

Interventie

Foutloos leren bij Korsakov

Contactpersoon: Marga ten Wolde - Korsakov Kenniscentrum

Samenvatting

Doelgroep

De interventie Foutloos leren bij Korsakov is bedoeld voor mensen met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. Verwacht wordt dat de interventie ook geschikt is voor mensen met het syndroom van Korsakov of andere ernstige alcoholgerelateerde stoornissen die verblijven in verpleeghuizen met niet-gespecialiseerde korsakovafdelingen, Beschermd Wonen, de GGZ of thuiszorg.

Doel

Het aanleren van nieuwe vaardigheden door de interventie Foutloos leren bij Korsakov verbetert de kwaliteit van leven bij mensen met het syndroom van Korsakov. Daarnaast nemen door de interventie de gedragsproblemen af en is de verwachting dat de cliënten mogelijk meer autonomie en zelfstandigheid ervaren.

Aanpak

Foutloos leren is een behandelmethode om cliënten met het syndroom van Korsakov met een stappenplan nieuwe vaardigheden aan te (her)leren. Het uitgangspunt bij foutloos leren is dat fouten tijdens het leerproces worden voorkomen. Door een vaardigheid routinematig zonder fouten te herhalen, slijt de vaardigheid als het ware vanzelf in (Rensen et al, 2018). Zorgverleners worden getraind in het toepassen van de interventie bij cliënten met het syndroom van Korsakov. De training bestaat uit een scholing van vier dagdelen waarbij het zorgteam (incompany) getraind wordt in de uitvoering. Tevens wordt aandacht besteed aan de implementatie en borging van het principe. Twee maanden na de training kan er desgewenst een consultatiedag voor advies van de implementatie en borging van de training plaatsvinden.

Materiaal

Er is een praktische handleiding: 'Foutloos leren bij Korsakov' beschikbaar. De handleiding is verkrijgbaar via de website www.korsakovkenniscentrum.nl, maakt onderdeel uit van het lesmateriaal van de scholing en bevat praktische instructiefilmpjes. Meer informatie en aanvraag voor een scholing is te vinden op www.korsakovkenniscentrum.nl

Onderbouwing

Het syndroom van Korsakov is een chronische aandoening die gekenmerkt wordt door ernstige geheugenstoornissen en problemen met executief functioneren (Brion, Pitel, Beaunieux, & Maurage, 2014; Cermak, Butters, & Goodglass, 1971; Kopelman, Thomson, Guerrini, & Marshall, 2009; van Oort & Kessels, 2009). Hierdoor zijn mensen met het syndroom van Korsakov niet in staat om nieuwe informatie aan te leren. Deze cognitieve problemen leiden bij veel cliënten met Korsakov tot verlies van autonomie, vermindering van kwaliteit van leven en gedragsproblemen. Bij mensen met het syndroom van Korsakov is echter niet het hele geheugen aangedaan. Een deel van het geheugen (het impliciete geheugen) is enigszins gespaard gebleven (Kopelman et al., 2009; Oudman, Nijboer, Postma, Wijnia, & van der Stigchel, 2015). Dit geheugen wordt gebruikt bij het leren van vaardigheden, zoals autorijden, fietsen of zwemmen. Deze vaardigheden worden geleerd door ze te doen. Ook cliënten met het syndroom van

Korsakov kunnen deze vaardigheden leren door ze te doen (Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort, & Kessels, 2017). Het werkzame element uit de training is de focus op dit impliciete leren. Middels de foutloos-leren-training krijgen zorgprofessionals hiervoor handvatten.

Onderzoek

Uit een grootschalig onderzoek naar foutloos leren bij Korsakov waarbij drie verpleeghuizen (met controlegroep) met gespecialiseerde korsakovafdelingen betrokken waren, zijn drie publicaties en een praktische handleiding: 'Foutloos leren bij Korsakov' voortgekomen. In de publicaties wordt beschreven hoe de interventie is uitgevoerd en wat de behaalde effecten van de interventie zijn. Aangehouden is dat de cliënten de handelingen na een interventie met Foutloos leren significant beter uitvoeren dan ervoor. Daarnaast is aangetoond dat de kwaliteit van leven verbeterde en de verwachting is dat de cliënten mogelijk een groter autonomie en zelfstandigheid ervaren.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De interventie Foutloos leren bij Korsakov is bedoeld voor mensen met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. De doelgroep Korsakov is onderdeel van de ouderenzorg. Wij verwachten dat de interventie ook geschikt is voor mensen met het syndroom van Korsakov of andere ernstige alcoholgerelateerde stoornissen die verblijven in verpleeghuizen met niet-gespecialiseerde korskakovafdelingen, Beschermd Wonen, de GGZ of thuiszorg.

Het syndroom van Korsakov is een chronische aandoening die gekenmerkt wordt door ernstige geheugenstoornissen en problemen met executief functioneren. Executief functioneren is een paraplubegrip voor verschillende functies, waaronder plannen en overzicht houden, die nodig zijn bij het uitvoeren van doelgericht gedrag en noodzakelijk zijn voor het zelfstandig leven. Het syndroom ontstaat door jarenlang overmatig alcoholgebruik in combinatie met zelfverwaarlozing. Deze veelal jonge patiënten (tussen de 40 en 60 jaar als zij gediagnosticeerd worden) zijn vaak aangewezen op levenslange zorg.

Selectie van doelgroepen

De interventie is toepasbaar bij cliënten die voldoen aan de criteria voor de DSM- 5 diagnose voor uitgebreide neurocognitieve stoornis door alcoholgebruik, amnestisch -confabulerende type en (ten minste 6 weken) abstinēt zijn van alcohol. Het syndroom van Korsakov wordt vastgesteld door een medisch specialist (bijvoorbeeld arts, GZ-psycholoog) en wordt ondersteund met een neuropsychologisch onderzoek. Met het neuropsychologisch onderzoek kan geobjectiveerd worden of een cliēt inderdaad een stoornis in het geheugen heeft (het belangrijkste kenmerk van het syndroom van Korsakov). De MOCA wordt ingezet als een neurocognitieve screeningstest voor het detecteren van het syndroom van Korsakov (Oudman e.a., 2014). Bij mensen met dementie is ook aangetoond dat zij middels foutloos leren nieuwe vaardigheden kunnen (her) leren. De methode Foutloos leren bij dementie is door de erkenningscommissie ouderenzorg erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen'.

Contra-indicaties

Er zijn geen contra- indicaties voor het toepassen van de interventie. Het syndroom van Korsakov kenmerkt zich met cognitieve stoornissen. De ernst van de stoornissen wisselen per cliēt. In de praktijk betekent dit dat de vaardigheid afgestemd wordt op de ernst van de cognitieve stoornissen van de cliēt. Bij een cliēt met ernstige cognitieve stoornissen zijn eenvoudige vaardigheden met korte stappenplannen geschikt. Een cliēt met minder ernstige cognitieve stoornissen kan meer hebben aan het leren van moeilijke vaardigheden met uitgebreidere stappenplannen. De zorgmedewerker moet inschatten welke vaardigheden de cliēt kan gaan leren.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie. Aan de zorgverleners is bij de start van het onderzoek gevraagd om passende vaardigheden bij de cliēnten te zoeken.

1.2 Doel

Hoofddoel

Bij cliënten met het syndroom van Korsakov op een gespecialiseerde Korsakovafdeling verbetert na de interventie Foutloos leren bij Korsakov de kwaliteit van leven. Voor het aanleren van de vaardigheid zijn gemiddeld 10 trainingssessies nodig. De kwaliteit van leven wordt met de observatieschaal QUALIDEM gemeten. De QUALIDEM meet negen aspecten van kwaliteit van leven, namelijk: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben.

Subdoelen

Na de interventie Foutloos leren bij Korsakov wordt bij cliënten met het syndroom van Korsakov door het aanleren van (nieuwe) relevante vaardigheden in de dagelijkse zorg, zoals huishouden, corvee, mobiliteit, ADL en oriëntatie, de autonomie vergroot.

Voorbeelden van vaardigheden uit verschillende categorieën met foutloos leren:

| Huishouden | Corvee | Mobiliteit | ADL | Oriëntatie |
|-------------------|-------------------------|------------------|----------------|--------------------|
| overhemd strijken | koffiezetten | boodschappen | tanden poetsen | agenda gebruiken |
| plant water geven | tafeldekken | mobiel gebruiken | handen wassen | route training |
| bed opmaken | vaatwasser uitruimen | google gebruiken | nagels knippen | planbord gebruiken |

Tevens ervaren cliënten met het syndroom van Korsakov na de interventie Foutloos leren bij Korsakov een vermindering van gedragsproblemen.

Voor het meten gedragsproblemen worden de volgende meetinstrumenten gebruikt:

- psychotische symptomen: HoNOS-HAH
- spontane confabulaties: NVCL-20
- uitgelokte confabulaties: NVCL-20
- affectieve symptomen: GIP-28 (affect) en HoNOS-NAH (depressieve symptomen)
- agitatie en agressie: HoNOS- NAH (agitatie/agressie)
- apathie: GIP-28 (apathie)

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie Foutloos leren bij Korsakov is een behandelmethode om cliënten met het syndroom van Korsakov met behulp van een stappenplan nieuwe vaardigheden aan te (her)leren. Het uitgangspunt bij foutloos leren is dat fouten tijdens het leerproces worden voorkomen. Door een vaardigheid routinematig zonder fouten te herhalen, slijt de vaardigheid als het ware vanzelf in (Rensen et al, 2018). Voor het toepassen van de interventie Foutloos leren bij Korsakov worden zorgverleners getraind. De training Foutloos leren bij Korsakov wordt door het Korsakov Kenniscentrum (KKC) uitgevoerd en maakt onderdeel uit van de Korsakov Academie.

Voor de werving van de trainingen organiseert het KKC regelmatig bijeenkomsten voor leden. De leden van het KKC bestaan uit zorginstellingen met gespecialiseerde afdeling(en) met Korsakov-cliënten. Verder vermeldt het KKC in de maandelijkse nieuwsbrief aan de leden actualiteiten over de (georganiseerde) trainingen. Het KKC brengt regelmatig werkbezoeken bij haar leden waarin de trainingen van de Korsakov Academie onder de aandacht gebracht worden. Informatie over de inhoud van de trainingen is op de website van het Korsakov Kenniscentrum te lezen.

De opzet van de interventie bestaat uit de onderstaande fases:

Vorbereidingsfase:

Indien een zorginstelling door een checklist met randvoorwaarden (zie hoofdstuk 2, kwaliteitsbewaking) heeft besloten om het foutloos leren bij Korsakov te implementeren zal er met KKC een intakegesprek plaatsvinden. De docent van het KKC zal tijdens de intake de implementatie en het inrichten van een projectgroep bespreken (zie hoofdstuk 2, kwaliteitsbewaking). Voor een succesvolle implementatie zijn stabiliteit en voortrekkers noodzakelijk. Verder zal de docent de (incompany) training met het team afstemmen.

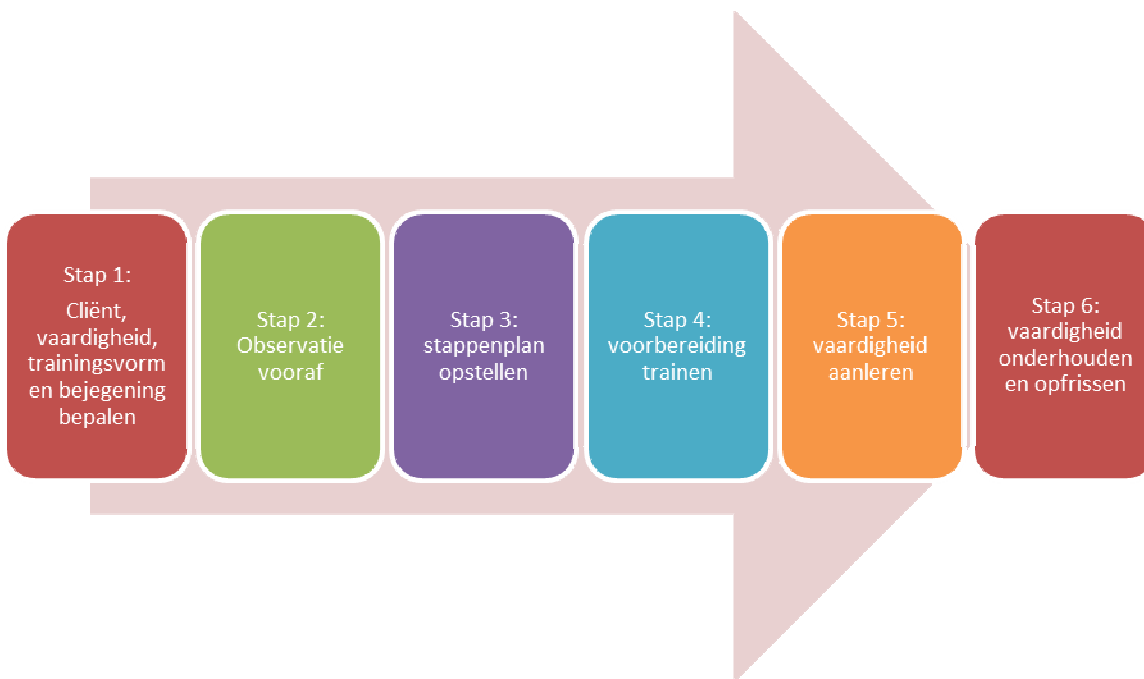
Opleidingsfase:

De interventie foutloos leren bij Korsakov wordt uitgevoerd door zorgverleners binnen diverse disciplines rond een cliënt met het syndroom van Korsakov (onder andere helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, agogen of psychologen). Voor het correct aanleren van de foutloos-lereninterventie bij mensen met het syndroom van Korsakov wordt een training van het KKC gevolgd. Tijdens de training wordt uitleg gegeven over de methode, worden instructiefilmpjes getoond en stappenplannen gemaakt. Daarnaast wordt er met rollenspellen geoefend om een vaardigheid foutloos aan te leren. De training bestaat uit 4 bijeenkomsten van 2,5 uur. De zorgverlener die de training gevolgd heeft, is in staat om zelf een stappenplan te maken en in staat om zelfstandig een cliënt met behulp van een stappenplan nieuwe vaardigheden aan te leren.

Trainingsfase:

Er zijn zes stappen die doorlopen worden bij het leren van vaardigheden met foutloos leren (zie schema hieronder):

1. De zorgverlener kiest (eventueel in samenspraak met de cliënt) een vaardigheid die aangeleerd kan worden. De zorgverlener is werkzaam op de afdeling waar de cliënt woont en heeft een directe zorgrelatie in het dagelijkse leven van de cliënt.
2. De zorgverlener observeert vooraf in hoeverre de vaardigheid geschikt is voor de cliënt.
3. Als een geschikte vaardigheid voor de cliënt uitgekozen is, stelt de zorgverlener een stappenplan op en bespreekt dit in haar team. De zorgverlener beschrijft tevens welke bejegening zij bij de cliënt gaat toepassen. De manier waarop je de cliënt benadert voor het aanleren van de vaardigheid maakt veel uit.
4. De zorgverlener bereidt de sessie van het aanleren voor en bepaalt op welk tijdstip dit wordt uitgevoerd waarbij zij zorgt dat dit in een rustige en vertrouwde omgeving gebeurt.
5. Vervolgens wordt de vaardigheid bij de cliënt door de zorgverlener aangeleerd. Zij begeleidt de cliënten om aarzelingen of het maken van fouten te voorkomen. Hiervoor bestaan verschillende instructievormen, zoals voordoen/modeling en verbale instructie (zie onderdeel 'inhoud interventie'). Nadat een stap correct wordt uitgevoerd, worden de instructies afgebouwd. Een gemiddeld individueel traject bestaat uit tien sessies. De intensiteit van de sessie hangt af van de cliënt en de vaardigheid. Sommige vaardigheden worden twee keer per dag aangeleerd, bij anderen gaat het om twee keer per week. De vaardigheden worden minimaal één keer per week met de cliënt geoefend. Het kan zijn dat bij sommige cliënten enige hulp nodig blijft. De vaardigheid wordt verdeeld in (7-12) concrete stappen.
6. De laatste stap bestaat uit het onderhouden en opfrissen van de vaardigheid. Dit onderdeel hangt af van het vermogen van de cliënt. Sommige cliënten vergeten sneller dan anderen.



Implementatie- en borgingsfase:

Het invoeren van nieuwe technieken gaat niet zomaar. Een goed implementatieplan en de borging hiervan zijn essentieel. In deze fase wordt een implementatieproces aan de hand van het Model Grol & Wensing beschreven (toelichting van het model vind je bij het hoofdstuk 'inhoud van de interventie'). Voor de continuïteit en borging wordt een projectgroep met een kartrekker samengesteld. De kartrekker ziet toe dat de plannen op een duidelijke plek toegankelijk zijn voor de medewerkers en ziet toe dat de zorgverleners zich aan de volgorde van het stappenplannen houden. De kartrekker belegt regelmatig een overleg voor de afstemming met het team.

Het KKC heeft aan de training Foutloos leren bij Korsakov een intervisie/advies-dag toegevoegd. Twee maanden na de laatste trainingsdag bezoekt de trainer/coach van het KKC de instelling voor advies en coaching. Zij bekijkt met het team en leidinggevende welke stappen voor de borging gemaakt zijn en waar er nog desgewenst hulp en advies nodig is. Indien gewenst kan de instelling dit uitbreiden naar meerdere dagen.

Inhoud van de interventie

De inhoud van de interventie bestaat uit zes stappen:

Stap 1: cliënt, vaardigheid, trainingsvorm en bejegening bepalen.

De eerste stap bestaat uit het bepalen van de vaardigheid die door de cliënt gaat worden aangeleerd. Door de directe zorgrelatie die de zorgverlener met de cliënt heeft, is zij in staat om te bepalen welke vaardigheid de cliënt kan en wil leren. Met vaardigheden/activiteiten die dagelijks plaatsvinden, zoals bijvoorbeeld tafeldekken en koffiezetten, kan direct gestart worden. Deze vaardigheden worden voor de dagstructuur op de afdeling namelijk steeds op de dezelfde manier uitgevoerd. Het is belangrijk dat de cliënt daarbij direct meegenomen wordt in de structuur van de afdeling. Daarnaast zijn er specifiekere taken die de cliënt op een later tijdstip kan aanleren. Het is belangrijk om de vaardigheid af te stemmen op de interesses en vermogens van de cliënt. Mantelzorgers van de cliënt worden wel geïnformeerd over het foutloos leren, maar worden niet betrokken bij het aanleren van de vaardigheid.

De manier waarop je de cliënt benadert voor het aanleren van de vaardigheid maakt veel uit. Het kan voorkomen dat de cliënt gemotiveerd is, maar het hem niet lukt om een antwoord te geven op vragen zoals 'Wil je een nieuwe vaardigheid leren?' of 'Wat wil je leren?'. Deze vragen zijn best ingewikkeld. Probeer in een dergelijk geval met het team in te schatten wat een relevante vaardigheid kan zijn voor de cliënt. De cliënt wordt dan passief de vaardigheid aangeleerd. Passief aanleren betekent dat de cliënt niet

zelf vraagt om een nieuwe vaardigheid te leren maar dat het team die vaardigheid voor de cliënt uitkiest. Een andere manier is actief aanleren. De cliënt geeft dan wel zelf aan een vaardigheid te willen leren en is zich bewust van feit dat hij iets aangeleerd krijgt. Mensen met het syndroom van Korsakov kenmerken zich door zorgmijndend gedrag en een gebrek aan ziekte-inzicht. Zij zullen daardoor zelf niet snel een hulpvraag formuleren. Het passief aanleren van een vaardigheid wordt daardoor vaker toegepast dan het actief aanleren.

Stap 2: observatie vooraf.

Het is belangrijk om vanaf de eerste dag dat een cliënt wordt opgenomen op de afdeling te starten met het aanleren van vaardigheden met behulp van foutloos leren. Op deze manier wordt de vaardigheid in de nieuwe omgeving meteen op de juiste manier aangeleerd. Een voorbeeld hiervan is het aanleren van een corveetaak zoals tafeldekken. Iedere cliënt op de afdeling moet zoveel mogelijk meehelpen met de corveetaken. De zorgverlener laat de cliënt zien hoe de tafel gedekt wordt en observeert tegelijkertijd de cliënt. Wat kan de cliënt zelf? En wat zijn de mogelijkheden? Zelfs cliënten die kort opgenomen zijn, kunnen op deze manier geobserveerd worden.

De zorgverlener kan dan inschatten of de cliënt deze vaardigheid kan leren en hoeveel hulp er nodig is bij het aanleren van deze taak en welke vorm van aanleren nodig is (actief of passief).

Als vaardigheden aangeleerd worden aan een cliënt die al langer op de afdeling verblijft, laat dan de cliënt deze vaardigheid op twee verschillende dagen zonder hulp uitvoeren. Op deze manier kan worden geobserveerd in hoeverre de cliënt de vaardigheid aankan. Het is van belang dat de vaardigheid niet te moeilijk, maar ook niet te makkelijk is. Als de vaardigheid te eenvoudig is, kan hij dit als kinderachtig ervaren. Een taak die te moeilijk is kan ervoor zorgen dat de cliënt overvraagd wordt. Het is niet erg als de cliënt een gedeelte van de vaardigheid al zelfstandig kan uitvoeren. Een belangrijk aandachtspunt is het inschatten of een cliënt door de executieve functiestoornissen snel overprikkeld raakt. Het aanleren van de vaardigheid veroorzaakt dan te veel onrust en irritatie bij de cliënt en kan een reden zijn om het aanleren van de vaardigheid aan te passen of het besluit te nemen om de cliënt geen nieuwe vaardigheid aan te leren.

Stap 3: stappenplan opstellen.

Belangrijk bij foutloos leren is om de vaardigheid steeds op dezelfde manier te oefenen door steeds dezelfde stappen van het stappenplan te volgen waardoor het na verloop van tijd een automatisme voor de cliënt wordt. Sommige vaardigheden lijken heel eenvoudig, maar bij het opstellen van een stappenplan wordt pas duidelijk op hoeveel verschillende manieren een vaardigheid kan worden uitgevoerd. Om te zorgen dat de zorgverlener de cliënt de vaardigheid op dezelfde manier aanleert, wordt een stappenplan opgesteld. In een team moeten alle zorgverleners in staat zijn de cliënt op dezelfde wijze de vaardigheid aan te leren. Zij moeten tenslotte de vaardigheid van de cliënt foutloos leren toepassen. Het is daarom van belang dat het hele team geschoold is. Nieuwe zorgverleners in het team moeten door collega's ingewerkt worden of een training bij het KKC volgen. Het foutloos aanleren van de vaardigheden valt of staat met een goed stappenplan.

Vuistregels voor het opstellen van een stappenplan zijn:

- Een stappenplan is concreet en duidelijk.
- Een stappenplan is kort (maximaal 12 stappen).
- Gebruik veel werkwoorden.
- Beschrijf niet meerdere stappen in één stap.
- Het stappenplan wordt aangepast aan de cliënt en niet de cliënt aan het stappenplan. Als de cliënt uit zichzelf al een bepaalde volgorde aanhoudt, dan wordt het stappenplan op deze wijze beschreven.
- De volgorde van de stappen moet logisch zijn voor de cliënt.

Een voorbeeld van een goed stappenplan 'bed opmaken':

1. Matrasbeschermer rechttrekken.
2. Hoeslaken op matras leggen.

3. Dekbed in overtrek.
4. Dekbed op bed leggen.
5. Sloop om kussen doen.
6. Kussen op bed leggen.

Stap 4: voorbereiding van het aanleren van de vaardigheden.

Voor een geslaagde sessie met een cliënt is een goede voorbereiding erg belangrijk. Er moet daarom rekening gehouden worden met de onderstaande punten:

- Het tijdstip van de sessie moet van tevoren bepaald worden, waarbij rekening gehouden wordt met het programma en de fitheid van de cliënt. Sommige vaardigheden kunnen onderdeel van de dagstructuur worden.
- Er moet gezorgd worden voor een vertrouwde, rustige omgeving met weinig afleiding.
- Bij elke sessie moet zoveel mogelijk dezelfde ruimte en hetzelfde materiaal gebruikt worden. De geleerde kennis met foutloos leren is niet flexibel. Dat betekent dat als een cliënt bijvoorbeeld met het ene type koffiezetapparaat heeft leren koffiezetten, hij niet zomaar koffie kan zetten met een ander type koffiezetapparaat.
- Zorg ervoor dat de spullen voor het aanleren van de vaardigheid klaar staan. Er kan ook gebruik gemaakt worden van visuele hulpmiddelen (foto's van de handelingen).
- Het stappenplan moet voorafgaand aan de sessie doorgenomen worden zodat de zorgverlener de volgorde van de stappen kent.

Stap 5: vaardigheid aanleren.

Zoals al aangegeven is het belangrijk dat de vaardigheid steeds op dezelfde manier wordt uitgevoerd en dat de stappen steeds in dezelfde volgorde worden aangeboden. Hiervoor wordt gebruikt gemaakt van het stappenplan. De zorgverlener volgt het stappenplan stap voor stap met de cliënt op en bouwt haar rol af, als de cliënt de stap beheerst. Het tijdstip waarop geoefend wordt is hierbij minder belangrijk mits de omgeving waarin de cliënt het stappenplan uitvoert hetzelfde is.

De zorgverlener kan gebruik maken van verschillende manieren om de cliënt een vaardigheid foutloos aan te leren. Het hangt van de cliënt af voor welke methode gekozen wordt. Het is ook mogelijk een combinatie van de verschillende manieren te gebruiken. Het kan voorkomen dat een cliënt bij een bepaalde stap hulp nodig heeft om verder te kunnen gaan met de vaardigheid, terwijl de andere stappen wel zelfstandig gaan. De vaardigheid kan worden aangeleerd door:

- Voordoelen (modeling): de zorgverlener doet de stap voor en laat de cliënt de stap meteen nadoen. De cliënt weet hierdoor precies wat er van hem wordt verwacht en hiermee wordt het maken van fouten voorkomen.
- Verbale instructie: de zorgverlener zegt hierbij per stap hardop voor wat de cliënt moet doen.
- Aanwijzen/aanreiken: de zorgverlener wijst naar een voorwerp wat tijdens de volgende stap gebruikt wordt of reikt een voorwerp aan. Aanwijzen/aanreiken kan in combinatie worden gebruikt met het geven van verbale instructies.

De zorgverlener noteert in het stappenplan per stap de vorderingen van de cliënt. Als de cliënt driemaal een stap goed gedaan heeft, kan de begeleiding afgebouwd worden. Er worden vier scores gebruikt:

0 = niet uitgevoerd

1 = voordoelen/modeling

3 = verbale instructie

4 = cliënt voert stap zelfstandig uit, zonder instructie

Een gemiddeld individueel traject bestaat uit tien sessies. Veelal wordt er twee keer per week geoefend. Wanneer er geen vooruitgang meer geboekt wordt kan de sessie stoppen. Na het traject kan de cliënt dan de vaardigheid zelfstandig uitvoeren. Soms blijft een cliënt bij één of een paar stappen van de handeling begeleiding nodig hebben. Noteer dit zorgvuldig in het zorg- of begeleidingsplan, zodat de cliënt bij het uitvoeren van de handeling niet de fout ingaat. Een collega zorgverlener kan daardoor

nalezen waar de cliënt nog eventueel hulp bij nodig heeft. Wanneer een cliënt een vaardigheid zelfstandig kan, is het toch zaak om regelmatig te controleren of de cliënt de vaardigheid nog op de juiste wijze uitvoert (zie stap 6).

Stap 6: vaardigheid onderhouden en opfrissen.

De onderhoudssessies zijn nodig omdat vaardigheden langzaam kunnen worden vergeten als ze weinig worden gebruikt. Dit is een preventiemiddel. Opfrissessies zijn nodig wanneer de schade al gedaan is en een activiteit (deels) is vergeten. Dit is een interventiemiddel.

Onderhouden: het foutloos-leren-traject is klaar als een cliënt na circa drie sessies geen vooruitgang meer boekt. De geleerde vaardigheid moet worden onderhouden met onderhoudssessies. Bij een onderhoudssessie wordt de vaardigheid aan de hand van het stappenplan geoefend, net als bij het aanleren van de vaardigheid. Onderhoudssessies zijn nodig omdat uit ervaring is gebleken dat geleerde vaardigheden na verloop van tijd verwateren. Door de handeling regelmatig met de cliënt uit te voeren wordt deze onderhouden.

Opfrissen: bij opfrissessies wordt de vaardigheid weer van vooraf aan aangeleerd met de cliënt.

Opfrissessie kunnen nodig zijn:

1. Als de vaardigheid enige tijd niet is uitgevoerd, omdat er geen onderhoudssessies gepland zijn. Bijvoorbeeld als een cliënt een route heeft geleerd, maar deze een aantal weken niet heeft gelopen.
2. Als de cliënt een stressvolle periode heeft meegemaakt, bijvoorbeeld als hij is verhuisd. Hij is ziek geweest of als hij een periode overvraagd is geweest.
3. Als de omgeving is veranderd. De geleerde kennis met foutloos leren is niet flexibel. Dit betekent dat als een cliënt bijvoorbeeld geleerd heeft om koffie te zetten met het ene type koffiezetapparaat, hij niet zomaar koffie kan zetten met een ander apparaat. Mocht een cliënt verhuizen naar een andere afdeling, dan zal opnieuw de vaardigheid koffiezetten moeten worden geleerd bij het nieuwe type koffiezetapparaat.

2. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen zijn beschikbaar:

- Een (cursus) boek 'Foutloos leren bij Korsakov': een praktische handleiding. De handleiding beschrijft achtergrondinformatie over het syndroom van Korsakov en de effectiviteit van de principes van foutloos leren op het geheugen waardoor het mogelijk is om nieuwe vaardigheden te leren bij mensen met het syndroom van Korsakov. De handleiding is te verkrijgen via de website www.korsakovkenniscentrum.nl.
- Training 'Foutloos leren bij cliënten met het syndroom van Korsakov'. De incompany-training is vanuit de praktische handleiding 'Foutloos leren bij Korsakov' ontwikkeld. Het lesmateriaal van de training bestaat uit de handleiding en een door de hoofdtrainer ontwikkeld cursusboek. De training staat vermeld op de website van het KKC onder het domein Korsakov Academie. Het KKC is ook in het bezit van de brochure 'Korsakov Academie, geaccrediteerde doelgroep specifieke trainingen rondom de zorg voor cliënten met Korsakov' waarin de training vermeld staat.
- Instructiefilmpjes: het handboek bevat QR-codes die verwijzen naar instructiefilmpjes met praktische voorbeelden van het trainen van vaardigheden bij cliënten.

Locatie en type organisatie

De interventie Foutloos leren bij Korsakov kan binnen de verpleeghuiszorg met gespecialiseerde korsakovafdelingen uitgevoerd worden. Wij vermoeden dat de training ook succesvol kan zijn in GGZ-instellingen en de thuiszorg (bijvoorbeeld voor de vaardigheid 'boodschappen doen').

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Er is geen specifiek opleidingsniveau van de zorgverlener vereist om de interventie Foutloos leren bij Korsakov toe te passen. Om een goed resultaat te bereiken, moeten alle zorgverleners in het team geschoold zijn in foutloos leren. Mede door geheugenstoornissen en executieve functiestoornissen, vraagt de omgang en zorg met cliënten met het syndroom van Korsakov specifieke competenties. Met name in de benadering van cliënten met het syndroom van Korsakov staat het bieden van veiligheid en zekerheid centraal.

Zoals al eerder vermeld is er binnen het foutloos leren sprake van passief en actief aanleren. Actief aanleren is als een cliënt zelf een vaardigheid uitkiest om te leren. Passief aanleren is een vaardigheid oefenen waarbij de cliënt er geen erg in heeft dat hij de vaardigheid aangeleerd krijgt. Indien een cliënt op een actieve manier vraagt om een vaardigheid aangeleerd te krijgen, kan het eventueel volstaan om met behulp van het stappenplan uit de handleiding, van het (cursus) boek 'Foutloos leren bij Korsakov' van het KKC, bij de cliënt de vaardigheid te leren. In het verpleeghuis zal een cliënt hoofdzakelijk op een passieve wijze de vaardigheid aangeleerd worden. Voor deze manier van aanleren moet de zorgverlener:

- Beschikken over de benodigde kennis, attitude en vaardigheden rondom de zorg van mensen met het syndroom van Korsakov. Deze competenties staan beschreven in het competentieprofiel Korsakovmedewerker. Het document 'Competentieprofiel zorgmedewerker' is een product van medewerkers uit de Korsakovzorg vanuit instellingen die aangesloten zijn bij het KKC en zijn beschreven aan de hand van het CanMedsmodel. Het KKC heeft daarbij advies gekregen van beroepsvereniging V&VN. Het competentieprofiel bevindt zich op de website van het KKC: <https://www.korsakovkenniscentrum.nl/competentieprofiel->.
- De incompany-training 'Foutloos leren bij cliënten met het syndroom van Korsakov' met een positief gevolg afgesloten hebben. De training is geaccrediteerd bij beroepsvereniging V&VN.

Kwaliteitsbewaking

Om de kwaliteit van de interventie te bewaken, moeten zorgverleners en bij voorkeur het complete team geschoold zijn in het foutloos leren. Dit kan door de training 'Foutloos leren bij cliënten met het

syndroom van Korsakov' van het KKC te volgen. De training wordt gegeven door een externe gecertificeerde trainer en bestaat in totaal uit 4 bijeenkomsten van 2,5 uur. Tussen bijeenkomst 1 en 2 zitten 2 weken, tussen bijeenkomst 2 en 3 zitten 3 weken en tussen bijeenkomst 3 en 4 zitten 5 weken. In totaal gaat het om een periode van 10 weken. Na 2 maanden bezoekt de trainer de afdeling voor advies en coaching. De trainer bespreekt met het team de implementatie en borging van de training. Tussen de trainingen door krijgt de deelnemer (praktijk) opdrachten mee om te oefenen. De deelnemer moet zelfstandig stappenplannen maken en oefenen met cliënten. Er wordt gewerkt met een maatjessysteem om elkaar feedback te geven.

Na afloop van de training ontvangen de deelnemers een certificaat. Hieraan zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- De deelnemer is alle keren aanwezig.
- De deelnemer maakt minstens twee stappenplannen en verwerkt daarna de feedback van de docent.
- De deelnemer toont aan middels een feedbackformulier van zijn maatje en de eindpresentatie dat hij in staat is een cliënt te trainen in de praktijk.
- De deelnemer presenteert hoe zij foutloos leren in de praktijk vorm heeft gegeven. Zij integreert hierin aspecten die te maken hebben met de implementatie en het aansturen van collega's.

De training is geaccrediteerd met 9 punten in het V&VN kwaliteitsregister. In overleg met de instelling worden herhalingsbijeenkomsten georganiseerd. Het lesmateriaal wordt jaarlijks door de docenten aan de hand van de evaluatieformulieren van de deelnemers aangepast.

Om het traject succesvol te laten verlopen is regelmatig overleg en intervisie van belang met het team, kartrekker en de projectgroep. De trainer adviseert het team hierin tijdens een nakomdag. Deze dag vindt twee maanden na de laatste trainingsdag plaats. De kartrekker kan een leidinggevende zijn maar ook een gemotiveerde zorgverlener. De leden van de projectgroep monitoren het proces op de werkvloer. Zij zijn enthousiast, bevlogen en voelen zich verantwoordelijk. Een taak van de projectgroep kan zijn om de planning te maken, basis stappenplannen op te stellen, de planning te bewaken, en begeleidingsbijeenkomsten, casusbesprekingen en intervisie te organiseren en te leiden.

Randvoorwaarden

De invoering van de interventie zal succesvoller verlopen als aan de onderstaande randvoorwaarden wordt voldaan (Rensen et al., 2018):

- De visie moet aansluiten bij de organisatie.
- De zorgverleners zijn geschoold in foutloos leren.
- Het team is gemotiveerd.
- Er is een projectgroep/kartrekker beschikbaar voor de kwaliteitsbewaking.
- Het management staat achter het plan.
- Er is inzicht in de noodzakelijke kosten en men is bereid deze investering te garanderen.
- Er is voldoende ruimte in de organisatie voor dit project.

Als het op de afdeling erg onrustig is wegens een verhuizing, reorganisatie of anderszins dan is dat niet het moment om de interventie Foutloos leren bij Korsakov te implementeren. Een nieuwe werkwijze aanleren behoeft een zekere stabiliteit. Daarbij zijn er voortrekkers nodig die - bijvoorbeeld in de vorm van een projectgroep - het proces monitoren en iedereen scherp houden.

Implementatie

Voor het introduceren van een nieuwe werkwijze is er voor de implementatie een goed doordacht plan nodig. Een succesvolle implementatie lukt alleen wanneer er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan.

Het helpt om kansen en hindernissen goed in beeld te brengen Een implementatieplan volgens het model van Grol (Grol & Wensing, 2006) is hiervoor een goed hulpmiddel. Het model bestaat uit verschillende fases:

Fase 1: oriëntatie

Het is belangrijk om voorafgaand aan de invoering van de interventie Foutloos leren bij Korsakov na te gaan of foutloos leren iets aan de kwaliteit van de zorg zou kunnen toevoegen. Ook is het belangrijk om helder te krijgen of foutloos leren bij de organisatie past. Probeer duidelijk te krijgen wat foutloos leren is en waarom deze manier van werken een meerwaarde is voor de instelling. Het is bijvoorbeeld zinvol om een bezoek te brengen aan een instelling waar foutloos leren al langere tijd wordt toegepast, of om een zorgverlener van deze instellingen uit te nodigen. Stel in het plan doelen op via de SMART-methode en bespreek met elkaar of de instelling aan de volgende randvoorwaarden voldoet:

- Beschikbaarheid van zorgverleners die foutloos leren kunnen toepassen.
- Beschikbaarheid van een projectgroep.
- Betrokkenheid van het management.
- Inzicht in kosten en bereidheid tot investeren.

Fase 2: voorbereiding

Als duidelijk is dat foutloos leren de juiste werkwijze is, kan verder gegaan worden met de voorbereiding door het opstellen van een plan van aanpak en de verandering te communiceren.

De wijze waarop foutloos leren wordt ingebed, zal in iedere organisatie anders zijn. Er is dus geen standaard plan van aanpak dat in elke instelling kan worden gebruikt. Hieronder staan onderdelen die in ieder geval in het plan van aanpak moeten terugkomen:

- Doelstelling: wat is het einddoel?
- Resultaten: wat moet er gerealiseerd worden?
- Omvang: op welke afdeling(en) wordt de interventie toegepast?
- Planning: maak een duidelijk tijdspad.
- Evaluatie en eventueel bijstellen van het plan van aanpak.

Fase 3: uitvoering

Als geconcludeerd is dat de organisatie klaar is voor invoering van foutloos leren, kan de uitvoeringsfase beginnen: de activiteiten uit het plan van aanpak kunnen worden uitgevoerd zoals het trainen van de zorgverleners en door bijvoorbeeld een kick-offbijeenkomst te organiseren. Van belang is dat er ook naar familieleden en andere hulpverleners gecommuniceerd wordt. Het werkt averechts als een familielid bijvoorbeeld een andere route met de cliënt loopt dan is getraind.

Fase 4: evaluatie

Na de uitvoeringsfase is het tijd om de evaluatiefase in te zetten. Bij het opstellen van het plan is vastgesteld wanneer de implementatie van foutloos leren geslaagd is en hoe en door wie dit geëvalueerd zou kunnen worden. Resultaten worden teruggekoppeld en de plannen kunnen eventueel bijgesteld worden.

Fase 5: borging

Indien het foutloos leren het gewenste resultaat heeft opgeleverd is het vervolgens belangrijk om dit voort te zetten. De borgingsfase is erop gericht om de inzet van foutloos leren op langere termijn te garanderen. Er moet veel aandacht zijn om het enthousiasme en de aandacht die er in de projectfase was, vast te houden. De borging kan gerealiseerd worden door:

- Veel zorgverleners bekend te maken met foutloos-leren-principes, om de continuïteit te waarborgen in geval van uitdiensttreding, ziekte en zwangerschap.
- Het opnemen van de kosten van de training Foutloos leren bij Korsakov in de jaarplannen en begroting.
- Het leren van de vaardigheden opnemen in behandel- en zorgplannen van de cliënten.

Het KKC biedt na de training Foutloos leren bij Korsakov een consultatiedag aan waarbij de trainer twee maanden na de laatste lesdag met het team de implementatie en borging van de training bespreekt en een adviesrapport schrijft.

Kosten

De kosten voor een reguliere incompany-training bedragen in 2019 voor een groep van maximaal 12 deelnemers: € 3.110 (inclusief BTW, reiskosten en lesmateriaal).

- De training bestaat in totaal uit 4 bijeenkomsten van 2,5 uur. Het totaal aantal te besteden uren voor de training bedraagt ongeveer 20 uur per zorgverlener. De verletkosten tijdens de training van een team bestaande uit 12 deelnemers bedragen 6000 euro. Dit is exclusief de oefenmomenten met de cliënten. De oefenmomenten kunnen tijdens de werkzaamheden plaatsvinden.
- De docent van de training loopt 1 dagdeel in de organisatie mee om de training in overleg met de opdrachtgever op het team af te stemmen en organiseert in overleg met de zorginstelling herhalingstrainingen. Hier worden geen kosten voor berekend.
2 maanden na afloop van de training komt de trainer een dagdeel langs voor advies en overleg met het team. Na afloop van dit bezoek ontvangt het team een adviesrapport. De kosten hiervan bedragen 750 euro (inclusief BTW).
- Er is extra inzet nodig van zorgverleners tijdens het opstarten van foutloos leren op de afdeling. De zorgverlener zal tijd moeten investeren in de training en het voorbereiden van het trainen van de cliënt. Hoeveel tijd men kwijt is hangt af van de cliënten en gekozen vaardigheden. Het is van belang dat iedereen weet hoeveel uur zij mag besteden aan de training. Deze tijd hoeft niet als verlettijd gezien te worden. Het betreft hier een contactmoment met de bewoner.
- In de praktijk blijkt dat vooral in de beginfase het voorbereiden en inbedden van foutloos leren tijd veel kost. Als foutloos leren eenmaal bij de werkwijze van een afdeling hoort, kan het zelfs tijd besparen. Deze tijd hoeft niet als verlettijd gezien te worden. Het bespaart op de langere termijn tijd op.
- Er wordt geadviseerd om iedere 6 weken een intervisie- en/of evaluatiebijeenkomst te organiseren. De verletkosten van een overleg van een uur van een team met 12 deelnemers bedragen 12 uur totaal per bijeenkomst.

Onder de kosten van de trainingen vallen de volgende bedragen: er wordt uitgegaan van een team bestaande uit 12 deelnemers:

- | | |
|---|------------------------|
| - training van het team: | 3.110 euro (incl. BTW) |
| - adviesbezoek trainer na twee maanden: | 750 euro (incl. BTW) |
| - verletkosten team: | 6.000 euro |

3. Onderbouwing

Probleem

In Nederland leven ongeveer 600.000 mensen die verslaafd zijn aan alcohol. Bij 12 tot 15% van deze mensen ontstaat uiteindelijk het syndroom van Korsakov (Zahr et al., 2011; Kril en Harper, 2012). Vanwege het zorgmijdende karakter is slechts een klein deel van de cliënten met het syndroom van Korsakov in zorg. Een trend is de snellere toename van het aantal vrouwelijke cliënten met het syndroom van Korsakov. Tot voor kort was driekwart van de Korsakovpatiënten man (Brochure het syndroom van Korsakov, Korsakov Kenniscentrum, 13-05-2019).

Het syndroom van Korsakov is een chronische aandoening die gekenmerkt wordt door ernstige geheugenstoornissen en problemen met executief functioneren (Brion, Pitel, Beaunieux, & Maurage, 2014; Cermak, Butters, & Goodglass, 1971; Kopelman, Thomson, Guerrini, & Marshall, 2009; van Oort & Kessels, 2009). Hierdoor zijn mensen met Korsakov niet in staat om nieuwe informatie te leren. Deze cognitieve problemen leiden bij veel cliënten met Korsakov tot verlies van autonomie, vermindering van kwaliteit van leven en gedragsproblemen. Het lukt cliënten bijvoorbeeld niet meer om zonder hulp maaltijden te bereiden, omdat stappen vergeten worden, stappen in de verkeerde volgorde worden uitgevoerd, of omdat halverwege gestopt wordt met de taak. Door bovenstaande problemen zijn deze relatief jonge cliënten (cliënten zijn meestal tussen de 40 en 60 jaar wanneer zij de diagnose krijgen) vaak niet meer in staat zelfstandig te wonen. Ze zijn aangewezen op levenslange zorg in gespecialiseerde verpleeghuizen, GGZ-instellingen of RIBW-instellingen. Veel van deze mensen voelen zich niet thuis in deze instellingen (Oudman & Zwart, 2012). Voor de kwaliteit van leven van cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen worden lage scores gevonden (Oudman & Zwart, 2012). Ook vertonen veel geïnstitutionaliseerde cliënten met het syndroom van Korsakov gedragsproblemen, zoals psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en apathie. Deze worden door zorgverleners als uitdagend ervaren (Gerridzen & Goossens, 2014; Gerridzen et al., 2017). Dit leidt vervolgens tot overmatig gebruik van psychotrope medicatie met veel nadelige bijwerkingen (Gerridzen en Goossens, 2013). Er is weinig bekend over de impact van de ziekte op hun omgeving. Vanuit de praktijk wordt gezien dat veel van deze cliënten een zeer beperkt sociaal netwerk hebben, omdat het jarenlange alcoholgebruik zijn tol eist. Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar behandelopties voor het syndroom van Korsakov, om de zelfstandigheid en kwaliteit van leven van cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen te verbeteren.

Oorzaken

1. Cliënten met het syndroom van Korsakov hebben ernstige geheugenproblemen en daarnaast vaak executieve problemen en apathie (Arts, Walvoort, & Kessels, 2017). Hoewel cliënten vaak aangeven meer autonomie te willen, lukt het hen vanwege de ernstige geheugenproblemen, executieve problemen en apathie niet om dit zelf te verwezenlijken. Iemand wil bijvoorbeeld zelf boodschappen doen, maar komt niet in actie om de handeling te ondernemen, vergeet in de supermarkt bepaalde producten mee te nemen, of krijgt het niet voor elkaar om de pincode in te toetsen.
2. Cliënten met het syndroom van Korsakov die verblijven in verpleeghuizen lijken een gebrek aan autonomie te ervaren. Als gevolg hiervan hebben zij mogelijk een verminderde kwaliteit van leven. Op een lijst die kwaliteit van leven meet, wordt aangegeven dat zij zich niet thuis te voelen in zorginstellingen en een matige relatie hebben met de zorgverleners (Oudman & Zwart, 2012). Ook kan een gebrek aan ervaren autonomie mogelijk leiden tot gedragsproblemen. Geïnstitutionaliseerde cliënten met het syndroom van Korsakov hebben gedragsproblemen, zoals psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en apathie. Dit wordt door zorgverleners als uitdagend ervaren.
3. Professionals in de zorg ervaren dat mensen met het Syndroom van Korsakov vaardigheden kunnen (her) leren maar er is nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwing. Het ontbreekt aan een praktisch handleiding en kennis om dit toe te passen. Voordat het huidige onderzoek werd

uitgevoerd waren er slechts drie onderzoeken uitgevoerd naar foutloos leren bij mensen het syndroom van Korsakov (Kessels, van Loon, & Wester, 2007; Komatsu, Mimura, Kato, & Kashima, 2003; Oudman et al., 2013). Dit betreft voornamelijk experimentele studies.

Aan te pakken factoren

Door het leren van vaardigheden is de verwachting dat cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen een stukje autonomie terug krijgen. De interventie richt zich dan ook op factor 2 onder 'oorzaken' (zie voorafgaande alinea). Door de foutloos-leren-training krijgen zorgprofessionals handvatten om het impliciete geheugen van cliënten met het syndroom van Korsakov aan te spreken. Hierdoor kunnen zorgprofessionals cliënten met het syndroom van Korsakov helpen om nieuwe vaardigheden aan te leren.

Verantwoording

Het syndroom van Korsakov wordt gekenmerkt door ernstige geheugenstoornissen, maar niet het hele geheugen is aangedaan. Er bestaan namelijk verschillende vormen van geheugen. De stoornissen bij het syndroom van Korsakov bevinden zich voornamelijk in het expliciete geheugen. Dit wordt ook wel het bewuste geheugen genoemd. Een cliënt kan door deze stoornissen niet meer bewust terughalen wat er eerder is gebeurd en zal daarom verhalen blijven herhalen. Het impliciete, onbewuste geheugen is daarentegen enigszins gespaard gebleven (Kopelman et al., 2009; Oudman, Nijboer, Postma, Wijnia, & van der Stigchel, 2015). Een vorm van impliciet geheugen is het procedurele geheugen. Dit geheugen gebruiken we bij het leren van vaardigheden, zoals autorijden, fietsen of zwemmen. We leren deze vaardigheden door deze te doen. Vaak kunnen we niet onder woorden brengen hoe we deze vaardigheden precies hebben geleerd, het leren gaat als het ware automatisch. Ook cliënten met het syndroom van Korsakov kunnen leren door te doen (Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort, & Kessels, 2017).

Het werkzame element uit de training is de focus op dit impliciete leren. De resultaten van kleinschalige groepsstudies (variërend van acht tot vijftien deelnemers) naar foutloos leren bij het syndroom van Korsakov zijn overwegend positief (Kessels, Van Loon & Wester, 2007; Komatsu et al., 2000; Oudman et al., 2013). Cliënten met het syndroom van Korsakov leerden succesvol namen, routes en het bedienen van een wasmachine.

Omdat het expliciete geheugen kapot is bij cliënten met het syndroom van Korsakov, zullen zij niet goed leren van hun fouten, of bewust herinneren wat zij bij een vorige training hebben geleerd. Bovendien worden gemaakte fouten wel opgeslagen in het impliciete geheugen. Je kunt dit vergelijken met de groeven van een grammofoonplaat. Hoe vaker een fout wordt gemaakt, hoe dieper de groef wordt. De naald valt steeds gemakkelijker in de diepe groef, waardoor de cliënt keer op keer dezelfde fout blijft maken. Het wordt steeds lastiger om deze fouten te corrigeren. Bij foutloos leren wordt het maken van fouten tijdens het leerproces voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld doordat een trainer steeds een handeling voordoet of voorzegt wat er gedaan moet worden (zoals voorgesteld in de foutloos leren bij dementiehandleiding van de Werd et al., 2013). Door een vaardigheid regelmatig, zonder fouten, te herhalen, leert het lichaam als het ware vanzelf welke stappen elkaar opvolgen. Omdat er geen fouten worden gemaakt, kunnen er ook geen fouten inslijpen (Clare & Jones, 2008; Haslam & Kessels, 2018).

Cohen, Ylvisaker, Hamilton, Jemp & Claman (2010) beschrijven dat het aanleren van vaardigheden met foutloos leren het gevoel van competentie en onafhankelijkheid vergrootte bij een patiënte met ernstige geheugenproblemen. Ze kon weer dingen doen die ze eerder niet (meer) kon. Dit verbeterde haar kwaliteit van leven. Verwacht werd dat dit ook geldt voor cliënten met het syndroom van Korsakov. Ook was de verwachting dat gedragsproblemen zouden afnemen als cliënten met het syndroom van Korsakov autonomie terugkrijgen, in dit geval door het aanleren van vaardigheden middels foutloos leren. Cliënten met het syndroom van Korsakov hebben vaak een gebrek aan ziekte-inzicht (Walvoort et al., 2016). Omdat ze niet begrijpen waarom ze niet meer zelfstandig kunnen wonen, kunnen cliënten met het syndroom van Korsakov boos, achterdochtig, gefrustreerd en agressief worden in zorginstellingen (Thomson et al. 2012). Thomson et al. (2012) geven aan dat het belangrijk is om cliënten met het syndroom van Korsakov meer onafhankelijkheid te geven in een zorgsetting, terwijl ze tegelijkertijd zorg krijgen die hen veilig houdt.

Thomson et al. (2012) stellen voor dat foutloos leren een methode is die een uitkomst kan bieden, omdat patiënten meer autonomie krijgen met op de cliënt toegespitste aanpak. De verwachting is dat gedragsproblemen hierdoor afnemen. Uit het onderzoek van Gerridzen et al., 2017 bleek dat bij het syndroom van Korsakov de meest voorkomende gedragsproblemen psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en apathie waren. Vandaar dat onderzocht werd of foutloos leren hier een positief effect op heeft.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

a) Errorless (re)learning of everyday activities in patients with Korsakoff's syndrome: A feasibility study. Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort & Kessels (2017). Gepubliceerd in: Neuropsychological Rehabilitation. doi: 10.1080/09602011.2017.1379419.

b) Binnen dit onderzoek is gekeken of de training foutloos leren goed werd uitgevoerd door de zorgverleners. Zorgverleners werden getraind in foutloos-lerenprincipes door een psycholoog. Tijdens deze training werd uitleg gegeven over de methode, werden instructiefilmpjes getoond en stappenplannen gemaakt. Daarnaast werd er met behulp van rollenspellen geoefend om een vaardigheid foutloos aan te leren. In de vergelijkingsgroep werd deze training niet gegeven. Na de training zijn per cliënt twee vaardigheden geleerd met de methode van foutloos leren door zorgverleners. Vervolgens leerden de zorgverleners de cliënten vaardigheden middels foutloos leren. Voor elke vaardigheid werd een stappenplan opgesteld (met als richtlijn maximaal twaalf deelstappen). De stappenplannen werden in de teams besproken en gecontroleerd. De onderzoeker kreeg alle stappenplannen toegestuurd ter controle. Tijdens het leren van de vaardigheden begeleiden de zorgverleners de cliënten om aarzelingen of het maken van fouten te voorkomen. Dit deden zij met instructiemethodes zoals *modeling* (de trainer doet de stap voor en laat de cliënt de stap meteen nadoen), verbale instructies (de trainer zegt per stap hardop voor wat de cliënt moet doen) of aanwijzen/aanreiken (de trainer wijst naar een voorwerp dat tijdens de volgende stap gebruikt wordt of reikt een voorwerp aan). Nadat een stap correct werd uitgevoerd, werden instructies afgebouwd. Welke mate van instructie werd gebruikt, werd genoteerd op een trainingslijst. Deze werden overhandigd aan de onderzoeker ter controle.

c) Binnen de twee deelnemende instellingen waren kartrekkers (zorgverleners) aanwezig die het onderzoek monitorden. De onderzoeker hield nauw contact met de kartrekkers. Tijdens elk leermoment werden lijsten bijgehouden. Hierop werd de datum van het leren van de vaardigheid genoteerd, plus per deelhandeling hoeveel begeleiding een cliënt nodig had. Op deze manier kon de onderzoeker zicht houden op naleving van het protocol. Het onderzoek is volgens plan uitgevoerd.

De ervaringen van de deelnemers zijn uitgevraagd in de vorm van een focusgroep met de onderzoeker en de medewerkers die foutloos leren uitvoerden van de instellingen. Vanuit MeanderGroep deden er medewerkers uit vier teams mee, vanuit ZorgAccent deden er medewerkers uit negen teams mee. Via een gesprek in een interactieve groepssetting werden meningen en ervaringen van de medewerkers over de foutloos-lerenmethode gevraagd. Er is niet direct gevraagd naar de mening van de doelgroep, aangezien zij door hun geheugenproblemen niet meer wisten welke vaardigheden zij hadden geleerd. Uit de interviews met de teams kwamen de volgende resultaten:

De teams over:

Cliënten:

“Door foutloos leren heb je voor elke cliënt een aandachtsmomentje. Sommige cliënten eisen veel aandacht op in een groep. Anderen zijn juist meer terug getrokken. Je besteedt nu ook aandacht aan de meer teruggetrokken cliënten.”

“Je kunt bij alle cliënten wel iets leren. Dit kunnen ook hele kleine vaardigheden zoals het ophangen van een jas zijn. Denk niet alleen maar aan ingewikkelde vaardigheden.”

“We kwamen er een aantal keer achter dat de cliënt een vaardigheid al na twee of drie keer kon. We hadden hem dus ondervraagd en een complexere vaardigheid kunnen kiezen. Soms kan een cliënt meer dan je denkt!”

“Er kwamen ook positieve reacties vanuit de cliënten na een leermoment, zoals ‘Ik had nooit gedacht dat het me zou lukken’ of ‘dankjewel’. Daar doe je het voor.”

Fouten maken:

“Met name het actieve leren vond ik lastig. De cliënt die ik vaardigheden leerde had al snel het idee dat hij wel wist wat de volgende stap zou zijn. Ik moest als trainer opletten en creatief zijn, om de aandacht van de cliënt erbij te houden en fouten te voorkomen.”

“Als je het als trainer goed doet, kan de cliënt geen fout maken.”

Tijdsinvestering:

“Toen we met foutloos leren moesten starten vond ik het best moeilijk, omdat ik verwachtte dat het ons veel moeite en tijd zou kosten. Ik had ook veel vragen. Wat is de meerwaarde? Belasten we cliënten niet te veel? Hoe ga ik het brengen aan de cliënten? Er waren gelukkig al vrij snel positieve resultaten zichtbaar. Het kost inderdaad tijd, maar het geeft een heel fijn gevoel om stappen verder te komen met cliënten.”

“Het is goed mogelijk om foutloos leren toe te passen naast de normale werkzaamheden. Uiteindelijk is het de bedoeling dat foutloos leren gewoon bij de normale werkzaamheden gaat horen. Toch moet je er niet te makkelijk over denken. Je kan het niet zomaar even tussendoor doen. Je moet het met het team plannen.”

Bewustwording:

“Het is wel een omslag om zo stap voor stap te werk te gaan. Je moet goed nadenken over wat je aan het doen bent. Dit heeft bij mij wel voor meer bewustwording gezorgd. Ik denk nu meer na over wat en hoe ik iets van een cliënt vraag.”

“Eerder zette ik zelf altijd de koffie voor de cliënt, omdat dat makkelijker en sneller was. Ik heb door de training geleerd dat het goed is voor de eigenwaarde van de cliënt om het hem zelf te laten zetten, ook al duurt het langer.”

“Je neemt onbewust toch heel vaak bij cliënten aan: ‘dat kan hij niet’. Door foutloos leren training ga je ook nadenken wat iemand nog wel zou kunnen.”

Succes- en faalfactoren:

Onderstaande punten zijn opgesteld naar aanleiding van ervaringen die werden opgedaan tijdens de uitvoer van het onderzoek (gesprekken met de kartrekkers van de instellingen gedurende de uitvoer van het onderzoek) en de focusgroep.

Training:

- Kies (in samenspraak met de cliënt) een vaardigheid die bij hem/haar past.
- De manier waarop je de cliënt benadert voor de training maakt veel uit. Het kan voorkomen dat de cliënt gemotiveerd is, maar het hem niet lukt om een antwoord te geven op vragen zoals “Wil je een nieuwe vaardigheid leren” of “Wat wil je leren?”. Deze vragen zijn best ingewikkeld. Probeer in zo’n geval met het team in te schatten wat een relevante vaardigheid kan zijn voor de cliënt. De vraag “Wil je leren koffiezetten?” is vaak minder succesvol. Het woord “leren” kan weerstand oproepen, omdat de cliënt het kinderachtig vindt of omdat de cliënt het idee heeft de vaardigheid nog goed te kunnen en dit niet meer hoeft te leren. Anderzijds kan het ook confronterend zijn, omdat hem wordt gevraagd om iets te leren waarvan hij vindt dat hij het zou moeten kunnen. Probeer in zo’n geval creatief te zijn en vraag bijvoorbeeld: “Wil je me helpen met koffie zetten?” of: “De telefoon op de afdeling is heel anders dan de telefoon die je thuis had. Zal ik je uitleggen hoe deze telefoon werkt?”.
- Het leren van vaardigheden valt of staat met een goed stappenplan. Vuistregels voor het opstellen van een stappenplan zijn:
 - Een stappenplan is concreet en duidelijk.
 - Een stappenplan is kort, denk aan 7 stappen (en zelden meer dan 12).
 - Gebruik veel werkwoorden.
 - Beschrijf niet meerdere stappen in één stap.
 - Pas het stappenplan aan op de cliënt, niet de cliënt op het stappenplan. Als de cliënt uit zichzelf al een bepaalde volgorde aanhoudt, pas het stappenplan dan zo nodig aan. De volgorde van stappen moet logisch zijn voor de cliënt.
- Het leermoment moet goed worden voorbereid (tijdstip moet rekening houden met programma van cliënt, omgeving moet rustig en vertrouwd zijn, gebruikt zoveel mogelijk hetzelfde materiaal, liever geen andere cliënten in de ruimte, zet benodigde spullen alvast klaar, maak gebruik van visuele hulpmiddelen, en trainers moeten zelf het stappenplan goed kennen).
- De geleerde vaardigheden moeten onderhouden worden, omdat vaardigheden langzaam kunnen worden vergeten als ze weinig worden gebruikt.

Omstandigheden:

- De implementatie van een training als foutloos leren binnen een instelling zal eerder succesvol verlopen als de instelling aan bepaalde randvoorwaarden voldoet, namelijk:
 - Beschikbaarheid van zorgverleners die foutloos leren kunnen toepassen: om foutloos leren te implementeren op een afdeling, moeten er genoeg zorgverleners zijn die (a) gemotiveerd zijn om foutloos leren te gaan toepassen en (b) kennis hebben of willen opdoen over foutloos leren.
 - Beschikbaarheid van projectgroep: stel binnen het multidisciplinaire team een projectgroep 'foutloos leren' samen. De leden van de projectgroep zijn de kartrekkers om foutloos leren te implementeren op de werkvloer. Ze zijn enthousiast, bevlogen en voelen zich verantwoordelijk voor het doel. Een taak van de projectgroep kan zijn om de planning te maken, basisstappenplannen op te stellen, de planning te bewaken en begeleidingsbijeenkomsten (wat gaat goed, wat kan beter), casusbesprekingen en intervisies te organiseren en te leiden.
 - Betrokkenheid van het management: het is belangrijk dat het management en de budgetverantwoordelijke worden geïnformeerd en betrokken voor de start van het project. Dit is nodig voor de nodige organisatorische aanpassingen en financiële middelen.
 - Inzicht in kosten en bereidheid tot investeren: het opstellen van een kostenoverzicht is vooral belangrijk bij grotere doelen, zoals het gebruiken van foutloos leren op één of meerdere afdelingen binnen de organisatie. Gebrek aan tijd, geld en personeel zijn belangrijke factoren waardoor veranderingen niet van de grond komen. Neem dit overzicht door met de aangewezen personen (teamleider, manager, bestuur) en bespreek de mogelijkheden. Denk hierbij aan:
 - Tijd voor projectgroepbijeenkomsten.
 - Tijd voor intervisie- en evaluatiebijeenkomsten, waarbij het van belang is dat een groot gedeelte van het team aanwezig is.
 - Extra inzet van zorgverleners tijdens het opstarten van foutloos leren op de afdeling(en). Hoeveel tijd men kwijt is hangt af van de cliënten en gekozen vaardigheden. Zorg, na overleg met de leidinggevende, dat iedereen weet hoeveel uur hij mag besteden aan de training/de leermomenten met cliënten.
 - In de praktijk blijkt dat vooral in de beginfase het voorbereiden en inbedden van foutloos leren veel tijd kost. Als foutloos leren eenmaal bij de werkwijze van een afdeling hoort, kan het zelfs tijd besparen.
 - Factoren in de organisatie: als er te veel onrust in een organisatie is, bijvoorbeeld ten gevolge van een fusie of reorganisatie, grote bezuinigingen of veranderprojecten, kan dit de introductie van een nieuwe werkwijze belemmeren. Anderzijds kan het zijn dat de invoering van een nieuwe werkwijze beter wordt geaccepteerd en gefaciliteerd als dit inpasbaar is een lopende reorganisatie of verandertraject. Het is aan de projectgroep om samen met het bestuur/ management hier een inschatting van te maken.

De interventie is niet meer aangepast na de procesevaluatie. Wel zijn bovenstaande tips (die naar voren kwamen tijdens de uitvoer van de training en in de focusgroep) over de toepassing meegenomen in de handleiding.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Overzicht gepubliceerde literatuur

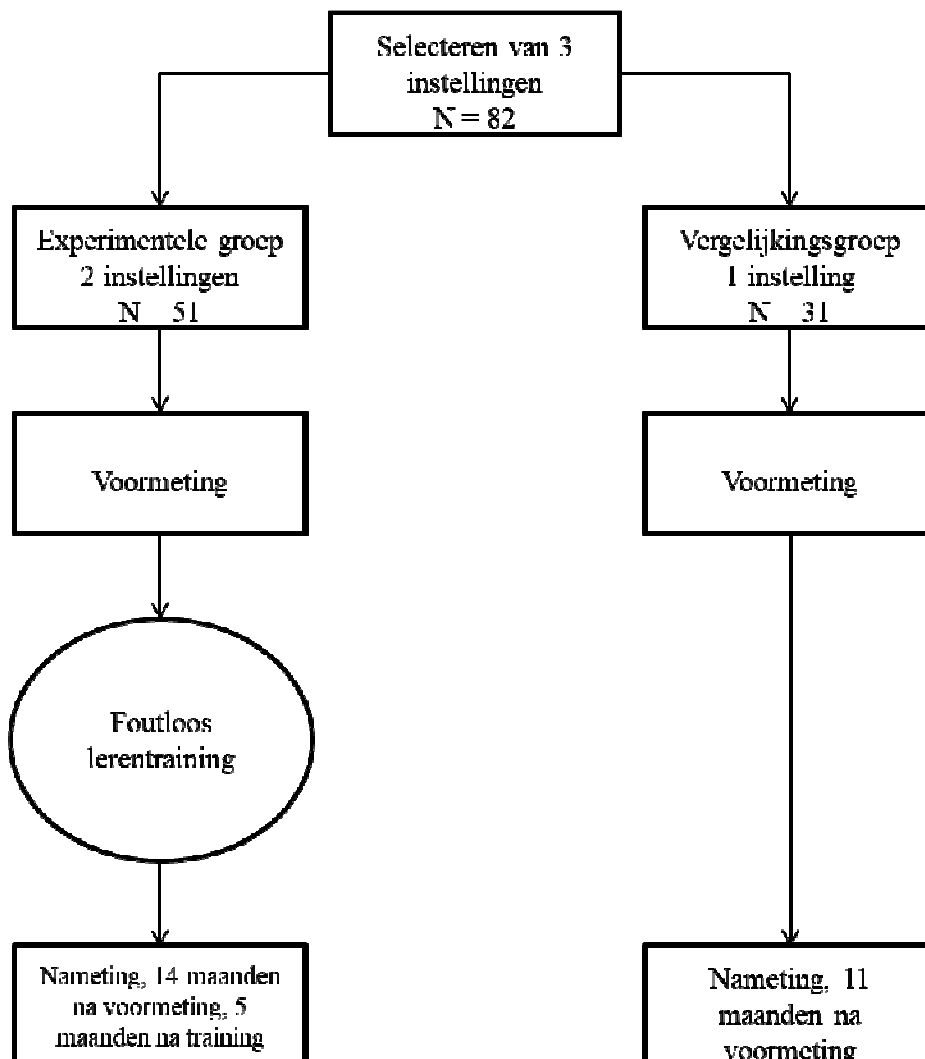
Hieronder worden drie studies beschreven die zijn voortgekomen uit hetzelfde onderzoeksproject. De studies kijken naar de effecten van foutloos leren op drie verschillende uitkomstmaten bij cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. Er werd onderzocht wat het effect is van foutloos leren op het leren van verschillende taken, de kwaliteit van leven en gedragsproblemen. 51 patiënten leerden vaardigheden met foutloos leren (deelnemers meegenomen in alle drie de onderzoeken) en een vergelijkingsgroep van 31 cliënten (deelnemers meegenomen in de onderzoeken naar kwaliteit van leven en gedragsproblemen) kreeg gebruikelijke zorg, maar geen foutloos leren (zie figuur 1 voor een flowchart met de onderzoeksopzet). Alle drie de studies zijn gepubliceerd in Engelstalige tijdschriften. De kwalitatieve resultaten naar de uitvoering van het onderzoek beschreven bij punt 4.1. zijn gepubliceerd in: Foutloos leren bij Korsakov: een praktische handleiding (Rensen et al., 2017).

Hoe de training Foutloos leren aan zorgverleners en het leren van vaardigheden aan cliënten in het onderzoek is uitgevoerd, wordt uitvoerig beschreven in Foutloos leren bij Korsakov: een praktische handleiding (Rensen et al., 2017). Voor het repliceren van onderstaande onderzoeken wordt naar deze handleiding verwezen.

Voorafgaand aan het onderzoek gaven de cliënten en hun wettelijke vertegenwoordigers schriftelijk informed consent. Aan deelname aan het onderzoek waren geen risico's verbonden en er zaten geen nadelige effecten aan. Alle gegevens werden anoniem verwerkt, werden uitsluitend voor het onderzoek gebruikt (niet voor de begeleiding of behandeling) en cliënten konden op elk moment stoppen met het onderzoek, zonder het opgeven van een reden.

Het project borduurt voort op kleinschalige eerdere onderzoeken, waarbij foutloos leren werd toegepast bij cliënten met het syndroom van Korsakov. Een samenvatting van deze onderzoeken is weergegeven in Tabel 1.

Figuur 1. Flow-chart onderzoeksopzet.



Tabel 1. Overzicht van artikelen waarin foutloos leren werd toegepast bij cliënten met het syndroom van Korsakov.

| Auteur | Jaar | Interventie | Uitkomst |
|----------------|------|--|---|
| Wilson et al. | 1994 | Leren programmeren van een elektronisch hulpmiddel door middel van foutloos leren. | Eén cliënt leert succesvol informatie invoeren in het systeem door middel van foutloos leren. |
| Komatsu et al. | 2000 | Leren van namen bij foto's van gezichten door middel van foutloos leren. | Zeven cliënten leerden namen bij foto's door middel van foutloos leren en trial-en-error leren. Het percentage goed onthouden namen lag hoger in de foutloze condities. |
| Kessels et al. | 2007 | Leren van routes door middel van foutloos leren. | Tien cliënten leerden twee routes door middel van foutloos leren en trial-en-error-leren. Beide condities bleken even effectief in het aanleren van de route. |
| Oudman et al. | 2013 | Leren bedienen van een wasmachine door middel van foutloos leren. | Acht cliënten leerden door middel van foutloos leren een wasmachine te bedienen en acht cliënten leerden dit door middel van trial-en-error leren. Beide groepen verbeterden over acht sessies. De 'foutloos leren'-groep viel na een periode van een maand minder terug in prestaties. |

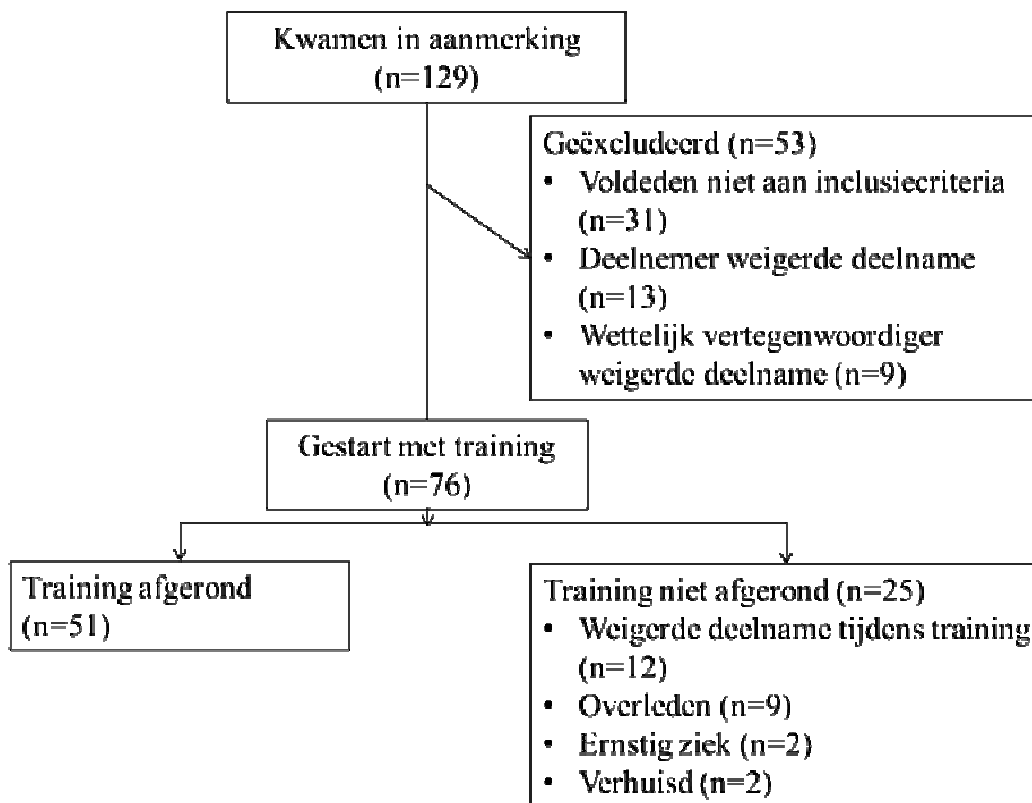
Dit is een aangepaste versie van de tabel uit het overzichtsartikel van Oudman, Nijboer, Postma, Wijnia en Van der Stigchel (2017). Deze tabel is gepubliceerd in Foutloos leren bij Korsakov: een praktische handleiding (Rensen et al., 2017).

STUDIE 1

A) Errorless (re)learning of everyday activities in patients with Korsakoff's syndrome: A feasibility study. Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort & Kessels (2017). Gepubliceerd in: *Neuropsychological Rehabilitation*. Doi: 10.1080/09602011.2017.1379419.

B) Het eerste doel van het onderzoek was om op de invloed van foutloos leren op het uitvoeren van verschillende vaardigheden te onderzoeken (huishouden, corvee, mobiliteit, activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en oriëntatie) bij cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen.

Het betreft een toetsend onderzoek, waaraan 51 cliënten met het syndroom van Korsakov hebben deelgenomen. Deelnemers werden geworven bij twee verpleeghuizen met gespecialiseerde Korsakovafdelingen: MeanderGroep (Kerkrade) en ZorgAccent (Hellendoorn). Deze instellingen zijn aangesloten bij het KKC. Om in aanmerking te komen voor het onderzoek moesten cliënten voldoen aan de criteria voor de dsm-5 diagnose voor uitgebreide neurocognitieve stoornis door alcoholgebruik, amnestisch-confabulerende type (APA, 2013). Alle deelnemers waren abstinente van alcohol. Cliënten ouder dan zeventig jaar bij wie de Montreal Cognitive Assessment-score (MoCA; Nasreddine et al., 2005) achteruitgang over tijd werden geëxcludeerd in verband met de kans op de aanwezigheid van dementie. Figuur 2 (gepubliceerd in Rensen et al., 2017) toont een overzicht van werving van de deelnemers.



Figuur 2: Overzicht van de werving van deelnemers (overgenomen uit Rensen et al., *Neuropsychological Rehabilitation*, 2017).

Zorgverleners die cliënten vaardigheden gingen leren werden getraind in foutloos-lerenprincipes door een psycholoog. Tijdens deze training werd uitleg gegeven over de methode, werden instructiefilmpjes getoond en stappenplannen gemaakt. Daarnaast werd er met behulp van rollenspellen geoefend om een vaardigheid foutloos aan te leren. Na de training zijn per cliënt twee vaardigheden geleerd met de methode van foutloos leren door zorgverleners (vanaf nu trainers genoemd). De vaardigheden moesten ten minste eens per week worden geleerd. Voor elke vaardigheid werd een stappenplan opgesteld (met als richtlijn maximaal twaalf deelstappen). De volgorde van de deelstappen werd aangehouden tijdens ieder leermoment. Trainers begeleidden de cliënten om aarzelingen of het maken van fouten te voorkomen. Dit deden zij met instructiemethodes zoals modeling (de trainer doet de stap voor en laat de cliënt de stap meteen nadoen), verbale instructies (de trainer zegt per stap hardop voor wat de cliënt moet doen) of aanwijzen/aanreiken (de trainer wijst naar een voorwerp dat tijdens de volgende stap gebruikt wordt of reikt een voorwerp aan). Nadat een stap correct werd uitgevoerd, werden instructies afgebouwd. De duur en frequentie van de leermomenten werd van tevoren niet vastgesteld. Per cliënt en vaardigheid werd doorgetraind zolang het nodig was.

De eerstverantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige van elke cliënt beoordeelden voor en na het leren van een vaardigheid de mate waarin de patiënt de vaardigheid kon uitvoeren op een 5-puntsschaal (1 = kan het niet; 5 = kan het met gemak). Daarnaast werd na elk leermoment ingevuld hoeveel instructie nodig was per deelstap (1 = modeling, 2 = verbale instructies, 3 = aanwijzen/aanreiken, 4 = cliënt voert stap zelfstandig uit, zonder instructie). De vaardigheden werden onderverdeeld in vijf categorieën: huishouden, corvee, mobiliteit, ADL en oriëntatie. Voorbeelden van getrainde vaardigheden (per categorie) zijn te vinden in Tabel 2. Om te onderzoeken of er verschillen waren tussen vaardigheden uit verschillende categorieën (huishouden, corvee, mobiliteit, ADL en oriëntatie) wat betreft het aantal trainingssessies om de hoogst haalbare score te bereiken en het aantal stappen in de stappenplannen werden univariate ANOVA's uitgevoerd.

Tabel 2.

Voorbeelden van vaardigheden uit verschillende categorieën die getraind zijn met foutloos leren bij cliënten met het syndroom van Korsakov.

| huishouden | corvee | mobiliteit | ADL | oriëntatie |
|-------------------|---------------------|------------------|----------------|--------------------|
| overhemd strijken | koffiezetten | boodschappen | tanden poetsen | agenda gebruiken |
| plant water geven | tafeldekken | mobiel gebruiken | handen wassen | routetraining |
| bed opmaken | vaatwasser inruimen | Google gebruiken | nagels knippen | planbord gebruiken |

C) Cliënten konden de vaardigheden significant beter uitvoeren na de foutloos leren dan daarvoor ($Z = -4.31$; $p < .001$). Significante verbeteringen werden gevonden voor vaardigheden uit de categorieën huishoudelijke vaardigheden ($Z = -3.44$, $p = .001$), mobiliteit ($Z = -2.36$; $p = .018$), ADL ($Z = -2.11$; $p = .035$) en corvee ($Z = -3.62$; $p < .001$). Oriëntatie werden niet beter uitgevoerd na foutloos leren. Het hoogst haalbare niveau van presteren werd gemiddeld bereikt na tien leermomenten ($SD = 4.9$) en stappenplannen bestonden gemiddeld uit zeven stappen ($SD = 2.5$). Er werden geen verschillen gevonden tussen vaardigheden uit verschillende categorieën wat betreft het aantal leermomenten om de hoogst haalbare score te bereiken ($p = .988$) en het aantal stappen in de stappenplannen.

STUDIE 2

A) The effect of errorless learning on quality of life in patients with Korsakoff's syndrome. Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort & Kessels (2018). Gepubliceerd in: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Doi: 10.2147/ndt.s140950;

B) Het tweede doel van het project was te onderzoeken wat de invloed van foutloos leren was op de kwaliteit van leven bij cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen in vergelijking met een cliëntvergelijkingsgroep. Omdat cliënten in verpleeghuizen mogelijk meer autonomie en zelfstandigheid ervaren wanneer zij succesvol vaardigheden leren, werd verwacht dat de kwaliteit van leven zou verbeteren.

Het betreft quasi-experimenteel onderzoek. Naast de 51 deelnemers reeds beschreven bij punt 1 (vanaf nu de foutloos-lerengroep genoemd), werd een controlegroep toegevoegd (N=31). Deze bestond tevens uit cliënten met het syndroom van Korsakov die voldeden aan reeds genoemde inclusie en exclusiecriteria. Deze deelnemers zijn geworven bij Atlant (Beekbergen), een instelling die ook is aangesloten bij het KKC.

Kwaliteit van leven van zowel de foutloos-lerengroep als de vergelijkingsgroep werd (net als in de studies van Oudman et al., 2012, 2014) gemeten met de QUALIDEM (Ettema et al., 2005). De QUALIDEM meet negen aspecten van kwaliteit van leven, namelijk: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. De psychometrische eigenschappen van de QUALIDEM zijn beschreven in Ettema, de Lange, Droës, Mellenbergh en Ribbe, 2005. De betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho varieert van 0.60 voor de subschaal sociaal isolement tot 0.90 voor positief affect. Cronbach's alfa varieert van 0.59 tot 0.89. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid varieert per subschaal van 0.49 tot 0.79. De test-retest betrouwbaarheid varieert van 0.74 tot 0.88. Er is ondersteuning voor convergente validiteit door middelmatige tot sterke correlatie met relevante variabelen (Pearsons r varieerde van 0.48 tot 0.79). De ondersteuning voor discriminerende validiteit blijkt uit afwezige of lage correlaties met niet-relevante variabelen. In de huidige studie vulden twee zorgverleners, onder wie de eerstverantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige, samen de QUALIDEM in, om te controleren voor de wisselende interbeoordelaars-betrouwbaarheid van de sub-schalen. Net als in Oudman et al. (2012; 2014) zijn de scores getransformeerd van 0-100, waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven betekende.

De scores op de meeste subschalen van de QUALIDEM waren niet-normaal verdeeld. Daarom werd met Wilcoxon Signed-Rank Tests getoetst of scores op de observatieschalen waren veranderd tijdens T2 ten opzichte van T1 in de foutloos-lerengroep en de vergelijkingsgroep.

C) Tijdens de baselinemeting (T1) werden de vragenlijsten om kwaliteit van leven en gedrags symptomen te meten ingevuld door de zorgverleners. Dezelfde lijsten werden nogmaals ingevuld bij een vervolgmeting

(T2). T2 gebeurde veertien maanden na T1 in de foutloos-lerengroep (en vijf maanden nadat de foutloos-lerentraining was afgerond) en elf maanden na T1 in de vergelijkingsgroep. Scores op de volgende subschalen verbeterden significant over tijd in de foutloos-lerengroep: zorgrelatie ($Z=-2.78$; $p=.005$), negatief affect ($Z=-2.30$; $p=.022$), rusteloos gedrag ($Z=-2.55$; $p=.011$), positief zelfbeeld ($Z=-2.76$; $p=.006$), sociale relaties ($Z=-3.27$; $p=.001$), sociaal isolement ($Z=-3.20$; $p=.001$), zich thuis voelen ($Z=-2.05$; $p=.040$) en iets om handen hebben ($Z=-2.72$; $p=.007$). Een marginaal significante verbetering over tijd werd gevonden voor de subschaal positief affect in deze groep ($Z=-1.87$; $p=.062$). In de vergelijkingsgroep werd enkel een significant verschil gevonden voor de subschaal rusteloos gespannen gedrag ($Z=-2.14$; $p=.033$). Opmerkelijk was dat deze groep meer rusteloos gespannen gedrag ging vertonen naarmate de tijd vorderde. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen T1 en T2 voor andere subschalen in de vergelijkingsgroep.

STUDIE 3

A) The effect of errorless learning on psychotic and affective symptoms, as well as aggression and apathy in patients with Korsakoff's syndrome in long-term care facilities. Rensen, Egger, Westhoff, Walvoort & Kessels (2018). *International Psychogeriatrics*, 1-9. doi: 10.1017/s1041610218000492.

B) Het derde doel van het project was te onderzoeken wat de invloed van foutloos leren was op gedragsproblemen bij cliënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen in vergelijking met een cliëntvergelijkingsgroep. Omdat cliënten in verpleeghuizen mogelijk meer autonomie en zelfstandigheid ervaren wanneer zij succesvol vaardigheden leren, werd verwacht dat de gedrags symptomen zouden afnemen na foutloos leren.

Het betreft quasi-experimenteel onderzoek. Naast de deelnemers reeds beschreven bij punt 1, werd een controlegroep toegevoegd (N=31). NB: dit betreft dezelfde controlegroep als beschreven in het onderzoek bij punt 2.

Net als in Gerridzen et al. (2017) werd een onderscheid gemaakt tussen categorieën van gedrags symptomen: psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en apathie (Gerridzen et al., 2017). De verkorte versie van de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28, De Jonghe, Ooms, Ribbe, 1997), de Health of the Nation Outcome Scales-Niet Aangeboren Hersenletsel (HoNOS-NAH) en de Nijmegen-Venray Confabulatie Lijst (NVCL-20; Rensen et al., 2015) zijn afgenomen om de vier categorieën gedrags symptomen te meten. Van de GIP-28 werden de subschalen apathie en affect meegenomen. Interne consistentie van deze subschalen, gemeten met Chronbach's alpha is goed (respectievelijk 0.75 en 0.80, Eisses en Kluiters, 2002). De correlatie tussen de affect subschaal van de GIP-28 en de Geriatric Depression scale is 0.36, wat wijst op voldoende construct validiteit (Eisses en Kluiters, 2002). Van de HoNOS-NAH werden in de huidige studie de items welke verwezen naar psychotische symptomen, agitatie/agressie en depressieve stemming gebruikt. De inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid was "goed" voor de items van "psychotische symptomen" en "agitatie/agressie" (gewogen κ scores 0.51 en 0.54), en gemiddeld voor "depressieve symptomen" (gewogen κ scores 0.43) (Fleminger, 2005). De NVCL-20 is ontwikkeld om confabulaties te meten. De interne consistentie was goed tot uitstekend voor uitgelokte confabulaties ($\lambda_2 = 0.75$) en uitstekend voor spontane confabulaties ($\lambda_2 = 0.91$). De concurrente validiteit is goed: cliënten met het syndroom van Korsakov met hoge scores op de NVCL-20 hadden tevens hoge scores op de Uitgelokte Confabulatie test (Rensen et al., 2015). Alle observatieschalen werden ingevuld door zorgverleners die de cliënten goed kenden.

De scores op alle items en subschalen om gedrags symptomen te meten waren niet-normaal verdeeld. Daarom werd met Wilcoxon Signed-Rank Tests getoetst of scores op de observatieschalen waren veranderd tijdens T2 ten opzichte van T1 in de foutloos-lerengroep en de vergelijkingsgroep.

C) Psychotische symptomen op de HoNOS-NAH namen significant af over tijd in de foutloos-lerengroep ($Z = -3.98$; $p < .001$), maar niet in de vergelijkingsgroep. Spontane confabulaties op de NVCL-20 waren stabiel over tijd in zowel de foutloos-lerengroep ($Z = -1.55$; $p = .120$) als de vergelijkingsgroep ($Z = -.38$; $p = .702$). Uitgelokte confabulaties daarentegen, verminderden wel over tijd in de foutloos-lerengroep ($Z = -3.63$; $p < .001$). Affectieve symptomen verminderden significant over tijd in de foutloos-lerengroep (GIP-28 Affect: $Z = -3.63$; $p = .001$; HoNOS-NAH Item 7: $Z = -3.91$; $p < .001$). Affectieve symptomen bleven relatief stabiel in de vergelijkingsgroep (GIP-28 Affect: $Z = -.28$; $p = .778$; HoNOS-NAH Item 7: $Z = -.39$; $p = .696$). Agitatie en agressie verminderden significant over tijd in de foutloos-lerengroep (HoNOS-NAH Item 1: $Z = -4.34$; $p < .001$; $r = -0.61$), maar niet in de vergelijkingsgroep. Apathie-scores waren stabiel over tijd in zowel de foutloos-lerengroep ($Z = -.62$; $p = .535$) als de vergelijkingsgroep ($Z = -.336$; $p = .737$).

Praktijkvoorbeeld

Mevrouw W is 61 jaar en woont op een gespecialiseerde korsakovverpleeghuisafdeling. Bij haar is het syndroom van Korsakov vastgesteld. Ze kan (bijna geen) nieuwe informatie leren. Ze gaat elke dag naar de supermarkt in de buurt om wat boodschappen te halen. De supermarkt bevindt zich op 700 meter van de afdeling waar zij verblijft. Ze kan de supermarkt enkel vinden als iemand met haar meeloopt. Als ze alleen gaat, neemt ze steeds (dezelfde) verkeerde afslag. Deze fout is erin geslepen en het lukt met routetrainingen niet om de fout eruit te krijgen. Met mevrouw is afgesproken om een nieuwe route naar

de supermarkt te gaan trainen met behulp van foutloos leren. Deze route is iets langer (900 meter) en gaat via de andere kant van het verpleeghuis. Het team van de afdeling heeft foto's gemaakt van belangrijke afslagen. Ze zijn dagelijks met haar gaan trainen als ze naar de supermarkt wilde. Bij elke afslag werd de foto getoond van de juiste richting, noemde de zorgverlener welke richting ze op moesten en nam de zorgverlener het voortouw. Zo konden er geen fouten gemaakt worden. Uiteindelijk werden de instructief afgebouwd: eerst noemde de zorgverlener welke richting ze op moesten en liet de foto zien, zonder er zelf alvast heen te lopen. Als dit goed ging, werd daarna alleen nog maar de foto getoond. Als laatste kon mevrouw zelf de route lopen. Mevrouw W. is erg blij dat ze zelfstandig naar de winkel kan en niet steeds hoeft te vragen of er iemand mee kan.

Mevrouw B is 57 jaar en woont op een gespecialiseerde korsakovverpleeghuisafdeling. Bij haar is het syndroom van Korsakov vastgesteld. Ze kan (bijna geen) nieuwe informatie leren. Ze poetste haar tanden vrijwel nooit. Als ze hiertoe werd aangezet tijdens de verzorging deed ze het slordig en weinig grondig. Met het team is besloten haar op een passieve manier te trainen. Dit betekent dat mevrouw niet in de gaten had dat ze getraind werd. Er werd een stappenplan opgesteld voor het poetsen van de tanden, zie hieronder. Het team leerde dit stappenplan uit het hoofd. Elke ochtend en elke avond werd mevrouw B getraind. Dit betekende dat de zorgverlener die op dat moment in dienst was de stappen met mevrouw B doornam, middels wijzen en verbale instructie. Bepaalde stappen werden snel opgepikt (na het tandenpoetsen spoelde mevrouw automatisch haar mond met water). Bij andere stappen was het langer nodig om instructies te geven (met name het pakken en opruimen van de tandenborstel en tandpasta). Door twee weken lang, twee keer per dag te trainen is het gelukt om de cliënte op gestructureerde wijze haar tanden te laten poetsen. Echter, uit zichzelf begint ze, ondanks de training, nooit met poetsen. Stap 1 ("Kom eens naar de badkamer, de tanden moeten nog even gepoetst worden!") blijft nodig om haar aan te zetten tot het uitvoeren van de vaardigheid.

| Stappenplan Tandepoetsen 1 | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1 | tandenborstel en tandpasta pakken |
| 2 | tandpasta op borstel doen |
| 3 | tandenpoetsen |
| 4 | mond met water spoelen |
| 5 | tandenborstel schoonspoelen |
| 6 | tandenborstel en tandpasta opruimen |

5. Samenvatting Werkzame elementen

- Het werkzame element uit de training is de focus op impliciet leren. Omdat het bewuste geheugen kapot is bij cliënten met het syndroom van Korsakov, zullen zij niet goed leren van hun fouten, of bewust herinneren wat zij bij een vorige training hebben geleerd. Bovendien worden gemaakte fouten wel opgeslagen in het geheugen. Je kunt dit vergelijken met de groeven van een grammofoonplaat. Hoe vaker een fout wordt gemaakt, hoe dieper de groef wordt. De naald valt steeds gemakkelijker in de diepe groef, waardoor de cliënt keer op keer dezelfde fout blijft maken. Het wordt steeds lastiger om deze fouten te corrigeren. Bij foutloos leren wordt het maken van fouten tijdens het leerproces voorkomen. Dit kan bijvoorbeeld doordat een trainer steeds een handeling voordoet of voorzegt wat er gedaan moet worden. Door een vaardigheid regelmatig, zonder fouten, te herhalen, leert het lichaam als het ware vanzelf welke stappen elkaar opvolgen. Omdat er geen fouten worden gemaakt, kunnen er ook geen fouten inslijpen.
- Praktische werkzame elementen uit de training zijn reeds genoemd bij succes- en faalfactoren. Hierbij zijn het kiezen van een geschikte vaardigheid, bejegening van cliënt, een goed stappenplan, een goede voorbereiding en opfrissessies van belang.

6. Aangehaalde literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brion, M., Pitel, A.L., Beaunieux, H. & Maurage, P. (2014). Revisiting the continuum hypothesis: toward an in-depth exploration of executive functions in Korsakoff syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 10.3389/fnhum.2014.00498
- Cermak, L.S, Butters, N. & Goodglass, H. (1971). The extent of memory loss in Korsakoff patients. *Neuropsychologia*, 9, 307-315. Doi: 10.1016/0028-3932(71)90026-1
- Clare, L. & Jones, R.S. (2008). Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment. A critical review. *Neuropsychology Review*, 18, 1-23. Doi: 10.1007/s11065-008-9051-4
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., Roth, I. & Hodges, J.R.(2002). Relearning Face-Name Associations in Early Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 16, 538-547. Doi: 10.1037//0894-4105.16.4.538
- Cohen, M., Ylvisaker, M., Hamilton, J., Kemp, L., & Claman, B. (2010). Errorless learning of functional life skills in an individual with three etiologies of severe memory and executive function impairment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20, 355-376.
- Eisses, A. M. H. en Kluiters, H. (2002). De Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28) in het verzorgingshuis: een psychometrische evaluatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 33, 112-118.
- Ettema, T.P., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J. & Ribbe, M.W. (2005). HANDLEIDING QUALIDEM: een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Te downloaden via www.trimbos.nl
- Ettema, T.P., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J. & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability, and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Fleminger, S. (2005). Honos-ABI: a reliable outcome measure of neuropsychiatric sequelae to brain injury? *Psychiatric Bulletin*, 29, 53-55. doi:10.1192/pb.29.2.53.
- Gerridzen, I. J. and Goossensen, M. A. (2013). Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 26, 115-112. Doi: 10.1017/S1041610213001543.
- Gerridzen, I.J. & Goossensen, M.A. (2014). Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: Characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 26, 115-121: doi: 10.1017/S1041610213001543
- Gerridzen, I.J., Moerman-van den Brink, W., Depla, M.F., Verschuur, E.M.L., Veenhuizen, R.B.V. et al. (2017). Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 256-273. Doi: 10.1002/gps.4636
- Haslam, C. & Kessels, R.P.C. (Eds.; 2018). Errorless learning in neuropsychological rehabilitation: Mechanisms, efficacy and application. London, UK: Routledge. Doi: 10.4324/9781315660738
- Jonghe, J.F. de, Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (1997). Verkorte gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric (GIP-28). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 28, 119-123.
- Kessels, R.P.C., Loon, E. van & Wester, A.J. (2007). Route learning in amnesia: A comparison of trial-and-error and errorless learning in patients with the Korsakoff syndrome. *Clinical Rehabilitation*, 21, 905-911. Doi: 10.1177/0269215507077309
- Komatsu, S.-I., Mimura, M., Kato, M., Wakamatsu, N. & Kashima, H. (2000). Errorless and effortful processes involved in the learning of face-name associations by patients with alcoholic Korsakoff's syndrome. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, 113-132. Doi: 10.1080/096020100389200
- Kopelman, M.D., Thomson, A.D., Guerrini, I. & Marshall, E.J. (2009). The Korsakoff syndrome: Clinical aspects, psychology, and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 148-154. Doi: 10.1093/alcalc/agn118

- Kril, J. J. & Harper, C. G. (2012). Neuroanatomy and neuropathology associated with Korsakoff's syndrome. *Neuropsychology Review*, 22, 72-80. Doi: 10.1007/s11065-012-9195-0.
- Morris, Z. S., Wooding, S., & Grant, J. (2011). The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 510-520. Doi: 10.1258/jrsm.2011.110180
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Be'dirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Oudman, E., Nijboer, T.C.W., Postma, A., Wijnia, J.W., Kerklaan, S. et al. (2013). Acquisition of an instrumental activity of daily living in patients with Korsakoff's syndrome: A comparison of trial and error and errorless learning. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23, 888-913. Doi: 10.1080/09602011.2013.835738
- Oudman, E., Nijboer, T.C.W., Postma, A., Wijnia, J.W. & Van der Stighel, S. (2017). Neuropsychologische behandelingen voor patiënten met het syndroom van Korsakov: Review. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 12, 1-13.
- Oudman, E. & Zwart, E. (2012). Quality of life in patients with Korsakoff's syndrome and patients with dementia: A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 778-781. Doi: 10.1016/j.jamda.2012.08.003
- Oudman, E. & Wijnia, J.W. (2014). Evolution of quality of life in patients with Korsakoff's syndrome in a long-term care facility. *International Psychogeriatrics*, 26, 2073-2079. Doi: 10.1017/s1041610214001719
- Oudman, E., Postma A., Van der Stigchel S., Appelhof B., Wijnia J.W. & Nijboer T.W.C. (2014). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is Superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in Detection of Korsakoff's Syndrome. *The Clinical Neuropsychologist* 28 (7), 1123-1132
- Oudman, E., Nijboer, T. C. W., Postma, A., Wijnia, J. W., & van der Stighel S. (2015). Procedural learning and memory rehabilitation in Korsakoff's syndrome - A review of the literature. *Neuropsychological Review*, 25, 134-148.
- Rensen, Y.C.M., Oosterman, J.M., Damme, J.E. van, Griekspoor, S.I.A., Wester, A.J. et al. (2016). Het meten van spontane en uitgelokte confabulaties: De Nijmegen-Venray Confabulatie Lijst-20 (NVCL-20). *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 11, 162-180.
- Rensen, Y.C.M., Egger, J.I.M., Westhoff, J., Walvoort, S. J. W. & Kessels, R. P. C. (2017). Foutloos leren bij Korsakov: een praktische handleiding. Pasmans: Den Haag.
- Thomson, A.D., Guerrini, I. & Marshall, E.J. (2012). The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome. *Neuropsychology Review*, 22, 81-92. Doi:10.1007/s11065-012-9196-z
- Van Oort, R. & Kessels, R.P.C. (2009). Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: Time to revise the DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 78-81. doi: 10.1080/13651500802308290
- De Werd, M.M.E., Boelen, D., Olde Rikkert, M.G.M. & Kessels, R.P.C. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177-1190. doi: 10.2147/CIA.S46809
- Walvoort, S. J. W., Wester, A. J., Doorackers, M. C., Kessels, R. P. C., & Egger, J. I. M. (2016). Alcohol gerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 397-401.
- Wilson, B. A., Baddeley, A., Evans, J. & Shiel, A. (1994). Errorless learning in the rehabilitation of memory impaired people. *Neuropsychological Rehabilitation*, 4, 307-326. doi: 10.1080/09602019408401463
- Zahr, N. M., Kaufman, K. L., & Harper, C. G. (2011). Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nature Review Neurology*, 7, 284-294. doi: 10.1038/nrneurol.2011.42.