e, herziene druk. Bunnik, Landelijk Platform Korsakov / Alzheimer-Nederland.
- Berg, K., S. Wood-Dauphinee, et al. (1992)** "Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population." *Archives Of Physical Medicine and Rehabilitation* 73: 1073-1080.
- Cook, C.C., Hallwood, P.M., Thomson, A.D. (1998)** B-vitamin deficiency and neuro-psychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism* 33: 317-336.
- CBO (2007)** Concept Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol.
- De Lange, J., R. Meertens, e.a. (2001)** Zorgprogramma Korsakovsyndroom: een zorgprogramma voor thuiswonende mensen met een Korsakovsyndroom en hun mantelzorgers. Utrecht, Trimbo-instituut.
- Duijnhouwer, E. (1988)** De verpleegkundige zorg voor de Korsakov-patiënt. Lochem, De Tijdstroom.

- Ganzevles, P. G. J., A. J. Wester, et al. (1993)** Neuropsychologische testset voor het Syndroom van Korsakov.
- Harper, C.G., Giles M., Finlay-Jones, R. (1986)** Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 49:341-345.
- Kopelman M. D. (1995)** The Korsakoff syndrome. *British Journal of Psychiatry* 166, 154-173.
- Knight, R. T. and M. Grabowecky (2000)** Prefrontal Cortex, Time and Consciousness. *The new cognitive neurosciences*. M. Gazzaniga. Cambridge, Massachusetts.
- Kopelman M.D. (2002)** Memory disorders. *Brain* 125:2152-2190.
- Luteijn, F. and D. P. F. Barelids (2004)** GIT 2. Groninger Intelligentie Test 2. Amsterdam, Harcourt.
- Martin P.R., Singleton, C.K. Hiller-Sturmhofel F. (2003)** The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol Res Health* 27:134-142.
- Palm, J. (1997)** Veranderd leven: begeleiding na hersenletsel. Assen, Van Gorcum
- Ropper AH, Brown RH (2005)** Adams and Victor's Principles of Neurology. 8th Ed. McGraw-Hill: New York.
- Schreurs, P. J. G., G. v. d. Willige, et al. (1993)** Utrechtse coping lijst : omgaan met problemen. Herziene handleiding. Lisse, Swets en Zeitlinger BV.
- Sechi G.P., Serra A. (2007)** Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. *Lancet Neurology* 6: 442-455
- Stoel, D. (1995)** Verpleging van Korsakov-patiënten. Een andere benadering in de psychiatrie. *Nursing95*, December, 36-45.
- Thomson A.D., Marshall E.J. (2006a)** The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's psychosis. *Alcohol Alcohol*. 41:151-158.
- Thomson A.D., Marshall E.J. (2006b)** The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol*. 41:159-167.
- Torvik, A., Lindboe, C.F., Rogde, S. (1982)** Brain lesions in alcoholics. A neuropathological study with clinical correlations. *Journal of Neurological Sciences* 56:233-48.
- Tranel, D., Bechara A., Damasio, AR. (2000)** Decision Making and the Somatic Marker Hypothesis. *The New Cognitive Neurosciences*.
- Victor, M., Adams, R.D., Collins, G.H. (1989)** The Wernicke-Korsakoff-Syndrome and related neurologic disorders due to alcoholism and malnutrition. 2nd. Ed. Philadelphia: Davis.
- WHO, W. H. O. (2006, Version 2006)** "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems" 10th revision. Retrieved 22 november 2006, from www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/

Hoofd stuk 2

Diagnostiek



Rieni, 65 jaar

Samengevat

Algemeen geaccepteerde criteria

Voor het vaststellen van de diagnose 'syndroom van Korsakov' bestaan geen algemeen geaccepteerde criteria. De classificatie volgens DSM-IV en ICD-10 is problematisch. In de praktijk wordt de diagnose gesteld bij ernstige geheugenstoornissen in combinatie met centraal-executieve stoornissen, waarbij de aanwezigheid van een thiaminedeficiëntie aannemelijk is en alternatieve verklaringen voor de cognitieve stoornissen onwaarschijnlijk zijn.

Diagnostische mogelijkheden

In de diagnostiek zijn het beoordelen van lichamelijke, neurologische, en psychiatrisch/psychologische verschijnselen en het verzamelen van psychosociale gegevens van belang. De klinische diagnose wordt aangevuld door neuropsychologisch onderzoek, is van primair belang. Beeldvormend onderzoek en laboratoriumonderzoek kunnen bijdragen om andere aandoeningen uit te sluiten of aan te tonen.

Anamnese, initiële observatie en diagnostische onderzoeken

Na aanmelding wordt een (hetero-)anamnese afgenomen naar de korte medische en psychosociale voorgeschiedenis van de patiënt en overige relevante gegevens om de baten van een eventuele opname te kunnen inschatten. Tijdens het afnemen van de anamnese vindt ook een initiële observatie plaats. De functies die bij het neuropsychologisch onderzoek in ieder geval aan bod komen zijn gericht op het geheugen, de oriëntatie, de uitvoerende controlefuncties en intelligentie. Het test-

profiel laat over het algemeen afwijkende scores zien op geheugen en uitvoerende controlefuncties. De intelligentie blijkt vaak niet aangetast.

Veelgebruikte testen zijn:

- de 'Rivermead Behavioural Memory Test' (RBMT);
- de 'Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome' (BADS);
- en intelligentietesten zoals de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) of de Groninger Intelligentie Test (GIT-II).

Afhankelijk van de inschatting van de zorgverlener wordt aanvullend onderzoek verricht.

Besluit tot opname

Elke aanmelding wordt besproken in een multidisciplinair overleg. Het besluit tot opname wordt genomen op basis van de indicatie en diagnose en mogelijke baten van een opname.

Na opname

Een uitgebreide observatie kan verdere inzicht geven in het functioneren en het gedrag van de patiënt. Persoonlijke- en stemmingsvragenlijsten kunnen daartoe ook worden afgenomen.

Periodieke evaluaties

Herhaling van diagnostische onderzoeken kan gewenst zijn bij een verandering in het functioneren van een patiënt, ter beoordeling van een mogelijk ontslag uit het verpleeghuis, of standaard ter monitoring.

Bij de diagnostiek van het syndroom van Korsakov staat het onderzoek naar geheugenstoornissen, oriëntatiestoornissen, planingsstoornissen en gedragsstoornissen centraal. Daarnaast wordt gekeken naar neurologische, psychiatrische, psychologische en lichamelijke symptomen (zie hiervoor hoofdstuk 1).

Het acute ziektebeeld dat voorafgaat aan het syndroom van Korsakov, de Wernicke-encefalopathie, verloopt meestal weinig karakteristiek en wordt dikwijls niet herkend (Arts 2007a). Wanneer een patiënt een persisterende amnestische stoornis heeft, zonder dat daar een duidelijke Wernicke-encefalopathie aan vooraf ging, is de vaststelling van de diagnose 'syndroom van Korsakov' niet altijd eenvoudig. De veelheid van stoornissen, beperkingen en handicaps kan ook passen bij andere aandoeningen. Een adequate diagnosestelling wordt dan bemoeilijkt en uitgebreid onderzoek is soms noodzakelijk.

In dit hoofdstuk worden procedures rondom diagnostiek van het syndroom van Korsakov besproken. Dat wordt gedaan aan de hand van vier stadia waarin het diagnostische proces en het behandelproces kunnen worden ingedeeld. Het gaat daarbij om het stadium voor opname, het besluit tot opname, de eerste maand na opname en het stadium gedurende de opname met het oog op eventuele uitstroom. Eerst wordt in het kort beschreven wat er in de literatuur bekend is over algemeen geaccepteerde criteria en diagnostische onderzoeken.

Diagnostische criteria

Zoals in hoofdstuk 1 al is gezegd, is de classificatie van het syndroom van Korsakov binnen DSM-IV en ICD-10 uiterst problematisch. Het syndroom wordt ondergebracht bij de stoornissen die veroorzaakt zijn door het toxische effect van alcohol, terwijl het in werkelijkheid gaat om de directe gevolgen van thiaminegebrek. Chronisch alcoholgebruik creëert alleen de context waarbinnen dit thiaminegebrek kan optreden en is er waarschijnlijk ook verantwoordelijk voor dat de meeste gevallen te laat worden behandeld (Thomson & Marshall 2006a).

DSM en ICD zijn classificatiesystemen en mogen daarom niet worden misbruikt als diagnostische criteria. Algemeen geaccepteerde diagnostische criteria voor het stellen van de diagnose 'syndroom van Korsakov' zijn er nog niet, maar in Nederland wordt nu wel gewerkt aan een formulering daarvan. Een eerste voorstel is gedaan door Ganzevles e.a. (1993). Zij wijzen behalve op de geheugenstoornissen ook op de centraal-executieve stoornissen en besteden daarnaast ook aandacht aan domeinen als visuoconstructie en aandacht.



Diagnostische mogelijkheden

Een belangrijke techniek om een aan alcoholgebruik gerelateerde hersenbeschadiging op te sporen, is neuropsychologisch onderzoek. Dit dient uitgevoerd te worden als de patiënt 4-6 weken abstinēt is. Daarnaast zijn laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek, lichamelijk onderzoek, neurologisch onderzoek, psychiatrisch onderzoek en langdurige observatie van belang.

Stoornissen die in veel gevallen nog niet zijn waargenomen, maar waarvan de vaststelling belangrijk kan zijn voor de behandelkeuze, kunnen via neuropsychologisch onderzoek worden aangetoond (Steenstra 2005). Neuropsychologisch onderzoek kan ook bijdragen aan het vaststellen van de ernst van de stoornis. Dit is vooral gewenst als er een gedifferentieerd behandelaanbod beschikbaar is (Ganzevles e.a., 1993). Het is altijd belangrijk om uit te sluiten of er andere aandoeningen zijn die de symptomen kunnen veroorzaken.

Beeldvormende technieken, zoals CT (computertomografie) en MRI (magnetische resonantie beeldvorming) kunnen de door alcohol veroorzaakte atrofie (die deels reversibel is bij abstinētie) en de eventuele aanwezigheid van laesies in de hersenen zichtbaar maken. Dergelijk beeldvormend onderzoek lijkt echter nauwelijks bruikbaar voor het aantonen van het syndroom van Korsakov (Steenstra 2005). Wel kan beeldvormend onderzoek bijdragen aan het uitsluiten van andere aandoeningen die doen denken aan een Korsakov-syndroom. Te denken valt aan het detecteren van een tumor of een herseninfarct.

Door de diversiteit van relevante onderzoeken wordt de diagnose idealiter gesteld door een multidisciplinair team, waaronder ten minste een arts en een (neuro-) psycholoog. Bij een uitgebreid observatieonderzoek binnen de Korsakov-afdeling van het verpleeghuis zullen ook andere zorgdisciplines betrokken zijn.

Instrumenten

In de volgende paragrafen worden belangrijke aandachtspunten en gebruikte instrumenten per stadium van het diagnostisch proces besproken.

Stadium 1: voor opname

Als vermoed wordt dat iemand Korsakov heeft, is het essentieel om de zuiverheid van het Korsakov-beeld te onderzoeken en om na te gaan of er sprake is van een geschiedenis van verwaarlozing en slecht eten waardoor een thiaminedeficiëntie ontstaan is. Daarnaast is vaststelling van medische en psychiatrische comorbiditeit gewenst. Een derde aandachtspunt in dit stadium is om na te gaan of er contra-indicaties zijn voor opname. Daarbij kan het gaan om het ontbreken van abstinētie of een bepaalde abstinētiēduur, op de voorgrond staande psychiatrische stoornissen, suïcidaliteit of een zware somatische zorgvraag. In een aantal gevallen kan abstinētie ook starten bij opname.

Anamnese

Om helder te krijgen hoe zuiver het Korsakov-beeld is en of er al dan niet sprake is van contra-indicaties, wordt informatie verzameld via de contactpersoon en uit medische dossiers. Ook worden eventuele onduidelijkheden met de verwijzende zorgverlener(s) besproken. In de medische dossiers wordt gezocht naar informatie over een korte medische voorgeschiedenis, de psychosociale voorgeschiedenis en de psychische kenmerken van de patiënt. Ook wordt gezocht naar uitslagen van afgelegde neuropsychologisch onderzoeken (NPO). Wanneer er recent een neuropsychologisch onderzoek heeft plaatsgevonden, dat wil zeggen niet langer dan één jaar geleden, kan in principe met die uitslagen worden volstaan. Is dat niet het geval, dan dient alsnog neuropsychologisch onderzoek plaats te vinden.

De reeds beschikbare gegevens en een eventueel aanvullend neurologisch onderzoek worden vervolgens door de verpleeghuisarts beoordeeld. Deze let daarbij op de voorafgaande klinische diagnose, comorbiditeit (gerelateerd aan alcoholisme en vaak ook roken) en eventuele andere diagnoses. Bij verdenking van andere oorzaken van bekende klachten en complicaties wordt nader onderzoek geïndiceerd of wordt de patiënt verwezen naar een medisch specialist.

Initiële observatie

De volgende stap is een psychiatrisch diagnostisch interview met de patiënt. In het interview gaat het niet alleen om informatie naar aanleiding van gestelde vragen, maar ook om observaties tijdens het gesprek. Een test van het geheugen kan differentiëren bij twijfel over een mogelijk dementieel beeld (bijvoorbeeld door middel van de MMSE). Ook kan tijdens het interview een idee worden verkregen of er tevens sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Een checklist kan ondersteuning bieden (zie voor een voorbeeld checklist bijlage 1).

Neuropsychologische testen en vragenlijsten

Binnen de NIP-protocollen is er een gouden standaard uitgegeven (A. Wester-LPK). Wij behandelen een overzicht van mogelijke testen, waaruit relevante professionals zelf een keuze kunnen maken.

Voor het afleggen van neuropsychologisch diagnostisch onderzoek bij Korsakov-patiënten zijn er sinds 1986 verschillende lijsten ontwikkeld (Ganzevles et al. 1993). Geadviseerd wordt om een basisset van instrumenten te gebruiken bestaande uit de Rivermead Behavioural Memory Test, Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome en Wechsler Adult Intelligence Scale-III of Groninger Intelligentie Test-II.

Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)

Dit instrument heeft als doel om problemen binnen het geheugen te identificeren die samenhangen met de uitvoering van dagelijkse taken.

De test richt zich op vier domeinen binnen het geheugen, te weten: kortetermijngeheugen, langetermijngeheugen, prospectieve geheugen en semantische geheugen. Het RBMT-instrument bestaat uit verschillende onderdelen waaronder een handleiding, normgegevens

specifiek voor Nederland (1993), scoreformulieren, kaartjes, (portret)foto's, audiocassettes, en een wekker. Deze test kan ook gebruikt worden als instrument voor periodieke evaluatie. Het afnemen van de test duurt 25 tot 30 minuten (Wilson et al. 1989).

Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome) BADS

De BADS is een instrument om zicht te krijgen op de executieve functies zoals planning- en organisatiecapaciteiten, initiatief nemen, monitoren en aanpassingsgedrag. De BADS is een testbatterij van zes testen en twee vragenlijsten. De zes testen bepalen de totale score; de vragenlijsten zijn niet gestandaardiseerd en maken geen onderdeel uit van de score. De zes testen en twee vragenlijsten worden hieronder kort beschreven (Chamberlain 2003). Het is mogelijk om bepaalde onderdelen afzonderlijk af te nemen.

1. **Rule Shift Cards (RS)** Ook wel genoemd de 'regel/wissel' test. Bij deze test moet de patiënt reageren op rode of zwarte speelkaarten op basis van een of twee regels die achtereenvolgens worden gepresenteerd. Er wordt gekeken hoe succesvol er van de een naar de andere regel wordt overgestapt. Negatieve punten worden berekend als de patiënt te veel tijd nodig heeft.
2. **Action Programme (AP)** Bij deze test wordt de patiënt gevraagd om een praktisch probleem op te lossen waarbij een vaste set aan regels is verbonden. Het aantal stappen dat de patiënt daarvoor nodig heeft, bepaalt de score. Negatieve punten worden berekend wanneer een patiënt regels breekt.
3. **Key Search (KS)** Ook wel genoemd de 'sleutelzoektest'. Deze test heeft als doel om te beoordelen of patiënten een probleemoplossende strategie kunnen plannen. De score hangt af van het aantal gebruikte criteria en de inschatting van de beoordelaar over de wel of niet systematische aanpak, de efficiëntie en de verwachte effectiviteit.
4. **Temporal Judgement (TJ)** Bij deze test wordt nagegaan in hoeverre de patiënt de benodigde tijd kan inschatten voor eenvoudige taken.
5. **Zoo Map (ZM)** Bij deze test moet de patiënt een route door een kaart plannen zonder overtreding van een aantal regels. Vervolgens wordt gevraagd om het geformuleerde plan uit te voeren. De score wordt bepaald op grond van het wel of niet succesvol uitvoeren van het plan. Wanneer er regels worden gebroken of als er te veel tijd nodig is, worden er negatieve punten berekend.
6. **Modified Six Elements (GE)** Deze test wordt in Nederland 'de vereenvoudigde 6 elementen test' genoemd. De capaciteiten van een patiënt ten aanzien van timemanagement wordt beoordeeld. De patiënt wordt gevraagd om de beschikbare tijd te verdelen over een aantal eenvoudige taken zonder de bijbehorende regels te overtreden. De score is gebaseerd op het aantal taken dat men probeert uit te voeren. Negatieve punten worden berekend wanneer de patiënt regels doorbreekt of de tijd ongelijk verdeeld over de taken.

Intelligentietest: Wenchler Adult Intelligence Scale (WAIS-III) of Groninger Intelligentie Test (GIT-II)

De meest gangbare testen zijn de WAIS en de GIT. De Nederlandse uitgave van de WAIS-III test dateert van 2001. De test meet verbale, non-verbale en algemene intelligentie bij volwassenen. De WAIS kent veel alcoholgerelateerde normgroepen, maar is tijdsintensiever dan de GIT.

De GIT (Groninger Intelligentie test) is bedoeld om het intelligentieniveau te meten (Luteijn and Barelds 2004). Sommige instellingen werken hiermee, omdat deze test minder tijd kost. Naast de drie hiervoor besproken combinaties van testen is er een aantal testen die 'op maat' wordt afgenomen, afhankelijk van de individuele competenties van de patiënt.

Wanneer de patiënt de basisset van testen met goede resultaten heeft afgelegd, kan gekozen worden om extra testen af te nemen zoals (delen van) de testinstrumenten 'Doolhoven', 'Trail Making taak', '15 woorden test' en de 'Stroop-taak' (Ganzevles, Wester et al. 1993).

- **Doolhoven:** Deze test kan inzicht geven in de planning en aandachtsfuncties van een patiënt.
- **Trail making taak (TMT):** Met deze test kan een maat worden verkregen voor de snelheid waarmee cijfers of letters op een bladzijde en in het geheugen worden gescand, en van het gemak waarmee een concept (cijfers en letters) gewisseld kan worden. Bij Korsakov-patiënten worden doorgaans alleen deeltaken A en B getest.
- **15 woordenleertaak.** Deze test dient om eenheid van taalgeheugenfuncties te beoordelen. Bij de 15-woordenleertaak worden 15 eenlettergrepige woorden vijf maal auditief aangeboden in een tempo van 1 woord per 2 seconden. De zo verkregen vijf scores vormen een maat voor het leervermogen (het gecombineerde effect van de werking van de geheugenspan, de kortetermijnopslag, informatieverwerkingsstrategieën en actieve geheugenzoekprocessen). Na een interval van 15-20 minuten wordt opnieuw getoetst hoeveel woorden de patiënt nog weet (actief zoekproces in de langetermijnopslag). Daarna wordt een herkenningstoets gedaan (passief zoekproces in de langetermijnopslag).
- **STROOP-taak:** Deze test bestaat uit drie leeskaarten. Bij de eerste leeskaart gaat het om de leesnelheid en bij leeskaart 2 om het benoemen van kleuren. Bij leeskaart 3 dient de patiënt de over het algemeen overleerde response van lezen (kleurnamen) te onderdrukken (stuurfunctie) en daarvoor in de plaats de kleur te benoemen waarin de woorden zijn gedrukt. Daarbij is de kleur van de letters steeds ongelijk aan de (kleur)betekenis van het woord (interferentie). Bij deze laatste kaart wordt het gecombineerde effect van de extra stuurfunctie en de interferentie bepaald door het verschil in leestijd tussen kaart 3 en kaarten 1 en 2. Het Stroop-effect houdt in dat wanneer men woorden moet lezen van leeskaart 3 er een vertraging optreedt in snelheid en dat de kans op fouten toeneemt.

Een andere set van testen kan worden toegepast wanneer men vermoedt dat het afnemen van een intelligentietest zoals de WAIS-III of GIT-II te belastend zal zijn voor de patiënt.

- **ADL-vragenlijst (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)** Deze vragenlijst bevat vragen over het al of niet kunnen uitvoeren van eenvoudige alledaagse werkzaamheden.
- **CAMDEX, onderdeel B (=CAMCOG) test.** Deze testbatterij voor cognitieve functies geeft maten voor acht onderdelen, te weten: oriëntatie, taal, geheugen, aandacht, oefening, rekenen, abstract denken en waarneming.
- **CST-20 of EMCT (Cognitieve testen).** Deze Cognitieve Screeningstest is bedoeld om cognitief verval bij ouderen te meten. De test bestaat uit 20 vragen, zoals 'Hoe oud bent u?' en 'Wie is onze koningin?'. Uit onderzoek blijkt dat de test demente en niet-demente ouderen van elkaar kan onderscheiden (Graaf and Deelman 1991). De Expanded Mental Control Test

(EMCT) is gericht op de beoordeling van aandacht en concentratie van de patiënt.

- Kloktekening: de Clock Drawing Test (CDT) kan inzicht geven in cognitieve functies, waaronder functies van het semantische geheugen, het werkende geheugen, ruimtelijk inzicht, aandacht en executieve functies (Elsen, Schmidt et al. 2004).
- Verbale leer- en geheugen test (VLGT) Deze test bestaat uit een boodschappenlijst van 16 woorden, die in vier categorieën onderverdeeld kunnen worden (Van der Ploeg 2007).

Deze testen worden ook wel gebruikt ter uitsluiting van dementie. Een belangrijk aspect om te onderzoeken in dit verband zijn geheugenproblemen met het vinden van woorden. Ook het juist combineren van de bewegingen van verschillende spiergroepen dient onderzocht te worden. Bij uitsluiting van dementie worden de CAMCOG-, CST-20- en kloktekeningtesten gebruikt.

Stadium 2: besluit tot opname

Een belangrijk onderdeel van het proces van diagnostiek en indicatiestelling is het besluit tot opname.

Op basis van de anamnese, de uitkomsten van diverse onderzoeken en de initiële observatie wordt nagegaan of er daadwerkelijk sprake is van een indicatie voor de Korsakov-afdeling van het verpleeghuis. De aanvraag tot opname wordt daartoe besproken in een multidisciplinair overleg waaraan naast een arts en een psycholoog veelal ook een maatschappelijk werker en de zorgmanager deelnemen. Zij brengen diagnostische gegevens en observaties in. Als besloten wordt dat de patiënt de juiste indicatie heeft, en daarnaast de BOPZ-status duidelijk is, kan overgegaan worden tot opname.

Bij het plaatsen van een patiënt is het van belang of de betreffende persoon 'past' binnen de aangewezen afdeling en of de capaciteit een opname toelaat op dat moment. In een enkel geval wordt een patiënt op de wachtlijst geplaatst. Als opname niet langer uitgesteld kan worden, is het mogelijk om de patiënt op een andere afdeling te plaatsen, terwijl hij wel deelneemt aan het geïndiceerde behandelprogramma. Zodra de bedbezetting het mogelijk maakt, wordt de patiënt overgeplaatst naar de juiste afdeling.

Stadium 3: eerste maand na opname

Ook na opname blijft het observeren van de patiënt van belang om hem beter te leren kennen. Daarbij gaat het om persoonlijke eigenschappen en achtergronden, maar ook om algemene stemmingen, agitatie, onrust en angst. Het diagnostische beeld van de patiënt wordt in dit stadium verfijnd.

Uitgebreide observatieperiode

Om inzichten te verkrijgen in bovengenoemde aandachtsgebieden, is er een aantal diagnostische instrumenten beschikbaar. Op de afdeling kan de patiënt worden geobserveerd door verzorgenden of verpleegkundigen. Ook kunnen er aanvullende vragenlijsten worden afgenomen door psychologen, zoals persoonlijkheids- en stemmingsvragenlijsten. Ook andere disciplines worden betrokken, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt. De Dysexecutive Questionnaire (DEX), onderdeel van de Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS), is een vragenlijst met 20 items die gedragingen gerelateerd aan centraal-executieve stoornissen beschrijven. Er zijn twee versies van de DEX-vragenlijst beschikbaar: één voor de patiënt zelf en één voor een familielid of andere naaste. Deze of vergelijkbare vragenlijsten kunnen worden ingevuld door verpleegkundigen of verzorgenden op de afdeling. Ze geven belangrijke informatie over de uitvoerende functies van de patiënt, bijvoorbeeld: initiatief nemen, zelfbeheersing, ziekte-inzicht, planning, flexibiliteit en zelfmonitoring.

Persoonlijkheids- en stemmingsvragenlijsten

Een veelgebruikte persoonlijkheidsvragenlijst is de Utrechtse Coping Lijst (UCL). Deze vragenlijst (Schreurs, Willige e.a. 1993) omvat zeven categorieën van reacties: probleemoplossing, 'wishful thinking', probleemvermijding, sociale steun zoeken, cognitieve herstructurering, zelfkritiek en emotionele expressie. De vragenlijst wordt gebruikt voor het vaststellen van het copinggedrag van patiënten wanneer zij geconfronteerd worden met problemen of andere stressvolle gebeurtenissen.

Er bestaan verschillende depressie- en stemmingsvragenlijsten. Een voorbeeld hiervan is de DASS: Depressie-Angst-Stress Scale (Beurs, Dyck et al. 2001).

Fysiotherapeutische diagnostiek

Bij veel Korsakov-patiënten is de veiligheid van het lopen een belangrijk aandachtspunt. Soms gaat het lopen niet meer en is de patiënt rolstoelgebonden. Er zijn verschillende, specifieke redenen voor mobiliteitsproblemen door alcoholgebruik. De belangrijkste redenen zijn verzwakte beenspieren (door myopathie), een verminderd of veranderd gevoel in de onderbenen en voeten (door polyneuropathie) of ongecoördineerd verlopende bewegingen (onder meer ataxie, door cerebellaire atrofie). Wanneer gestopt wordt met het drinken van alcohol kan er een verbetering van de mobiliteit optreden. Een myopathie heeft in de loop van maanden de beste kans om te verbeteren, de gevolgen van een cerebellaire atrofie hebben weinig tot geen kans om te verbeteren. Ook lichamelijke verzwakking kan de mobiliteit negatief beïnvloeden. De fysiotherapeut kan de mobiliteitsproblematiek beoordelen aan de hand van testen zoals de 'Tinetti test' en de 'Berg Balance test.' Met de 'Tinetti test' wordt het evenwicht en de gang van de patiënt onderzocht (Tinetti 1986). De 'Berg Balance Scale' (BBS) richt zich op de balans, zowel bij een vaste houding als bij de uitvoering van een aantal dagelijkse handelingen (Berg, Wood-Dauphinee et al. 1992).

Ergotherapeutische diagnostiek

De ergotherapeut inventariseert via observaties algemene vaardigheden, waaronder zelfzorgtaken en huishoudelijke activiteiten. Op basis van observatie door andere disciplines, aangevuld door eigen observatie, wordt actie ondernomen voor de nodige aanpassingen. De ergotherapeut kijkt naast lichamelijke aspecten ook naar cognitieve problemen en omgevingsfactoren om de verdere zorgvraag van de patiënt te beoordelen. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van de AMPS ('Assessment of Motor and Process Skills'. De AMPS is een combinatie van een test (patiënt voert taken uit) en observatie (door ergotherapeut) en is gericht op de vaardigheden die eenieder gebruikt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, zoals huishoudelijke taken. Er wordt gekeken naar motorische vaardigheden, zoals lopen, houding, bewegen, en procesmatige vaardigheden waaronder het probleemoplossende vermogen en het organiseren van handelingen. Patiënten krijgen uitleg over praktische taken. Rekeninghoudend met het uitgangspunt van de patiënt, kan de ergotherapeut via de AMPS een beeld krijgen van de sterkere en zwakkere vaardigheden.

Waar nodig worden ook andere zorgverleners ingeschakeld. Door in een multidisciplinair overleg de situatie van elke nieuwe patiënt te bespreken, kan een zo compleet mogelijk beeld van de patiënt geschetst worden. Op basis daarvan kan het behandel- en zorgplan worden opgesteld.

Stadium 4: gedurende opname

In deze periode is herhaling van bepaalde testen mogelijk gewenst ter evaluatie. Een dergelijke evaluatie kan verschillende doelen dienen. Allereerst kan men via periodieke evaluaties beoordelen of het gehanteerde behandel- en zorgplan nog steeds adequaat is. Het is ook van belang te bekijken of een patiënt beschikt over leervermogen, zodat er progressie gemaakt kan worden. Dit soort evaluaties vinden regelmatig op een natuurlijke manier plaats door middel van concrete vragen en problemen waar zorgverleners tegenaanlopen. In overdrachten en, meer formeel, binnen zorgplanbesprekingen kan worden bepaald welke verdere acties nodig zijn. Daarnaast kan een specifieke of algemene evaluatie worden aangevraagd naar aanleiding van verandering in het functioneren of een overweging van ontslag uit het verpleeghuis. Hierbij zijn de in- en doorstroomcriteria voor andere woonvormen belangrijk. Ten slotte kan door middel van periodieke evaluaties een goed beeld worden geschetst van de effectiviteit van het behandel- en zorgplan en het therapeutisch milieu.

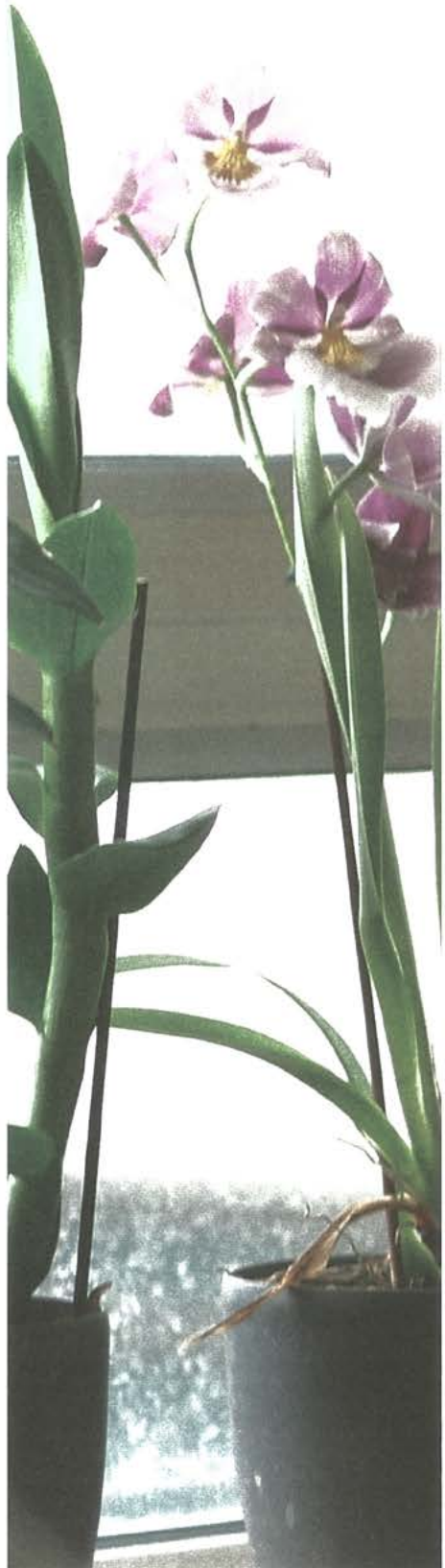
Diagnostische instrumenten die geschikt zijn voor evaluatie zijn onder meer:

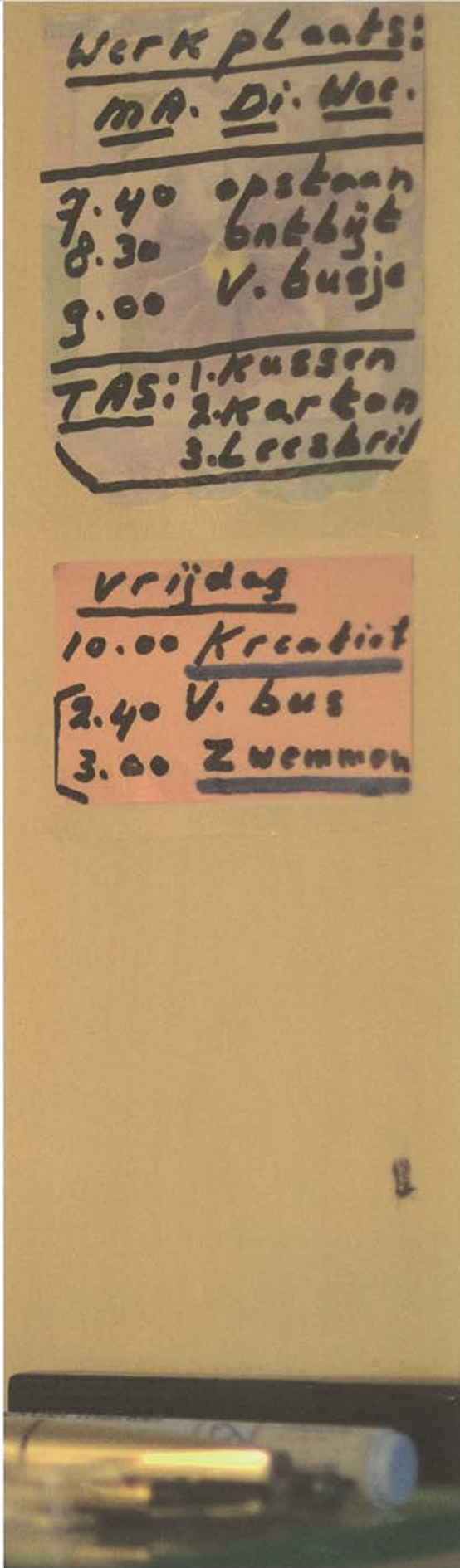
- de UCL (Utrechtse Coping Lijst);
- de ZIG (fysiek, cognitief, en sociaal test);
- ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) vragenlijst;
- AMPS (Assessment Motor and Process Skills) test en observatie.

Referenties

- Arts, N.J.M. (2007a)** Wernicke-encefalopathie: een niet te stellen diagnose. Tijdschrift voor Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie 6:106-107.
- Berg, K., S. Wood-Dauphinee, et al. (1992)** "Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population." Archives Of Physical Medicine and Rehabilitation 73: 1073-1080.
- Beurs, E. d., R. v. Dyck, et al. (2001)** "De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress." Gedragstherapie 34(1): 35-53.
- Chamberlain, E. (2003)** "Test Review. Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)." Journal of Occupational Psychology, Employment and Disability 5(2): 33-37.
- Elsen, H., I. Schmidt, et al. (2004)** "The diagnostic value of drawing a clock in geriatrics." Tijdschrift Gerontologische Geriatrie 35(3): 107-113.
- Ganzevles, P. G. J., A. J. Wester, et al. (1993)** Neuropsychologische testset voor het Syndroom van Korsakow.
- Graaf, A. D. and B. G. Deelman (1991)** Cognitive Screening Test: Handleiding Voor Afname en Scoring. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F. and D. P. F. Barelds (2004)** GIT 2. Groninger Intelligentie Test 2. Amsterdam, Harcourt.
- Schreurs, P. J. G., G. v. d. Willige, et al. (1993)** Utrechtse coping lijst : omgaan met problemen. Herziene handleiding. Lisse, Swets en Zeitlinger BV.
- Steenstra, H. M. C. (2005)** Niet-aangeboren hersenletsel, alcohol en diagnostiek. Bijzondere zorg in De Lozerhof: een aparte benadering voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. M. v. Noppen and et_al. Den Haag, Saffier, locatie Lozerhof: 17-24.
- Thomson A.D., Marshall E.J. (2006a)** The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's psychosis. Alcohol Alcohol. 41:151-158.
- Tinetti, M. E. (1986)** "Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients." Journal of the American Geriatric Society 34(2): 119-26.
- Van der Ploeg, P. (2007)** Encyclopedisch woordenboek van de psychologie - nog niet gepubliceerd. Garant Uitgevers NV - Beknopte Internet Versie.
- Wilson, B., J. Cockburn, et al. (1989)** "The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems." Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 11(6): 855-870.







Werk plaats:
Ma. Di. Wo.

7.40 opstaan
8.30 ontbijt
9.00 v. busje

TAS: 1. Kussen
2. Karton
3. Leesbril

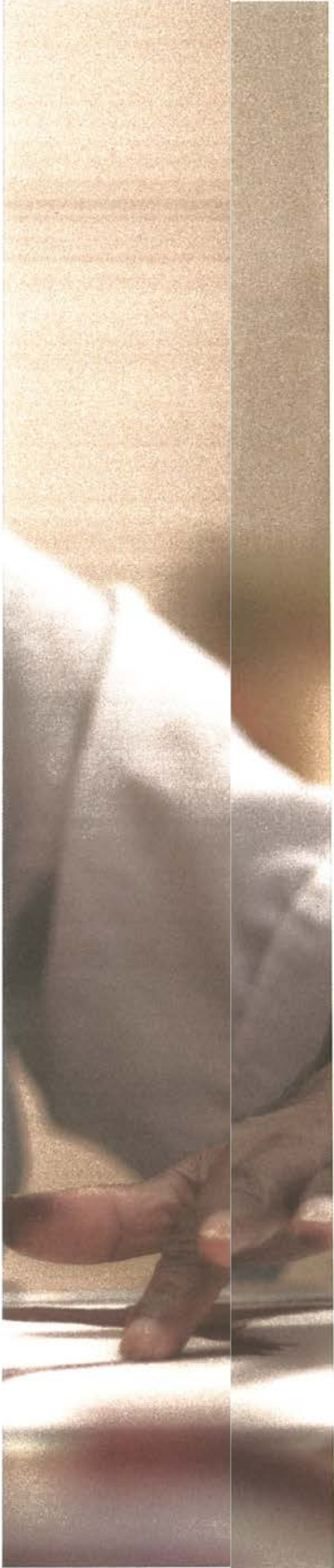
Vrijdag

10.00 Kreatief

2.40 v. bus

3.00 Zwemmen

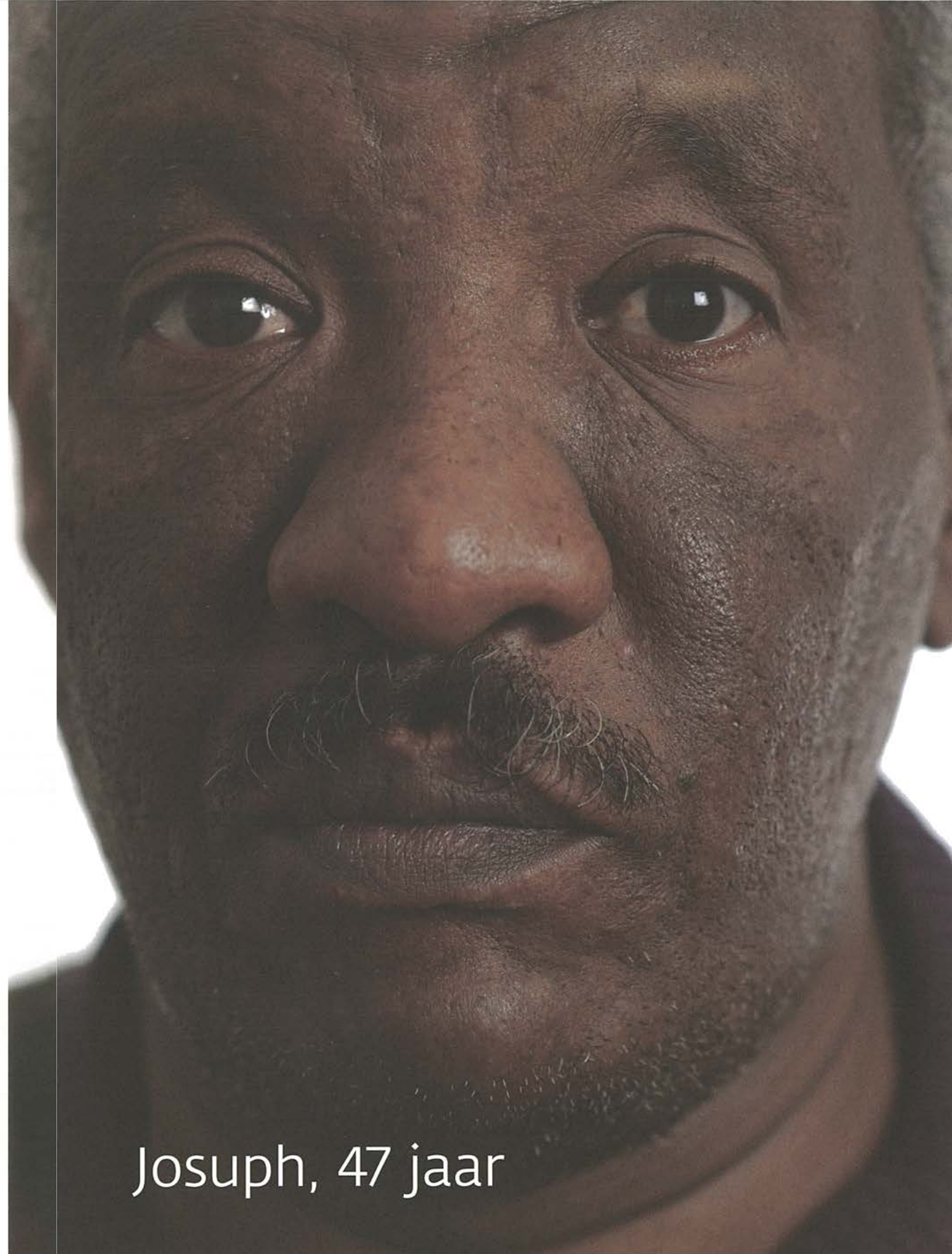






Hoofd stuk 3

Therapeutisch leefmilieu



Josuph, 47 jaar

Samengevat

Het zorgaanbod is ingericht volgens een therapeutisch leefmilieu. Binnen de context van het therapeutisch leefmilieu richten zorgverleners zich op de individuele behoeften van de bewoner, uitgedrukt in zorgplannen.

Therapeutisch leefmilieu

Uitgangspunt is dat elementen in de omgeving gezond en positief gedrag bevorderen en passende socialisatie en sociale interactie ondersteunen. Bij de keuze van huisvestingsvormen, inrichting van de ruimten, zorgverleners en methodieken wordt rekening gehouden met hun impact op de behandeling. Centraal in het therapeutisch leefmilieu staat de empathisch-directieve benadering.

Empathisch-directieve benadering

De essentie van de empathisch-directieve benadering is dat bewoners niet alleen structuur nodig hebben, maar dat daarnaast van belang is om een vertrouwensrelatie met de bewoner op te bouwen en aansluiting te vinden bij zijn behoeften en interesses. Deze benadering geeft richting aan de bejegening van bewoners.

Leertheoretische principes in de omgang In de leertheorie worden gedragstherapeutische principes gehanteerd die te maken hebben met positieve en negatieve reinforcement (beloning). Met name het gebruik van positieve bekrachtiging wordt toegepast om bewoners te motiveren.

In dit hoofdstuk komen het therapeutisch leefmilieu en de algemene benadering van bewoners aan bod. De aanname is dat een specifieke benadering nodig is om recht te doen aan de symptomen en kenmerken van mensen met het syndroom van Korsakov, in vergelijking met andere verpleeghuisbewoners.

Een therapeutisch leefmilieu is een specifieke ordening van materiële en niet-materiële middelen binnen de organisatorische eenheid waarin de behandeling plaatsvindt. De veronderstelling die ten grondslag ligt aan een 'milieu'benadering is dat bepaalde elementen in de omgeving gezond en positief gedrag bevorderen en de passende socialisatie en sociale interactie ondersteunen (Holmberg 1997).

De elementen worden zo gekozen dat ze op een systematische en procesmatige manier de (individuele) behandeldoelen van Korsakov-bewoners helpen realiseren (Koreman 2005). Een voorbeeld hiervan is een stabiele structuur. Deze is gericht op zo veel mogelijk vaste herkenningpunten in tijd en manier van doen, bijvoorbeeld tijdens de maaltijden, in het dagritme, en bij activiteiten.

We bespreken materiële en niet-materiële elementen van het leefmilieu en gaan dan dieper in op de empathisch-directieve benadering en leertheoretische principes.

Materieel

In materiële zin wordt kleinschalig wonen nagestreefd. Binnen de woonvorm biedt goede bewegwijzering, bordjes die de verschillende ruimten benoemen en een overzichtelijk geheel houvast aan de bewoners.

Een huiskamer dient overzichtelijk te worden ingedeeld, bij voorkeur kleinschalig. Is de huiskamer groot, dan is het raadzaam om deze in kleine groepjes in te delen. Belangrijk is dat er een huiselijke sfeer wordt gecreëerd. Ook de activiteiten die in de huiskamer worden gedaan bepalen de sfeer. Krant lezen en koken stimuleren een huiselijke sfeer. Omdat de activiteiten onderdeel zijn van het therapeutisch milieu worden deze niet per se door de activiteitenbegeleiding gedaan, maar ook door de verzorging. De ervaring heeft geleerd dat het haalbaar is om bewoners te betrekken bij de inrichting van een huiskamer. Dit vergroot de kans dat juist zij zich er thuis voelen. Bijvoorbeeld keuzes over de kleur van een wand werden aan hen voorgelegd.

Individuele slaapkamers kunnen bijdragen aan respect en privacy voor de bewoner. Daar heeft hij de mogelijkheid om herkenbare spullen (een eigen stoel, schilderij, computer en foto's) deel uit te laten maken van zijn leven. Toch dient in veel gevallen voorkomen te worden dat bewoners zich overdag in hun slaapkamer terugtrekken. Wonen en leven dienen met het oog op structuur zo veel mogelijk gescheiden te zijn, net als in een natuurlijke thuissituatie. Van belang is ook dat de omgeving uitnodigt tot het doen van dingen. Dat kan bijvoorbeeld door een tv geen centrale plaats te geven in het woonverblijf, maar wel een kast ingericht met spellen of papier. Andere materiële voorwaarden zijn logopedische en ergotherapeutische hulpmiddelen om de oriëntatie, communicatie en zelfstandigheid te bevorderen. Voorbeelden daarvan zijn klokken, informatieborden, foto's en agenda's (Van Noppen 2006).



Er kan gekozen worden voor een ruimte voor crisisinterventies, om bewoners even te kunnen afzonderen. Deze ruimte heeft bij voorkeur geen voorwerpen waar iemand zichzelf of anderen kan bezeren en beschikt eventueel over de mogelijkheid tot observeren (Van Noppen 2006).

Niet-materieel

De niet-materiële middelen omvatten onder meer de zorgverleners, hun (toegepaste) kennis en vaardigheden, gebruikte behandel- en zorgmethodieken, de aangeboden structuren en de afstemming tussen deze elementen. Voor Korsakov-bewoners blijkt uit de praktijk binnen Korsakov-afdelingen van het verpleeghuis dat een empathisch-directieve benadering de meest geschikte benadering is (Haex and Van Noppen 2003).

Naast deze benadering wordt in het leefmilieu ook gebruik gemaakt van de leertheoretische principes. Dit biedt de zorgverleners handvatten om bewoners te motiveren tot activiteit. Het verzorgende team dat onderdeel is van het therapeutisch leefmilieu, is de belangrijkste schakel in het uitvoeren van deze principes. Dit stelt eisen aan de kwaliteiten en competenties van deze discipline. Gerichte scholing en goede begeleiding worden als noodzakelijk ervaren. Niet alleen de verschillende behandel disciplines, ook de medewerkers van bijvoorbeeld de technische dienst of het magazijn hebben hun aandeel in het leefmilieu. Zo zijn er bijvoorbeeld bewoners die de mensen van de technische dienst assisteren bij het oplossen van technische problemen. Het vraagt als het ware steeds een creatieve blik om alles wat zich aandient binnen de context te benutten ter ondersteuning of ontwikkeling van bewoners. Het therapeutisch leefmilieu wordt niet alleen door aspecten binnen de instelling gevormd; ook factoren daarbuiten hebben invloed. De houding van bijvoorbeeld directbetrokkenen zoals een taxichauffeur of 'mensen in de buurt' kan negatieve of positieve effecten hebben op het leefmilieu binnen de Korsakov-afdeling van het verpleeghuis (Koreman 2005).

Empathisch-directieve benadering

De essentie van deze benadering is dat de bewoners naast structuur belang hebben bij een vertrouwensrelatie. Deze kan opgebouwd worden door aansluiting te vinden bij de behoeften en de interesses van de bewoner (Haex and Van Noppen 2005). De term 'directief' verwijst naar sturend en structurend; het aspect van meevoelen en invoelen wordt verwoord in de term 'empathisch'. De term 'benadering' - als alternatief voor bijvoorbeeld 'therapiegeeft' aan dat het gaat om de omgang met bewoners binnen een therapeutisch leefmilieu, waar achteruitgang zo veel mogelijk wordt tegengegaan. Om de empathisch-directieve benadering goed te kunnen toepassen, moet voldaan worden aan een aantal voorwaarden. Het gaat daarbij om eisen ten aanzien van zorgverleners en ander direct betrokken personeel en voorwaardenscheppende ondersteuning vanuit de organisatie.

Zorgverleners en andere directbetrokkenen

Bij vermindering van de executieve (uitvoerende) geheugenfuncties, fungeert de zorgverlener als externe coach. Zorgverleners van bewoners met het Korsakov-syndroom dienen

daarom in staat te zijn structuur en overzicht te bieden. Zij kunnen bewoners 'controleren' en fungeren als extern geheugen en 'geweten' van de bewoners. Daarmee stellen zij hen in staat zo veel mogelijk zelfstandig te functioneren (Van Noppen 2006). Daarbij is respect en geduld nodig en een alerte en empathische grondhouding. In de interactie met bewoners helpt het als zorgverleners alert zijn op de lichaamstaal van een bewoner, en als zij bijvoorbeeld elementen van machtsstrijd en manipulatief gedrag tijdig signaleren. Zorgverleners ondersteunen elkaar binnen het team door eenduidige en goed gecommuniceerde grenzen en afspraken, om te voorkomen dat zij 'tegen elkaar worden uitgespeeld' door bewoners (Ibid.). Het effect wordt nog groter wanneer ook andere directbetrokkenen, zoals personeelsleden en interne vrijwilligers en familie, handelen in lijn met deze benadering.

Voor elke zorgverlener is het 'in ontwikkeling zijn en blijven' essentieel om opgewassen te zijn tegen de situaties op de werkvloer. Bijscholing en nascholing dienen te leiden tot kennis en reflectie op het eigen handelen. Het bewust zijn van de eigen gedachten, emoties en normen over het syndroom van Korsakov en over specifieke situaties waarmee ze in aanraking komen draagt immers bij aan kwaliteit van het handelen.

Een andere voorwaarde is dat zorgverleners een realistisch en empathisch beeld hebben van en open staan voor de situatie waarin bewoners met het syndroom van Korsakov en hun naasten zich bevinden (Haex and Van Noppen 2005). Dat vereist gedegen kennis van relevante feiten van het ziektebeeld en de gevolgen daarvan, en een vermogen tot invoelen en inleven.

Adequate bejegening is bij deze bewoners misschien wel de moeilijkste opgave van het zorgverlenen, en tegelijk een cruciaal aspect van de kwaliteit van zorg (Veenstra 2004). De empathisch-directieve benadering is een leidraad voor bejegening en is voortgekomen uit het 4 K-model van Lindenhoff. Dit model vormt de basis van het directief benaderen en is ontwikkeld om bewoners zekerheid en veiligheid te bieden (Haex and Van Noppen 2003). Volgens dit model is het van belang dat zorgverleners 'kort, concreet, konsekvent en continu' handelen. Een 5^e K is later toegevoegd: 'creatief'.

Kort verwijst naar het gebruik van korte zinnen, zonder dat de zorgverlener kinderachtige taal gebruikt. De zorgverlener dient daarbij te letten op de intonatie van wat hij zegt en respectvolle taal te gebruiken. Als het om een instructie of opdracht gaat, moet deze kort en duidelijk zijn. Betreft het een vraag aan de bewoner dan is een gesloten vraag het meest effectief.

Daarnaast moeten het taalgebruik en het handelen **concreet** zijn en is het raadzaam om abstracte termen en situaties te vermijden. In plaats van te zeggen: "Ga je nu maar wassen", kan een zorgverlener beter zorgen dat washand, zeep en handdoek klaar liggen en de bewoner als het ware wordt uitgenodigd tot wassen (Palm 1997). Aangeraden wordt om herkenbare opdrachten en instructies te geven, met herkenbare keuzes en acties. Daarbij is van belang dat de informatie in een logische volgorde wordt gegeven. Concreet handelen kan zich uiten door te praten 'in het hier en nu'. Het kan ook helpen om juist aansluiting te zoeken bij het beroep en de hobby's van vroeger (Veenstra 2004).



Konsekvent handelen houdt in dat bewoners eenduidige opdrachten krijgen. Bij vergelijkbare situaties hoort een identieke benadering zonder al te veel 'extra' informatie. Daarbij is het van belang om de bewoner niet iets op te leggen, maar om hem te motiveren. Afstemming binnen het zorgteam is voor consequent handelen essentieel.

Ook voor **kontinu** handelen en continue zorg is onderlinge afstemming door middel van goede overdracht nodig. Leden van het zorgteam moeten elkaar continu op de hoogte houden van wat er gebeurt en gebeurd is tijdens de vorige dienst. Regelmaat, herhaling en herkenbaarheid van zorg en zorgverleners zijn cruciaal.

Het uitvoeren van de vier K's is niet eenvoudig. De manier van bejegenen vergt oefening en passie. **Kreatief** handelen is nodig om te voorkomen dat te halsstarrig wordt vastgehouden aan het kort, concreet, konsekvent en kontinu handelen. Deze aspecten dienen juist creatief te worden ingebed in de dagelijkse communicatie, waarbij de bewoner vooral ook respectvol benaderd dient te worden.

Het succes van de toepassing van de empathisch-directieve benadering hangt sterk af van beheersing ervan door zorgverleners. Behalve structureren via directieven is aanmoediging, waardering en respect nodig. Dit moet aangeleerd en geoefend worden. Zorgverleners moeten leren om niet primair te reageren op mensen met Korsakov, maar secundair (Van Noppen 2006). Dat is mogelijk door zelfbewustheid, afstand nemen en door opmerkingen niet persoonlijk op te vatten (Ibid.). Wat lijkt op onwil van de bewoner, is vaak een onvermogen tot willen. Zijn gedrag moet gezien worden als horend bij het ziektebeeld, en niet als aanval op de zorgverlener.

Leertheoretische principes

Binnen de psychologie is er een stroming die bij de behandeling van psychische klachten gebruik maakt van leertheoretische principes. Deze zijn bij de behandeling van mensen met Korsakov zeer bruikbaar. Een van de principes is het belonen van gewenst gedrag. Dit principe kan goed worden gebruikt om bewoners te motiveren tot activiteiten. Positieve reinforcement (beloning) kan voor bewoners een extra stimulans zijn om te komen tot een activiteit. Voorbeelden zijn een 'token system', het verdienen van voorrechten of het beschikbaar stellen van koffiekaarten, met recht op extra koffie. Voor het verzorgende team biedt het een goed middel om bewoners te stimuleren, maar ook de andere leden van het multidisciplinaire team kunnen het toepassen binnen hun behandeling. Het toepassen van leertheoretische principes dient zorgvuldig te gebeuren en vindt bij voorkeur plaats onder begeleiding van een psycholoog.

Organisatie

Voor zorgverleners van mensen met Korsakov is het cruciaal dat leidinggevenden en de organisatie volledig achter het therapeutisch milieu en de empathisch-directieve benadering staan, en dat zij de juiste voorwaarden scheppen. Voor zorgverleners zijn duidelijkheid over verantwoordelijkheden en taken essentieel. Ook de verantwoordelijkheden van de

bewoners dienen duidelijk te zijn. Omdat binnen het therapeutisch leefmilieu gestreefd wordt naar zo veel mogelijk zelfstandigheid, worden taken toegewezen aan de bewoner. Bijvoorbeeld het onderhoud van kamers en het opdienen van eten. Daarover dienen wel duidelijke regels te bestaan en wordt van de zorgverleners verwacht dat zij toezien op naleving van regels en de uitvoering van toegewezen taken en verantwoordelijkheden.

Individuele zorgplannen

Binnen de algemene lijnen van het therapeutisch leefmilieu, richten zorgverleners zich op de individuele behoeften van de bewoner. Zorgplannen bieden de mogelijkheid tot zorg op maat. Er zijn zowel monodisciplinaire als multidisciplinaire zorgvragen opgenomen. Het zorgplan vormt de basis voor behandel- en zorgactiviteiten.

Veelvoorkomende aandachtsgebieden zijn: somatisch, ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen), psychisch, maatschappelijk, communicatie en diversen (waaronder bijvoorbeeld levensbeschouwelijk).

Het zorgplan komt tot stand op basis van gegevens uit de diagnostische fase en observaties en rapportages gedurende de opname. Op basis van de geformuleerde zorgvragen worden specifieke doelen en acties per relevante discipline vastgesteld.

Het is belangrijk dat iedereen op de hoogte is van de individuele zorgplannen van de bewoners en dat de zorgplannen up-to-date zijn. Daarom is het zinvol om regelmatig zorgplanbesprekingen te organiseren. Tijdens zorgplanbesprekingen wordt per zorgplan geëvalueerd of en hoe voldaan is aan de zorgvraag. Deze bespreking vindt bij voorkeur elk kwartaal plaats.

Referenties

- Haex, P. and M. van Noppen. (2003)** "Omgaan met Korsakovpatiënten : van 4 K-model naar empathisch-directieve benadering." *Denkbeeld* 15(3): 10-13.
- Haex, P. and M. van Noppen (2005)** De empathisch-directieve benadering. Bijzondere zorg in De Lozerhof: een aparte benadering voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. M. v. Noppen and et_al. Den Haag, Saffier, locatie Lozerhof: 55-60.
- Holmberg, S. K. (1997)** "Evaluation of a Clinical Intervention for Wanderers on a Geriatric Nursing Unit." *Archives of Psychiatric Nursing* 11(1 (February)): 21-28.
- Koreman, P. (2005)** Het therapeutisch milieu. Bijzondere zorg in De Lozerhof: een aparte benadering voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. M. v. Noppen and et_al. Den Haag, Saffier, locatie Lozerhof: 61-68.
- van Noppen, M., e.a. (2006)** Notitie: Empathisch Directieve Benadering, Saffier.
- Palm, J. (1997)** *Veranderd leven: begeleiding na hersenletsel*. Assen, Van Gorcum.
- Veenstra, H. (2004)** *Bejegening, essentie van behandeling. Vaardigheden die verpleegkundigen moeten hebben in de bejegening van Korsakovpatiënten*, GGZ

Hoofd stuk 4

Behandeling vanuit
verschillende disciplines



Jan, 64 jaar

In dit hoofdstuk wordt per discipline de bijdrage beschreven aan het zorgaanbod. We gaan in op wat het eigene van de desbetreffende discipline is, welke specifieke expertise centraal staat, en welke doelen hierbij passen binnen de behandeling. Daarnaast komen activiteiten en interventies behorend bij de betreffende professional aan bod. Op persoonsniveau komen de inspanningen bij elkaar. De gezamenlijkheid vindt plaats in de vorm van multidisciplinaire samenwerking, ondersteunt door multidisciplinair overleg.

Een behandelend kernteam bestaat minimaal uit een verpleeghuisarts, de verzorging of groepsleiding en een psycholoog. Daarnaast leveren ook maatschappelijk werk, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de activiteitenbegeleider een bijdrage. Sommige verpleeghuizen kiezen voor het inzetten van een kunstzinnige therapeut, arbeidsmatige therapeut of muziektherapeut*.

* Diverse andere disciplines (logopedist, danstherapeut, psychomotorisch therapeut, spv, dramatherapeut, psychiater) leveren in sommige instellingen ook een bijdrage aan de Korsakov-zorg. Wij hebben ervoor gekozen dit niet te beschrijven.

Multidisciplinair overleg

Vanuit de verschillende disciplines wordt bijgedragen aan multidisciplinair overleg. Dit vraagt van alle disciplines vaardigheden gericht op multidisciplinaire betrokkenheid en verslaglegging. Een zorgdossier per bewoner ondersteunt dit. Minimaal twee keer per jaar vindt formeel multidisciplinair overleg (MDO) over de bewoner plaats. Daarin wordt de voortgang besproken. Er wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van de multidisciplinaire samenwerking door gezamenlijke reflectie. Dit heeft een structurele plek op allerlei momenten in de behandeling (mono- en multidisciplinair).

Maatschappelijk Werk

Specifieke expertise

Een maatschappelijk werker (mw'er) is expert in het onderhouden van contacten met externe en interne partijen, gericht op belangenbehartiging en materiële hulpverlening. Hij heeft zicht op contactpersonen van alle relevante instanties. Hij heeft de kennis en expertise in huis om ondersteuning te bieden aan het cliëntensysteem, ook als er sprake is van een uitgehold netwerk. In dat geval levert de maatschappelijk werker een actieve bijdrage aan ondersteuning, informatievoorziening en psycho-educatie via groepsbijeenkomsten met familieleden en andere naasten. In individuele gevallen werkt hij vanuit de systeemtheorie. De maatschappelijk werker heeft vaardigheden om een nieuw of aanvullend klein netwerk op te zetten, waarbij een mentor of buddy een centrale rol kan vervullen (De Mönnink 2005). De mw'er heeft specifieke kennis van het syndroom van Korsakov, de empathisch-directieve methode, en de 5 K's (zie hoofdstuk 3). Hij beheerst de stressanalyse van De Mönnink om inzicht te krijgen in de draagkracht, draaglast en het draagvlak van de bewoner en het systeem.

Doelen

Maatschappelijk werkers organiseren de benodigdheden om te kunnen besluiten over opname en fungeren als aanspreekpunt voor bewoners, familie, en externe partijen voor, gedurende en na opname. Zij bemiddelen bij regelkwesties rond de woning, geldzaken en mentorschap of zaakwaarnemerschap. Indien gewenst of noodzakelijk biedt de maatschappelijke werker alle hulp bij overplaatsing, doorplaatsing of ontslag.

Activiteiten en interventies ten behoeve van opname

Voor de aanmelding en screening van toekomstige bewoners verzamelt de mw'er alle noodzakelijke en beschikbare gegevens over de rechtspositie, de indicatiestelling, het neuropsychologisch onderzoek en het medische beeld. Zo nodig wint de mw'er aanvullende informatie in voor de sociale en medische anamnese en de wettelijk vertegenwoordigers. Na voorlopige goedkeuring door de interne plaatsingscommissie organiseert de mw'er een kennismaking en rondleiding met de nieuwe bewoner en zijn familie. De mw'er biedt

waar nodig begeleiding bij de opname. Met name als een bewoner geen sociaal netwerk heeft, zijn er voor de maatschappelijk werker veel regeltaken. Hij biedt dan hulp aan bij de afronding van de thuissituatie, zoals het leegruimen en opzeggen van de woning. Hij zorgt dat alles rondom de financiële situatie op orde komt en waar nodig legt hij contact met schuldeisers en regelt een onderbewindstelling. Indien nodig regelt de maatschappelijk werker een mentorschap voor de bewoner. Bij aanmelding zorgt het maatschappelijk werk ook voor het verspreiden van de noodzakelijke informatie over de nieuwe bewoner onder alle betrokken zorgverleners binnen de instelling.

De maatschappelijk werker onderhoudt daarnaast contacten met externe partijen, zoals verwijzers, hulpverleningsinstanties zoals de thuiszorg, familie en vrienden, huisarts, politie en rechterlijke macht en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Activiteiten en interventies tijdens verblijf

Als iemand is opgenomen, houdt de mw'er de afloopdata van indicatiestellingen bij en draagt hij zorg voor aanvragen van verlenging. Waar mogelijk biedt hij directe hulp aan bij het regelen van zaken rondom uitkering, financiën en andere praktische zaken. Idealiter zou deze hulp ook moeten worden geboden bij de verliesverwerking die opname met zich meebrengt. De maatschappelijk werker heeft ten slotte ook een inbreng op de afdeling waar de bewoner verblijft. Hij doet verslag van gesprekken met de bewoner en familie. Dergelijke gesprekken kunnen gaan over het verblijf in het verpleeghuis, over de wens van overplaatsing naar een ander verpleeghuis of een andere woonvorm. De verzorging en arts worden zo op de hoogte gehouden van deze aspecten.

Verpleeghuisarts

Specifieke expertise

Een verpleeghuisarts op een Korsakov-afdeling beschikt over specifieke kennis van de doelgroep, om zo tot een gerichte behandelaanpak te komen. Daarnaast heeft hij kennis van zorgwetgeving, ethische vraagstukken en indicatieprocedures met betrekking tot mensen met het Korsakov-syndroom. Ook dient hij bekend te zijn met de mogelijkheden van andere behandelende disciplines, binnen en buiten het verpleeghuis, ten behoeve van de regiefunctie over het zorgplan.

De verpleeghuisarts houdt zijn kennis van nieuwe ontwikkelingen op het eigen vakgebied op peil en participeert actief bij de bewakingsprocedures voor de kwaliteit van zorg.

In de beroepsuitoefening heeft hij aandacht voor de autonomie van de bewoner. Daarnaast fungeert hij als vertrouwenspersoon en vraagbaak voor familie en naasten van de bewoner. Hij bezit goede gespreksvaardigheden en heeft een groot empathisch vermogen.

Doelen

De verpleeghuisarts heeft als primaire taak om via een probleemgerichte en methodische aanpak te werken ten behoeve van medische diagnostiek, prognostiek en behandelinterventies. Hierbij wordt onder meer gelet op lichamelijke, functionele, maatschappelijke en

psychische aspecten. De verpleeghuisarts indiceert en interpreteert aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumuitslagen.

Binnen de behandelinterventies dient de arts alert te zijn op medische en psychiatrische comorbiditeit in het algemeen en specifiek op KNO-aandoeningen van mondbodem, speekselklieren en tong, hart- en vaatziekten, en vanwege de vaak gerelateerde rookverslavingen, op longproblemen. Andere doelen zijn het streven naar veiligheid, het voorkomen van complicaties, en preventie (vooral de terugvalpreventie na alcoholgebruik). De arts zet zich samen met andere disciplines ook in voor de deskundigheidsbevordering van medewerkers op de afdeling, bijvoorbeeld door het geven van 'klinische lessen'.

Activiteiten en interventies

De arts is betrokken bij de aanmelding en de screening van toekomstige bewoners. Op basis van de gestelde prognose stelt de verpleeghuisarts een medische behandeling op met haalbare doelen. Samen met de andere disciplines wordt het (multidisciplinair) zorgplan samengesteld. Daarbij zal de arts grenzen aangeven in de psychische en lichamelijke belastbaarheid van de bewoner en de haalbaarheid van behandelinterventies. Dit zijn gedurende de opname vaak dynamische processen.

De verpleeghuisarts heeft de taak van indicatiestelling, voorschrijven en evalueren van medicatie. Belangrijke aandachtspunten zijn de toediening van thiamine in verband met de neurologisch-motorische complicaties en gedrags- en stemmingsstabiliserende medicatie (onder andere neuroleptica en antidepressiva). Enkele voorbeelden van vaker voorkomende problemen zijn angst en paniekstoornissen, depressie en karakterologische veranderingen. Soms bestaan specifieke karakterproblemen al voordien en soms ontstaan karakterologische veranderingen met het Korsakov-syndroom. De karakterologische veranderingen gaan soms verder ondanks volledige suppletie.

Wanneer een verpleeghuisarts gedragsproblemen constateert, zal hij in samenwerking met een psycholoog door probleemverheldering en interventies streven naar een nieuw evenwicht in de situatie. Binnen regelmatig, gestructureerd overleg van het kernteam, aangevuld met enkele disciplines en met het consulterend psychiatrisch team (sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen of psychiater) bespreekt hij bepaalde bewoners of casussen. Doel hiervan is om te komen tot een optimaal evenwicht en daarbij behorende medicatie en/of toekomstscenario's. Als vertrouwenspersoon en vraagbaak voor familie en andere naasten van de bewoners verstrekt de arts informatie. Ook kan hij naasten adviseren en waar nodig begeleiden. Om de autonomie van de bewoner, voor zover mogelijk, te waarborgen, maakt hij beleidsafspraken met andere zorgverleners, rekeninghoudend met eventuele wilsverklaringen en de verantwoordelijkheden vanuit de BOPZ- en opnamestatus. Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan eventuele 'middelen & maatregelen' en verlofafspraken. Het is moeilijk om, vooral naarmate het lichamenlijk en mentaal functioneren van de bewoner verbetert, het juiste moment van ontslag en bijbehorende omstandigheden te bepalen. Vanwege gebrek aan ziekte-inzicht, houvast, veiligheid en een goed dagvullend activiteitenpatroon ontstaat bij de bewoner vaak te vroeg of op het onjuiste moment het idee dat hij gereed is voor ontslag. Om een te vroeg ontslag te voorkomen, is het nodig dat de verpleeg-

huisarts vaker met de bewoner in gesprek gaat. Dat vraagt een motiverende gespreksvoering, met waar nodig gericht confronteren maar niet demotiveren. Dit alles is bedoeld om een nieuwe terugval met al zijn complicaties te voorkomen. Hier ontstaat soms een spanningsveld tussen autonomie, BOPZ en goed hulpverlenerschap. Waar de BOPZ-toets noodzakelijk wordt, ontstaat er soms bij de rechterlijke macht een onmachtige situatie ten aanzien van verdere terugvalpreventie, bijvoorbeeld als er geen bijkomend psychiatrisch probleem bestaat door gebrek aan inzicht in het ziektebeeld en zijn consequenties. Deze zelfde problematiek kan een rol spelen als het gaat om een opname op het correcte moment te laten plaatsvinden tegen de wens van de bewoner.

Bij een eventueel ontslag of vervolgtraject is de verpleeghuisarts de aangewezen persoon voor het vaststellen en evalueren van voorwaarden, benodigdheden en (on)mogelijkheden. Hij zal daarbij gesprekken voeren met betrokkenen.

Subgroepen

Wanneer de bewoner op een Korsakov-afdeling kampt met alcoholzucht en ontweningsverschijnselen zal de arts medicatie voorschrijven of andere behandelvormen. Ook personen met ernstige lichamelijke verzwakking of ziekten door voorgaand overmatig alcoholgebruik kunnen, na ziekenhuisopname en/of detoxificatie, worden opgenomen wanneer verpleging noodzakelijk is.

Verzorgende

Algemene expertise

De verzorgende draagt bij aan de persoonsgerichte zorg, het functioneren op lichamenlijk vlak, het algemeen functioneren op sociaal en psychisch vlak, evenals aan het woon- en leefklimaat. De verzorgende stelt de zorgvrager centraal en richt de zorg op de totale unieke mens, de individuele zorgvrager, met als doel om de zelfstandigheidsgraad en het gevoel van eigenwaarde van de bewoner op peil te houden of te vergroten. De verzorgende verstrekt niet alleen zorg door zijn 'handelen', maar ook door zijn 'zijn'.

Specifieke expertise

De rol die de verzorgende is toegekend binnen Korsakov-zorg is het coachen van de bewoner op individueel niveau in al zijn dagelijkse bezigheden met 'de handen op de rug'; dus door zo weinig mogelijk dingen over te nemen. De verzorgende moet gebruik maken van de aanwezige mogelijkheden van de bewoner zodat deze een zo groot mogelijke zelfstandigheid kan verkrijgen of behouden binnen een veilige woonomgeving. Specifieke vaardigheden die verzorgenden nodig hebben zijn:

- structuur kunnen aanbrengen en overzicht houden;
- geduld en respect hebben;
- kunnen stimuleren zonder te dwingen of direct over te nemen;
- grenzen kunnen stellen;
- betrokkenheid en affiniteit met het ziektebeeld Korsakov;

- in kunnen spelen op groepsprocessen;
- om kunnen gaan met afwijkend gedrag;
- reflectief vermogen (het eigen handelen kritisch kunnen bekijken).

Doelen

Verzorgenden bieden gestructureerde aandacht door individuele en groepsgerichte begeleiding en behandeling, met als doel de bewoner zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Hierbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de bewoner, zodat hij zich zo veel mogelijk thuis voelt binnen de woongroep.

Activiteiten en interventies

Verzorgenden verrichten een breed scala aan activiteiten op de Korsakov-afdeling. Het begeleiden of gedeeltelijk overnemen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) van de bewoner is een van die activiteiten. Hierbij wordt de bewoner gestimuleerd en getraind om zo zelfstandig mogelijk te functioneren. Daarnaast begeleidt de verzorgende bij de maaltijden en ondersteunt hij bij het eten en drinken.

Ook begeleidt hij bij de invulling en uitvoering van de dagbesteding. Samen met de bewoner wordt gekeken naar een nuttige invulling van de dag, om zo de nodige structuur aan te brengen. In de uitvoering is het van belang dat de bewoner gestimuleerd wordt zichzelf tot uiting te kunnen brengen. Wanneer er vervoer nodig is, zal de verzorgende de bewoner stimuleren dit zelf te regelen en/of daarin ondersteuning bieden.

Verzorgenden bieden ook begeleiding en ondersteuning aan bewoners met psychosociale problematiek. Dikwijls heeft de bewoner moeite met het verblijf in een verpleeghuis en om zijn weg hierin te vinden. Dagelijkse ondersteuning en observatie is dan ook belangrijk. Informatie uit de observaties wordt gedeeld met anderen in het zorgteam en gerapporteerd. Zij geven aan andere zorgverleners door wanneer er veranderingen of problemen ontstaan.

een klinisch manifeste Wernicke-encefalopathie nooit plaatsgevonden? Of is deze domweg niet herkend?

Duidelijk is in ieder geval dat ernstig thiaminegebrek veel vaker voorkomt dan te verwachten is op basis van het aantal klinische diagnoses van een Wernicke-encefalopathie of het syndroom van Korsakov. Dat blijkt allereerst uit grote series obducties bij de algemene bevolking. Neuropathologische afwijkingen die kenmerkend zijn voor een doorgemaakte Wernicke-encefalopathie werden gevonden bij 0,4 tot 2,8% van alle onderzochte breinen; in Europa bij gemiddeld 1%, in de VS en Australië bij gemiddeld 2% (Cook et al. 1998, Arts 2007a). Voorts zijn er bij obducties aanwijzingen gevonden dat bij meer dan 10% van alle alcoholisten pathologisch-anatomische afwijkingen worden gevonden die passen bij een doorgemaakte Wernicke-encefalopathie, en bij meer dan 25% afwijkingen die passen bij een doorgemaakte cerebellaire degeneratie als gevolg van thiaminegebrek. Rekeninghoudend met de overlap tussen beide groepen, zou dit betekenen dat bij ten minste 30% van de overleden alcoholisten cerebrale afwijkingen kunnen worden gevonden die passen bij een doorgemaakt ernstig thiaminegebrek (Torvik et al. 1982, Arts 2007a).

Psycholoog

Specifieke expertise

Een psycholoog op een Korsakov-afdeling beschikt over specifieke kennis ten behoeve van de doelgroep, gericht op psychologische diagnostiek en behandeling. De psycholoog is een gedragswetenschapper die kennis heeft van de relatie tussen het functioneren van de hersenen en gedrag (neuropsychologie), stemming en persoonlijkheid.

Doelen

De psycholoog richt zich op optimale psychische gezondheid van bewoners. Hij beoordeelt mede de geschiktheid van een bewoner voor de instelling. Als iemand opgenomen is, staan (neuropsychologische) diagnostiek en psychologische behandeling centraal. Hij begeleidt bewoners en hun systeem om tot acceptatie van de situatie te komen, geeft psycho-educatie en voert cognitieve revalidatie uit.

Daarnaast zet de psycholoog zich in voor deskundigheidsbevordering. Dit kan incidenteel door het geven van zogenaamde klinische lessen of kan van structurele aard zijn, bijvoorbeeld door het scholen van een of meerdere afdelingen binnen het verpleeghuis.

Activiteiten en interventies

Psychologische behandeling wordt gestart op basis van (neuro)psychologische diagnostiek, waarbij de mogelijkheden en de onmogelijkheden van de bewoner goed in kaart zijn gebracht. Zo is het voor de behandeling essentieel om te weten wat de mate van ziekteinzicht is en welke intellectuele capaciteiten de bewoner heeft. Veelal is het neuropsychologisch onderzoek gericht op differentiaal diagnostiek.

De verworven inzichten verwerkt de psycholoog in een behandelplan.

Bij het uitvoeren van de behandelplannen maakt de psycholoog onder andere gebruik van gedragstherapeutische deeltechnieken. Bovendien draagt hij zorg voor continuïteit, controle en evaluatie van onderzoek en behandeling. De psycholoog stelt ook benaderingsplannen op. Deze worden opgenomen in de individuele zorgplannen van de bewoners. Ten slotte verwijst de psycholoog bewoners waar nodig door voor nader onderzoek of maakt hij gebruik van consulten van andere zorgverleners.

Behandeling bestaat bijvoorbeeld uit begeleidingsgesprekken bij een depressie of andere psychiatrische aandoening. Belangrijk is om rekening te houden met iemands cognitieve mogelijkheden. Er is vaak nog enige geheugencapaciteit over, zodat wat besproken en geleerd wordt daadwerkelijk toegepast kan worden. Helaas is er nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van psychologisch-therapeutische gesprekken bij mensen met Korsakov. Uit onderzoek is wel gebleken dat het toepassen van de Rational Emotive Therapy (RET)-methode bij mensen met een beginnende dementie een positief effect op de stemming heeft (Legra and Bakker 2002). Dit is een cognitieve werkmethode die ook bij Korsakov kan aanslaan. Als de cognitieve schade beperkt is, kunnen ook protocollaire behandelmethoden gebruikt worden, zoals protocollen opgesteld voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Keijsers, Van Minnen et al. 2004).

Op de resocialisatieafdeling wordt bij de individuele behandeling (onderdelen van) schema-gerichte therapie gebruikt bij verschillende klinische problemen met hardnekkige disfunctionele denk- en gedragspatronen (bijvoorbeeld alcoholgebruik en coping).

Begeleiding kan zich ook richten op de moeite die veel bewoners hebben met de verpleeghuisopname of op problemen bij het reguleren van emoties. Denk aan bewoners die zich irriteren aan medebewoners en niet weten hoe ze hun irritatie kunnen uiten. Oplossingsgerichte therapie (OGT) is een methode die hierbij bruikbaar is (Cladder 2005). De praktijk leert dat met name deze methode bruikbaar is, omdat zij zich richt op de mogelijkheden en oplossingen die de persoon zelf aandraagt. Bovendien richt zij zich op de positieve elementen van het gedrag en boort iemand zijn eigen copingstrategieën aan. Dit geeft de behandeling een grotere slagingskans.

Cognitieve revalidatie is een ander aandachtspunt in de behandelmogelijkheden. Agenda-training is hier een goed voorbeeld van. Door gebruik te maken van de mogelijkheden die de bewoner nog wel heeft, wordt hem geleerd zijn onmogelijkheden op te vangen. De ervaring leert dat hulp van de omgeving hierbij erg belangrijk is. Zo kunnen bewoners veel steun ervaren van hun agenda, alleen vergeten zij vaak om deze te gebruiken. Ook bewegwijzering en impliciete leerstrategieën zijn onderdeel van cognitieve revalidatie. Bij cognitieve revalidatie wordt gebruik gemaakt van de principes van foutloos leren. In het behandelplan worden samen met de bewoner haalbare en concrete doelen geformuleerd.

Psychologen geven psycho-educatie. Hierbij geven zij bewoners uitleg over hun ziektebeeld. Daarnaast kunnen zij ook informatie geven over alcoholverslaving en gerelateerde denk- en gedragspatronen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van functie- en betekenisanalyses geconcretiseerd worden.

De psycholoog richt zich niet alleen op de bewoner en het behandelteam, maar ook op de familie en andere naasten. De ervaring leert dat er bij veel mensen een verstoorde of zelfs geen relatie is met familie. Als er wel contact is met de familie, hoe minimaal ook, kan de psycholoog zich richten op psycho-educatie van het systeem. Uitleg over het ziektebeeld en verslavingsgedrag zijn punten die vaak aan de orde komen. Ook kan de psycholoog zich richten op de emotionele ondersteuning van het systeem.

Deskundigheidsbevordering door de psycholoog is een vorm van indirecte begeleiding. Door medewerkers te scholen, worden zij meer bekwaam in het omgaan met en het bejegenen van mensen met Korsakov. Psychologen geven bijvoorbeeld educatie over het toepassen van de empathisch-directieve benadering, het syndroom van Korsakov en het gebruik van gedragstherapeutische principes. Daarnaast maakt de psycholoog de medewerkers alert op de effecten van het gedrag van Korsakov-bewoners. Nogal eens heeft een team te maken met uitgesproken gedragingen die bijvoorbeeld kunnen leiden tot splitsing binnen datzelfde team. Om een goede begeleiding te kunnen blijven leveren moet een team in staat zijn om kritisch op het eigen handelen te kunnen reflecteren. De psycholoog kan begeleiding in dit proces bieden. Een relevante methode is de mediatieve therapie (Hamer 1998). Hiertoe worden er wekelijks bijeenkomsten georganiseerd, waarbij het verzorgende team samen met de psycholoog de omgang met de bewoners van de afdeling bespreekt. Ook kunnen andere disciplines voor de bijeenkomst worden uitgenodigd. Een andere incidenteel gebruikte methode is de video-interactiebegeleiding. Hierbij wordt gebruik gemaakt van



video-opnames om de interactie tussen de hulpverlener en de bewoner vast te leggen. De opnames worden onder begeleiding van de psycholoog met de hulpverlener en het team nabesproken. Ten slotte kan deskundigheidsbevordering plaatsvinden door middel van 'training on the job'.

Fysiotherapeut

Specifieke expertise

Een fysiotherapeut adviseert, begeleidt en behandelt mensen met klachten op het gebied van het bewegend functioneren. Een fysiotherapeut die werkt met Korsakov-bewoners dient bovendien:

- kennis te hebben van het ziektebeeld, bijbehorende stoornissen, zoals de geheugenstoornissen en de stoornissen in de controle van gedrag;
- geschoold te zijn in een adequate benaderingswijze, zoals de empathisch-directieve benaderingswijze (onder andere de 5 K's);
- inzicht te hebben in de verklaring van het gedrag (4G-schema) en dit ook bij de benadering te kunnen toepassen;
- inzicht te hebben in hun leerstoornissen, zodat de oefeningen op de goede manier worden aangeboden (onder andere leren door te doen, leren 'zonder fouten');
- over sterke motiverende kwaliteiten en methoden beschikken;
- flexibel en creatief te zijn, niet alleen om te kunnen motiveren maar ook gezien het verschil in niveau van de doelgroep.

Doelen

De fysiotherapeut stimuleert de bewoner tot bewegen, via groepsactiviteiten en individueel. Doel is om algemeen welbevinden en gezondheid te bevorderen, de conditie, kracht en coördinatie te vergroten, en een bijdrage te leveren aan zinvolle dagbesteding en dagstructuur. Advies, begeleiding en behandeling richten zich op algemene klachten op het gebied van het bewegend functioneren, maar ook op specifieke klachten zoals bewegings- en loopstoornissen bij Wernicke-encefalopathie en bewegings- en gevoelsstoornissen bij polyneuropathie. De fysiotherapeut coacht het afdelingsteam bij de keuze en uitvoering van bewegingsactiviteiten voor de individuele bewoner. Hij geeft scholing aan verzorgenden.

Activiteiten en interventies

De behandelactiviteiten en -interventies door de fysiotherapeut zijn in te delen in drie groepen: activiteiten binnen het multidisciplinaire team, individuele en groepsactiviteiten en interventies.

Multidisciplinaire activiteiten

De fysiotherapeut beoordeelt de veiligheid van lopen. Hij neemt zo nodig maatregelen om het valrisico te verminderen. Te denken valt daarbij aan het organiseren en uitvoeren van oefentherapie, een loophulpmiddel, heupbeschermers en goed schoeisel. Hij adviseert

betreffende 'transfers'. De fysiotherapeut onderzoekt creatief de (on)mogelijkheden van de bewoner tot bewegen, hij coacht de afdeling in de keuze en uitvoering van een bepaalde bewegingsactiviteit. Binnen het multidisciplinaire zorgverleningsteam van het verpleeghuis zal de fysiotherapeut nauw samenwerken met en ondersteuning bieden aan de ergotherapeut, bijvoorbeeld wat betreft zithouding, lighouding, spalken en ortheses. Daarnaast kan de fysiotherapeut in samenwerking met de ergotherapeut het zelfstandig functioneren van de bewoner binnen en buiten het verpleeghuis bevorderen en uitbreiden.

Individuele activiteiten en interventies

Zo mogelijk wordt gewerkt via de gebruikelijke fysiotherapie-aanpak van fysiotherapeutisch onderzoek, fysiotherapeutische diagnose, het opstellen van een behandelplan met individuele behandoelen en evaluatie van de behandeling.

De fysiotherapeut kan oefentherapie geven bij algemene klachten op gebied van het bewegend functioneren. Daarnaast bij specifieke klachten als gevolg van Wernicke-encefalopathie en het Korsakov-syndroom. Daarbij valt te denken aan bewegings- en loopstoornissen en dreigende contracturen (dwangstanden van gewrichten). Ook massage en fysische therapie in engere zin zijn mogelijk bij pijnklachten. Over het algemeen zijn fysiotherapeuten hier terughoudend mee bij mensen met Korsakov in verband met het risico op toename van passiviteit.

Groepsactiviteiten

Een aantal activiteiten kan groepsgewijs worden aangeboden door de fysiotherapie. Fitnessgroepen zijn daarvan een voorbeeld. Daarbij komen mensen op vaste tijden naar de fitnessruimte en wordt een individueel aangepast bewegingsprogramma opgesteld en uitgevoerd onder begeleiding (fitness op maat). Andere voorbeelden van fysiotherapeutische groepsactiviteiten zijn een georganiseerde sport- en spelmiddag, groepsactiviteiten op de afdeling, een therapeutische wandelgroep, en zwemmen.

Ergotherapeut

Specifieke expertise

De ergotherapeut richt zich op het handelingsgebied. De functionele vaardigheden binnen de zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning, waarin alle dagelijkse handelingen terug kunnen komen. De functionele vaardigheden worden bekeken op fysiek en cognitief vlak, en op handicapgebied. Ook wordt gekeken op handicapniveau. Specifieke vaardigheden en kennis omvat onder meer kennis van het ziektebeeld Korsakov met de bijbehorende kenmerken en symptomen. De ergotherapeut dient in te springen op de beperkingen en mogelijkheden in het dagelijks handelen en stelt dit in de behandeling centraal. Daarnaast dient de ergotherapeut het ergotherapeutische behandeltraject toe te kunnen passen. Te denken valt aan: intake afnemen, opstellen van een behandelplan en adviseren naar de verzorgenden, zowel vanuit de fysieke problemen als de cognitieve problematiek. De wensen en interesses van de bewoner dienen meegewogen te worden in het uitvoeren van

dagelijkse vaardigheden, vooral binnen de dagbesteding (huishoudelijke taken, werk buiten de afdeling, hobby's). Zaken die iemand zelf aangeeft als doel van de behandeling, zal een ergotherapeut laten gelden om zo mensen te motiveren betrokken te blijven bij zijn eigen behandeling. Dit vraagt van de ergotherapeut dat hij initiatief neemt en vindingrijk is. Ook van belang zijn goede sociale vaardigheden, zoals kunnen stimuleren, motiveren, enthousiasmeren en een inlevend vermogen hebben. Ten slotte zijn van belang: oplettendheid en signaleren van veranderingen, geduld en doorzettingsvermogen en kennis van de sociale kaart van de omgeving om zo de mogelijkheden binnen de dagbesteding optimaal te benutten en te ondersteunen.

Doelen

Ten aanzien van de behandeling stelt de ergotherapeut zich als primair doel om de zelfstandigheid van de bewoner binnen het dagelijks handelen te vergroten. Andere doelen zijn:

- het duidelijk krijgen van de mate van trainbaarheid (leerbaarheid) van de bewoner;
- het zicht krijgen op passende en werkbare strategieën die door de bewoner en zijn omgeving kunnen worden toegepast;
- het vergroten van het gevoel van eigenwaarde binnen zinvolle dagbesteding vanuit een maatschappelijk perspectief (productiviteit);
- het vergroten van de zelfstandigheid binnen zelfzorg, productiviteit en ontspanning met het oog op een toekomstige woonsituatie (resocialisatie);
- en zo voorwaarden te scheppen voor eventueel zelfstandig wonen.

Binnen de gestelde doelen staat het concrete, voor de bewoner betekenisvolle handelen, centraal.

Activiteiten en interventies

Het takenpakket van de ergotherapeut in de behandeling van Korsakov-bewoners is divers, en voor iedere persoon en binnen iedere instelling weer anders. Dit heeft onder andere te maken met wat de instelling van de ergotherapeut verwacht, maar ook met de mogelijkheden die de woon- en leefomgeving aan bewoners biedt. Het is aan de ergotherapeut om bij de start van een behandeling aan te geven welke interventies en activiteiten gebruikt gaan worden, zodat de andere disciplines weten wat zij kunnen verwachten.

Om mogelijkheden en beperkingen in het handelen duidelijk te krijgen worden er diverse test- en observatiemethodes gebruikt om het handelen te analyseren. Voorbeelden zijn: Assessment of Motor and Process Skills (AMPS); Oriënterend Neuropsychologisch onderzoek (ONO); A-one; Canadian Occupational Performance Measure (COPM); Proprioceptieve Neuromusculaire Fascilitatie (PNF). De behandeling bestaat uit dagelijkse activiteiten in de vorm van het trainen en begeleiden van zelfzorg, gericht op productiviteit en ontspanning, en ter verbetering van de communicatie en het sociaal-emotioneel welbevinden. Hierbij hoort ook het verstrekken, adviseren en aanvragen van voorzieningen, aanpassingen en hulpmiddelen, en advies over de begeleiding bij dagelijkse activiteiten.

De behandeling kan zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Gezien de Korsakov-problematiek heeft het individueel behandelen de voorkeur. Hiermee kan daadwerkelijk aangesloten worden bij de wensen en behoeftes van de bewoner.

Kunstzinnige therapeut

Specifieke expertise

De kunstzinnige therapeut houdt zich bezig met het uitvoeren van kunstzinnige therapie (beeldend, muziek, drama of tuin) aan individuele personen of groepen. Hij werkt via beeldende vorming, muziek, drama of tuinieren. De discipline kent eigen diagnostische vormen en behandeldoelen. Er worden gespecialiseerde werkwijzen, methoden en technieken toegepast. De kunstzinnige therapeut oefent de functie zelfstandig uit en beschikt over goede sociale vaardigheden. Een belangrijk begrip bij het werk van deze discipline zijn de zogenaamde appèlwaarden.

Appèlwaarden

Om te komen tot een passend aanbod van activiteiten wordt een breed scala aan activiteiten aangeboden. De bewoner moet door een activiteit worden geprikkeld tot deelname. Dit ervaren appèl is medebepalend voor het slagen van de activiteit. De appèlwaarde is datgene wat het materiaal, de structuur, of de vorm van de activiteit bij de persoon los maakt. De appèlwaarden kunnen worden onderverdeeld in sensopatisch, dimensionaal, en thematisch appèl.

- Het sensopatisch appèl heeft betrekking op de uitnodiging tot beleving in de directe, zintuiglijke of lichamelijke omgang met het materiaal.
- Het dimensionaal appèl heeft te maken met de ruimte waarin een activiteit zich afspeelt en met de mogelijkheden die iemand daarin ziet om te 'bewegen'. Hierin is ook de omgeving waarin de activiteit zich afspeelt belangrijk.
- Het thematisch appèl heeft betrekking op het uitnodigende dat van bepaalde activiteiten kan uitgaan. Aan vrijwel alle voorwerpen en activiteiten om ons heen kennen we een waarde toe. Deze waarden kunnen gestimuleerd worden door met bepaalde thema's te werken, die ook weer gekoppeld zijn aan persoonlijke associaties.

Doelen

Kunstzinnige therapie wil het innerlijk weer in beweging komen stimuleren. De therapie helpt om even los te komen van de problematiek, om emotionele spanning te doorbreken of gebreken te accepteren.

Daarnaast spreekt de kunstzinnige therapie vooral positieve belevingen aan en versterkt ze deze. Door deze expressie leren mensen omgaan met hun gevoelens van angst, verdriet en woede. Zo komen zij bij hun kern of 'ik' terecht, waardoor zij een positiever zelfbeeld kunnen ontwikkelen.

Activiteiten en interventies

De kunstzinnige therapeut creëert een agogisch klimaat, waarbij de activiteiten als middel worden gehanteerd in het kader van dagbesteding. De doelen bij deze activiteiten zijn: het structureren van een dagbesteding, het 'zich nuttig voelen' versterken, gevoelens van eigenwaarde versterken, sociaal gevoel versterken, waardering geven, zelfstandigheid vergroten en behouden, en het verantwoordelijkheidsgevoel vergroten.

In grote lijnen biedt de kunstzinnige therapeut drie vormen van activiteiten aan: schilderen,



tekenen en boetseren. Hierbij wordt verondersteld dat schilderen op het gevoelsgebied werkt, tekenen invloed heeft op het concentratievermogen, en boetseren voornamelijk de wijskracht en de tastzin aanspreken.

Een aan de kunstzinnige therapie gerelateerde activiteit is 'de Expositiegroep'. Binnen deze activiteit leren mensen op zodanige wijze schilderen, dat de resultaten op een professionele wijze tentoongesteld en verkocht kunnen worden. De meerwaarde hiervan kan bestaan uit: het ontstaan van nieuwe interesses, het soepeler tot stand komen van sociale interacties, het gevoel te hebben nog iets te kunnen leren en te ontwikkelen, en het gezien worden als individu, als echte kunstenaar, zodat een positief zelfbeeld ontstaat.

Arbeidsmatige therapeut

Specifieke expertise

De specifieke expertise van de arbeidsmatige therapeut is het begeleiden van de (dag)structuur in combinatie met het werk- en groepsproces. Het aanspreken van de nog bestaande (arbeids)mogelijkheden en waar mogelijk het uitbreiden hiervan staat centraal. De arbeidsmatige therapeut houdt rekening met de appèlwaarden zoals beschreven onder 'kunstzinnige therapeut'.

Doelen

De voornaamste doelstelling is het bevorderen van de zelfredzaamheid. Door het aanbren- gen van structuur en kleine aanwijzingen werken mensen zo zelfstandig mogelijk. Doordat velen met hun productie onderdeel uitmaken van het grotere geheel, het eindproduct, wordt er ook op een bepaalde manier samengewerkt. Iedereen is tenslotte verantwoordelijk voor het eindproduct. Dit bevordert de samenwerking en het groepsgevoel. Het behouden van, en eventueel zelfs uitbreiden van mogelijkheden is tevens een belangrijk doel. Als men- sen naar de thuissituatie terugkeren, kan het bezoek aan de werkplaats continueren, om de structuur ook thuis te blijven geven en kans op terugval te verkleinen.

Activiteiten en interventies

De werkplaats biedt dagelijks een vast aanbod in licht arbeidsmatige werkzaamheden. Het werk bestaat bijvoorbeeld uit inpak-, uitpak-, en overpakwerk, verzorgen van mailin- gen en andere incidentele opdrachten. Dit in aanwezigheid van voldoende personeel om het groeps- en werkproces te begeleiden en zo nodig tijdig bij te kunnen sturen. In nauwe samenwerking met de verblijfsafdeling, ergotherapie, arts en zo nodig fysiotherapie wordt bekeken of er vanuit de bewoner behoefte is om de werkplaats te bezoeken.

Per werkopdracht wordt individueel gekeken naar iemands mogelijkheden. De opdrachten worden verdeeld in deelhandelingen. Er wordt beoordeeld wie welke en hoeveel deelhan- delingen kan uitvoeren. Om de mensen te kunnen stimuleren, is het belangrijk hen te leren kennen en een persoonlijke band met hen op te bouwen.

Subgroepen

Er is een aparte laagdrempelige groep waarin 'proefgedraaid' wordt. Daar bekijkt de arbeids- matige therapeut of mensen in de reguliere groep passen en welke aanpassingen daarvoor nodig zijn. Voor deelnemers van wie het niveau van het werkaanbod te laag ligt, is een meer aangepaste vorm van arbeid beschikbaar. Zoals individuele taken in de werkplaats, of externe werkplekken.

Activiteitenbegeleider

Specifieke expertise

Activiteitenbegeleiders zien erop toe dat binnen de dagstructuur de continuïteit wordt gehandhaafd. De activiteitenbegeleider moet kunnen inspelen op iemands wensen, behoeft- en mogelijkheden, en werkt in lijn met het zorgplan. Een belangrijke vaardigheid is het coachen en motiveren.

Doelen

Uitgaande van het multidisciplinair vastgestelde zorgplan, ontwikkelt de begeleider een individueel samengesteld activiteitenaanbod. Dit draagt bij aan een zinvolle dagbesteding, het stimuleren van de sociale contacten, het prikkelen van het cognitief functioneren en het gevoel van eigenwaarde.

Activiteiten en interventies

De activiteiten vinden plaats op de afdeling, maar ook buiten het verpleeghuis. Naast activiteiten in de activiteitenruimten, zijn er activiteiten in de huiskamer, de keuken of in de tuin. Ook vinden uitstapjes plaats, waarbij parken, steden, musea en dergelijke worden aangedaan.

Er zijn individuele en groepsactiviteiten. De individuele activiteiten bestaan uit persoonlijke activiteiten (uiterlijke verzorging, wandelen, boodschappen doen, enzovoort) en creatieve activiteiten. Een voorbeeld van groepsactiviteiten is een gezamenlijke interesse of hobby in groepsverband uitvoeren. Er zijn activiteiten met een verplicht karakter en recreatieve acti- viteiten. Verplichte activiteiten zijn bijvoorbeeld: corvétaken, deelname aan de werkplaats en geheugentraining. De recreatieve activiteiten hebben een ontspannend en vrijwillig karakter.

Door de individuele behoeften en mogelijkheden van de bewoner te koppelen aan het aanbod van activiteiten, ontstaat een individueel dagbestedingprogramma. Dit dagbeste- dingprogramma zal voor iedereen anders zijn. De taak van de activiteitenbegeleider is dan ook de bewoner te begeleiden tijdens het volgen en bijwonen van de activiteiten. Door het inzichtelijk maken van de activiteiten in een agenda of op een planbord zal de bewoner een overzicht hebben van alle activiteiten. De kracht is om zoveel mogelijk de activiteiten te con- tinueren, zodat er geen gaten vallen in het dagprogramma en de structuur wordt gewaar-

borgd. Als er wijzigingen in het activiteitenprogramma plaatsvinden, is het van groot belang dit tijdig aan de bewoner te laten weten en indien nodig hem hierin te begeleiden.

Muziektherapeut

Specifieke expertise

De muziektherapeut is deskundig op het gebied van interactie tussen muziek en het psychosociale welzijn. Wanneer de verpleeghuisarts een indicatie voor muziektherapie heeft gegeven, observeert de muziektherapeut de desbetreffende persoon en stelt op basis daarvan een behandelplan op. Tijdens de therapie sessies wordt, specifiek gericht op de diagnose, de muziek gebruikt om de persoon te behandelen. De therapie wordt gevolgd door rapportage, voortgangstherapie en besprekingen of overleg met andere behandelers. Muziektherapie is daardoor onderdeel van het multidisciplinair behandelen.

Doelen

Muziektherapie bij Korsakov-bewoners is gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel waarin zij zich bevinden en beoogt het adequaat omgaan met emoties. Persistente negatieve gevoelens zijn karakteristiek voor het ziektebeeld Korsakov. De muziektherapie werkt aan emoties zoals angst, onzekerheid, verdriet en boosheid. Daarnaast wordt ook het geheugen gestimuleerd en gestabiliseerd. De nog aanwezige vaardigheden worden geprikkeld en getraind. Dit gaat over sociale interventie, gebruik van het geheugen en het verkrijgen van ziekte-inzicht.

Activiteiten en interventies

Na een intakegesprek en observatie stelt de muziektherapeut een behandelplan op. In de beginfase bestaan de therapeutische sessies uit het creëren van een veilige omgeving en ruimte voor participatie.

Muziektherapie bestaat uit diverse behandelvormen, waaronder receptieve en actieve muziektherapie. Voor de Korsakov-doelgroep zal de muziektherapie hoofdzakelijk gericht zijn op receptieve muziektherapie. Door te luisteren, wordt er in eerste instantie niets van de persoon gevraagd. Dit versterkt het gevoel van veiligheid en zekerheid en vormt de basis om later gericht aan het werk te gaan. De vervolgstherapie is gericht op iemands perceptie en zijn reactie daarop. De muziek die tijdens de sessie gebruikt wordt, kan afkomstig zijn van diverse multimedia, maar doorgaans bespeelt de therapeut zelf verschillende instrumenten. Op deze manier kan er alert worden ingegaan op iemands reactie. De keuze voor de muziek is afhankelijk van wat de therapeut wil bewerkstelligen in overeenstemming met het behandelplan. Als mensen enige tijd de therapie gevolgd hebben, zijn zij vaak in staat om actief deel te nemen aan de sessie. We spreken dan van actieve muziektherapie. In deze vorm van therapie staan het gezamenlijk werken en de sociale interventie centraal. Het gaat om de processen die de muziek teweegbrengt en niet om iemands muzikale kwaliteiten. Deze vorm van therapie kan vanwege het ziektebeeld Korsakov niet vaak plaats-

vinden. In de beginfase van de behandeling wordt gekozen voor individuele therapie. In een later stadium wordt overgegaan op groepstherapie om de sociale interacties te verbeteren.

Tijdens de behandeling komen bij de betreffende persoon reacties naar boven naar aanleiding van muzikale cues. Dit kunnen voor hem onbekende of heftige reacties zijn. Deze reacties geven ruimte aan de muziektherapeut om verder te behandelen. Deze 'actie-reactie' methode staat centraal in de muziektherapeutische behandeling. Doordat mensen met Korsakov door hun ziekte en situatie vaak onzeker zijn, is een van de punten binnen het behandelplan van de muziektherapeut het versterken van het gevoel van eigenwaarde en het laten beleven van succeservaringen. Veel mensen raken in een sociaal isolement. Daarom probeert de muziektherapeut met name binnen de groepsessies de sociale interacties te bevorderen. Een ander onderdeel van de therapie is het leren kanaliseren van emoties. Door de interactie met muziek kan een negatieve stemming doorbroken worden. Door het opheffen van dergelijke blokkades kan ruimte ontstaan voor verdere behandeling. Doordat het syndroom van Korsakov gekenmerkt wordt door geheugenstoornissen en centraal-executieve stoornissen is het van belang met muziektherapie de persoon te blijven stimuleren en daarbij ook het geheugen te trainen.

Geestelijk Verzorger

Specifieke expertise

De geestelijk verzorger heeft een begeleidende en hulpverlenende taak bij het zingevingsproces van bewoners en hun naasten. Geestelijke verzorging vindt plaats op grond van diagnostische, hermeneutische en therapeutische competenties.

Diagnostisch en hermeneutisch houdt in het vermogen om de ervaringen rond ziekte, lijden, eindigheid en afhankelijkheid te interpreteren in het licht van het levensbeschouwelijke referentiekader van de bewoner. Dit krijgt vorm door verbinding te leggen tussen de situatie waarin de bewoner zich bevindt en zijn levensbeschouwelijke traditie.

Therapeutisch houdt in het vermogen om de juiste rituelen, gebeden, religieuze en levensbeschouwelijke teksten aan te reiken, die passen bij de levensbeschouwelijke traditie van de bewoner, om zo tot heling van het zingevingsproces te komen. Kennis van ziekte- en verwerkingsprocessen is hierbij belangrijk.

De geestelijk verzorger werkt vanuit een eigen levensovertuiging; dit is van belang voor de authenticiteit van de eigen identiteit. Wel heeft een geestelijk verzorger een open houding naar andere levensbeschouwingen. Geestelijke verzorging wil zich ten dienste stellen van iedereen die bezig is met levensvragen, ongeacht de levensovertuiging van een bewoner.

Bij bewoners met Korsakov wordt het vermogen tot zingeving beproefd. Hierdoor komen wezenlijke vragen naar boven, evenals gevoelens van verlies, wanhoop, verdriet, angst en woede. Het verdwijnen van de autonomie, het verlies van de eigen rol, van relaties en van sociale betekenis veroorzaken eenzaamheid. Het Godsbeeld en mensbeeld kunnen veranderen. Men kan zijn levenskracht en motivatie verliezen.

Tot de kerntaken van de geestelijk verzorger behoren:

- persoonlijke begeleiding en hulpverlening, individueel en groepsgewijs, gebruikmakend van eigen professionele diagnostiek;
- voorgaan in en omgaan met liturgie en ritueel, individueel en groepsgewijs;
- onderhouden van externe contacten met vertegenwoordigers van andere religies;
- bijdragen aan de ethische beleidsvorming binnen het huis;
- ondersteunen, begeleiden en scholen van personeel op het gebied van ethiek en het belang van (religieuze) identiteit.

Doelen

Doel van geestelijke verzorging is het bevorderen van het geestelijk welbevinden van de bewoner. Dit welbevinden betreft de totaliteit van het menszijn. De bewoner kan zijn leven betekenis, zin geven door zich bewust te zijn van zijn eigen (geloofs-) waarden en normen. Er is sprake van begeleiding wanneer het zingevingsproces zijn vanzelfsprekendheid heeft verloren en zingevingsvragen aan de orde zijn. Begeleiding houdt in: inhoudelijke ondersteuning en aandachtige aanwezigheid, die zich richt op erkenning en bevestiging van waarden en levensbeschouwelijke overtuigingen.

Er is sprake van hulpverlening wanneer het zingevingsproces uit evenwicht is geraakt of een belangrijke rol speelt in de beleving van de ziekte of stoornis. Dan richt de interventie zich op het zingevingsproces.

Activiteiten

Groepswork (algemeen en religieus) biedt een aantal voordelen voor bewoners met Korsakov. Het vindt plaats op een vast tijdstip en in een vaste ruimte en draagt zo bij aan een dagstructuur. Het biedt de mogelijkheid tot nabijheid en afstand. Het is minder confronterend en dus minder bedreigend dan een direct één-op-ééncontact. Het biedt de kans tot vergroten van de sociale vaardigheden en versterken van de sociale cohesie binnen het huis. Het algemene groepswork kan zich richten op zingevingsthema's zoals identiteit, relaties, spijt, of dood. Vanwege de raakvlakken met het werkgebied van de psycholoog, ligt een samenwerking tussen psycholoog en geestelijk verzorger voor de hand. Religieus groepswork kan zich daarnaast richten op specifieke geloofsthema's. Voorbeelden van religieus levensbeschouwelijke thema's zijn: geloof, leven na de dood, vergeving, bidden, Godsbeeld, zelfbeeld. Het gebruik van bekende symbolen, liederen, verhalen en gebeden zijn vanwege de herkenbaarheid en structuur onmisbaar in deze geloofsgroep. Kerkdiensten zijn voor Korsakov-bewoners een vast en herkenbaar moment in de week. Vieringen bestaan idealiter uit een combinatie van bekende gebeden en liederen, met een overdenking die toepasbaar is op de eigen situatie, vanuit de eigen religieuze bronnen. Individuele geestelijke zorg wordt het meest geboden bij ziekte en sterfbed. Ook kan individuele begeleiding zinvol zijn in geval van depressie en gevoelens van zinloosheid, of bij het verwerken van een duidelijk trauma dat zich heeft voorgedaan in het leven, waarbij het Godsbeeld is aangetast. Rituelen van afscheid kunnen hierbij zinvol zijn.

Herdenkingsbijeenkomsten voor een overleden medebewoner zijn een gewaardeerd instrument om afscheid te nemen. Het bevestigt de waarde van ieder mens, en bindt de groep samen in hun verlies.

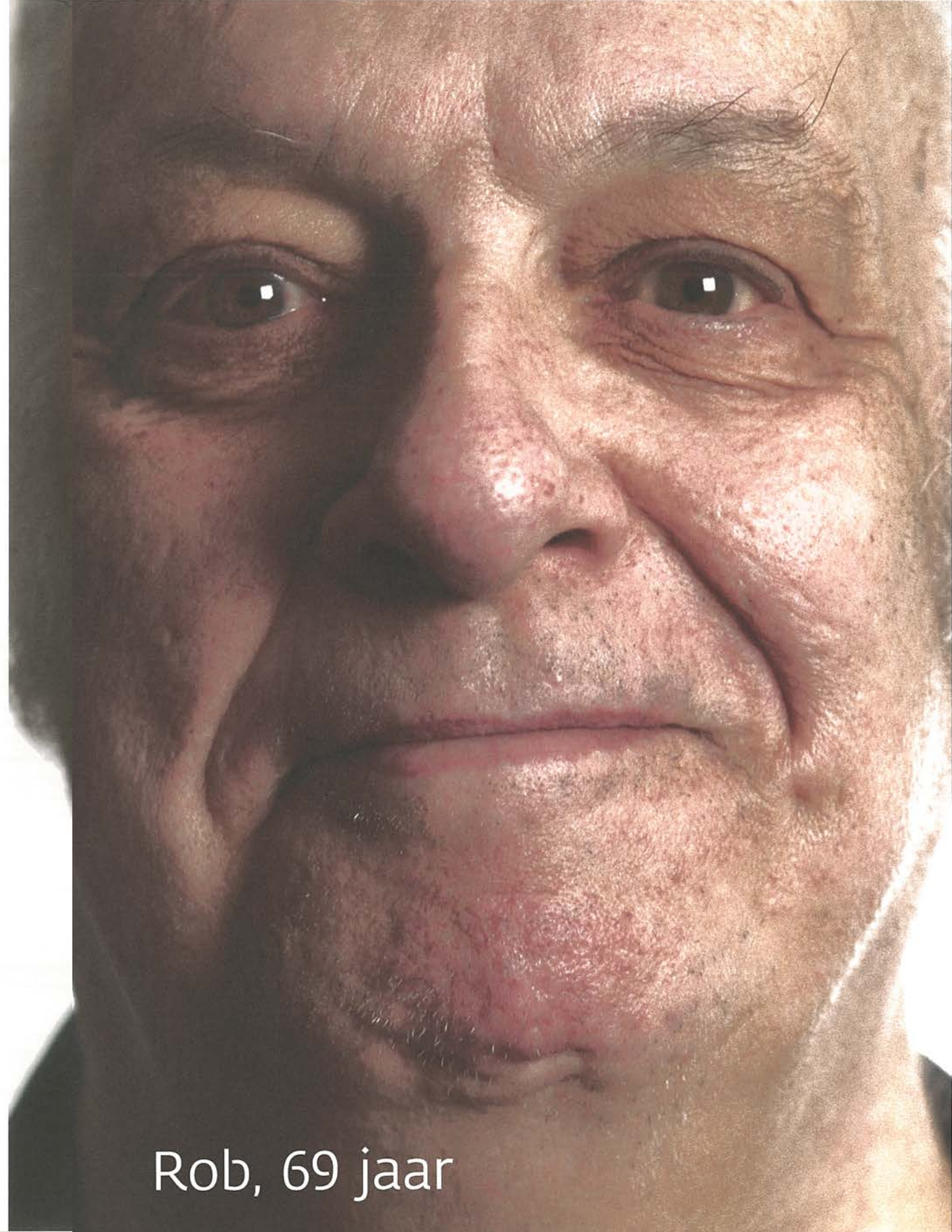
Referenties

- Cladder, C. (2005)** Korte oplossingsgerichte psychotherapie. Harcourt Assessment B.V.
- De Mönnink, H. J. (2005)** De gereedheidskist van de maatschappelijk werker: handboek multimethodisch maatschappelijk werk.
- Hamer A.F.M. (1998)** Veranderen via een omweg, mediatieve therapie. Uit: Vink, M.T. en P. Broek, Oud geleerd, oud gedaan. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G. P. J., A. Van Minnen, et al. (2004)** Protocollaire behandeling in de ambulante GGZ. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Legra, M. J. and T. J. Bakker (2002)** Rational-emotive therapy in psychogeriatrics: a new application? Case report of a patient in daycare. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 33(3): 101-106.



Hoofd stuk 5

Ketenzorg en zorgcircuit



Rob, 69 jaar

Samengevat

Samenwerking vanuit de Korsakov afdeling van het verpleeghuis vindt in verschillende vormen, met verschillende doelen plaats.

Ten eerste zijn er de samenwerkingspartners in de keten. Het gaat hier om doorstroom van bewoners bij opeenvolgende behandelaars, eventueel van instelling naar instelling. Om dit optimaal te laten verlopen, kunnen er doelen worden opgesteld die te maken hebben met een snelle doorstroom, goede overdracht van cliëntgegevens en opname voor observatie. Ten tweede zijn er instellingen waarmee samenwerking op een onderdeel van het zorgaanbod plaatsvindt, zoals structurele afspraken over dagbesteding. In de samenwerking met deze instellingen is educatie over het beeld en de specifieke bewoners relevant.

Ten derde zijn er instellingen en personen waarbij vooral voorlichting over het ziektebeeld en deskundigheidsbevordering in het omgaan met mensen met Korsakov van belang worden geacht. Het betreft hier bijvoorbeeld rechters of advocaten, voor zover zij in hun beroepsuitoefening te maken krijgen met mensen met het syndroom van Korsakov.

Na een praktijkinventarisatie worden vooral als verbeterpunten in de huidige samenwerkingsrelaties aangemerkt de relaties met huisartsen, ziekenhuizen, zaakwaarnemer organisaties, rechtbanken en advocaten.

Samenwerkingspartners

Samenwerking met andere instellingen en organisaties is van groot belang om zorg voor Korsakov-bewoners gestalte te geven. In dit hoofdstuk richten we ons vooral op organisaties, instellingen en zelfstandig werkende professionals. De communicatie met familie en andere naasten komt in hoofdstuk zes aan de orde. Het expertpanel heeft de volgende samenwerkingspartners geïdentificeerd.

- Huisartsen
- Thuiszorginstellingen
- Ziekenhuizen
- GGZ instroom (opname vanuit GGZ-instelling)
- GGZ uitstroom (ontslag naar GGZ-instelling)
- Diagnose- en behandelcentra
- Verslavingskliniek
- Verpleeghuizen
- Verzorgingshuizen
- Afdelingen of instellingen voor zorg aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
- Instellingen voor begeleid wonen (RIBW)
- Sociale pensions
- Sociale werkplaatsen en arbeidsbureaus
- Welzijnsorganisaties
- Vrijwilligersorganisaties
- Organisaties die ondersteuning bieden bij het beheer van financiën
- Stichting Mentorschap (zaakwaarnemers)
- Tandarts
- Onafhankelijk arts/psychiater, ter beoordeling van bijv. wilsbekwaamheid bij vermogens-rechterlijke vragen
- Rechtbank, advocaat

Niet alle opgenoemde organisaties zijn gedurende alle fasen van het zorgproces in beeld. De figuur op de volgende bladzijde toont welke fasen er in het zorgproces onderscheiden kunnen worden en welke partijen een rol kunnen spelen per fase.

Een blauwdruk neerleggen die recht doet aan optimale ketenzorg en toch algemeen genoeg is voor verschillende regio's, is niet eenvoudig. Er zijn twee algemene aspecten die kwaliteit van ketenzorg bevorderen. Ten eerste het creëren van een cliëntvolgsysteem. In een dergelijk systeem worden de persoonlijke gegevens, onderzoeksuitslagen, evaluatiematerialen bewaard en voor verschillende partijen in de keten inzichtelijk gemaakt.

Ten tweede een casemanager, die aan de hand van het zorgprogramma contact houdt met alle betrokken partijen, de informatievoorziening coördineert en de voortgang evalueert. Het inzetten van een cliëntvolgsysteem en/of een casemanager is vooral zinvol als er

Fasen in het zorgproces van Korsakovzorg

* = facultatief

Vermoeden Korsakov

Huisarts

Ziekenhuis

Thuiszorg

Verslavingskliniek

GGZ-instelling

Verpleeghuis

Verzorgingshuis

NAH-afdeling

Sociale pensions

Observatie*

Diagnose- en
behandelcentrum

Korsakov-afdeling
verpleeghuis

Diagnose

Diagnose- en
behandelcentrum

Korsakov-afdeling
verpleeghuis

Opname

Diagnose- en
behandelcentrum

Korsakov-afdeling
verpleeghuis

Sociale werkplaats

Arbeidsbureau

Welzijns-
organisatie

Vrijwilligers-
organisatie

Financiën beheer

Organisatie van
zaakwaarnemers

Tandarts

Indicatiestelling

Regionaal indicatie-
stellingsorgaan

Rechter (RM)

Advocaat

Onafhankelijk arts /
psychiater

Time-out*

Diagnose- en
behandelcentrum

Korsakov-afdeling
verpleeghuis

Beschermd Wonen*

RIBW

Zelfstandig*

Huisarts

Diagnose- en
behandelcentrum

Korsakov-afdeling
verpleeghuis



genoeg bewoners zijn die hetzelfde zorgpad volgen, en als er genoeg schakelmomenten in de keten zijn. Bij langdurige opname binnen een instelling ligt dit minder voor de hand. Voor het vervolg van dit hoofdstuk is het verpleeghuis als uitgangspunt genomen. Vanuit de focus van de verpleeghuis Korsakov-zorg is nagedacht over kwaliteit van ketenrelaties. Om ketenzorg te optimaliseren, onderscheiden we doelen voor samenwerking. Deze worden eerst kort omschreven. Vervolgens benoemen we verschillende manieren om contact te houden met deze partners, vanuit het verpleeghuis. Op basis van panelbijeenkomsten met experts komen we met aanbevelingen voor omgang met de verschillende ketenpartners.

Doelen

In de samenwerking onderscheiden we de volgende doelen.

- Vakinhoudelijke ondersteuning, kennisuitwisseling of kennisverbreding;
- Het realiseren van een snelle doorstroom of opname;
- Advisering m.b.t. plaatsing van (nog) niet voor de Korsakov-afdeling aangemelde personen;
- Complete informatie over bewoners, bij overdracht van de behandeling;
- Bieden van een observatieperiode voor diagnostiek;
- Bieden van een structurele dagbesteding;
- Dagbehandeling ter ontlasting van de thuissituatie;
- Mantelzorgsysteem ondersteunen en activeren;
- Rust in eigen huis creëren;
- Opname-interventie. Dit betreft een 'time-out' als het gedrag op de Korsakov-afdeling niet in goede banen te leiden is. Kortdurende opname op bijv. een GGZ-afdeling. Het kan gaan om het instellen van medicatie, omgangsadviezen;
- Terugvalpreventie m.b.t. alcoholproblemen.

Vormen van communicatie

Om onderscheid aan te brengen in de manier waarop contact kan worden onderhouden met relevante instellingen en organisaties, zijn de volgende vormen onderscheiden.

- Korte lijn houden (regelmatig even bellen, ook zonder aanleiding);
- Afstemming en coördinatie van de volgende stap in de keten;
- Scholing en deskundigheidsbevordering;
- Op aanvraag, in consultvorm;
- Inhoudelijk overleg, twee keer per jaar;
- Organisatorisch overleg, één keer per jaar;
- Instroomcriteria;
- Overeenstemming ontslagcriteria;
- Voorwaardelijke opname met terugplaatsingscontract. Dit is een opname ter observatie met een garantie op terugkeer naar de oorspronkelijke situatie;
- 'Time-out' opname, tijdelijke opname in GGZ;
- Ondersteuning door een sociaal-psychiatrische verpleegkundige (SPV-er). De SPV-er

werkt mee op de afdeling en heeft een voorbeeldfunctie, bijv. denkt mee bij het oplossen van problemen in de omgang;

- Gebruik maken van activiteiten, zoals dagbehandeling of opvang.

Om te weten te komen hoe de contacten met ketenpartners momenteel plaatsvinden, hebben we een praktijkverkenning uitgevoerd. Hierbij stond centraal wat volgens drie betrokken instellingen voor Korsakov-zorg wenselijk zou zijn, en waar de belangrijkste verbetermogelijkheden liggen.

In deze analyse komen twee punten naar voren. Er zijn samenwerkingspartners in de ketenzorg, dus instellingen die regelmatig mensen met Korsakov intramuraal of ambulante behandelen. En er zijn instellingen die zich meer in de periferie van de keten positioneren. Het is belangrijk om met hen af te stemmen, hoewel zij niet direct in de lijn van het primaire proces van Korsakov-bewoners opereren.

Samenwerking in de keten

Voor de ketenpartners worden doelen genoemd die te maken hebben met een snelle doorstroom, goede overdracht van informatie over bewoners, en het bieden van de mogelijkheid om een bewoner te observeren voor een aantal weken tot maanden, eventueel met terugplaatsingsgarantie. In deze paragraaf behandelen we deze partners en hun meest relevante samenwerkingsdoelen. Waar mogelijk beschrijven we wat er van de verschillende instellingen verwacht wordt om een ketensamenwerking te optimaliseren.

Huisartsen

In de praktijk zal het voor een huisarts moeilijk zijn om het syndroom van Korsakov te herkennen. Daarom is vakinhoudelijke ondersteuning (educatie) belangrijk. Door een korte lijn te houden en deskundigheidsbevordering te bieden kan de huisarts alert worden gemaakt op de Korsakov-problematiek.

Omdat de huisarts ook een schakel kan zijn naar het systeem, worden activering en ondersteuning van het mantelzorgsysteem hier als doel genoemd. Verder zijn huisartsen belangrijk met het oog op terugvalpreventie voor het alcoholgebruik, en als afstemmingsmoment tussen verschillende opnames. Contact houden over ontslag- instroomcriteria wordt aangeraden. Het panel geeft aan dat binnen hun instellingen deze relatie belangrijk, maar moeilijk te realiseren is. Verbetering is mogelijk. Momenteel vindt er vooral incidenteel overleg plaats.

Thuiszorginstellingen

Voor de thuiszorg geldt voor een deel een vergelijkbaar profiel als bij de huisartsen. Met uitzondering van een opname-interventie worden dezelfde doelen nagestreefd als bij de huisarts. Er is aanleiding om voorlichting te geven over het ziektebeeld, door een korte lijn te houden, consultatie, en het bieden van deskundigheidsbevordering. Ook is er aanleiding om contact te houden over de stappen in de keten, waarbij in- en uitstroomcriteria

belangrijk zijn. Eventueel kan een 'time-out'mogelijkheid geboden worden. Bij opname kan de thuiszorg relevante informatie geven over waarom een thuissituatie niet meer haalbaar is, bijvoorbeeld door dreigende verwaarlozing of gevaarcriteria. Anderzijds is bij ontslag vanaf de Korsakov-afdeling naar de thuissituatie een goede voorbereiding en overdracht van belang. Het panel meldt dat binnen hun instellingen deze relatie goed loopt, maar geen structureel karakter kent. Als verbeterpunt wordt genoemd het verder uitwerken van de deskundigheidsbevordering.

Ziekenhuizen

Ook ziekenhuizen zijn een belangrijke ketenpartner. Naast de ketendoelen wordt het komen tot vakinhoudelijke ondersteuning genoemd. Dit zou plaats kunnen vinden door het houden van een korte lijn, duidelijke informatie te verschaffen over instroomcriteria en het opzetten van communicatie over deskundigheidsbevordering met betrekking tot Korsakov. Met name dit laatste punt zou verbeterd kunnen worden, geeft het panel nu aan. In de praktijk is er groot belang bij de communicatie, informatieoverdracht en continuïteit van zorg. Dit in verband met specifieke problemen bij het syndroom van Korsakov, met name eventueel wegloopgedrag, zorgmijding, en vaak wegens bijkomende alcoholgerelateerde ziekten, frequente poliklinische bezoeken met begeleiding door familie of medewerkers.

GGZ-instellingen

Mensen met Korsakov stromen in vanuit GGZ-instellingen naar de verpleeghuizen en stromen ook soms uit naar GGZ-instellingen. Wat betreft de instroom worden de ketendoelstellingen genoemd, met aandacht voor verdere wederzijdse deskundigheidsbevordering over het ziektebeeld. Ook worden de doelen 'opname-interventie' en 'rust in huis creëren' genoemd. De instellingen schetsen tevredenheid over de doelen en over hoe het contact nu loopt. Op veel manieren wordt contact onderhouden, bijvoorbeeld door terugplaatsingscontracten en 'time-out'afspraken. In verband met veelvuldig voorkomen van psychiatrische comorbiditeit is de snelle beschikbaarheid van een psychiater of andere deskundige belangrijk. Wat betreft de uitstroom van verpleeghuis naar GGZ zijn afspraken over dagbesteding belangrijk, de ketendoelen, en wordt 'observatieservice' genoemd. Regulier inhoudelijk en organisatorisch overleg met een vaste contactpersoon wordt wenselijk gevonden.

Verslavingskliniek

Dit betreft een instelling van waaruit bewoners doorstromen naar het verpleeghuis. De ketendoelen zijn relevant. Ook overleg over wederzijdse kennisoverdracht over het ziektebeeld, terugvalpreventie en opname-interventie is belangrijk. Regulier overleg wordt wenselijk gevonden (organisatorisch en inhoudelijk), bijvoorbeeld over in- en uitstroomcriteria, terugplaatsing en voorwaardelijke opnames. Verpleeghuizen geven aan tevreden te zijn over deze samenwerking.

Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en NAH -afdelingen

Bij deze instellingen komen doelen en communicatievormen zodanig overeen, dat we ze samen behandelen. De ketendoelen worden belangrijk gevonden, met het oog op het aan-

leveren van bewoners. Overleg over een opname-interventie wordt ook als doel genoemd. Vakinhoudelijke deskundigheidsbevordering wordt belangrijk gevonden. Regulier overleg heeft een hoge prioriteit. En verder het bieden van consultatie, overleg over ontslag- en instroomcriteria, en eventueel het opstellen van een terugplaatsingscontract.

Instellingen voor Begeleid Wonen

Samenwerking met RIBW's kent zowel een keten karakter als een dagbestedings karakter. Voor de samenwerking in de keten zijn in- en uitstroomcriteria dus belangrijk, regulier overleg (inhoudelijk en organisatorisch) en deskundigheidsbevordering. Voor de samenwerking bij dagactiviteiten is verder goede informatie over bewoners, in de vorm van overdracht, van belang.

Korsakov Woonvorm (te ontwerpen)

Wanneer gesproken wordt over uitplaatsing naar een (semi-)zelfstandige woonvorm, dan blijkt in de praktijk de stap van een beschermde verpleeghuisomgeving naar RIBW toch nog te groot. De wens wordt dan ook uitgesproken om vanuit de gespecialiseerde verpleeghuiszorg een woonvorm speciaal voor mensen met Korsakov op te zetten, als tussenstap tussen verpleeghuiszorg en RIBW. Deze vorm dient nog uitontwikkeld en gerealiseerd te worden.

Samenwerking op onderdelen van de keten

Met een tweede groep instellingen wordt contact onderhouden op onderdelen van het zorgaanbod, zoals bijvoorbeeld structurele afspraken over dagbesteding. Met deze instellingen is het komen tot goede informatieoverdracht over bewoners een belangrijk doel.

Sociale pensions, sociale werkplaatsen, en welzijnsorganisaties

De samenwerking met deze instellingen, hoewel meer incidenteel van karakter, kent een vergelijkbaar profiel. Om goede samenwerking te realiseren voor structurele dagbesteding gelden bovenstaande samenwerkingsdoelen. Het houden van een korte lijn, het bieden van deskundigheidsbevordering en consultatie zijn relevant, en ook een vorm om informatie over de betrokken bewoners structureel terug te koppelen. De Korsakov-afdelingen van verpleeghuizen geven aan dat samenwerking met sociale werkplaatsen beter zou kunnen, bijvoorbeeld door het vinden van een vaste contactpersoon.

Stichting Mentorschap of zaakwaarnemers

Het doel is te komen tot een goede samenwerking bij het inzetten van mentoren en bij zaakwaarnemers van bewoners. In dat kader is deskundigheidsbevordering over het ziektebeeld relevant, en een regelmatig overleg ten behoeve van de bewoners. Het vinden van een vaste contactpersoon zou de samenwerking in sommige regio's kunnen versterken.

Vrijwilligersorganisaties

Deze worden genoemd in het kader van het creëren van een mantelzorgsysteem. Bij veel bewoners is het contact met de familie weggefallen. Om te bereiken dat vrijwilligers een bijdrage leveren aan mantelzorg of aan begeleiding van dagactiviteiten, wordt gestreefd naar regulier jaarlijks overleg met de organisatie en het houden van een korte lijn.

Deskundigheidsbevordering

Ten slotte is er een groep professionals en organisaties, waarbij vooral voorlichtingsdoelen belangrijk zijn in de samenwerking. Het gaat dan om deskundigheidsbevordering en vakinhoudelijke ondersteuning bij het herkennen van Korsakov en het omgaan met de doelgroep. Dit geldt bijvoorbeeld voor professionals, waarbij het contact met mensen met het syndroom van Korsakov betrekkelijk incidenteel verloopt, zoals kan gelden voor tandartsen, onafhankelijke artsen (in verband met een second opinion of beoordeling van wilsbekwaamheid), en rechtbanken en advocaten. Bij de beoordeling door rechters en advocaten of een opname noodzakelijk is, kan het voorkomen dat bij iemand een vereiste stoornis, namelijk het syndroom van Korsakov, is vastgesteld, evenals gevaarcriteria op grond van bijvoorbeeld eerdere zelfverwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, maar dat het belang van de bij het Korsakov-syndroom voorkomende stoornissen in de executieve (uitvoerende) cognitieve functies onvoldoende wordt onderkend. Dit kan leiden tot ontslag van een bewoner die binnen de structuur van de afdeling redelijk of goed functioneert, maar die dan zelf bijvoorbeeld verwoordt dat er op de afdeling 'niets gebeurt'. Eenmaal thuis blijkt de persoon niet in staat zijn leven te organiseren, en dreigt of ontstaat opnieuw zelfverwaarlozing en het afhouden van hulp. Kennisoverdracht naar rechterlijke macht is dan ook belangrijk. Om het draaideureffect tegen te gaan en gevaarcriteria te ondersteunen kan een cliëntvolgsysteem ook hier effect hebben.

Beschouwing

Samenvattend kunnen we concluderen dat een Korsakov-afdeling van het verpleeghuis drie soorten van samenwerking kan ontwikkelen: in de keten, op onderdelen (opname) of incidenteel, zoals met rechters.

Ten eerste met betrekking tot instroom en eventueel doorstroom. De betrokken verpleeghuizen geven aan dat met name het bieden van algemene deskundigheidsbevordering over Korsakov belangrijk is en verbeterd kan worden. Een belangrijke vraag is wat de beste vorm is om drukke huisartsen op de hoogte te stellen. Dit geldt ook voor de vele afdelingen in het ziekenhuis, waar mensen weer naar huis worden ontslagen. Aantrekkelijk materiaal kan hierbij behulpzaam zijn, zoals een overzichtelijke website met symptoombeschrijvingen, specifiek op zorgleveranciers afgestemd foldermateriaal en bijvoorbeeld een diagnostische beslisboom. Het terugkoppelen van de voortgang van een patiënt naar huisartsen kan relatiebevorderend werken. En ook speelse 'reminders', zoals een uitnodiging voor een

voorlichtingsavond, of een artikel in een vakblad kunnen bijdragen aan de bekendheid, en verwijzers de weg bieden naar relevante informatie.

Het bieden van een consultatieservice kan deze ontwikkeling ondersteunen. Aangezien Korsakov relatief weinig voorkomt en moeilijk vast te stellen is, kan het bieden van een consultatiefunctie (ondersteuning bij het stellen van de diagnose) een makkelijker doel zijn dan het opleiden van alle huisartsen in de regio ten aanzien van herkenning van het ziektebeeld. Alleen basiskennis is dan nodig, en het kennen van de weg naar een ondersteunende consultatiedienst.

Ten tweede de samenwerking op onderdelen. Bij de beschrijving van deze samenwerkingsrelaties valt op dat er verbeteringen mogelijk zijn door het instellen van een vaste contactpersoon of een regulier overlegmoment.

Ten derde met betrekking tot algemenere relaties zoals met rechters. Met betrekking tot deze groep is vooral juiste beeldvorming over de ziekte van groot belang. Hierin zou geïnvesteerd kunnen worden.



Hoofd stuk 6

Familie en naasten



Ed, 49 jaar

Samengevat

Vanuit het perspectief van de Korsakov-afdeling van het verpleeghuis is een goede relatie met familie en naasten van de bewoner belangrijk. Er zijn verschillende rollen die door familieleden of naasten vervuld dienen te worden met betrekking tot de behandeling.

Bijvoorbeeld de zaakwaarnemer. Deze persoon behartigt de financiële zaken van de bewoner. Helaas hebben veel bewoners schulden. Hiervoor moeten regelingen getroffen worden. Ook is het van belang dat een eventueel huis beheerd wordt. En gedurende behandelingen moeten er soms ook betalingen worden gedaan voor het wassen van kleren of voor vervoerskosten.

Ook zijn er zorginhoudelijke taken te vervullen, eventueel door een aparte contactpersoon. Deze heet ook wel immateriële contactpersoon. Deze persoon is betrokken bij het opstellen van het zorgplan en de zorginhoudelijke evaluaties. Ten slotte zijn er taken met het oog op een dagje uit en bezoek.

Waar mogelijk is het raadzaam om deze twee aspecten door een contactpersoon te laten uitvoeren.

In dit hoofdstuk verkennen we welke doelen verpleeghuizen kunnen hanteren richting familie, en welke middelen er zijn om contacten vorm te geven.

Dit hoofdstuk beginnen we met een belevingsgerichte verkenning van de contacten tussen familie en een verpleeghuis. In interviews met verschillende betrokkenen hebben we gevraagd waar zij door geraakt worden. Dit heet in wetenschappelijke termen de 'Touch Point methode'. Inzicht in deze emotionele ervaringen helpt ons te begrijpen wat er speelt bij de omgang tussen familie en verpleeghuis. Dit is zinvol omdat contacten met familie niet vanzelf goed lopen.

Helaas komt het regelmatig voor dat er weinig contact met familie is overgebleven. De naasten hebben gedurende het voortraject naar de opname toe te maken gekregen met de negatieve consequenties van het drankgebruik en het syndroom van Korsakov. Het komt voor dat er eerst gezocht moet worden naar mogelijke familie, of andere naasten. Het lukt niet altijd om iemand te vinden. Zo vertelt een medewerker:

"Onlangs is een bewoner overleden. Er is geen contact met familie geweest zolang de bewoner bij ons verbleef. De ex-partner van de bewoner moest om functionele reden ingelicht worden over het overlijden. Er was nog het een en ander aan spullen op te halen door de familie. Zij werden ontvangen op de afdeling. Ik was in negatieve zin geraakt, omdat ik niet kon begrijpen dat er geen interesse was in hoe de persoon het de rest van zijn leven gemaakt heeft, maar wel in de spullen."

Als er nog wel contact met familie of naasten bestaat, is de overdracht van de persoon aan een verpleeghuis een moeilijk punt voor familie.

"De dag van opname. Ja, toen zat hij hier eigenlijk. En ik dacht: hij komt nooit meer thuis. Toen zat ik hier, en kwam hij vanuit het ziekenhuis binnen. Hij zag bij binnenkomst een bekend gezicht. Ik vind het heel moeilijk. Ik werd verdrietig. Wetend dat hij er niet meer uit komt. Ik heb het gedaan, ging het door mijn hoofd. Ik heb hem hier in gestopt."

Als de persoon net binnen is, en er via de instelling familie wordt 'teruggevonden', leidt dit soms tot onverwachte, hartverwarmende ontmoetingen. Bijvoorbeeld als iemand 'teruggevonden' wordt door naasten. Soms duurt het langer voordat familie in beeld komt. Dat is jammer. Vanwege het belang voor de persoon zou het beter zijn als er al vanaf de wachtlijst voor de instelling gewerkt wordt aan hereniging.

"Gister werd bij een bewoner, die al 15 jaar bij ons in huis verblijft, een telefoonnummer gevonden van een broer. Hij had haar al jaren opgegeven als vermist. Hij dacht dat ze overleden was, of in het buitenland misschien. De broer kwam na 15 jaar nog diezelfde avond uit Maastricht, om zijn zus op te zoeken."



Voor bewoner en verzorgenden zijn dit heel belangrijke gebeurtenissen. Medewerkers kunnen geroerd zijn door de blijdschap van de bewoner. Hoewel dit enerzijds verheugend is, leidt het soms ook tot spanningen als de naasten willen meesturen in de behandellijn. Zeker als er nog geen gedeelde visie tussen instelling en naasten op de problemen en de behandeling bereikt is. Een medewerker vertelt:

'Bewoners zijn vaak door overmatig alcoholgebruik in hun leven geïsoleerd geraakt van familie, dus uitgespuugd om het zo maar te zeggen. Maar die familie komt soms toch via via weer in beeld, en dat is vaak een emotioneel weerzien. Ook voor ons als medewerkers levert dat soms toch ook wel onbevredigende situaties op. Wanneer er een tegenstelling qua behandelbeleid ontstaat tussen instelling en de partner of de kinderen leidt dat tot negatieve gevoelens omdat het niet goed is voor de bewoner. Het kan gaan over hoe lang mag iemand nu weg van het verpleeghuis. Dergelijke discussies hebben wel eens tot ontslag geleid, doordat de familie de bewoner gaat overplaatsen naar een andere instelling. Voor familie is dat misschien bevredigend. Voor de bewoner is elke verandering achteruitgang en voor de medewerker is het een onprettig, abrupt einde. Je investeert in begeleiding, brengt mensen tot elkaar, en dan houdt het proces opeens op.'

Een belangrijke sleutel tot een goede samenwerking tussen familie en medewerkers is de waardering die familie ervaart voor de manier van omgaan met de bewoner. Veel van de geïnterviewde familieleden geven aan mooie en leuke momenten te zien, waar ze tevreden over zijn. Sommigen spreken over geduld en passie in de omgang met hun familielid. Er is waardering als een medewerker aan de familie doorgeeft waar een bewoner behoefte aan heeft. En dankbaarheid als medewerkers met een opgewekt humeur de juiste snaar weten te raken bij de bewoner. Ze geven aan dat humor belangrijk is.

'Soms zijn ze aan het lachen als ik aan kom. Dan ziet hij een mevrouw zitten met grijs haar, in jaren '70 kleding, met een haarband. En dan zegt hij: daar is de zus van klukkluk, van vroeger, dat indiaantje van pipo de clown!'

Uit voorgaande citaten blijkt hoe belangrijk goed contact met de familie is, gedurende de gehele opname. Voor het beleid, maar zeker ook voor bewoners. Mensen zonder familie of naasten voelen zich beduidend meer alleen. Er ontbreken dan naasten die hen kunnen vertegenwoordigen op basis van de persoon die zij altijd zijn geweest. Het is dan niet bekend welke wensen en behoeften zij hadden. Daardoor wordt het lastiger om een beslissing te nemen die past bij de persoon en die ligt in de lijn van het leven dat iemand geleid heeft. Dit speelt nog eens extra voor bewoners met een rechterlijke machtiging (RM). Dan is er juist ook veel behoefte aan contact met familie. Een verschillende visie van familie en instel-

ling weegt dan extra zwaar. Moeilijke afwegingen zijn die met betrekking tot het opnemen van iemand tegen zijn wil versus de vrije keus om thuis aan de drank te gaan met alle gevolgen van dien. In het verlengde hiervan zou de begeleiding van familie bij een RM-opname beter kunnen. Vanuit het verpleeghuis kunnen de afwegingen goed benoemd worden, zodat twijfels goed met elkaar doorgesproken kunnen worden vanuit een gedeelde visie.

Doelen

Met het oog op familie en naasten zijn er verschillende doelen vanuit het perspectief van het verpleeghuis.

- Contacten herstellen;
- Betrokkenheid vergroten;
- Komen tot mantelzorg;
- Educatie over het ziektebeeld;
- Informatie aanleveren voor hetero-anamnese;
- Samenwerking en afstemming in het behandelproces
 - Opleiden in behandelparadigma van de 5 K's, zie hoofdstuk drie
 - Bewerkstelligen dat de familie niet drinkt in nabijheid van de bewoner
 - Bewerkstelligen dat er geen alcohol in huis is als de bewoner bij familie is
 - Continuering van de leefregels
- Formele vertegenwoordiger regelen;
- Informatie geven over de sociale kaart;
- Lotgenotencontact voor het systeem (de naaste familie, partner, kinderen).

Vormen van contact

Voor de manier waarop contact wordt onderhouden met familie en naasten, zijn de volgende vormen van contact onderscheiden.

- Informatieavonden;
- Cliëntbesprekingen, Multi Disciplinair Overleg (MDO), overleg met familie over de stand van zaken, zorgplan, communicatie over leefregels;
- Begeleiding van familie;
- Psycho-educatie;
- Gespreksgroep voor familie, lotgenotencontact;
- Rol bij rechterlijke machtiging (aanvraag familie);
- Gedeelde verslagvormen (inzicht in dossier);
- Eventueel alcoholcontrole (op leefregels).

Voorlichting

De ervaring leert dat na opname naasten eerst even tot rust willen komen. Soms bestaat er angst dat verantwoordelijkheden weer teruggelgd worden. Door veel contact en uitleg ontstaat begrip en een goede samenwerkingsrelatie.

In het algemeen geldt dat bij het opbouwen van contact met de familie het van belang is om een gedeelde visie op het probleem en de juiste aanpak te hebben. Hierbij zitten familie en instelling niet vanzelf op één lijn. Juist bij het syndroom van Korsakov kan iemand zich voordoen alsof er weinig aan de hand is, en daarmee erg geloofwaardig overkomen. Zo komt het voor dat medewerkers van de verblijfsinstelling de situatie een stuk ernstiger inschatten dan de familie of andere naasten. Ook zijn er voorbeelden dat er gedurende de behandeling verschillen van mening tussen de staf en de familie blijven bestaan over de capaciteiten van de persoon. Voorlichting over het probleem en eventuele uitslagen van diagnostisch materiaal kunnen helpen om de familie 'op te leiden' zodat er een eenduidige en gedeelde visie ontstaat tussen medewerkers en familie. Gedurende de verschillende fasen van behandeling kan informatie worden gegeven over:

- Ziektebeeld
- Behandelparadigma
- Behandelplan
- Wet/regelgeving
- Sociale kaart
- Landelijk platform Korsakov
- Lotgenotencontact
- Alzheimer NL
- Klachtenregeling

Eenheid in benadering tussen instelling en familieleden

Naast het geven van voorlichting zijn er verschillende andere doelen die een instelling kan nastreven richting familie en naasten. Om tot een goede behandeling te kunnen komen is niet alleen een gedeelde visie op het probleem van belang, maar ook een gedeelde aanpak of benadering. De bewoner heeft baat bij continuïteit tussen de situatie in het verpleeghuis en de 'dagjes weg' naar familie of bekenden. Om die continuïteit te bereiken kan het verpleeghuis uitleg geven over het behandelparadigma dat gebruikt wordt: de 5 K's (zie hoofdstuk drie).

Voor mensen met Korsakov-problemen blijft alcohol aantrekkelijk, maar ook schadelijk. Dat betekent dat een instelling nastreeft om afspraken te maken over de aanwezigheid en het gebruik van alcohol tijdens bezoeken van de bewoner. Het liefst wordt er afgesproken dat er geen alcohol in huis is, en ook niet gebruikt wordt in het bijzijn van de bewoner. In de praktijk loopt dit niet altijd makkelijk, en wordt de schade door het terugvallen in alcoholgebruik wel eens onderschat door het thuisfront.

Verbetermogelijkheden

Kijken we naar de hiervoor geschetste mogelijkheden, dan zijn er enkele verbeterpunten te benoemen. Helderere schriftelijke informatie zou familie en naasten in deze fase kunnen helpen, juist in het voortraject.

De cliëntbesprekingen zijn van groot belang. Deze lopen over het algemeen goed. Familie en instelling bespreken de zorgvragen die er liggen en bereiken hierover overeenstemming.

Hoewel verschillende verpleeghuizen aangeven een poging gedaan te hebben om lotgenotencontact op te zetten, is dit vaak mislukt. Het kost moeite om familie te binden aan een Korsakov-bewoner en er blijkt weinig behoefte aan het delen van ervaringen vanuit familieperspectief.





Werk p

MA. L

7.40 0

8.30 6

9.00 V

TAS: 1.K

2.K

3.L

Vrijde

10.00 K

2.40 V.

3.00 Z



korsakov
kenniscentrum

Dreischorstraat 85
3086 PP Rotterdam
info@korsakovkenniscentrum.nl
www.korsakovkenniscentrum.nl