

Zorgpad

Korsakov



Definitieve versie: 14 januari 2026

Opsteller: Regionaal expertisecentrum Korsakov SVRZ, ADRZ,
ZorgSaam, Emergis kortdurende GGZ (kliniek Ouderen en klinieken verslavingszorg)

Inhoud

1.	Inleiding	1
2.	Doelgroep	1
3.	Probleem.....	1
4.	Doel van het zorgpad Korsakov.....	2
5.	Betrokken partijen/zorgaanbieders	2
6.	Verdeling van taken	2
6.1	Algemeen ziekenhuis	2
6.2	Emergis – Zorgonderdeel Korterdurende GGZ, klinieken Dubbele Diagnose en Ouderen GGZ 3	
6.3	SVRZ	4
7.	Stappen in volgorde.....	5
8.	Financiering	5
9.	Contactpersonen	6
10.	Evaluatie van de gemaakte afspraken	6
	Bijlage: Addendum behorend bij zorgpad Korsakov.....	7

1. Inleiding

Dit document beschrijft het zorgpad voor patiënten die zijn opgenomen in het algemeen ziekenhuis en waarbij vermoedens zijn van een doorgemaakte Wernicke met restschade (Korsakov-beeld).

Het doel van dit document is het formaliseren van de reeds informele werkwijze die sinds 2017 wordt toegepast bij deze categorie patiënten door de betrokken zorgaanbieders binnen Zeeland.

2. Doelgroep

Wernicke-encefalopathie is een aandoening die gekenmerkt wordt door de volgende acuut optredende symptomen: oogbewegingsstoornissen, sufheid, verwardheid en loopstoornissen. De aandoening wordt veroorzaakt door thiaminegebrek ten gevolge van excessief alcoholgebruik in combinatie met ondervoeding. Na diagnose van Wernicke-encefalopathie volgt spoedige behandeling in de vorm van hoog gedoseerd thiamine suppletie intraveneus gedurende 3-5 dagen. Daarna volgt een periode van ten minste 8 weken klinische observatie, waarbij bij 20% natuurlijk herstel plaatsvindt. Het risico is groot dat er blijvende restschade ontstaat en de klachten overgaan in het syndroom van Korsakov. De diagnose Korsakov kan pas gesteld worden na een periode van tenminste 8 weken volledige abstinentie van alcohol alvorens neuropsychologisch onderzoek kan plaatsvinden, dat de neurocognitieve functies kwantificeert. Maar ook na die 8 weken kunnen na een eerste cognitieve screening de bevindingen nog zodanig zijn dat de daadwerkelijke start van het neuropsychologisch onderzoek voor het stellen van de diagnose naar een later tijdstip (10, 12 of meer weken) doorgeschoven moet worden. In de eerste fase van het ziekteproces is regelmatig de aandachtfunctie van de cliënt nog aanzienlijk gestoord. Zolang dat nog het geval is heeft verder neuropsychologisch onderzoek geen zin, omdat ten gevolge van de gestoorde aandachtfunctie andere te onderzoeken cognitieve gebieden niet adequaat onderzocht en beoordeeld kunnen worden.

In veel gevallen is in de voorgeschiedenis van de Korsakov-patiënten echter geen sprake geweest van de diagnose Wernicke-encefalopathie, mogelijk en waarschijnlijk omdat deze diagnose veelal gemist is. Maar er zijn ook andere oorzaken van thiaminegebrek en het syndroom van Korsakov, zoals anorexia nervosa, maagdarmpjeskten, bariatrische chirurgie en hongerstaking.

3. Probleem

Voorheen werd deze categorie patiënten na initiële diagnose en behandeling op de neurologie afdeling doorgeplaatst naar de PAAZ Terneuzen of de PAAZ Vlissingen voor de fase van stabilisatie en diagnose. Echter na sluiting van de beide PAAZ-en in 2016 is er een lacune ontstaan.

Er is momenteel geen zorgaanbieder die de fase klinische observatie en diagnosestelling kan bieden voor deze categorie patiënten. Voor deze groep patiënten is geen passend aanbod op basis van de bestaande zorgafspraken. Wanneer de somatische toestand van de patiënt stabiel is en het natuurlijk beloop gedurende ten minste 8 weken nadien afgewacht dient te worden

alvorens neuropsychologisch onderzoek (NPO) verricht kan worden, heeft het algemeen ziekenhuis geen goede klinische voorziening om deze patiënten opgenomen te houden (borgen volledige abstinentie). SVRZ (Ter Poorteweg) heeft een indicatie op basis van een gestelde diagnose nodig om zorg te kunnen leveren. De patiënt kan binnen de GGZ niet worden opgenomen omdat er sprake is

van een organisch psychosyndroom. De zorg voor patiënten met deze diagnose wordt niet vergoed binnen de GGZ.

Gevolg is dat patiënten onnodig lang opgenomen blijven in het algemeen ziekenhuis in afwachting van de uitkomst van het NPO en aanvraag van de juiste indicatie.

Het gaat dan al om een minimale periode van 8 weken alvorens het NPO uitgevoerd kan worden. Daarna volgen nog een aantal weken voor het verwerken van de uitkomsten van het NPO en (indien van toepassing) het aanvragen van de juiste indicatie voor verpleeghuiszorg.

4. Doel van het zorgpad Korsakov

Het formaliseren van de reeds informele werkwijze bij deze categorie patiënten in samenwerkingsafspraken tussen verschillende zorgaanbieders binnen Zeeland om patiënten van het algemeen ziekenhuis waarbij vermoedens zijn van Korsakov gedurende de fase van natuurlijk beloop/herstel veilige klinische opvang te bieden en na diagnosestelling toe te leiden naar passende klinische of ambulante zorg.

5. Betrokken partijen/zorgaanbieders

Zorgaanbieder	Vorm van zorgaanbod	Specifieke locatie/afdeling
Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes (ADRZ)	Algemeen ziekenhuis	Afdeling interne/ Neurologie/ Medische Psychologie/ Consultatieve ziekenhuispsychiater
ZorgSaam ZeeuwsVlaanderen	Algemeen ziekenhuis	Neurologie/ Consultatieve ziekenhuispsychiater
Emergis te Kloetinge	Geestelijke gezondheidszorg	Zorgonderdeel Verslavingszorg en dan specifiek Kliniek Dubbele Diagnose en zorgonderdeel Ouderen GGZ
SVRZ	Specialist in ouderenzorg	Locatie Ter Poorteweg te Koudekerke

6. Verdeling van taken

6.1 Algemeen ziekenhuis

De algemene ziekenhuizen ADRZ en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen zijn verantwoordelijk gedurende de acute fase voor diagnose, stabilisatie en behandeling van de acute Wernicke. Nadat de somatische intensieve behandeling afgerond is en de neuroloog/internist en de ziekenhuispsychiater geconcludeerd hebben, dat de volgende fase van natuurlijk beloop/herstel van tenminste 8 weken is aangevangen, treden zij in contact met Emergis GGZ voor een passende veilige klinische voorziening, waar patiënten verder kunnen worden verpleegd. De consultatief psychiater meldt in een vroeg stadium deze patiënt aan bij de opnamecoördinator van Emergis – verslavingszorg (T: 06 15 33 10 13, per 6 april **06 22 95 56 20**) voor een opname van tenminste 8 weken.

Het algemeen ziekenhuis overbrugt de periode tot overplaatsing naar Emergis.

Het NPO wordt uitgevoerd door de afdeling medische psychologie van het ADRZ, waar neuropsychologen aan zijn verbonden. De consultatief ziekenhuispsychiater vraagt dit onderzoek aan voordat patiënt wordt overgeplaatst naar Emergis.

Tijdens de opname in het ziekenhuis legt de transfer-verpleegkundige van het ziekenhuis ook al contact met SVRZ Ter Poorteweg om ze te informeren over een mogelijke aanmelding van een patiënt waarbij verdenking M. Korsakov speelt.

6.2 Emergis – Zorgonderdeel Kortdurende GGZ, klinieken Dubbele Diagnose en Ouderen GGZ

De patiënt wordt door de consultatief ziekenhuispsychiater aangemeld bij GGZ Emergis-Zorgonderdeel Verslavingszorg- Kliniek Dubbele Diagnose. Na aanmelding wordt door de verpleegkundig specialist of psychiater van kliniek Dubbele Diagnose beoordeeld of patiënt binnen het zorgpad Korsakov valt. Bij voorkeur vindt er al tijdens de opname in het algemeen ziekenhuis een intake-/kennismakingsgesprek met de patiënt plaats door een behandelaar van Kliniek Dubbele Diagnose. Hierin wordt ook meegenomen of de kliniek in staat is om patiënt tijdelijk passende zorg te bieden. Nadat patiënt somatisch is vrijgegeven door het algemeen ziekenhuis, zorgt kliniek dubbele diagnose of kliniek Ouderen GGZ zo snel als mogelijk voor een bed en bijbehorende zorg op de gesloten afdeling.

Doel van de opname is observatie, bieden van veilige verpleegafdeling, herstel natuurlijk beloop en het handhaven van abstinentie tot aan NPO.

Tijdens de opname bij kliniek dubbele diagnose of Ouderen GGZ vindt er een kennismakingsgesprek plaats met de casemanager Korsakov van SVRZ, eventueel aangevuld met een andere discipline. De maatschappelijk werker van Emergis en casemanager Korsakov van SRVZ trekken samen op bij de aanvraag van een CIZ-indicatie en het regelen van eventuele andere praktische zaken, alsmede de ondersteuning van naasten. Als cliënt diagnose Korsakov heeft en overplaatsing naar locatie Ter Poorteweg plaats zal vinden vindt er nog een gesprek plaats met een zorgmedewerker en casemanager Korsakov van Ter Poorteweg. Dit biedt extra observatiegelegenheid (en vergelijking in de tijd) om te anticiperen op een juiste plaatsing binnen SVRZ.

Aanmelding voor het zorgpad geïndiceerd door Emergis.

Het kan ook voorkomen dat de aanvliegroete start bij Emergis. Tijdens de opname binnen Emergis ontstaat een vermoeden van Korsakov. Ook dan verzorgt kliniek Dubbele Diagnose of Ouderen GGZ het bed en verzorgt zelf de aanmelding voor een NPO op Korsakov bij de afdeling medische psychologie van het ADRZ. Gezien de wachttijd dient het NPO zo spoedig mogelijk aangevraagd te worden. Voor de financiering is het van belang dat de uiteindelijke aanvraag NPO door een psychiater van het ADRZ wordt gedaan. Hier dient eenmalig een consult voor ingepland te worden, in de praktijk wordt hiervoor de intake NPO gebruikt.

Maatschappelijk werk van Emergis legt zelf het contact met SRVZ REC Korsakov om een de officiële aanmelding te doen. Hierna is het verloop van de stappen gelijk aan het zorgpad zoals verder beschreven.

6.3 SVRZ

Simultaan met aanmelding door consultatief ziekenhuispsychiater voor tijdelijke opname natuurlijk beloop-herstel van tenminste 8 weken binnen Emergis, doet de transferverpleegkundige een vooraanmelding van start zorgpad voor een patiënt vanuit het ziekenhuis bij de casemanager Korsakov van SVRZ REC Korsakov. Hierop volgen een kennismakingsgesprek en tweede gesprek met patiënt op kliniek dubbele diagnose (zie boven).

Zodra het neuropsychologisch onderzoek is afgerond en er wordt diagnose Korsakov gesteld, wordt het verslag ervan zo spoedig mogelijk verstuurd naar de casemanager Korsakov van Ter Poorteweg, zodat zij de casus in kan brengen in het multidisciplinaire aanmeldoverleg van REC Korsakov. Indien er sprake is van psychogeriatrische of psychiatrische problematiek, zal moeten worden gezocht naar een passende plaats, anders dan Ter Poorteweg van SVRZ. In geval van psychogeriatrische problematiek wordt er dan gezocht naar een verpleeghuisplaats. Bij psychiatrische problematiek kan afhankelijk van de ernst bij eventuele verpleeghuisplaatsing aanvullende behandeling/begeleiding vanuit de GGZ (niet specifiek kliniek Dubbele Diagnose) aangewezen zijn.

Maatschappelijk werk van Emergis en casemanager Korsakov van SVRZ zullen samen optrekken bij de aanvraag van een CIZ-indicatie en het regelen van eventuele andere praktische zaken, alsmede de ondersteuning van naasten.

Zodra vanuit het CIZ een indicatie VV5 of VV7 is afgegeven, eventueel aangevuld met een WZD-indicatie, kan overplaatsing in overleg ingepland worden.

Na de opname van een cliënt met het syndroom van Korsakov, moet het multidisciplinaire team van de Ter Poorteweg in geval van (ernstige) psychiatrische problematiek bij de cliënt kunnen rekenen op de mogelijkheid tot consultatie van een psychiater van Emergis, dan wel een (tijdelijke) terugplaatsing naar Emergis (niet specifiek kliniek Dubbele Diagnose) tot de situatie weer zodanig is dat de patiënt verantwoord kan verblijven op Ter Poorteweg.

7. Stappen in volgorde

Zorgaanbieder	Taken	Wie
Algemeen ziekenhuis ADRZ/ ZZV	Eerste opvang – somatische stabiliseren	Hoofdbehandelaar neuroloog/internist met medebehandeling consultatief ziekenhuispsychiater
	Aanvraag NPO (direct na indicatie zorgpad).	Consultatief ziekenhuispsychiater
	Transferverpleegkundige legt eerste contact met verpleeghuis SVRZlocatie Ter Poorteweg Koudekerke	Transfer-verpleegkundige algemeen ziekenhuis (ADRZ/ ZZV) afhankelijk van waar patiënt opgenomen is.
	Aanmelden bij Emergis kliniek dubbele diagnose.	Psychiater/specialist algemeen ziekenhuis
GGZ Emergis	Beoordelen aanmelding (eventueel intakebezoek in het ziekenhuis).	Opnamecoördinator Emergis verslavingszorg + psychiater/arts/verpleegkundig specialist
	Zorgen voor een bed voor periode voortgezette abstinentie en observatie na ziekenhuis opname en tot aan overplaatsing SVRZ	Emergis – kliniek Dubbele Diagnose of Ouderen GGZ
	In samenwerking met SVRZ-aanvraag CIZ na NPO.	Maatschappelijk werk Emergis casemanager Korsakov van SVRZ
SVRZ	Beoordelen aanmelding + kennismakingsbezoek met patiënt in Emergis.	Casemanager Korsakov Psycholoog Specialist Ouderengeneeskunde (SO)
	In samenwerking met Emergis aanvraag CIZ na NPO	Maatschappelijk werk Emergis casemanager Korsakov SVRZ
	Plaatsing binnen SVRZ nadat indicatie geregeld is.	Casemanager Korsakov SVRZ

8. Financiering

De zorg voor mensen met een organischpsychosyndroom wordt niet gefinancierd vanuit het GGZ-Zorgprestatie-model. Zorg voor mensen met een verslavingsprobleem valt hier wel onder. In de periode dat patiënt in Emergis verblijft is er nog geen sprake van een diagnose en wordt er in de DSM gesproken over een 'stoornis in het gebruik van een middel/alcohol'. Deze zorg valt wel binnen het aanbod van de GGZ. Het doel van de opname bij Emergis past ook bij deze diagnose; namelijk het handhaven van abstinentie en klinische observatie.

Zodra de uitkomst van het NPO bekend is en de diagnose Korsakov gesteld wordt, wordt de juiste indicatie aangevraagd door de maatschappelijk werker van Emergis kliniek Dubbele Diagnose in samenwerking met de casemanager Korsakov van SVRZ. Bij voorkeur is dit een ZZP 7. Hierna volgt overplaatsing van patiënt van Emergis GGZ naar locatie Ter Poorteweg, SVRZ REC Korsakov.

Voor de financiering van een NPO uitgevoerd door het ADRZ dient deze door een psychiater/specialist van het algemeen ziekenhuis geïndiceerd te worden.

9. Contactpersonen

ADRZ en ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen:	
Consultatieve ziekenhuispsychiaters	S. Dogan, psychiater
Bedrijfskundig manager psychiatrie ADRZ	M. van Schoonhoven
Bedrijfskundig manager psychiatrie ZorgSaam	M. Meiresonne
GZ-psycholoog/ Klinisch neuropsycholoog ADRZ	C.R.L. Coenen
GZ Psycholoog ZorgSaam	B. van Baalen Psycholoog
ADRZ	R. Drijgers
Transferverpleegkundigen ADRZ	
Transferverpleegkundigen ZorgSaam	

Emergis:	
Directeur	
Manager	H. Eveleens
Teamleider	E. van Eijkeren en G. Zomer
Psychiater Kliniek DD	E. Noorlander
Arts Kliniek DD	S. Hernandez
Verpleegkundig Specialist Kliniek DD	C. van Loon
Verpleegkundig Specialist Ouderen	A. de Bruine
Zorgprogramma coördinator	C. van Loon en J. Zwemer
Maatschappelijk werk VZ	M. Bustraan
Maatschappelijk werk Ouderen	(vacature)

SVRZ:	
Zorgmanager bijzondere doelgroepen	F. Pentury
Casemanager Korsakov	A. op 't Hof en R. Stoel
Specialist Ouderengeneeskunde	M. Huizer
Afdeling psychologie	E. Mangnus GZ -psycholoog M. Quinten, GZ-psycholoog

10. Evaluatie van de gemaakte afspraken

Jaarlijks in september worden de afspraken geëvalueerd en verbeterpunten doorgevoerd:

- Update lijst met contactpersonen Zorgpad (evaluatie 2025)
- Toevoeging addendum (2025)

Bijlage: Addendum behorend bij zorgpad Korsakov

Werkwijze REC Korsakov Zeeland binnen regionale samenwerkingsverbanden voor thuiswonende cliënten met (vermoeden van) Korsakov

Datum versie definitief: 27-11-2025

Opsteller: REC Korsakov SVRZ en Emergis Verslavingszorg afdeling DD en Ouderen GGZ

Contactgegevens samenwerkende partijen

SVRZ-Regionaal Expertisecentrum Korsakov:

Flory Pentury, zorgmanager LVHC (laag volume, hoog complexe doelgroepen)

T: 06 82074521

M: f.pentury@svrz.nl

Erik de Ruijter, teamcoach locatie Ter Poorteweg

T: 06 30659622

M: e.de.ruijter@svrz.nl

Annet op 't Hof, casemanager Korsakov REC Zeeland

T: 06 22794306

M: a.op.t.hof@svrz.nl

Emergis:

Hessel Eveleens, manager verslavingszorg

T: 0611437126

M: eveleens@emergis.nl

Guido Zomer, teamleider verslavingszorg kliniek:

T: 06 21995695

M: g.zomer@emergis.nl

Caroline van Loon, VS GGZ en zorgprogramma coördinator

T: 0623738656

M: c.e.vanloon@emergis.nl

Alinda de Bruine, VS GGZ

T: 0612094458

M: a.d.m.debruine@emergis.nl

Eric van Eijkeren, teamleider Ouderen GGZ

T: 0612447585

M: vaneijkeren@emergis.nl

Sociaal Casemanagement Emergis Verslavingzorg:

M: socialcasemanagement@emergis.nl

T: 0113 267 950 (secretariaat)

De huisartsenconnectie:

Overkoepelend orgaan Zeeuwse Huisartsen Oosterschelderegio

Lobke Bron, teamleider EGZ

T: 06 83555628

M: l.bron@dehuisartsenconnectie.nl

Kia Verhulst, kwaliteitscoördinator GGZ

T: 06 10772044

M: k.verhulst@dehuisartsenconnectie.nl

Nucleuszorg:

Overkoepelend orgaan huisartsen Zeeuws-Vlaanderen
Lejla van de Poele, beleidsadviseur GGZ & Chronische zorg
T: 06 18739417
M: l.vandepoele@nucleuszorg.nl

Huisartsen Tholen:

Medisch centrum Pluimpot
Sint Maartensdijk
Thea de Hond, POH GGZ
T: 0657138737
M: tdehond@mcpluimpot.nl

Algemeen ziekenhuis ADRZ:

Carla Coenen, klinisch neuropsycholoog
T: 088 2156455 (secretariaat medische psychologie)
M: c.coenen@adrz.nl

Rosa Drijgers, GZ psycholoog
T: 088 2156455
M: r.drijgers@adrz.nl

Algemeen ziekenhuis ZorgSaam

Bianca van Baalen, GZ psycholoog
T: 0115 688260
M: b.vanbaalen@zzv.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	11
2. Doelgroep	11
3. Probleem	12
4. Doel samenwerking	12
5. Betrokkenen	12
6. REC Korsakov SVRZ advies, consultatie en begeleiding thuis	13
6.1 Advies.....	13
6.2 Consultatie	13
6.3 Ambulante begeleiding REC Korsakov SVRZ	14
7. Financiering REC Korsakov	14
8. Beslisboom cliëntreis.....	16
8.1 Totaaloverzicht contactgegevens beslisboom.....	17

1. Inleiding

Dit document is een aanvulling op het bestaande zorgpad Korsakov waarin de route voor patiënten met vermoeden van Korsakov beschreven wordt. In dit document gaat het om patiënten in de thuissituatie met (een verleden van) problematisch alcoholgebruik waarbij ook sprake is van ondervoeding en neurocognitieve schade die aan Korsakov doet denken of patiënten waarbij de diagnose Korsakov al is vastgesteld.

Doel van deze aanvulling is om de kwaliteit van zorg en behandeling voor thuiswonende cliënten met (vermoeden van) Korsakov te verbeteren en de samenwerking in de regio Zeeland meer bekendheid te geven en efficiënter te kunnen organiseren.

Hiermee proberen we mensen met (vermoeden van) Korsakov in de thuissituatie beter in beeld te krijgen en hen de noodzakelijke behandeling en begeleiding te bieden die vereist is om de situatie zo stabiel mogelijk te houden. Een goede samenwerking met onder andere huisartsen, REC Korsakov, sociaal casemanagement verslavingszorg, Emergis GGZ verslavingszorg en Ouderen GGZ en sociaal domein is hierin van groot belang.

Voor de leesbaarheid gebruiken we de term 'Korsakov' voor de hele doelgroep mensen met het syndroom van Korsakov en/of ernstige alcohol gerelateerde cognitieve stoornissen.

REC Korsakov Zeeland valt organisatorisch onder verpleeghuisorganisatie SVRZ en werkt nauw samen met landelijk Korsakov Kennis Centrum (KKC).

2. Doelgroep

Mensen met Korsakov vormen een zogenaamd laag volume hoog complexe doelgroep afgekort als LVHC. Klein in aantal, voor wie diagnostiek, behandeling en zorg (hoog)specialistische expertise en ervaring vereisen.

In dit document worden grofweg twee groepen beschreven: 1. De patiënten die gediagnosticeerd zijn met diagnose Korsakov die nog, of na opname weer terug, in de thuissituatie of andere woonvorm verblijven. 2. De thuiswonende en vaak ook zorg mijdende patiënten waarbij sterke vermoedens zijn van het syndroom van Korsakov en waar mogelijk bijkomende problematiek zoals een actieve verslaving speelt.

Als er zich geen acuut beeld voordoet waardoor patiënten in het algemeen ziekenhuis opgenomen worden blijven zij vaak 'onder de radar'. Vaak zijn patiënten al (langdurig) bekend binnen de verslavingszorg/GGZ waarna uiteindelijk dermate cognitief verval wordt gezien dat aan diagnose Korsakov gedacht wordt of de diagnose al is gesteld. Regelmatig blijken deze patiënten echter nog niet bekend in de GGZ ondanks een fors verslavingsprobleem.

In veel gevallen is in de voorgeschiedenis van deze patiëntengroep geen sprake geweest van de diagnose Wernicke, mogelijk en waarschijnlijk omdat deze diagnose veelal is gemist of ten onrechte beoordeeld is als psychotisch. Er zijn ook andere vormen van thiaminegebrek en het syndroom van Korsakov, zoals bariatrische chirurgie, anorexia nervosa, maagdarmpjes en hongerstaking al blijft de grootste groep met dit ziektebeeld alcohol gerelateerd.

Gezien het preventieve belang is vroeg signalering en (toeleiding naar) diagnostiek van deze groep belangrijk maar helaas vaak moeilijk vanwege het gebrek aan ziekte inzicht, zorgmijding en vaak ook blijvend of recidiverend problematisch alcoholgebruik.

3. Probleem

Bij mensen waarbij een (vermoeden van) Korsakov bestaat zien we vaak zorg mijndend gedrag. Er is geen of beperkt ziekte-inzicht en in veel gevallen is er al sprake van maatschappelijke teloorgang of zijn er in ieder geval grote zorgen of overlast in de omgeving. Zij zijn regelmatig (nog) niet bekend bij de specialistische zorg, maar hebben wel baat bij de daar beschikbare expertise.

Bij het bereiken van deze groep patiënten speelt de huisarts formeel een sleutelrol. Vaak zien we echter dat de huisarts niet of nauwelijks betrokken is vanwege het zorg mijndende gedrag of dat een patiënt bijvoorbeeld aangemeld wordt bij casemanagement dementie. Idealiter zouden alle patiënten met een sterk vermoeden van Korsakov toe geleid moeten worden naar het reeds bestaande zorgpad Korsakov waarna diagnostiek plaats kan vinden op de afdeling klinische psychologie ADRZ zoals in het zorgpad beschreven. Als diagnose Korsakov vastgesteld wordt zal begeleiding c.q. behandeling vervolgens intra- of extramuraal worden voortgezet, afhankelijk van de zorgvraag en mogelijkheden.

De realiteit is echter anders en weerbarstiger. Duidelijke samenwerkingsafspraken en zoveel mogelijk inzetten op maatwerk binnen deze afspraken is voor de thuiswonende doelgroep van groot belang.

4. Doel samenwerking

Voor de thuiswonende patiënten is het wenselijk om mensen met (vermoeden van) Korsakov in beeld te krijgen en de signalen uit de omgeving serieus te nemen. Complexiteit maakt samenwerking tussen huisartsen, hulpverleners en mantelzorgers nodig.

Voor cliënten waarbij de diagnose (nog) niet is gesteld is het doel hen te motiveren tot abstinentie en diagnostiek. Uiteindelijk is de wens om deze patiëntengroep zo lang mogelijk thuis te laten wonen en als thuis wonen niet meer mogelijk is toe te leiden naar een passende woonomgeving.

Voorwaarde hiervoor is dat de huisarts en/of andere betrokken hulpverlening de juiste hulp weet te vinden wanneer er sprake is van complexe problematiek en zo nodig tijdig kan opschalen naar specialistische, multidisciplinaire expertise.

REC Korsakov is beschikbaar voor verschillende vormen van hulpverlening. Opgemerkt moet worden dat, afhankelijk van de casuïstiek, er samengewerkt zal worden met onder andere sociaal casemanagement verslavingszorg, Emergis GGZ verslavingszorg of Emergis ouderen GGZ.

Voorop staat dat er goede samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen verschillende zorgaanbieders in Zeeland voor thuiswonende patiënten waarbij een groot vermoeden bestaat van syndroom van Korsakov.

5. Betrokkenen

Waar in het bestaande Zorgpad Korsakov voor patiënten die opgenomen worden in het algemeen ziekenhuis vaste afspraken gemaakt zijn ligt dit voor de thuiswonende patiënten minder vast. Dit is afhankelijk van de mate of vorm van problematiek en er zal altijd een vorm van maatwerk nodig zijn.

Bij patiënten waar eerder een diagnose Korsakov is gesteld of waar sterke vermoedens zijn van Korsakov met bijbehorende complexe problematiek kan een huisarts of andere betrokkene de patiënt aanmelden bij REC Korsakov.

De casemanager Korsakov verzamelt benodigde informatie. Vervolgens zal de casus besproken worden in het aanmeldoverleg van REC Korsakov waar SO, GZ-psycholoog, casemanagers en

teamcoach beoordelen wie dit het beste op kan pakken. De uitkomst van dit overleg zal teruggekoppeld worden naar de verwijzer.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat de problematiek meer op GGZ terrein ligt omdat er een psychiater of VS GGZ betrokken moet worden in verband met (voorliggende) psychiatrische problematiek of als begeleiding op verslavingsgebied nodig is waarna verwezen zal worden naar sociaal casemanagement verslavingszorg. REC Korsakov heeft een nauwe samenwerking met Emergis sociaal casemanagement en afdelingen verslavingszorg en ouderen GGZ.

Als er sprake is van een actieve verslaving dan zal deze eerst aangepakt moeten worden alvorens er diagnostiek plaats kan vinden om uiteindelijk tot een diagnose te komen. Voor zorgvuldige diagnostiek wordt dan de afdeling klinische psychologie van ADRZ betrokken via een aanmelding vanuit de SGGZ (zie omgekeerde route stroomschema).

Als de huisarts niet op de hoogte is van de problematiek is het van belang dat de al betrokken hulpverlening en/of mantelzorgers de huisarts hierover informeren en afspraken maken over wie wat doet en welke informatie nodig is. Het is van belang dat de huisarts goed geïnformeerd en betrokken is en blijft om de regievoerder te kunnen zijn.

Huisartsen geven ook aan dat ze graag een terugkoppeling van uitgezette acties willen bijvoorbeeld door een kort verslagje toe te sturen aan de huisarts.

Zowel de integrale aanpak als de specialistische expertise op het gebied van (de gevolgen van) dit ziektebeeld zijn cruciaal om effectief te kunnen behandelen en/of begeleiden.

6. REC Korsakov SVRZ advies, consultatie en begeleiding thuis

6.1 Advies

Wanneer er sterke vermoedens zijn van Korsakov en/of diagnose Korsakov al is gesteld bij thuiswonende cliënten of cliënten die al binnen een zorginstelling verblijven dan kan er contact opgenomen worden met REC Korsakov voor informatie en advies. Adviesvragen kunnen van de huisarts komen maar ook van andere zorgaanbieders, mantelzorgers, gemeenten etc. Adviesvragen zullen beantwoord worden door de casemanager(s) Korsakov en als er vragen zijn voor een andere discipline zoals bijvoorbeeld de arts of psycholoog zullen deze doorgegeven worden aan de betreffende discipline.

6.2 Consultatie

Als een verwijzer vragen heeft over een cliënt waarbij sprake is van (vermoeden van) Korsakov en de vraag is of er een consult gedaan kan worden bij cliënt thuis of in een zorginstelling dan kan contact opgenomen worden met de casemanager(s) Korsakov. Bij een consultatievraag zal een aanmeldformulier toegestuurd worden voor het inventariseren van gegevens zodat er een dossier aangemaakt kan worden.

Van belang is dat er een verwijzende partij is zoals de huisarts maar als een andere zorgaanbieder nauw betrokken is kan deze ook verwijzen en het aanmeldformulier invullen. Aanmeldingen worden twee wekelijks besproken en er zal terugkoppeling plaats vinden aan de verwijzer en een consult/intake afspraak gemaakt worden. REC Korsakov biedt ook scholing aan voor bijvoorbeeld zorgteams die een cliënt met Korsakov begeleiden en hier vragen over hebben.

6.3 Ambulante begeleiding REC Korsakov SVRZ

Ambulante begeleiding omvat de interdisciplinaire inzet in de thuissituatie van specialistische expertise op gebied van de gevolgen van Korsakov.

Voor patiënten (en hun mantelzorgers) die intensievere begeleiding nodig hebben en niet wonen of verblijven in een Regionaal Expertise Centrum kan ondersteuning plaatsvinden in de vorm van ambulante begeleiding. De vraagstelling zal hierin leidend zijn. De begeleiding is gericht op behoud van autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt, vaak met externe hulp zoals thuiszorg, huishoudelijke hulp, mantelzorgers. Er wordt samengewerkt met verschillende (behandel)disciplines vanuit REC Korsakov en met externe disciplines zoals bv bewindvoering en/of mentoren, huisarts, thuiszorgorganisaties, gemeenten.

Ambulante zorg voor patiënten met (vermoeden van) Korsakov kan ook als 'second best' worden ingezet als 24-uurszorg noodzakelijk lijkt maar de omstandigheden maken dat een opname (nog) niet mogelijk is. Hierbij kan gedacht worden aan situaties waarin het ontbreekt aan motivatie voor opname of waarin het juridisch kader ontbreekt om tot gedwongen opname over te gaan.

Doelen van ambulante begeleiding kunnen zijn:

1. Behoud of verbetering van gezondheid en vaardigheden
2. Behoud of verbetering van autonomie en kwaliteit van leven
3. Signaleren van verandering in gezondheidssituatie (en hierop ingrijpen)
4. Begeleiding bij zelfzorg, huishouding, voeding of het aanvragen van hulp hierbij
5. Begeleiden bij opzetten dag structuur en inzet van passende dagbesteding
6. Inschatten gevaarcriteria en zo mogelijk borgen van veiligheid
7. Versterken draagkracht steunsysteem, o.a. door het aanbieden van info/scholing |
8. Waar nodig inzetten van bewindvoering en/of mentorschap
9. Toeleiden naar passende woonomgeving als langer thuis wonen niet meer mogelijk is.

7. Financiering REC Korsakov

Inzet vanuit de consultatie en adviesfunctie wordt bekostigd uit een hiervoor ingezette beleidsregel gespecialiseerde zorg vanuit het zorgkantoor voor een REC Korsakov. Hier zijn wel voorwaarden aan verbonden betreffende aantal uren en reiskosten.

In praktische zin gaat het hierbij om:

- bekostiging voor info/scholingsbijeenkomsten
- bekostiging voor enkelvoudige consulten zonder dat uitwisseling van persoons- en/of medische gegevens nodig zijn, het gaat dan om éénmalig meedenken of advisering. NB; bij meerdere overlegmomenten wordt een dossier met basis persoonsgegevens aangemaakt ter registratie zonder officiële aanmelding.
- Bekostiging voor korte- of middellange termijn trajecten voor consultatie, advies en soms intake/huisbezoek mét uitwisseling van persoonsgegevens; hiervoor is een officiële aanmelding middels aanmeldformulier nodig zodat er dossier aangemaakt kan worden.

De casemanager Korsakov kan benaderd worden voor bovenstaande vragen/trajecten.

Ambulante begeleiding is een zorginzet die langer duurt en intensiever is en zich richt op de cognitieve en bijkomende problematiek die voortkomt uit deze (vermoedelijke) diagnose.

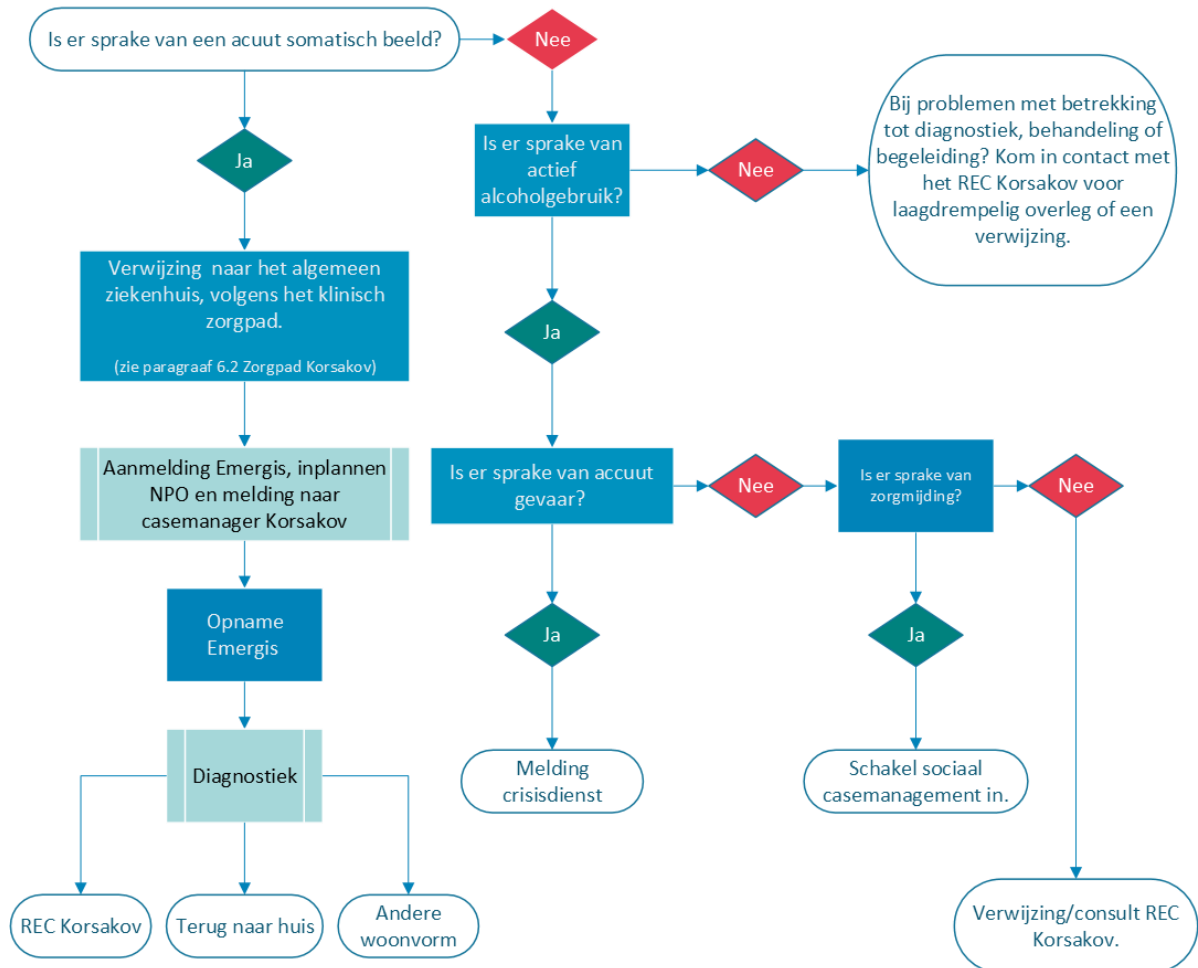
Bij actief alcoholgebruik moet intensief samengewerkt worden met verslavingszorg; verslaving is geen expertise van REC Korsakov. De ambulante begeleiding vanuit REC Korsakov wordt uit een WMO of WLZ indicatie bekostigd.

Voor cliënten die gediagnostiseerd zijn met diagnose Korsakov wordt allereerst gekeken welke zorg het best passend is. Als er sprake is van noodzaak tot 24-uurs zorg in een hiervoor gespecialiseerde woonomgeving dan wordt er een WLZ indicatie met voorkeur WLZ ZZP7 aangevraagd. Afhankelijk van beschikbare plaatsen kunnen cliënten dan komen wonen op woonlocatie Ter Poorteweg in Koudekerke.

Echter niet alle cliënten met diagnose Korsakov hoeven persé te wonen op Ter Poorteweg, soms is de wens dicht bij huis opgenomen te worden of zelfs nog (semi)zelfstandig te wonen. Er kan dan gekeken worden naar een best passende plaats. Casemanagers Korsakov begeleiden dit proces en er kan scholing aangeboden worden aan (thuis)zorgteams. Financiering van deze zorg is dan maatwerk, afhankelijk van de zorgkeuze.

8. Beslisboom cliëntreis

Beslisboom bij (vermoeden van) Korsokav problematiek



8.1 Totaaloverzicht contactgegevens beslisboom

In onderstaand overzicht staan contactgegevens van betrokken partijen en wanneer deze te benaderen.

Algemeen ziekenhuis ADRZ of ZorgSaam:

Huisarts meldt in acute situaties een patiënt aan voor (beoordeling) voor opname via SEH. Huisarts heeft hiertoe de bevoegdheid en weet waar hij/zij aan moet melden.

Emergis GGZ Verslavingszorg:

Opname coördinator verslavingszorg:

Telefoon: 06 15331013 (per 6 april 2026: **06 22 95 56 20**)

Email: opnameverslavingszorg@emergis.nl

Opname coördinatoren zijn bereikbaar van maandag tot vrijdag tijdens kantooruren. Een patiënt kan hier aangemeld worden voor opname. De opname coördinator kan ook vragen beantwoorden over wachttijden of vragen over een te volgen route, wijze van aanmelding etc.

Triagist GGZ acute zorg:

Telefoon: 0113 267300

Email: triagist@emergis.nl

Voor het aanvragen van een beoordeling voor acute zorg zoals een Crisismaatregel kan de triagist GGZ acute zorg benaderd worden. Zij informeren hoe het traject zal verlopen op beoordeling van de vrager. Over het algemeen zal er direct beoordeeld gaan worden.

Zorg- en veiligheidshuis Zeeland

T: 0118 420411 of 0800 1205

E: meldpuntzorgwekkendgedrag@veiligheidshuiszeeland.nl

W: www.meldpuntzorgwekkendgedragzeeland.nl

Sociaal casemanagement verslavingszorg:

Telefoon: 0113 267950

Email: socialcasemanagement@emergis.nl

Wanneer patiënten geen zorgvraag hebben, zorgmijdend zijn en over het algemeen geen ziekte inzicht hebben, er sprake is van actief alcoholgebruik maar familie, mantelzorg, huisarts, omgeving ed hebben wel zorgen en/of overlast van patiënt ervaren dan kan de vraag gesteld worden of sociaal casemanagement laagdrempelig op huisbezoek wil gaan.

SVRZ REC Korsakov Zeeland:

Casemanagers Korsakov:

Annet op 't Hof:

Telefoon: 06 22794306

Roxanne Stoel:

Telefoon: 06 16038665

Email: casemanagerkorsakov@svrz.nl

Website: www.svrz.nl/rec-korsakov-zeeland/ Op deze website is informatie te vinden en een folder te downloaden.

Evaluatie van deze bijlage zal tegelijk met het Zorgpad Korsakov jaarlijks plaatsvinden met betrokken organisaties. Over het algemeen is dit in de maand september waarvoor iedereen die betrokken is een uitnodiging krijgt.

=====

Partijen/zorgaanbieders die het zorgpad toegestuurd krijgen ter informatie:

- Huisartsen en POH-ers (via overkoepelende organisaties)
- Netwerkcoördinator dementie Zeeland (Fenna Kempe, Konnekt Zeeland)
- Zorg- en Veiligheidshuis Zeeland (procescoördinatoren)
- GGD Zeeland; Ida Ouweneel, directeur
- De Hoop GGZ verslavingszorg Vlissingen
- Ter Weel GP+ Annet Kroes, locatie manager
- Zeeuwse Zorg Coalitie. Website: www.zeeuwsezorgcoalitie.nl en
M: info@zeeuwsezorgcoalitie.nl