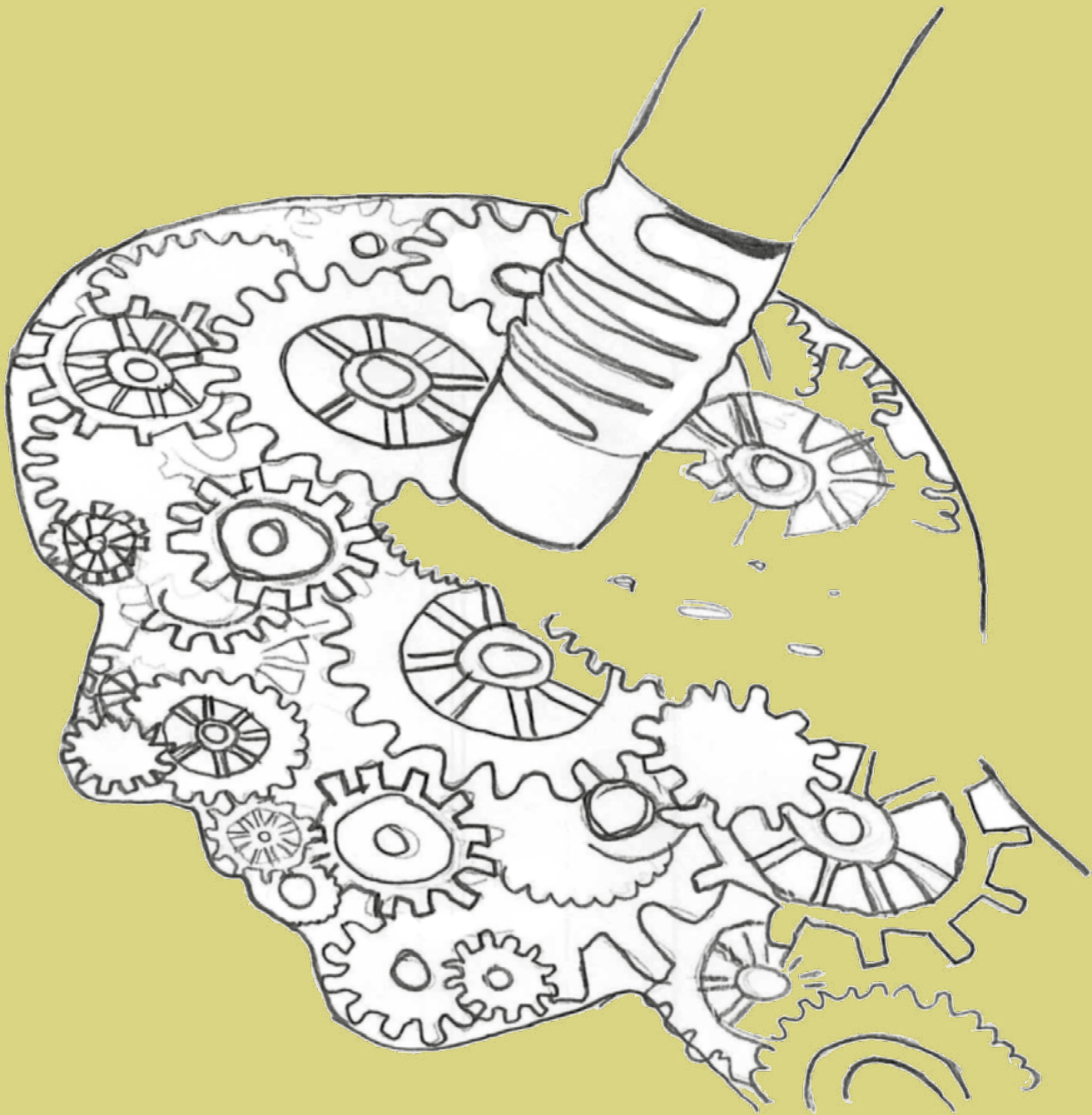


Informatiebrochure **KORSAKOV**



Met praktische tips om niet te vergeten



Woord vooraf

De laatste jaren zet de geestelijke gezondheidszorg terecht meer in op hulpverlening binnen de thuissituatie van cliënten, gewoon in de maatschappij. Mensen die een bepaalde kwetsbaarheid ontwikkelen tijdens hun leven, zijn en blijven altijd meer dan een cliënt met een verzameling van symptomen. Zij blijven hun rol houden als vader, dochter, werknemer, vriend, buur, ...

Binnen de residentiële opnamesetting van onze afdeling, **A Tempo**, hebben wij doorheen de jaren expertise opgebouwd in de begeleiding van mensen met het syndroom van Korsakov. Continuïteit van zorg en aanpak is voor hen zeer belangrijk, wat samenwerking tussen alle betrokkenen (zowel professionals als familie, vrienden, kennissen) noodzakelijk maakt. Dit gaat het makkelijkst als iedereen dezelfde zorgtaal spreekt. In deze brochure willen wij een overzicht bieden van wat deze zorgtaal omvat.

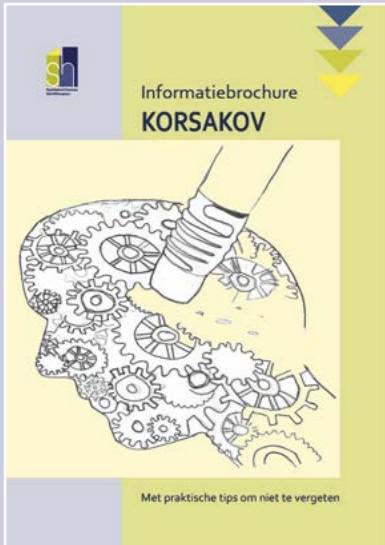
Naast diagnostiek bieden we een intensief cognitief revalidatietraject aan. We hanteren een empathisch directieve begeleidingsstijl vanuit een sterk herstelgerichte visie. Binnen een duidelijk gestructureerde dagindeling krijgt elke cliënt een programma op maat dat interdisciplinair gedragen wordt.

Hierin krijgt een ruim scala van (cognitieve) hulpmiddelen een plaats en werken we naar een zo groot mogelijke autonomie waarin de persoonlijke wensen en waarden van elke cliënt centraal staan.

In het eerste deel van deze brochure willen we stilstaan bij het syndroom van Korsakov, wat dit betekent en wat de gevolgen kunnen zijn voor het opnemen van de eerder genoemde rollen. In een tweede deel willen we vanuit onze praktijkervaring een aantal handvaten aanreiken om de dagelijkse uitdagingen binnen de zorg voor deze doelgroep vorm te geven. Tot slot kan u achteraan deze brochure nog een aantal contactgegevens en personalia van onze afdeling terugvinden.

Aan deze brochure werkten verschillende hulpverleners van onze afdeling mee, elk vanuit hun eigen discipline. Op deze manier onderstrepen we meteen de kracht van samenwerking en dragen we onze overtuiging uit dat we, binnen de zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov, steeds oog moeten hebben voor de totale mens en verder moeten durven kijken dan enkel de kwetsbaarheid.

*Met warme groeten
Het voltallige A tempo team*

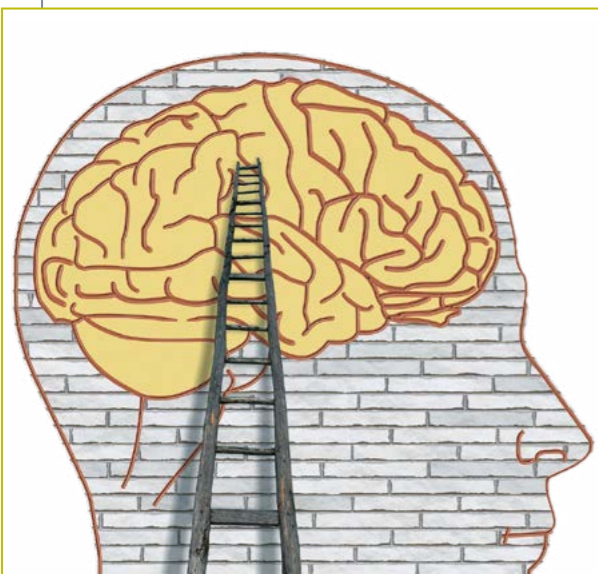


Inhoudsopgave

Woord vooraf	3	Therapeutisch kader bij personen met het syndroom van Korsakov	15
Wat is het syndroom van Korsakov?	6	Herstelgericht werken (SRH)	15
Geheugenstoornissen	7	Empathisch Directieve Benadering	16
Werking van het geheugen	7	De 5 K's	16
Verstoorde werking van het geheugen bij het syndroom van Korsakov	8	Hulpmiddelen.....	18
Confabulatie	8	Structuur	18
Desoriëntatie in tijd/ruimte/persoon	9	Agenda	18
Sturingsvaardigheden	9	Trajecttraining	19
Beperkt of geen ziekte-inzicht of ziektebesef	9	De ervaring vanuit de praktijk toegepast op de acht levensdomeinen van het herstelgericht werken	20
Plannings- en organisatiemoeilijkheden	9	Levensdomein Zelfzorg	20
Start- en stopproblemen	9	Levensdomein Vrije tijd	22
Probleemoplossend vermogen	10	Levensdomein Werk	23
Emotieregulatie	10	Levensdomein Wonen	23
Aandacht	10	Levensdomein Gezondheid	23
Lichamelijke stoornissen	10	Levensdomein Leren/opleiding	24
Psychische stoornissen	10	Levensdomein Veiligheid	24
Individuele verschillen	11	Levensdomein Sociale relaties	24
Syndroom van Korsakov en herval in alcoholgebruik	11	Leestips	26
Hoe wordt Korsakov gediagnosticeerd?	12	Begeleiding van mensen met het syndroom van Korsakov in een notendop (voor familie en begeleiding).....	27
Vroegdetectie en preventie van het syndroom van Korsakov	13		

Wat is het syndroom van Korsakov?

Het syndroom van Korsakov is een onomkeerbare hersenaandoening die gekenmerkt wordt door geheugenstoornissen en problemen met sturingsvaardigheden. Dit syndroom komt vooral voor als gevolg van chronisch alcoholmisbruik. Bij de verbranding van alcohol wordt vitamine B1 (thiamine) verbruikt. In combinatie met een verminderde inname en opname van vitamine B1 bij chronisch alcoholmisbruik ontstaat er een tekort. De beslissende factor bij het ontstaan van Korsakov is niet zozeer de alcohol op zich maar het gebrek aan vitamine B1. Door dit tekort kan er onomkeerbare weefselbeschadiging ontstaan in specifieke gebieden van de hersenen, die verantwoordelijk zijn voor verschillende functies.



Het syndroom van Korsakov bestaat uit verschillende componenten, enerzijds de alcoholverslaving, anderzijds de hersenbeschadiging. Door de cognitieve problemen (geheugenproblemen, concentratieproblemen, ...) die het gevolg zijn van deze beschadiging kan de standaardbehandeling van alcoholverslaving niet altijd toegepast worden.

Volgende symptomen kunnen in mindere of meerdere mate voorkomen:

- Geheugenstoornissen
 - ◇ Problemen met kortetermijngeheugen/ werkgeheugen
 - ◇ Problemen met langetermijngeheugen
 - ◇ Confabuleren
- Desoriëntatie in tijd, ruimte en persoon

- Verstoorde sturingsvaardigheden (= het vermogen om dingen te organiseren, te plannen of gedrag te sturen (stoppen en starten))
 - ◇ Beperkt of geen ziekte-inzicht
 - ◇ Gebrek aan initiatiefname
 - ◇ Plannings- en organisatiestoornissen
 - ◇ Start- en stopproblemen
 - ◇ Verstoord probleemoplossend denken
 - ◇ Verminderde emotieregulatie
- Lichamelijke stoornissen
- Psychische stoornissen

Geheugenstoornissen

Elke persoon met het syndroom van Korsakov heeft in een bepaalde mate geheugenproblemen. Voor een goed begrip hiervan is het belangrijk om de werking van het geheugen te kennen.

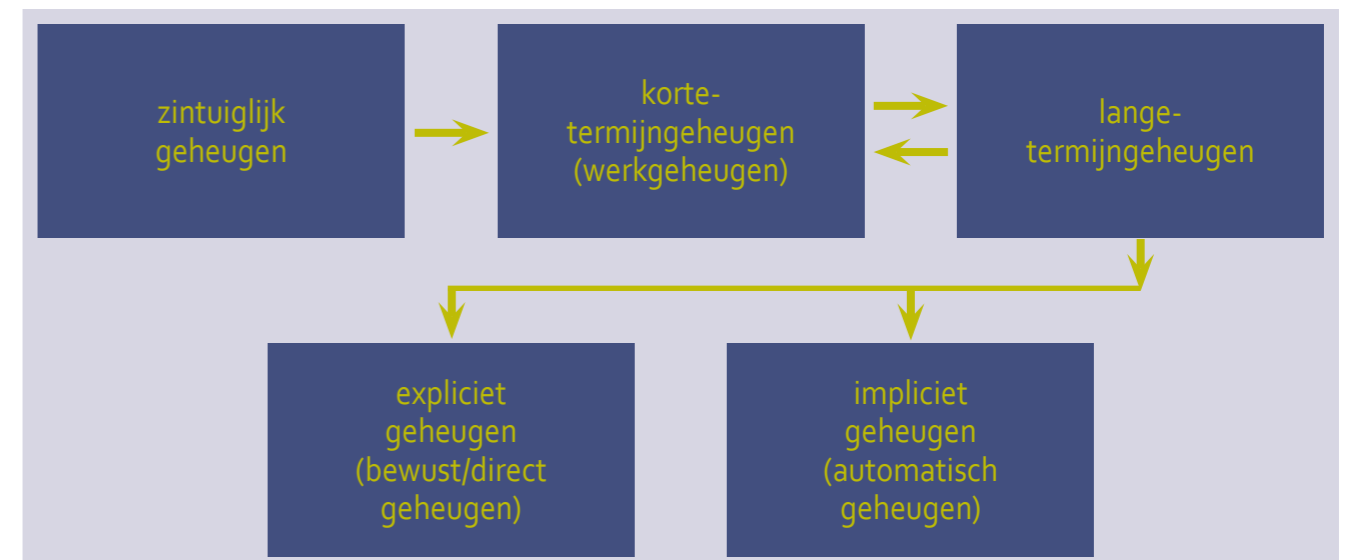
Werking van het geheugen

Het geheugen bestaat uit verschillende onderdelen met elk verschillende functies. Dit is een zeer complex gegeven dat we hier zo eenvoudig mogelijk voorstellen.

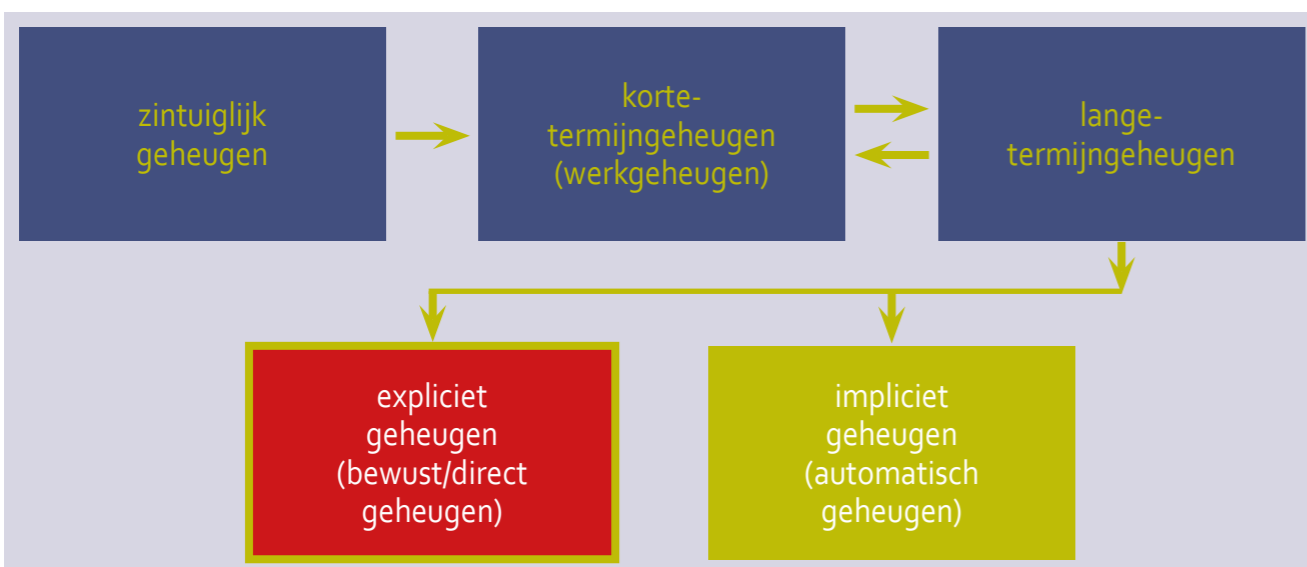
- **Zintuiglijk geheugen:**
Alle prikkels die binnenkomen via de

zintuigen. Deze informatie wordt slechts een aantal milliseconden bewaard. Veel hiervan gaat onmiddellijk verloren.

- **Kortetermijngeheugen (werkgeheugen):**
Hier blijft een deel van de informatie uit het zintuiglijk geheugen slechts korte tijd (van enkele seconden tot enkele minuten) bewaard. Dit geheugen bevat enkel de informatie die je op dat moment verwerkt en nodig hebt, vandaar ook de naam 'werkgeheugen'.
- **Langetermijngeheugen:**
Hier wordt de informatie langdurig opgeslagen, soms wel een leven lang. Binnen dit langetermijngeheugen kennen we 2 onderdelen:
 - ◇ *Expliciet of bewust/direct toegankelijk geheugen:*
Hier vinden we de informatie die bewust toegankelijk is: feiten die je zelf hebt meegemaakt en/of geleerd hebt.
 - ◇ *Impliciet of automatisch geheugen:*
Alle informatie die niet bewust toegankelijk is wordt hier opgeslagen. Vaak gaat het hier over goed aangeleerde vaardigheden of automatismen zoals zwemmen, fietsen, vaak gebruikte routes, ...



Verstoorde werking van het geheugen bij het syndroom van Korsakov



- **Zintuiglijk geheugen:**
Blijft intact
- **Kortetermijngeheugen (werkgeheugen):**
Werking is meestal intact
- **Langetermijngeheugen:**
We verwijzen opnieuw naar de 2 onderdelen (zie pag. 7 'Werking van het geheugen'):
 - ◇ **Impliciet of automatisch geheugen:**
Doorgaans intact bij personen met het syndroom van Korsakov. Goed aangeleerde vaardigheden blijven behouden. Omdat dit geheugen goed werkt, wordt in de behandeling vooral hierop een beroep gedaan voor het aanleren van nieuwe vaardigheden.
 - ◇ **Expliciet of direct/ bewust toegankelijk geheugen:**
Is in mindere of meerdere mate aangetast. Zo kunnen cliënten moeite hebben om zich gebeurtenissen uit het verleden te herinneren en om deze in de juiste tijdsvolgorde te plaatsen. Ook nieuwe informatie opslaan lukt vaak

minder goed. Cliënten kunnen soms wel informatie herkennen, maar deze niet zomaar ophalen uit het langetermijngeheugen. Zo herkennen ze bijvoorbeeld wel personen op een foto, maar weten ze niet meer hoe die heten. In de praktijk treedt de aantasting van dit geheugen het meest op de voorgrond.

Confabulatie

Confabuleren of 'eerlijk liegen': het onbewust creëren van verhalen of antwoorden om leemtes in het geheugen op te vullen. Vaak gaat het hier om een mix van waargebeurde feiten uit het verleden en verhalen die door derden verteld werden. Deze verhalen kunnen zeer echt overkomen. Het is iets anders dan liegen: bij liegen wordt er bewust een onwaar verhaal verteld, bij confabuleren is de cliënt zich hiervan niet bewust. Vaak is de cliënt dan ook overtuigd van zijn verhaal.

Desoriëntatie in tijd/ruimte/persoon

Nieuwe gegevens worden moeilijker opgeslagen. Mensen met het syndroom van Korsakov onthouden een nieuwe omgeving, nieuwe gezichten, een nieuw jaartal dus minder goed. Hierdoor kunnen zij verward overkomen omdat ze niet kunnen aangeven waar ze zijn, wie jij bent of welke dag of zelfs jaar het is.

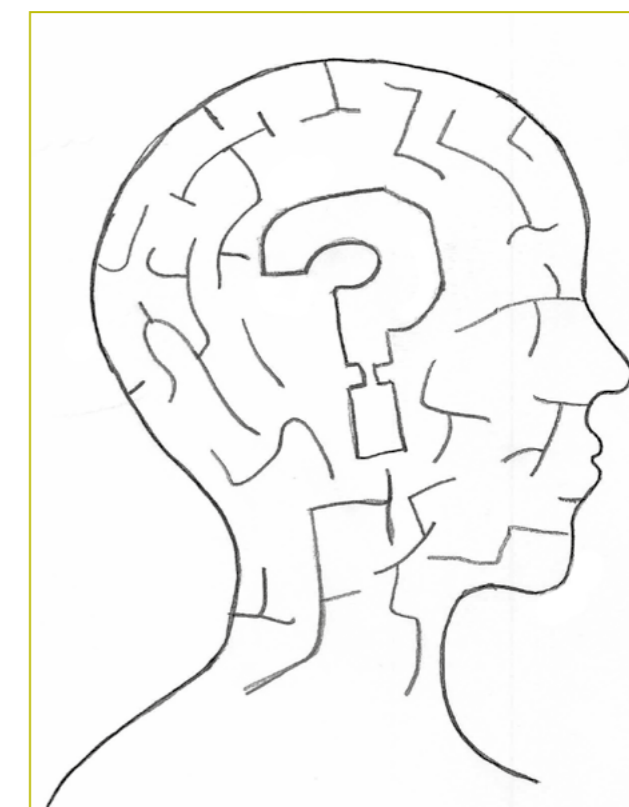
Sturingsvaardigheden

We hebben het hier over het vermogen om dingen te organiseren, te plannen of gedrag te sturen (stoppen en starten), soms ook wel benoemd als 'executieve functies'. We proberen de belangrijkste onderdelen hiervan apart toe te lichten. In realiteit zijn deze natuurlijk sterk met elkaar verweven.

Beperkt of geen ziekte-inzicht of ziektebesef

Het gebrek aan ziekte-inzicht of ziektebesef is een vaak voorkomend symptoom bij mensen met het syndroom van Korsakov. Sommigen zijn zich wel bewust van de diagnose en weten dat er iets aan de hand is (ziektebesef) maar hebben geen inzicht op het effect hiervan op hun dagelijks functioneren en handelen (ziekte-inzicht). Anderen kunnen hun eigen beperkingen moeilijk tot niet inschatten. Zij schatten zichzelf bv. op functioneringstesten in als volledig zelfstandig, terwijl ze in werkelijkheid op verschillende levensdomeinen ondersteuning nodig hebben. Het beperkte of afwezige ziekte-inzicht vormt een hele uitdaging voor de behandelaar: cliënten zien vaak niet in waarom zij een behandeling of therapie nodig hebben, aangezien zij vinden dat er niets mis is.

Plannings- en organisatieproblemen



Bij een gekende activiteit kunnen mensen met het syndroom van Korsakov een beroep doen op het impliciet geheugen (zie pag. 7 'Werking van het geheugen'), wat een positieve invloed kan hebben op de slaagkans van de activiteit. Bij een nieuwe of complexe opdracht is het zeer moeilijk voor de cliënt met het syndroom van Korsakov om terug te grijpen naar gekende oplossingen en/of aangeleerde routines. De cliënt kan dan mogelijks essentiële deelstappen en/of het doel van de actie vergeten. Daardoor voert hij/zij de activiteit vaak chaotisch en ongeorganiseerd uit. Soms weet hij/zij op den duur geen uitweg meer, wat heel verlamrend kan werken. Daardoor hebben cliënten met het syndroom van Korsakov meer nood aan sturing.

Start- en stopproblemen

Eens aan de activiteit begonnen is, kunnen volgende problemen optreden:

Opstartmoeilijkheden: Vaak hebben mensen met het syndroom van Korsakov het moeilijk om een handeling te starten. Deze houding wordt soms door anderen foutief als gemakzucht gezien. In werkelijkheid hebben cliënten geen idee hoe ze aan de handeling moeten beginnen. Men spreekt ook van 'wilszwakte'. De wil om iets te kunnen is verstoord. Cliënten zeggen soms 'ik kan het niet', maar het klinkt voor de buitenstaander als 'ik wil het niet'... Een hulpverlener kan dan fungeren als externe motivator, aanzetter tot actie.

Stopproblemen: eenmaal cliënten in een bepaalde routinehandeling belanden, kan het moeilijk zijn om deze handeling stop te zetten. Ook hier zal ondersteuning van de hulpverlener nodig zijn.

Probleemoplossend vermogen

Mensen met het syndroom van Korsakov hebben vaak een verstoord probleemoplossend vermogen. Dit is het vermogen om problemen te (h)erkennen en vervolgens tot een plan te komen om ze op te lossen.

Emotieregulatie

Dit hangt heel nauw samen met het probleemoplossend vermogen. Wanneer er voor een bepaald probleem geen oplossing gevonden wordt, kan dit leiden tot frustraties. Door het gebrekkige of afwezige ziektebesef zijn deze frustraties voor mensen met het syndroom van Korsakov vaak moeilijk te plaatsen. Veel reacties zijn mogelijk: bv. de activiteit stop zetten, beginnen roepen, de schuld bij iemand anders leggen, oorzaak buiten zichzelf zoeken, ... Het gevaar hierbij is dat de cliënt wel het negatieve gevoel onthoudt, maar niet de concrete omstandigheden, oorzaken of oplossingen. Het gevoel wordt langer bijgehouden dan de concrete activiteit. Hierdoor hebben mensen met het syndroom van Korsakov de neiging om een

onbekende of nieuwe activiteit in de toekomst te vermijden.

Aandacht

Mensen met het syndroom van Korsakov hebben moeite om hun aandacht te richten en zich gedurende een langere periode te concentreren. Hersenen verbruiken in een gezonde toestand reeds heel wat energie. In een toestand waarbij delen van de hersenen zijn beschadigd kost dit de persoon nog een hoop extra energie om getroffen hersengebieden te omzeilen of te compenseren. We noemen dit ook 'mentale moeheid'. Dit kan als gevolg hebben dat mensen met het syndroom van Korsakov reeds na een korte periode van concentratie vermoeid raken en taken, gesprekken of plannen niet kunnen afwerken. De mentale moeheid laat dit niet toe. We willen graag nog eens benadrukken dat deze sturingsvaardigheden allen erg met elkaar verweven zijn en elkaar sterk beïnvloeden. Ook de mate waarin het geheugen is aangetast heeft zijn invloed op de sturingsvaardigheden.

Lichamelijke stoornissen

Door chronisch alcoholgebruik kunnen er verschillende lichamelijke problemen ontstaan. De meest voorkomende stoornissen vindt men in het maag-darmstelsel (mond- en keelcarcinomen), de lever, het zenuwstelsel (breed gangpatroon, verstoorde fijne- en grove motoriek), het hart- en vaatstelsel. Ook ziet men een verzwakt afweermechanisme.

Psychische stoornissen

Psychische stoornissen kunnen mede aan de basis liggen van het ontstaan van het syndroom van Korsakov of omgekeerd. Voorbeelden zijn depressie en angststoornissen. Regelmatig zien we ook een toegenomen achterdocht bij mensen met geheugenproblemen. In principe kunnen alle

vormen van psychische problemen voorkomen naast het syndroom van Korsakov.

Individuele verschillen

We hebben getracht om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de meest voorkomende stoornissen bij het syndroom van Korsakov. De mate waarin deze verschillende stoornissen voorkomen en de invloed die ze hebben op het dagelijks functioneren verschilt echter van persoon tot persoon. Geheugenstoornissen kunnen bijvoorbeeld de andere stoornissen versterken.

Syndroom van Korsakov en herval in alcoholgebruik

Bij het syndroom van Korsakov zijn, zoals hierboven beschreven, verschillende cognitieve functies beschadigd. Dit heeft invloed op het stop-systeem in de hersenen. Waar mensen zonder cognitieve problemen de gevolgen van hun gedrag beter kunnen inschatten, alternatieve gedragingen kunnen bedenken of geen gevolg geven aan de zin in alcohol kan dit bij mensen met het syndroom van Korsakov verstoord verlopen.

Tegelijk is het beloningssysteem in de hersenen door het dikwijls langdurig overmatig alcoholmisbruik en de verslaving ontregeld. Doordat het gevoel van beloning voor een lange tijd enkel kon bereikt worden door alcohol zal het beloningssysteem automatisch op zoek gaan naar mogelijkheden om deze alcohol terug te verkrijgen. Dikwijls is er ook de link gelegd tussen de beloning en de context. Zo kan een café- of winkelbezoek het gevoel van beloning en de daarbij horende drang naar alcohol wakker maken.

Bij herstel van verslaving zouden de hersenen moeten helpen om de drang naar alcohol te negeren, of alternatief gedrag moeten kunnen voorstellen. De cognitieve problemen die gepaard gaan met het syndroom van Korsakov bemoeilijken dit sterk. Sommige mensen met het syndroom van Korsakov willen wel 'nee' zeggen tegen alcohol maar kunnen dit niet: de hersenen zijn er moeilijker toe in staat. Het beperkte of afwezige ziekte-inzicht bij mensen met Korsakov maakt dat zij bovendien moeilijker begrijpen waarom alcohol zo sterk wordt afgeraden.

Herval komt dus bij mensen met het syndroom van Korsakov vaak voor, ondanks het gevaar voor de fysieke en cognitieve gezondheid.

De klassieke verslavingszorg richt zich vooral op motivatie en introspectieve vaardigheden.

Bij mensen met het syndroom van Korsakov werken we eerder met hun omgeving, waarbij we de mogelijkheid tot het nuttigen van alcohol minimaliseren. We spreken hier van beveiliging door middel van omgevingsaanpassing. Denk hierbij aan financiële beperkingen, blaasmomenten, winkelen met thuishulp, etc.

We houden bij een uitschuiver of herval steeds rekening met de achterliggende cognitieve problemen. Tijdens een gesprek met de cliënt bespreken we het herval, zonder eventuele problemen uit de weg te gaan. Volledige abstinentie is nog steeds het doel. We proberen om een uitschuiver of een herval als leermoment te beschouwen en indien nodig oude of nieuw aangeleerde gewoontes te doorbreken. In extreme gevallen kan een (her)opname zich aandienen.





aandoening (risico op overlijden: 10-15 %). Van de overlevenden ontwikkelt 85 % een syndroom van Korsakov. Omgekeerd hebben ongeveer 50 % van de mensen met het syndroom van Korsakov een syndroom van Wernicke in de voorgeschiedenis. Vermoedelijk is er bij de andere 50 % sprake van herhaalde, onopgemerkte, subacute tekorten aan thiamine. Bij deze laatste groep zijn geheugenproblemen vaak de eerste opgemerkte symptomen.

In de preventie van het syndroom van Korsakov is dus eveneens de preventie en vroegtijdige behandeling van het syndroom van Wernicke cruciaal. De behandeling en preventie van het syndroom van Wernicke bestaan uit het tijdig toedienen van thiamine via intraveneuze (behandeling) of intramusculaire (preventie) weg. Een groot gevaar hierbij is het feit dat het

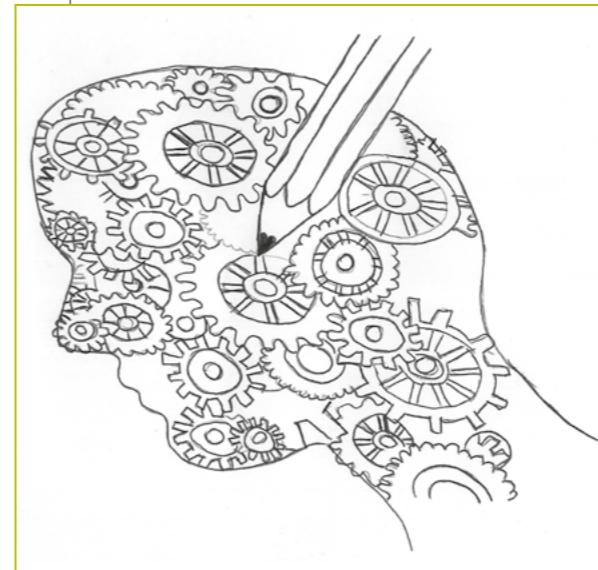
syndroom van Wernicke soms pas laattijdig onderkend wordt. Het klinisch toestandsbeeld kan namelijk onterecht worden aanzien als de acute gevolgen van dronkenschap of een delier ten gevolge van alcoholontwenning. Bovendien komt de klassieke triade van symptomen (verwardheid, ataxie en nystagmus) slechts voor bij 16-38 % van de patiënten met een syndroom van Wernicke. Het is daarom van belang om steeds preventief thiamine toe te dienen bij ontwenning na langdurig alcoholmisbruik.

Een extra aandachtspunt ten slotte is dat er thiamine verbruikt wordt bij de verbranding van glucose. Vooraleer er preventief thiamine is toegediend mogen er dus geen suikers (eten) worden toegediend via de voeding of intraveneus aangezien dit een acuut tekort aan thiamine zou kunnen uitlokken.



Therapeutisch kader bij personen met het syndroom van Korsakov

In dit hoofdstuk lichten we kort de verschillende denkkaders toe, die we binnen de zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov hanteren. Wij gebruiken deze handvaten elke dag, en hopen dat ze ook u van nut kunnen zijn. Het bestek van deze informatiebrochure is echter te klein om alle details grondig te kunnen bespreken. Wie meer wil weten, kan ons steeds contacteren of gebruik maken van de leestips aan het einde van deze brochure.



Herstelgericht werken (SRH)

Ieder mens vervult verschillende rollen in zijn/haar leven. We kunnen van alles zijn: kind, partner, ouder, werknemer, vriend, student, ... Het vervullen van deze rollen geeft zin aan ons leven. Vanuit een persoonlijk waardenkader kiezen we er bewust of onbewust voor om bepaalde rollen op een specifieke, persoonlijke manier vorm te geven. De manier waarop we dit doen, maakt ons als mens uniek en levert motivatie en 'drive' tijdens ons leven.

Een specifieke psychische kwetsbaarheid hoeft dit niet te doorkruisen. We merken wel dat dit een grote invloed heeft op de verschillende levens- en persoonlijke domeinen en de daaruit voortvloeiende rollen die we kunnen opnemen.

We onderscheiden binnen herstelgericht werken 4 *Levensdomeinen*, die vaak verbonden zijn aan een plaats en bijgevolg ook aan iets tastbaars: *wonen, werken, vrije tijd en vorming*. Daarnaast benoemen we 4 *persoonlijke domeinen*, die minder grijpbaar zijn: *gezondheid, relaties, (zelf-)zorg en veiligheid*. Binnen herstelgericht werken trachten we al deze domeinen in beeld te houden en op die manier in te

zetten op een waardevol leven, ook mét een bepaalde kwetsbaarheid.

Iemand met het syndroom van Korsakov is en blijft immers veel meer dan de verzameling van zijn symptomen. Het kijken door een herstelgerichte bril doet de blik verschuiven van de problemen naar de hoop: we zoeken samen naar hoe de cliënt een kwaliteits- en betekenisvol leven kan leiden, en op welke manier zijn/haar specifieke kwetsbaarheid daarin een plaats heeft. Deze zoektocht wordt echter sterk gekleurd door de (soms vele) cognitieve hindernissen verbonden aan het syndroom van Korsakov. Daarnaast zijn er vaak fysieke grenzen waar we tegenaan botsen.

Empathisch Directieve Benadering

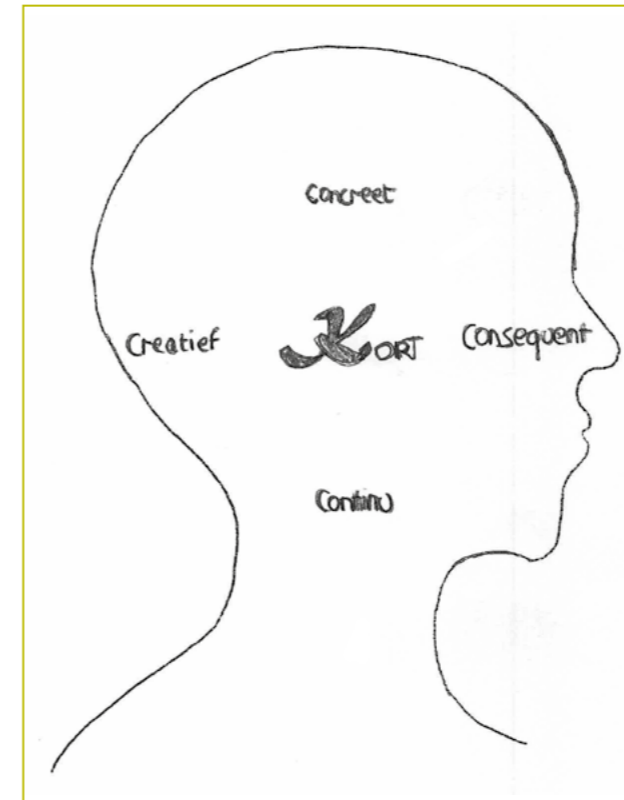
In de alledaagse begeleiding van mensen met het syndroom van Korsakov hanteren we de empathisch directieve benadering. De begeleider probeert zich in te leven in de gevoelens en het denken van de cliënt (empathisch), zonder te oordelen. Op deze manier kan de begeleider een vertrouwensband opbouwen. Deze vertrouwensband is nodig om het tweede deel van de benadering, het directieve, te kunnen uitvoeren. Om de tekorten binnen het geheugen en de sturingsvaardigheden op te vangen, gebruiken we als begeleider verbale en non-verbale directieven: we zeggen hoe de cliënt iets moet doen of tonen het. De begeleiders zijn binnen deze aanpak de prothese voor de tekorten van de cliënt.

De 5 K's

De basis voor de empathisch directieve benadering is het 5K model. Dit communicatie-

model is ontwikkeld om cliënten zekerheid en veiligheid te bieden en houdt rekening met de beperkingen van de cliënt. Het model gaat uit van 5 principes.

- Kort:**
 Gebruik korte zinnen. Behandel één onderwerp per zin of situatie. Bv.: 'Hier zijn uw spullen. Gaat u mee naar de douche.'
- Concreet:**
 Sluit zo duidelijk mogelijk aan bij het hier en nu, waardoor je het echt concreet maakt. Niet zomaar zeggen: 'Kom, gaat u zich maar wassen...', maar: 'Hier zijn uw spullen. Gaat u mee naar de douche.' (Zeep en handdoek aangeven en meelopen naar de douche.)
- Consequent:**
 Zorg ervoor dat alle hulpverleners in vergelijkbare situaties hetzelfde handelen. Anders kan het verwarrend zijn voor de cliënt.
- Continu:**
 Zorg voor regelmaat in de zorg. Het is voor cliënten met het syndroom van Korsakov heel belangrijk dat vaste gebeurtenissen steeds terugkomen op vaste tijden en in een vast ritme. Bv. elke ochtend douchen i.p.v. maandag – woensdag – vrijdag. Op deze manier kan je een structuur creëren waardoor de activiteiten geautomatiseerd kunnen worden. Structuur geeft ook veiligheid.
- Creatief:**
 Wees als begeleider creatief in oplossingen zoeken en flexibel denken. Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt of deze situatie?



De basis in de begeleiding is empathie en respect voor de eigenheid van de cliënt. Zo creëer je ook een sfeer van onderling vertrouwen.

Foutloos leren

Wat verstaan we hieronder?

Nieuwe vaardigheden aanleren en kennis verwerven verloopt normaal via het trial-and-error principe (we spreken ook wel van 'leren

uit je fouten'). Hiervoor moeten de beide onderdelen van het langetermijngeheugen (expliciet en impliciet: zie pag. 7 'Werking van het geheugen') goed werken. Bij trial-and-error leren herkent het expliciete geheugen de fout, waardoor we ons handelen kunnen corrigeren. Zoals eerder aangegeven werkt dit expliciete geheugen echter niet meer of onvoldoende bij mensen met het syndroom van Korsakov.

Daarom stappen we in de dagelijkse begeleiding over naar het principe van 'foutloos leren', waarbij we vooral gebruik maken van het intacte impliciete geheugen. In de praktijk voorkomt de begeleider dat de cliënt een fout maakt. Dit proces verloopt in 8 fasen (zie tabel).

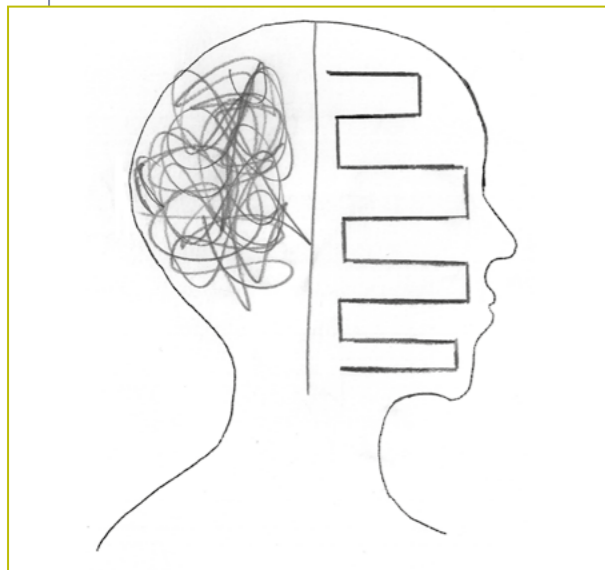
Niet iedereen evolueert tot fase 8. De ernst van het syndroom van Korsakov zal de intensiteit van de ondersteuning bepalen, en daarbij ook tot welke fase de cliënt geraakt.

Eenmaal een vaardigheid is aangeleerd blijft het noodzakelijk om regelmatig ondersteuning te geven. Als men dit niet doet zal de aangeleerde vaardigheid terug afzwakken. In sommige situaties is het zelfs nodig om een aantal fasen terug te gaan in het proces, om de cliënt de juiste nodige ondersteuning te bieden.

Fase	Kenmerken
1	Hand in hand begeleiding bij alle activiteiten (voordoen, meedoen).
2	Aanwijzingen en ondersteuning (zeggen wat gedaan moet worden).
3	Minimale ondersteuning van aangeleerde vaardigheden. Uitbreiden van activiteiten en vergroten leefomgeving.
4	Onderhouden van aangeleerde vaardigheden. Uitbreiden van activiteiten en vergroten leefomgeving.
5	Cliënt krijgt verantwoordelijkheden.
6	Cliënt is georiënteerd in de directe woonomgeving en kan omgaan met regels, afspraken en verantwoordelijkheden.
7	Cliënt laat veiligheid van de groep los en kan zich bewegen in de maatschappij.
8	Cliënt neemt deel aan sociale en maatschappelijke activiteiten.

Hulpmiddelen

Steunend op de theoretische principes van hoofdstuk 4, vermelden we hier de drie belangrijkste hulpmiddelen die we elke dag aanwenden in de zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov.



Structuur

Structuur begint met een goede daginvulling. Personen met het syndroom van Korsakov hebben soms moeilijkheden om hun dag in te vullen en te plannen. Een gestructureerde omgeving biedt ook duidelijkheid. Dit kan op verschillende vlakken. Bijvoorbeeld door pictogrammen, een verjaardagskalender met foto's van familieleden of vrienden erbij, ... Een digitale klok met datumaanduiding en een vast dag- en weekschema mogen niet ontbreken. Door alles op een vaste plaats samen te leggen, creëert men een geheugenhoek. Hierdoor kan de persoon met het syndroom van Korsakov zich oriënteren in tijd en plaats en zorgt men voor een veilige omgeving.

Agenda

De agenda is een zeer belangrijk hulpmiddel om een aantal nadelige effecten van de geheugenstoornissen te verminderen en biedt voorspelbaarheid en rust. Het is de houvast van een persoon met het syndroom van Korsakov.

Overzicht Agenda

Persoonlijk	Opname gegevens, adressen, begeleiding, andere persoonlijke gegevens,...
Financieel	Financiën, behandelstatuut, pistes rond wonen, werken en andere sociale info.
Afdeling	Afspraken rond bezoeken, consultatie arts, kamergebruik, roken, medicatie, alcohol, persoonlijke bezittingen, foto's personeel,...
Behandeling	Medicatiefiche, teamafspraken, onderzoeksresultaten, consultatie Dr.Kleinen, alcohol- en medicatiecontract, infofiche therapie, time-in,....
Persoonlijk profiel	Persoonlijkplan/profiel, De Stap,
Geheugensteuntjes	Terreinverkenningen, boodschappenlijst,...
Varia	Verslag vergadering, ...
Agenda	Agendablaadjes, weekschema.

1 januari 2019

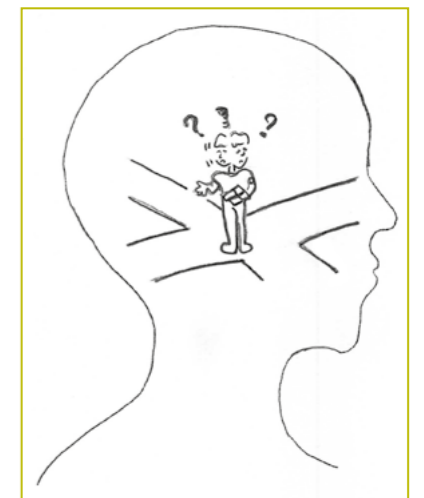
dinsdag	
8u00	
8u30	
9u00	dagopening + kamerorde
9u30	
10u00	
10u30	
11u00	
11u30	
12u00	
13u00	
13u30	

De agenda dient om zaken en afspraken in te noteren en helpt om alle informatie terug te vinden. Een deel is voorzien voor persoonlijke informatie (telefoonnummers, adressen, belangrijke trajecten, ...). Iedereen die betrokken is bij de zorg dient consequent gebruik te maken van de agenda om afspraken, bezoeken, activiteiten, consultaties te plannen en te noteren. De cliënt moet steeds zijn/haar agenda bij zich hebben omdat hij/zij hier altijd een beroep op moet kunnen doen. Het is belangrijk dat de cliënt hier van in het begin op een juiste manier (foutloos) mee leert werken, zodat hij/zij op elk moment de nodige informatie kan terugvinden.

Indien de cliënt vóór het ontstaan van het syndroom van Korsakov reeds gewend was om met GSM of tablet te werken kan dit ook gebruikt worden als hulpmiddel. Een voordeel hierbij is dat men gebruik kan maken van de alarmfunctie (alarmtraining).

Trajecttraining

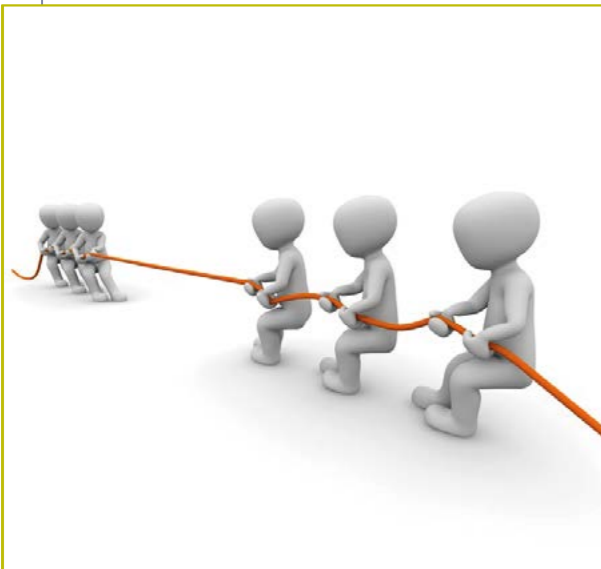
In een nieuwe omgeving kan de cliënt ernstige moeilijkheden ondervinden om zich te oriënteren. Daarom is trajecttraining een belangrijk aspect in de behandeling. We oefenen bepaalde routes die de cliënt regelmatig nodig heeft samen in. Hierbij stippen we herkenningpunten aan. Belangrijk is dat we steeds dezelfde weg nemen, zodat dit een automatisme wordt (foutloos leren). Na een tijdje kan de cliënt de route zelfstandig lopen, zonder dit te kunnen uitleggen of zelfs zonder bewust te weten dat hij/zij de route kent (vanwege het beschadigde expliciete geheugen).



De ervaring vanuit de praktijk toegepast op de acht levensdomeinen van het herstelgericht werken

De empathisch directieve benadering, het 5K model en het foutloos leren vormen de basis van de aanpak. Een goede observatie bij aanvang is cruciaal om de juiste inschatting te maken van de nodige ondersteuning. Door gebrek aan zicht op het eigen functioneren kan je als begeleider niet alleen afgaan op wat de cliënt je vertelt.

Doordat mensen met het syndroom van Korsakov problemen hebben om zaken te onthouden, te plannen en te organiseren, kunnen alledaagse taken onoverzichtelijk en beangstigend lijken.



Het aanbieden van een duidelijke dagstructuur en het gebruik van een agenda zijn daarom zeer belangrijke handvaten. Door deze consequent te gebruiken, kan de cliënt zich nieuwe gewoontes eigen maken, wat houvast en rust geeft.

De details van de structuur zijn voor elke cliënt anders. Bij sommigen is het noodzakelijk om alle deelstappen uit te schrijven en deze elke keer opnieuw consequent (zie pag. 16 'De 5K's') toe te passen. Bij anderen is het voldoende om alleen de activiteit te vermelden, waarna zij zelfstandig aan de slag kunnen.

Levensdomein Zelfzorg

Dit levensdomein omvat verschillende aspecten, vaak benoemd als IADL (instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen).

Dit zijn activiteiten die men in het gewone leven dagelijks doet, bv. persoonlijke verzorging, maaltijden bereiden en nuttigen, huishoudelijke vaardigheden, gebruik GSM, wasmachine, ...

We werken enkele praktijkvoorbeelden uit:

S. is een alleenwonende 60-jarige dame die moeilijkheden heeft met douchen en kledij verversen. 's Morgens komt de thuisverpleging langs om haar te wekken. Terwijl S. wakker wordt, verzamelt de thuisverpleging propere kledij, meldt dit even en legt deze in de badkamer. Ze zet de douche aan en geeft een duidelijke concrete instructie ('het water loopt al, kom nu in de douche'). Wanneer S. in de douche gaat kan ze de rest van de activiteit zelfstandig afwerken.

Deze dame heeft last van een startprobleem. De thuisverpleging vangt dit op door haar 's ochtends te wekken en te stimuleren om in de douche te gaan. De thuisverpleegkundige fungeert hier als externe motivator. Ze gebruikt het 5K model door korte instructies te geven en door elke dag hetzelfde te doen (continu en consequent). Op sommige momenten lukt dat minder goed en moet de thuisverpleegkundige enige creativiteit aan de dag leggen om S. te laten opstaan, bv. de lakens van het bed meteen aftrekken en verversen.

V. is een alleenwonende 62-jarige man. Hij eet enkel boterhammen en vindt dit voldoende. Na observatie merkt de hulpverlening op dat V. problemen heeft met het bedenken, aankopen en bereiden van een maaltijd. Er wordt afgesproken dat familiehelp wekelijks een menu opstelt, een lijstje maakt en plant wanneer V. naar de winkel moet. Wanneer V. zijn agenda dagelijks nakijkt weet hij wanneer deze activiteit gepland is.

V. heeft last van een geheugenprobleem, verminderde initiatiefname en een probleem met plannen. Door familiehelp in te schakelen voor het opmaken van een menu en het moment van de boodschappen al in de agenda vast te leggen, komen we hieraan tegemoet.

H. is een alleenwonende 65-jarige vrouw. Wanneer de thuishulp langskomt, merkt deze dat er nooit levensmiddelen in de kast staan. Bij nadere observatie ziet ze dat H. wel boodschappenlijstjes maakt, maar niet in de winkel geraakt. De ergotherapeut oefent samen met H. de weg naar de winkel. Ze doen dit aan de hand van een trajectbeschrijving. Hierin staat gedetailleerd hoe H. bij de winkel komt. Na enkele malen oefenen, waarbij de ergotherapeut H. zelf de weg laat vinden met behulp van de trajectbeschrijving, lukt het H. om zelfstandig de winkel te bereiken. Thuishulp neemt deze taak over en zij gebruikt consequent dezelfde route.

Dit is een voorbeeld van een oriëntatieprobleem (plaats) en een gebrek aan probleemoplossend vermogen. Door middel van de trajectbeschrijving bieden we ondersteuning voor het oriëntatieprobleem. Voorwaarde is wel dat iedereen consequent dezelfde route neemt naar de winkel (5K model/foutloos leren). Wanneer er bv. een wegomlegging is, treedt H. 's gebrek aan probleemoplossend vermogen naar voor en zullen we toch creatief op zoek moeten naar een nieuwe vaste route.

D. is een 49-jarige vrouw. Ze woont in een studio. D. had aangegeven dat ze 's avonds graag een eitje lust. Er zijn eieren in huis gehaald. Bij het volgende bezoek ziet de familiehelp dat D. geen eieren heeft klaargemaakt. Bij navraag waarom ze dit niet gedaan heeft, antwoordt D. dat dit niet ging omdat ze geen zout had om bij het ei te doen.

Niet alle ingrediënten waren aanwezig, dus was het voor D. niet mogelijk om dat ei te maken. D. kan geen beroep doen op haar probleemoplossend vermogen (bv. bij de buurvrouw lenen, het ei zonder zout eten).

Levensdomein Vrije tijd

B. is een 45-jarige man die na een opname terug thuis gaat wonen. B. doet vrijwilligerswerk op dinsdag en vrijdag. Hij hecht veel belang aan zijn vrijwilligerswerk. Sinds hij thuis is, is hij echter niet meer geweest. De aangeleerde routines van op de afdeling kon hij niet verder zetten. Daarom hangt de ergotherapeut samen met hem een memobord op. Op het memobord hangt zijn weekschema en nuttige telefoonnummers. Ze spreken af dat zijn agenda onder het bord ligt. Naast het bord hangt een klok met datumaanduiding. In samenspraak met B. programmeert de ergotherapeut in zijn gsm dat hij dagelijks zijn agenda moet nakijken. Zo blijft hij georiënteerd in tijd.

Bovenstaand probleem is een voorbeeld van desoriëntatie in tijd, geheugenproblemen en verminderd probleemoplossend vermogen. Op de afdeling volgde B. steeds het afdelingsgebeuren. Vaak zien we echter dat deze vaardigheden contextgebonden zijn en niet gegeneraliseerd raken. Thuis moet hij zich onder begeleiding een nieuwe structuur eigen maken om zijn weekplanning te kunnen uitvoeren. Dit doet hij door te werken met memobord, klok en agenda (externe hulpmiddelen).

K. is een 55-jarige vrouw die ontzettend geniet van fietsen. Toch komt ze er spontaan niet toe. De thuishulp komt twee keer per week langs. Ze spreekt af dat ze de volgende keer als ze komt samen gaan fietsen. Ze schrijft dit neer in de agenda van K. Op het moment van de

activiteit overlopen ze samen de agenda en zegt de thuishulp: 'Kom K., we gaan fietsen.' Zonder problemen gaat K. mee fietsen.

We zien hier een voorbeeld van initiatiefverlies. Vaak merken we dat mensen met het syndroom van Korsakov het moeilijk hebben om een handeling te starten. Deze houding wordt verkeerdelijk als gemakzucht gezien.

De thuishulp is op een empathisch directieve manier aan de slag gegaan door aan te voelen wat K. ontspannend vindt. Ze heeft gebruik gemaakt van het 5K model door op een korte, concrete manier een instructie te geven.

M. is sinds enige tijd opgenomen op de afdeling. Hij vindt het leuk om rummikub te spelen. Hij speelt desnoods tot 2 uur 's nachts. Om te voorkomen dat hij blijft spelen en slaap tekort komt, zet zijn begeleidster in zijn agenda dat hij dagelijks van 19.00 tot 21.00 uur kan spelen. De aanwezige verpleegkundigen houden dit mee in het oog en begrenzen hem.

M. heeft een stopprobleem: hij kan zijn routines zonder ondersteuning van de hulpverlener moeilijk stop zetten.

W. is een 50-jarige vrouw die sinds kort alleen woont. Ze merkt dat ze moeite heeft om haar dag in te vullen. Ze komt er echter niet toe om dit te organiseren. Ze weet niet waar te zoeken naar activiteiten, hoe contact op te nemen of dingen in te plannen in haar weekschema. De ergotherapeut zoekt samen met W. naar een zinvolle dagbesteding: ze kiezen samen voor een vrij atelier. De ergotherapeut maakt voor W. een afspraak en schrijft het in haar agenda.

Dit is een voorbeeld van beperkte initiatiefname en het onvermogen om te plannen en

organiseren. Een daginvulling geeft structuur en zorgt ervoor dat W. zich niet isoleert.

Levensdomein Werk

X. is een 47-jarige man die graag terug wil gaan werken als magazijnier. Hij geeft zelf aan dat hij het syndroom van Korsakov heeft. Hij denkt dat hij nog dezelfde vaardigheden heeft als voorheen, maar uit observaties blijkt dat hij uitvalt op plannings- en organisatievaardigheden, basiscompetenties om zijn werk te kunnen uitvoeren. Bovendien heeft het bedrijf de werkorganisatie licht gewijzigd. Na het hernemen van zijn job, blijkt dan ook dat dit toch moeilijk verloopt. X.'s jobinhoud wordt wat aangepast: hij mag nu de job van orderpicker uitvoeren. Zo krijgt hij kortere en consequentere opdrachten, waardoor zijn werkvreugde terugkeert.

Dit voorbeeld geeft het verminderde ziekte-inzicht/besef aan. X. weet dat hij het syndroom van Korsakov heeft, maar is ervan overtuigd dat het geen invloed heeft op zijn werk. Ook al krijgt hij testresultaten, observaties, voorbeelden. X. legt niet de link naar zijn eigen vaardigheden. Voor hem blijft alles goed.

In dit voorbeeld kan hij geen beroep meer doen op de oude routines in zijn impliciete geheugen. Zij zijn niet meer van toepassing door de wijzigingen in de werkorganisatie. Zijn plannings- en organisatieproblemen komen hier duidelijk op de voorgrond.

De werkgever gebruikt hier het 5K model. X. krijgt nu korte, concrete opdrachten, waardoor X. zich kan handhaven in zijn job. Zijn gevoel van zelfwaarde stijgt.

Levensdomein Wonen

L. is een 50-jarige vrouw met ernstige geheugenproblemen. Ze woont alleen op een studio, dagelijks komt er begeleiding aan huis. Op de afdeling heeft ze geleerd met de agenda te werken. Het is haar houvast. Op een dag vergeet ze om de agenda een bladzijde om te slaan, hierdoor ziet ze haar activiteiten van de dag ervoor. Ze herhaalt deze gewoon opnieuw. Ze ververst haar lakens opnieuw.

Het is belangrijk dat de agenda op de juiste dag open ligt. Vermits de thuisverpleging elke ochtend komt, neemt familiehelp contact met hen op. Ze maken de concrete afspraak dat de thuisverpleging L. er elke morgen op attent maakt om haar agenda op de juiste dag open te leggen. Zo wordt dit na het opstaan een routinehandeling.

Levensdomein Gezondheid

A. is een 48-jarige man die in een studio verblijft. De thuisverpleging die dagelijks langskomt merkt dat hij zijn schouder niet meer beweegt. De thuisverpleegkundige vraagt of hij pijn heeft en hij antwoordt van wel. Hij weet echter niet hoe lang hij al rondloopt met deze pijn. De thuisverpleging neemt contact op met de huisarts, geeft de symptomen door en maakt een afspraak. Nadien neemt ze contact op met familiehelp om te vragen of deze mee naar de consultatie van de huisarts wil gaan en noteert de afspraak in de agenda.

Door geheugenproblemen weet A. niet hoe lang hij al pijn heeft. Door zijn planningsproblemen kan hij zelf geen afspraak bij de dokter organiseren. Het is belangrijk dat de thuisverpleging hier de organisatie overneemt van A. om een afspraak te maken.

Ook begeleiding naar het consult is belangrijk om achtergrondinformatie te kunnen geven en horen, en de verdere behandeling mee op te volgen. Indien dit niet gebeurt, loopt A. het risico dat zijn toestand verslechtert.

F. is een 50-jarige dame die na een lange opname terug in haar appartement woont. Vanuit de afdeling is er thuisverpleging opgestart om ervoor te zorgen dat ze dagelijks haar medicatie inneemt. Er is tevens een vast maandelijks huisbezoek afgesproken met de huisarts om de algemene gezondheid van F. verder op te volgen.

Zo zorgen we ervoor dat F. een vaste structuur heeft, haar medicatie inneemt en dat haar gezondheid verder opgevolgd wordt.

Levensdomein Leren/opleiding

H., een 54-jarige vrouw wil graag met een computer leren werken. Vanuit de afdeling volgt H. sinds enkele weken een geschikte computercursus bij Leerpunt. De begeleiding maakt elke week tijd vrij om de vaardigheden die H. tijdens de cursus leert, ook op de afdeling in te oefenen, zodat deze zaken voor H. automatiseren worden.

Als H. weer terug thuis woont, vraagt de begeleiding van de afdeling aan de broer van H. of hij de eerste malen mee het traject naar de cursus wil doen, en of hij met haar de geleerde vaardigheden wil blijven inoefenen thuis.

H. leert niet door trail-and-error, maar moet geleerde zaken steeds herhalen totdat ze automatiseren worden. De begeleiding zorgt er dan ook voor dat H. de vaardigheden uit de cursus niet enkel in het klaslokaal, maar ook op de afdeling of thuis inoefent.

Als H. weer thuis woont, ontstaat een nieuwe situatie (een nieuwe route naar de cursus). H. bezit niet het probleemoplossend vermogen of de sturingsvaardigheden om zelf deze nieuwe route te plannen. Daarom is het belangrijk dat deze opnieuw geautomatiseerd wordt, en gaat de broer van H. dus met haar mee tot ze het traject foutloos kan afleggen.

Levensdomein Veiligheid

In het voorbeeld van levensdomein vrije tijd (zie pag. 22) zien we B. terug thuis wonen na een opname. Er is een geheugenhoek geïnstalleerd, belangrijk voor B. om zich te oriënteren en om hem aan zijn activiteiten te herinneren. Wanneer hij het huis verlaat, neemt hij zijn agenda steeds mee zodat hij zich ook buiten zijn woning kan oriënteren.

De geheugenhoek in huis geeft B. een belangrijk houvast, omdat daar de hulpmiddelen liggen om hem antwoorden te geven op zijn vragen (info in agenda). Dit geeft hem veiligheid. Om diezelfde veiligheid ook buiten zijn woning te behouden, neemt hij zijn agenda overal mee. Hij is altijd erg zelfstandig geweest, op deze manier kan hij zijn zelfstandigheid behouden.

Levensdomein Sociale relaties

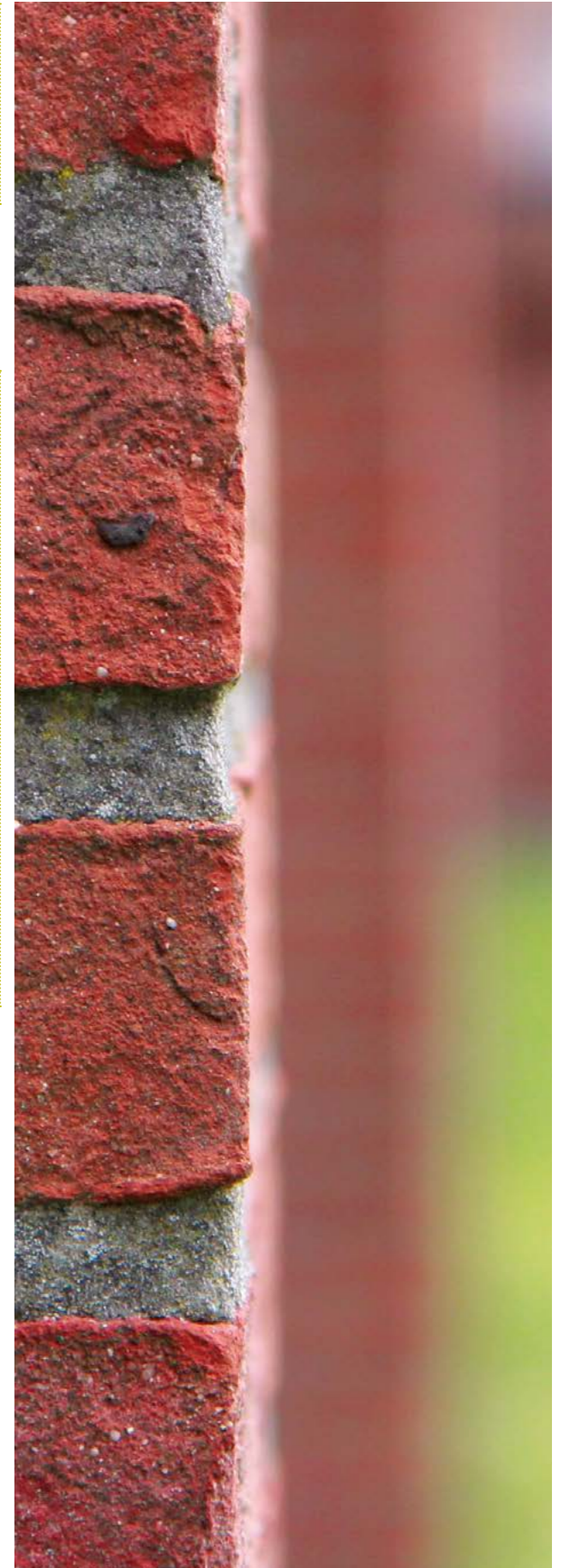
C. is een 65-jarige man met 2 volwassen dochters. Voor zijn opname was er slechts beperkt contact met hen. Tijdens de opname hebben zij in een familiegesprek meer uitleg gekregen rond het syndroom van Korsakov. Hierdoor kregen zij meer zicht op zijn symptomen, waardoor ze zijn gedragingen nu beter kunnen plaatsen. Hij vertelde hen bv. altijd verhalen die niet overeenstemden met de werkelijkheid, waardoor zij dachten dat

hij bewust loog tegen hen. Tijdens het gesprek hoorden ze dat dit confabulaties waren, onbewuste invullingen van de hiaten in zijn geheugen. Ze kunnen nu meer begrip opbrengen voor zijn situatie waardoor het contact vlotter verloopt.

Wanneer er inzicht is in de verschillende symptomen is het voor de omgeving makkelijker om begrip te tonen.

P. is een 70-jarige dame. Door veelvuldig herval in alcoholmisbruik is het contact met de familie verbroken. Er zijn al verschillende pogingen geweest om haar terug zelfstandig thuis te laten wonen. Thuishulp, thuisverpleging, ... werden opgestart, maar P. zegde deze na enige tijd steeds opnieuw af, waardoor het snel weer misliep. Telkens herviel ze in haar oude gewoontes: terug naar haar stamcafé om oude contacten op te zoeken. Om deze routine te doorbreken, is P. doorverwezen naar Beschut Wonen. Gezien haar nood aan sociale contacten en haar gebrek aan initiatiefname geeft men de voorkeur aan een groepswoning. De zorgpartners die vroeger bij haar thuis kwamen, worden hier opnieuw ingeschakeld. De familiehelp gaat nu wekelijks met haar naar een alcoholvrij ontmoetingscentrum in de buurt.

Familie is, door omstandigheden uit het verleden, afwezig. Hierdoor kunnen we op hen geen beroep meer doen. Blijvende dagelijkse sociale contacten en zorgcoördinatie kunnen wel voorzien worden binnen de context van Beschut Wonen. Als familiehelp is het in deze casus belangrijker om aan sociale relaties te werken dan mee het huishouden te doen.



Leestips

Voor het schrijven van deze brochure hebben we een beroep gedaan op verschillende bronnen. We hebben gebruik gemaakt van boeken, brochures, artikels en internetsites. Daarnaast hebben we ook inspiratie opgedaan uit onze eigen praktijkervaring en opleidingen.



BOEKEN:

- De empathisch-directieve benadering: Zorg voor cliënten met het syndroom van Korsakov. (M. van Noppen, J. Nieboer, M. Ficken, W. van der Weide & N. Van Etten)
- Het Syndroom van Korsakov (K. Arts)
- Accent op Korsakov: Foutloos leren, acht fasen & differentiatie (M. Bakker)
- Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis: Mij mankeert niks. (A. Goossens, K. Arts & M. Beltman)
- Zo worden cliënten burgers: Praktijkboek systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (D. Den hollander en JP. Wilken)

BROCHURE:

- Het Syndroom van Korsakov te vinden op www.korsakovkenniscentrum.nl/ (PDF te downloaden)

ARTIKELS:

- Hulpverlening bij het syndroom van Korsakov: door de mazen van het netwerk of toch niet (B. Schepers)
- Rehabilitatie bij personen met het syndroom van Korsakov en aanverwante geheugenstoornissen (B. Schepers)

SITES:

- <https://www.korsakovkenniscentrum.nl>
- www.syndroomvankorsakov.be

EXTRA BRONNEN:

- Basisopleiding SRH

Begeleiding van mensen met het syndroom van Korsakov in een notendop (voor familie en begeleiding)



1. Opvolgen van voeding is belangrijk (zie pag. 13 'Vroegdetectie en preventie Korsakov')
2. Ga na of de persoon geen alcoholische dranken meer nuttigt (zie pag. 13 'Vroegdetectie en preventie Korsakov')
3. Handel volgens het 5K model, de empathisch directieve benadering en het foutloos leren (zie pag. 15 'Therapeutisch kader bij personen met het syndroom van Korsakov')
4. Werken met een vaste structuur biedt een houvast (zie pag. pag. 18 'Structuur')
5. Gebruik de agenda (zie pag. pag. 18 'Agenda')
6. Gebruik trajecttraining (zie pag. 19 'Trajecttraining')
7. Installeer een geheugenhoek (zie pag. 18 'Structuur')
8. Hou de symptomen van het syndroom van Korsakov in het achterhoofd (Zie pag. 12 'Wat is het syndroom van Korsakov?')
9. Een duidelijke daginvulling is zeer belangrijk (zie pag. 20 'De ervaring vanuit de praktijk')



Dalstraat 84A
9100 Sint-Niklaas

Afdeling: A Tempo
03 780 38 38

Afdelingsarts: Dr. J. Kleinen
Hoofdverpleegkundige: Kristof De Jonghe
Afdelingspsycholoog: Ronald Ruys

E-mail:
atempo@hieronymus.be
kristof.dejonghe@hieronymus.be
ronald.ruys@hieronymus.be