



Syndroom van Korsakov

Het syndroom van Korsakov is een aandoening die forse beperkingen kan meebrengen. Intensieve zorg en begeleiding zijn dan noodzakelijk, waarbij het van belang is dat deze aansluiten bij de zorgvragen van de cliënt. Kennis over het ziektebeeld is belangrijk om de zorgvragen goed te begrijpen. Dit artikel gaat in op oorzaken en gevolgen van het syndroom van Korsakov en brengt de lezer inzicht in de problemen die mensen met het syndroom wel en vooral *niet* ervaren. Ook biedt het artikel een aantal adviezen met betrekking tot de omgang met mensen met het syndroom van Korsakov.

KATJA VAN ESSEN-BERMAN, verpleegkundig specialist

LEERDOELEN

Na het lezen van het artikel kunt/weet u:

- wat de oorzaak is van het syndroom van Korsakov;
- de effecten benoemen van alcoholmisbruik op thiamine in het lichaam;
- als verpleegkundig specialist wat de diagnostische criteria zijn voor wernicke-encefalopathie;
- als verpleegkundig specialist vertellen wat de behandeling is bij wernicke-encefalopathie;
- wat de diagnostische criteria zijn voor het syndroom van Korsakov;
- wat de gevolgen zijn van het syndroom van Korsakov;
- welke aandoeningen vaak voorkomen naast het syndroom van Korsakov;
- wat de aandachtspunten zijn in de omgang met mensen met het syndroom van Korsakov.

TREFWOORDEN

Korsakov, wernicke-encefalopathie, thiamine, vitamine B1, alcoholmisbruik

1 STUDIEPUNT

Casus Koos

Koos werd 25 jaar geleden werkloos, toen de fabriek waar hij werkte moest sluiten. Sindsdien is Koos somber, drinkt hij te veel en sinds een halfjaar eet hij nauwelijks. Hij is kortgeleden ernstig ziek geworden en de buurvrouw heeft de ambulance gebeld, toen ze hem bewusteloos op de grond aantrof. Hij heeft een aantal weken in het ziekenhuis gelegen en is twee weken in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest. Nu woont hij in het verpleeghuis, omdat hij veel vergeet en mensen zeggen dat hij niet meer voor zichzelf kan zorgen. Koos heeft het syndroom van Korsakov.

WAT IS HET SYNDROOM VAN KORSAKOV?

Het syndroom van Korsakov is een chronisch beeld dat veroorzaakt wordt door een tekort aan thiamine (vitamine B1). In geïndustrialiseerde landen ontstaat dit tekort meestal, bij chronisch alcoholmisbruik, door een gebrekkige inname en een verstoorde opname van vitamine B1. Dit geldt voor circa 90% van de mensen met Korsakov in de westerse wereld.¹ De overige 10% krijgt Korsakov door gastro-intestinale stoornissen of stoornissen als anorexia nervosa.² Bij mensen die veel drinken vermindert de eetlust als gevolg van de hoogcalorische waarde van alcohol. Sommige alcoholgebruikers stoppen hierdoor met eten en krijgen zo te weinig thiamine binnen. Niet alleen de inname van thiamine vermindert, maar bij overmatig alcoholgebruik wordt ook opname van de vitamine in de darmen geremd. Het verbruik in de lever wordt versneld door de noodzaak om alcohol om te zetten en opslag van thiamine verslechtert door beschadiging van levercellen. Na vier tot zes weken is de voorraad thiamine in de lever verbruikt en ontstaat een absoluut tekort. Zenuwcellen raken beschadigd en de persoon met het tekort aan thiamine krijgt hersenletsel.

BELOOP

In de acute fase van thiaminetekort kan wernicke-encefalopathie ontstaan. Hierbij treden bewustzijnsstoornissen, bewegingsstoornissen (ataxie) en oogbewegingsstoornissen (nystagmus) op. Deze verschijnselen worden gezien als de 'klassieke trias' van wernicke-encefalopathie en zijn bepalende criteria voor het diagnosticeren hiervan.³ Wordt thiamine op zo'n moment niet direct aangevuld per infuus, dan overlijdt iemand onherroepelijk. Krijgt iemand tijdig thiamine per infuus toegediend, dan is de schade



enigszins omkeerbaar, maar vaak is er restschade. De acute fase treedt volgens statistieken bij slechts de helft van alle mensen met het syndroom van Korsakov op. Men veronderstelt echter dat het ziektebeeld niet altijd wordt herkend³ en sluipend van aard is. Ondanks verbeteringen in diagnostiek en behandeling, overlijdt circa 10% van de mensen met wernicke-encefalopathie.⁴ Overleeft iemand de acute fase, dan volgt de chronische fase. In deze chronische fase staan ernstige geheugenstoornissen (voor gebeurtenissen van kortgeleden en langgeleden) en centraal executieve stoornissen op de voorgrond. Deze stoornissen zijn blijvend, maar stabiel van aard. De aard en ernst van de beperkingen en handicaps bij mensen met het syndroom van Korsakov verschillen, maar vaststaat dat deze van grote invloed kunnen zijn op iemands leven.

EPIDEMIOLOGIE

Incidentie en prevalentie van wernicke-encefalopathie en het syndroom van Korsakov zijn niet helemaal betrouwbaar vast te stellen. Het sluipende karakter van de encefalopathie en de slechte bereikbaarheid van de risicogroepen maken dat de cijfers niet gemakkelijk te herleiden zijn. Recent onderzoek suggereert een prevalentie in Nederland van 3 op 10.000.³ Op basis daarvan wordt aangenomen dat het totaal aantal mensen met Korsakov nu ongeveer 5000 is.

PREVENTIEVE MAATREGELEN

Je zou denken dat het eenvoudig moet zijn om wernicke-encefalopathie en Korsakov te voorkómen. In Nederland zijn er campagnes om overmatig drankgebruik tegen te gaan en er wordt voor gepleit mensen die veel drinken vroegtijdig thiamine toe te dienen. Het bereiken van de mensen die een vergroot risico lopen

vormt echter een probleem. Het gaat in de risicogroep veelal om zware drinkers die nauwelijks of geen sociaal netwerk (meer) hebben. Ze verwaarlozen zichzelf en blijven langdurig buiten beeld van de hulpverlening.⁴ Pas wanneer de leefomgeving last krijgt van iemand, komt actieve hulpverlening in beeld en zijn de problemen dikwijls al te groot. De persoon heeft dan vaak al onomkeerbare schade opgelopen. De mogelijkheden voor primaire en secundaire preventie blijken bij deze groep zeer beperkt.

Een nieuwe groep waarvoor preventie op tijd ingezet kan worden, zijn jongeren, die steeds vaker en steeds meer gaan drinken. Hoewel de gemiddelde 'korsakov-patiënt' een man van circa 55 jaar is,⁷ wordt steeds vaker gezien dat Korsakov ook op jongere leeftijd voorkomt.⁴ Organisaties als het Trimbos-instituut zetten zich in om de groep jongeren op tijd te bereiken. Behalve de kortetermijngevaren van alcohol, worden nu ook de gevaren op de lange termijn benoemd. Het streven is Korsakov bij jongere mensen een halt toe te roepen.

MEDISCH-PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK

Er blijkt geen eenduidige benaming te bestaan in de diagnostiek van het syndroom. Het syndroom van Korsakov wordt in het gangbare classificatiesysteem voor de geestelijke gezondheidszorg, de DSM-IV, niet als zodanig beschreven. De DSM-IV noemt 'persisterende amnestische stoornis door een middel', wat weinig preciserend overkomt. De ICD-10 spreekt wel over Korsakov, maar in de praktijk krijgen mensen vaak de officiële DSM-diagnose. Bepalende diagnostische criteria voor het syndroom van Korsakov zijn ernstige geheugenstoornissen en centraal-executieve stoornissen.¹

Belangrijker dan de diagnose op papier, is het in kaart brengen van het fysiek functioneren, de participatie en de activiteiten van de persoon met Korsakov. Hiervoor is een multidisciplinaire aanpak over het algemeen zinvol. Door middel van neuropsychologisch onderzoek krijgt de psycholoog een indruk van het huidige cognitief functioneren. Ook is het van belang de stemming en mate van ziektebesef en ziekte-inzicht in kaart te brengen. Daarnaast kunnen behandelaars en zorgverleners observeren en onderzoeken hoe zelfstandig iemand kan functioneren in de dagelijkse bezigheden.³ Het niveau van functioneren verschilt per persoon en de aard en de omvang van de zorgvraag zijn verschillend.

VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSTIEK

De zorgvragen van mensen met Korsakov zijn individueel van aard, maar er is een aantal overeenkomsten waarvoor standaard verpleegkundige diagnoses te formuleren zijn:

- Door een stoornis in het geheugen, die zich kan uiten als het structureel vergeten van gemaakte afspraken, is de persoon niet in staat de door hem gekozen dagstructuur aan te houden.
- Door een stoornis in het geheugen, die zich kan uiten als confabuleren, is de persoon niet in staat een betrouwbaar beeld van zijn verleden te schetsen.
- Door een stoornis in het executief functioneren, wat zich kan uiten als een afname van het initiatief, is de

persoon niet in staat zijn dag op een voor hem zinnige wijze in te vullen.

- Door een stoornis in het executief functioneren, wat zich kan uiten als problemen met het plannen, organiseren en reguleren van het gedrag, is de persoon niet in staat zijn activiteiten zelfstandig uit te voeren.
- Door een stoornis in het ziektebesef, die zich kan uiten als ontkenning van het syndroom en andere aandoeningen, is de persoon niet in staat activiteiten te kiezen die passen bij zijn huidige functioneren.
- Door een stoornis in het ziekte-inzicht, die kan blijken uit het weigeren van (delen van) benodigde behandeling, loopt de persoon risico op verergering van psychiatrische en lichamelijke aandoeningen.
- Door verslaving aan alcohol, die naar voren kan komen in uitspraken over 'trek' in alcohol, loopt de persoon het risico terug te vallen in misbruik van alcohol.
- Door een verstoord sociaal netwerk, wat kan blijken uit verbroken contacten met familieleden, loopt de persoon het risico in een sociaal isolement terecht te komen.

In meerdere instellingen in Nederland wordt een beschermde omgeving geboden voor mensen met zorgvragen die zijn ontstaan door het syndroom. Hier werkt een multidisciplinair team aan het scheppen van een therapeutisch klimaat.³ Dit klimaat geeft de





bewoner structuur en levert de voorwaarden om, ondanks de beperkingen, een zo groot mogelijke kwaliteit van leven te ervaren. In steeds meer instellingen wordt gekozen voor de 'empathisch directieve benadering'.⁸ Deze gaat uit van een richtinggevende en structurerende begeleiding, waarbij oog is voor de eigenheid van de persoon.

Casus Koos (vervolg)

Op maandag, woensdag en vrijdag gaat Koos naar de moestuin van het dagactiviteitencentrum. Hij zegt hier graag naartoe te gaan en als hij daar is, komt hij tevreden over. Om op tijd te zijn, moet hij om half acht opstaan. Dit is moeilijk voor Koos. Hij zegt dat hij vroeger altijd vroeg opstond, maar nu moet de verzorgende hem 's ochtends zo'n vijf keer roepen, voordat hij opstaat, omdat hij initiatiefproblemen heeft. Dit levert nog wel eens stress op, omdat niet alle verzorgenden altijd geduldig reageren en hij vaak te laat is.

Wanneer zijn zorgcoördinator dit met Koos bespreekt, zegt hij dat ze hem niet hoeven te vragen op te staan, omdat hij het zelf wel regelt. De zorgcoördinator herinnert hem eraan dat hij nogal eens problemen heeft met het opstarten van activiteiten. Ze zegt dat ze hem juist willen helpen om naar de tuin te gaan, waar hij het zo naar zijn zin heeft. Dat zegt hij wel te begrijpen en ze spreken af dat ze voortaan wat vroeger beginnen met roepen, zodat hij de tijd heeft om wakker te worden. De zorgcoördinator bespreekt ook met

Koos dat ze de collega's zal vragen erop te letten dat ze met wat meer geduld reageren, want het is te begrijpen dat hij de spanning in de ochtend vervelend vindt.

COMORBIDITEIT

Naast de gevolgen van het thiaminetekort, komen vaak andere lichamelijke en psychische stoornissen voor. Psychiatrische beelden als stemmings-, angst- of psychotische stoornissen worden regelmatig als secundaire diagnose bij alcoholmisbruik gezien.¹ Het is aannemelijk dat deze stoornissen soms medeverantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de verslaving aan alcohol. Dit gebeurt met name wanneer alcohol wordt gebruikt als zelfmedicatie. Mensen met Korsakov vertellen vaak dat ze zijn gaan drinken om angst, verdriet of verwarring te verdoven. Behalve het behandelen van een vitaminetekort is het dus zaak om de onderliggende psychische/psychiatrische problematiek te behandelen en mensen daarmee actief te ondersteunen van de alcohol af te blijven. Op lichamelijk gebied worden combinaties van chronische aandoeningen gezien. Levercirrose, chronische pancreatitis, diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten zijn vaak aanwezig als direct gevolg van overmatig middelengebruik.¹ Alle orgaan-systemen functioneren onder grote druk en zijn als het ware 'vroeg versleten'. Dit maakt mensen met het syndroom van Korsakov zowel geestelijk als lichamelijk kwetsbaar. Deze kwetsbaarheid is moeilijk adequaat te behandelen, wanneer de persoon een

ADVIEZEN

- Wanneer u een cliënt in beschonken en verwaarloosde toestand aantreft, denk dan altijd ook aan een mogelijke wernicke-encefalopathie.
- Weet dat iemand met Korsakov zichzelf meestal niet als ziek ervaart, geen ondersteuning nodig denkt te hebben en zichzelf kan overschatten.
- Zorg dat de cliënt weet dat u 'goed volk' bent, voordat u interventies in gang zet; investeer in de zorgrelatie.
- Durf van de gangbare bejegening af te wijken om contact te krijgen en te houden; sluit aan bij de taal en beleving van uw cliënt.
- Zeg wat u doet en doe wat u zegt; wees voorspelbaar en betrouwbaar.
- Bied richting en ritme in uw ondersteuning door vaste dagstructuren.
- Mensen met Korsakov kunnen soms nog impliciet leren, gewoonten kunnen inslijpen; gebruik de kracht van het herhalen van routines.
- Weet dat confabulatie feitelijk 'eerlijk liegen' is; de cliënt weet werkelijk niet dat de gegeven informatie niet klopt.

verstoord ziekte-inzicht heeft. Het behandelen en begeleiden van mensen met Korsakov vraagt van zorgverleners dat zij blijven investeren in de zorgrelatie, ondanks de weerstand die zij vaak ervaren bij hun interventies. Daarnaast vraagt het creativiteit en flexibiliteit om de noodzakelijke zorg en behandeling te bieden.

De verpleegkundig specialist speelt, zo nodig in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde, een belangrijke rol in het uitzetten van een geïntegreerd (medicamenteus en niet medicamenteus) behandelbeleid. Hierin zal de verpleegkundig specialist, samen met de cliënt en zijn vertegenwoordiger, steeds afwegingen moeten maken welk levensgebied op dat moment de meeste ondersteuning vraagt. Zijn de psychiatrische klachten voldoende onder controle of ligt de nadruk op dat moment op het omgaan met de somatische aandoeningen? Of moet de autonomie voorrang krijgen om het geestelijk welbevinden te waarborgen? Deze vragen zullen steeds zorgvuldig afgewogen worden om tot een gedegen behandeling te komen die recht doet aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Casus Koos (vervolg)

Koos woont inmiddels een jaar in het verpleeghuis. In het verpleeghuis heeft de verpleegkundig specialist vastgesteld dat Koos suikerziekte heeft. Hij moet meerdere

malen per dag tabletten slikken, maar hij vindt dat onzin. Hij heeft nog nooit suikerziekte gehad en heeft dus geen pillen nodig. Bij iedere medicatieronde is het weer een probleem, omdat hij de pillen weigert en zijn suikers te hoog blijven.

Verpleegkundige Marloes heeft inmiddels in de gaten dat ze hem met geduld en creativiteit zo ver krijgt dat hij zijn pillen neemt. Koos vindt Marloes wel een aardige meid en Marloes zet dit in om hem de medicatie toch te laten nemen: 'Ah joh Koos, doe het nou voor mij, anders krijg ik op mijn kop dat je de medicatie niet hebt genomen.' Koos doet Marloes graag een plezier en neemt de tabletten voor haar in. Marloes weet dat deze bejegening niet gangbaar is en wellicht onethisch kan overkomen. Toch besluit zij dat zij Koos op deze creatieve wijze de zorg biedt die hij nodig heeft. Op zachte wijze beschermt ze hem, ongemerkt, tegen de gevaren van zijn gebrek aan ziekte-inzicht.

Ze bespreekt haar werkwijze multidisciplinair, zodat de strategie bekend is en er kan worden afgewogen of deze aanpak ethisch en juridisch verantwoord is. Zowel het team als zijn vertegenwoordiger besluit dat de risico's groter zijn dan de mogelijke bezwaren van de gekozen bejegening en strategie. Het zorgteam neemt haar strategie over; zorgverleners met wie Koos een klik mee heeft, geven hem de medicatie. Hierdoor lukt het om zijn suikerspiegel op een acceptabel niveau te houden en verdere schade aan zijn lichaam te voorkomen.

LITERATUUR

1. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht; 2009.
2. Meertens R, Lange J de, Smits C. Zorgprogramma Korsakovsyndroom. Utrecht; 2001.
3. Goossensen A, Arts K, Beltman M. Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis 'Mij mankeert niks'. Rotterdam: Korsakov Kenniscentrum; 2007.
4. Arts K. Het syndroom van Korsakov (I): ontstaan en geheugenstoornissen. Patient Care, Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie augustus 2004;2-9.
5. Vanparijs A. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling van geheugenstoornissen bij het alcohol-geïnduceerd syndroom van Wernicke-Korsakov. Nijmegen; 2002.
6. Noppen M van, Nieboer J, Ficken M, Weide W van der. De empathisch-directieve benadering: zorg voor cliënten met het syndroom van Korsakov. Den Haag: Saffier; 2007.
7. Arts K. Het syndroom van Korsakov (II): centraal executieve stoornissen en behandeling. Patient Care, Neuropsychiatrie en Gedragsneurologie oktober 2004;10-6.
8. Blansjaar BA. Het syndroom van Korsakov. Ned Tijdschr Geneesk. 1993;137:1043-8.
9. Zorgkantoor Noord-Holland Noord. Doelgroeponderzoek Korsakov. Alkmaar; 2010.