

Afstudeerscriptie

Beloning als stimulans bij Korsakov

Marga ten Wolde 285411
Afstudeerbegeleider: Anne Goossensen
Meelezer: Anne Marie Weggelaar-Jansen
Rotterdam, 3 juni 2010



Voorwoord

Het uitvoeren van deze scriptie was een hele klus maar heeft mij dichter naar de Korsakovbewoner gebracht. Ook voor mijn werkzaamheden aan het Korsakov Kenniscentrum is het schrijven van deze scriptie een enorme verrijking en verdieping geworden. Ik hoop dat ik een bijdrage hebben kunnen leveren aan de kennis rondom de zorg voor Korsakov.

Een scriptie schrijf je nooit alleen. Zonder de hulp van anderen is het een bijna onmogelijke opgave. Ik wil hierbij dan ook mijn dankwoord uitspreken.

Mijn dank gaat allereerst uit naar de verzorgenden en medewerkers van de afdeling Coolsingel. Ik heb enorme waardering voor hun werkzaamheden en toewijding gekregen. Ook naar de Korsakovbewoners van de afdeling gaat mijn dank uit. Alhoewel ik er niet zeker van ben dat zij nog weten wie ik ben. Verder dank ik Elles Zwart die steeds weer tijd wist vrij te maken ondanks haar drukke agenda en Jackelien Rijkers voor de begeleiding. Marlies van Noppen wil ik danken voor de goede tips, het beantwoorden van mijn vragen, het nakijken van de teksten en in het bijzonder haar relativiseringsvermogen. Het heeft mij vaak gerustgesteld. Dankzij de wetenschappelijke inzichten en helikopterview van Anne Goossensen ben ik uiteindelijk op de grond geland. Anne heeft mij regelmatig het oh-ja gevoel gegeven. Ik heb er heel veel van geleerd. Verder wil ik Anne-Marie Weggelaar danken voor het meelesen van de scriptie. And last but not least. De steun vanuit het thuisfront en de vriendenkring heeft mij uiteindelijk tot de eindstreep gebracht. Jan, Hanny, Luise-Anne, Ellen, Ton en oma. Hartelijk dank voor het oppassen, boodschappen doen, moed geven, motiveren en waarschijnlijk nog veel meer. Lieve Lena, voor jou heb ik eindelijk weer tijd om een spelletje 'heksen op een bezem' te doen.

Samenvatting “Stimulans bij Korsakov”

Het tokensysteem is een gedragstherapie die gebaseerd is op operante conditionering. Er wordt hierbij een verband gelegd tussen een prikkel en een reactie. Het tokensysteem is vooral bedoeld om kinderen positief te belonen. In de pilot van de afstudeeropdracht ‘Beloning als stimulans bij Korsakov’ is het tokensysteem toegepast binnen een intramurale zorginstelling met korsakovbewoners. Het syndroom ontstaat in westerse samenleving als een gevolg van overmatig drinken met weinig voedselopname waardoor er te weinig vitamines worden ingenomen. Het gevolg hiervan is dat er een ontsteking in de hersenen ontstaat, die bij te laat ingrijpen zich ontwikkelt in een syndroom van Korsakov. Er blijven hierbij cognitieve stoornissen over. Bij deze cognitieve stoornissen gaat het om een combinatie van geheugenstoornissen en executieve stoornissen. De geheugenstoornissen geeft een korsakov patient vooral problemen met het expliciete geheugen: het opslaan, vasthouden en terughalen van herinneringen. De executieve stoornissen geven voornamelijk problemen bij het initiatief nemen, plannen, organiseren en inzicht in de eigen situatie. Het impliciete geheugen is echter nog intact. Het gebrek aan initiatief nemen en het niet ‘kunnen willen’ zorgt ervoor dat een korsakovbewoner nog maar weinig activiteiten onderneemt. Dankzij het intacte impliciete geheugen is de korsakovbewoner nog leer- en trainbaar. Dit geeft de mogelijkheid om aan de hand van een tokensysteem een Korsakovbewoner te ‘trainen’ en daarmee gewenst gedrag te belonen. In het verleden heeft er een onderzoek met het tokensysteem plaatsgevonden waar ook Korsakovbewoners bij betrokken waren. Hieruit is gebleken dat de korsakovbewoners door hun geheugenstoornissen niet de meest aangewezen personen zijn voor een dergelijke benadering. Echter, de laatste jaren worden Korsakovbewoners steeds vaker bij elkaar op een afdeling gezet en zijn de verzorgenden gespecialiseerd in het omgaan met Korsakovbewoners. Gezien de nieuwe inzichten wordt er een pilot opgezet om het tokensysteem bij Korsakovbewoners in de huidige setting te testen. Gedurende zes weken heeft er bij 27 Korsakovbewoners van één afdeling een pilot plaatsgevonden met het tokensysteem. Uit de pilot is gebleken dat het tokensysteem weliswaar werkt maar niet bij iedere Korsakovbewoner. De resultaten uit het onderzoek waren onvoldoende om de conclusie te trekken bij welke bewoner het wel werkt en bij welke bewoner niet. Het vermoeden was dat de geheugenstoornissen hier de oorzaak van waren. Aanvullend hebben er daardoor tien interviews met de contactverzorgenden van de bewoners plaatsgevonden. Tijdens het onderzoek is de rol van de verzorgenden cruciaal gebleken. Zij nemen veelal de regie van de bewoner over en hun motivatie heeft een positief effect op de bewoners. Onduidelijk is gebleken of het effect van het tokensysteem door het systeem zelf ontstaan is of door de interveniërende rol van de verzorgenden. Uit de interviews kwam naar voren dat de verzorgenden enthousiast zijn over het tokensysteem maar met voorwaarden: het moet op de individu afgestemd zijn, het moet voor langere tijd toegepast worden en vooral simpel blijven. Hiermee wordt bedoeld dat er niet teveel verschillende activiteiten en beloningen tegelijk in het tokensysteem moeten worden opgenomen. Aangezien het succesvol implementeren van een interventie regelmatig fout loopt, is de interventie met behulp van het Concerns Based Adoption geïmplementeerd. Het Concerns Based Adoption Model is gericht op het proces van de implementatie. Het bestaat uit een vragenlijst met 35 items die aan de verzorgende wordt voorgelegd. De antwoorden worden in een grafiek geanalyseerd en deze geeft de betrokkenheid van de verzorgende weer. Aan de hand van de analyse van deze vragenlijst kan de implementatiebewaker de implementatie bijsturen. De resultaten van dit onderzoek leiden tot een aantal praktische aanbevelingen voor de toepassing van het tokensysteem bij intramurale Korsakov bewoners.

Summary “Rewards as incentives to Korsakoff”

The token system is a behavioral therapy based on operant conditioning showing a link between a stimulus and a response. The token system is primarily intended to reward children in a positive way. In the pilot study of the project ‘Rewards as incentives to Korsakoff’ a token system was implemented within a residential care institution with residents with or suffering from Korsakoff. The syndrome occurs in Western society as a result of excessive drinking with little food intake, resulting in too few vitamins being absorbed. The result is that inflammation occurs in the brain, which through late intervention develops into a syndrome of Korsakoff. There remains a cognitive impairment. This cognitive impairment involves a combination of memory impairment and executive dysfunction. The memory disorders gives the Korsakoff patient particular problems with explicit memory: the storage, retention and retrieval of memories. The executive dysfunction indicate problems involving taking initiative, planning, organization and understand their own situation. The implicit memory is still intact.

The lack of initiative and failure of ‘the knowledge of willing’ means that a Korsakoff resident undertakes few activities. Through the intact implicit memory the Korsakoff patient is still teachable and trainable. This allows the possibility to train Korsakoff in a system operating on tokens and makes them more active. Research with the token system where Korsakoff residents were involved has taken place in the past. It shows that because of their memory impairment the Korsakoff residents are not the best suitable persons for such an approach. However, in recent years Korsakoff residents have been living together on the same ward and their caretakers are specialized in handling Korsakoff residents. Given the new circumstances, a pilot study was set up for testing a system with tokens for Korsakoff residents in the current setting.

A pilot study with the token system took place over six weeks. The pilot study showed that although the token system worked, it didn’t work for every resident with Korsakoff. The results of the study were not sufficient enough to conclude which resident the system worked for and which residents didn’t benefit. The presumption was that the memory problems were the cause. Ten additional interviews with the contact caregivers of the residents have have therefore taken place. During the study it appeared that the role of caregivers was crucial. They often take over the management of the residents and their motivation has a positive effect on the residents. It is unclear whether the positive effects of the token system is created by the system itself or by the intervening role of the caregivers. The interviews revealed that the caregivers were enthusiastic about the token system but subject to conditions: it has to be individualized, it must be applied over longer periods and it has to be kept simple. This means that not too many different activities and rewards should be included in the system. While the successful implementation of an intervention often goes wrong, the intervention is supported by using the Concerns Based Adoption Model. The Concerns Based Adoption Model focuses on the process of implementation. It consists of a questionnaire with 35 items which is submitted to the caregivers. The answers are analyzed and a graph shows the involvement of caregivers. Based on the analysis, the manager can guide the implementation.

The results of this study lead to a number of practical recommendations for implementing the token system in a institution with Korsakoff residents.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting "Beloning als stimulans bij Korsakov patiënten	3
Summary	4
1. Inleiding	7
1.1 Beloning als stimulans voor Korsakov patiënten	7
1.2 Motivatie	8
1.3 Syndroom van Korsakov	8
1.4 Probleemstelling	10
1.5 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Interventie van het werken met tokens	11
2.2 Concerns Based Adoption Model	11
2.2.1 Het gedrag van de adopters	14
2.2.2 Dimensie 1: Stages of Concern (SoC)	14
2.2.3 Dimensie 2: Level of Use (LoU)	14
2.2.4 Dimensie 3: Innovation Configuration (IC)	15
2.3 Probleemanalyse	15
3. Methoden van onderzoek	17
3.1 Design van het onderzoek	17
3.2 Wijze van verzamelen van data	18
3.2.1 Tokensysteem	18
3.2.2 Concerns Based Adoption Model	19
3.2.3 Interviews	19
3.3 Betrouwbaarheid	20
3.4 Validiteit	20
4. Resultaten	21
4.1 Onderzoeksgroep	21
4.1.1 De bewoners	21
4.1.2. Het team verzorgenden	21
4.2 Effecten tokensysteem	21
4.2.1 De verdiende tokens	21
4.2.2 De beloningen van het tokensysteem	25
4.3 Kwalitatieve gegevens	26
4.4 Concerns Based Adoption Model (Hall & Hord, 1987)	31
4.4.1 Eerste meting	31
4.4.2 Tweede meting	33
5. Discussie en conclusie	36
5.1 Resultatenkoppeling aan de probleemstelling & theoretische kader	36
5.2 Conclusie	39
5.3 Tekortkomingen	40
6. Aanbevelingen	41
Literatuurlijst	42
Bijlage 1: Toelichting van de interventie van het werken met tokens	44
Bijlage 2: Nulmeting van het tokensysteem	46

Bijlage 3: Vragenlijst Concerns Based Adoption Model	53
Bijlage 4: Topiclijst interview voor verzorgenden van afdeling Coolsingel	57
Bijlage 5: Implementatie tokensysteem	58

1. Inleiding

1.1 Beloning als stimulans bij Korsakov patiënten

Het aantal mensen in Nederland met een ernstig alcoholprobleem stijgt¹. Dit heeft als direct gevolg dat het aantal mensen dat het syndroom van Korsakov ontwikkelt ook stijgende is. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de gemiddelde leeftijd waarop het syndroom van Korsakov zich ontwikkelt steeds lager wordt (Arts, 2004a). Er is echter nog weinig onderzoek naar deze trends verricht. In Nederland hebben ruim 800.000 mensen een alcoholprobleem, in de zin dat er sprake is van alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid. Van deze 800.000 mensen zijn 260.000 zware drinkers. Ongeveer 3% van deze zware drinkers ontwikkelt uiteindelijk een syndroom van Korsakov (Arts, 2004a). Korsakov is in de westerse samenleving een gevolg van overmatig drinken met weinig voedselopname waardoor er te weinig vitamines ingenomen worden. Het vitaminetekort is de uiteindelijk directe oorzaak van het syndroom van Korsakov. Een stijgend aantal patiënten met het syndroom van Korsakov heeft gevolgen voor de maatschappij. Een patiënt met het syndroom van Korsakov is door zijn ziekte namelijk niet meer in staat om voor zichzelf te zorgen en zal ook niet meer genezen van zijn ziekte. Door het overmatig alcoholgebruik zijn er vrijwel geen familie of vrienden overgebleven die nog voor hen willen en kunnen zorgen. Dit betekent dat een patiënt met het syndroom van Korsakov een groot deel van zijn leven in een verpleeghuis doorbrengt. Het is dus van groot belang om deze tijd kwalitatief hoogwaardig en zo doelmatig mogelijk door te brengen, zowel voor de patiënten als voor de hulpverleners. De overheid, beleidsmakers en managers besteden in toenemende mate aandacht aan de verbetering van kwaliteit bij de verzorging van patiënten met Korsakov. Niet alleen in de zorg voor Korsakov maar ook bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verbetering van kwaliteit door innovatie één van de thema's op de beleidsagenda. Zorgvernieuwing blijkt noodzakelijk om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg te garanderen (Scheepbouwer, 2006). Ook de zorginstellingen worden de laatste jaren door onder andere de marktwerking en kostenbeheersing geconfronteerd met een stijgende vraag rondom de kwaliteitsverbetering². Aandacht voor kwaliteit en zorgvernieuwing is dus vanuit verschillende perspectieven noodzakelijk.

In Nederland zijn er relatief weinig Korsakov patiënten en tot op heden zijn er mede daardoor nog maar weinig wetenschappelijke studies naar de trainingsmogelijkheden bij Korsakov patiënten gedaan (arts; 2004b). De training is in Nederland vaak gebaseerd op eigen ervaringen. In 2007 is het Zorgprogramma: 'Korsakov in het verpleeghuis: Mij mankeert niks' (Goossensen e.a., 2007) afgerond en is het Korsakov Kenniscentrum van start gegaan. Het Korsakov Kenniscentrum is een stichting die als doel heeft de aanwezige kennis, kunde en vaardigheid op het gebied van het syndroom van Korsakov te ontwikkelen, te verbeteren en uit te dragen. Het Kenniscentrum wil op landelijk niveau aandacht geven aan en de ontwikkeling van kennis rondom de zorg voor Korsakov patiënten. Het onderzoek in deze afstudeerscriptie heeft plaatsgevonden in één van de zorginstellingen van de Stichting.

Eén van de stoornissen van het syndroom van Korsakov is dat de patiënten problemen hebben bij het initiëren van gedrag. Zonder externe aansturing komen de patiënten meestal tot niets. In dit onderzoek is geanalyseerd of een nieuwe benadering, namelijk het werken met tokens om de Korsakov bewoners actiever te maken een positief effect heeft. Door mijn afstudeerrichting "Zorgmanagement" ben ik ook geïnteresseerd of een nieuwe benadering succesvol geïmplementeerd kan worden. Het blijkt namelijk dat veel kwaliteitsverbeteringen en innovaties de weg naar de praktijk niet altijd kunnen vinden of het duurt te lang voordat er succes geboekt wordt. Regelmatig worden er vernieuwingen en interventies geïntroduceerd die na enige tijd in een stille dood eindigen. De interventie heeft plaatsgevonden maar heeft

¹ www.alcoholinfo.nl

² www.vws.nl

geen blijvende plaats in de organisatie gekregen. Een vernieuwing is dan ook geen absolute garantie voor succes (Grol, 2006). Volgens Grol (2006) is aandacht voor een planmatige aanpak van de implementatie noodzakelijk om tot succes te komen. In deze afstudeerscriptie is ook onderzocht hoe groot de betrokkenheid van de verzorgenden is tijdens het uitvoeren van de pilot van de nieuwe benadering. De motivatie en betrokkenheid van de verzorgenden is daarbij van groot belang. Zij zijn namelijk degene die de benadering toepassen en begeleiden op de bewoners.

1.2 Motivatie

Mijn motivatie voor dit onderwerp is ontstaan door mijn werkzaamheden bij het Korsakov Kenniscentrum. Voor die tijd heb ik nooit te maken gehad met het syndroom van Korsakov en dacht net als vele anderen dat deze ziekte ontstond door overmatig alcoholgedrag. Dit negatieve imago zorgt ervoor dat mensen met het syndroom van Korsakov weinig aandacht voor hun problemen krijgen en uit de maatschappij verdwijnen. Helaas is voor veel Korsakov patiënten het verpleeghuis een eindstation, de meeste bewoners keren nooit meer terug in de maatschappij. Zowel naar de bewoner als naar de overheid is het van belang dat er aan deze patiëntengroep aandacht besteedt wordt. Voor de bewoner om zijn leven zo aangenaam mogelijk te maken en naar de overheid om ervoor te zorgen dat zij de Korsakov patiënten de aandacht geven die zij nodig hebben want het is een vergeten groepje³. Tijdens het werken aan mijn onderzoek heb ik veel bewondering gekregen voor de zorgverleners die met deze patiënten samenwerken. Zij geven de structuur en de zorg die deze mensen hard nodig hebben want zij zijn daar zelf veelal niet meer toe in staat. Ik hoop met mijn bijdrage een stukje kwaliteit aan de zorg voor Korsakov patiënten te hebben geleverd.

1.3 Syndroom van Korsakov

Het Syndroom van Korsakov is een direct gevolg van een ernstig gebrek aan thiamine (vitamine B1) (Arts, 2004a). Een mens heeft ongeveer 1,5 mg thiamine (varkensvlees, volkorenbrood, bonen, pinda's, aardappelen) per dag nodig. Deze thiamine wordt opgeslagen in de lever. De lever bouwt een reservevoorraad op van ongeveer vier tot zes weken. Als er dus helemaal geen thiamine meer wordt ingenomen, ontstaan de problemen pas na enkele weken (Arts, 2004a). Het gebrek aan thiamine bij alcoholisten ontstaat vaak door onvoldoende eten, ontstekingen aan de spijsverteringsorganen, leverbeschadigingen, braken en vanwege het feit dat er voor de verbranding van alcohol thiamine verbruikt wordt (Arts, 2004a). Vaak is het een optelsom van enkele factoren. Indien het gebrek aan thiamine de kritische ondergrens bereikt heeft, ontstaan er weefselbeschadigingen in de hersenen. Er ontstaat soms een acuut en levensbedreigend ziektebeeld: de Wernicke-encefalopathie. Vaak wordt dit ziektebeeld door hulpverleners gemist of niet herkend. De kenmerken van dit beeld lijken namelijk op het beeld van een dronkeman. Wanneer de patiënt in de acute fase van het ziektebeeld vitamine B krijgt toegediend is er nog een goede kans op overleving. In 10% van de gevallen overlijdt echter de patiënt met het Wernicke-encefalopathie ziektebeeld (Arts, 2004a). Een kleine groep van de patiënten herstelt geheel maar bij driekwart van de patiënten die het overleven is er weinig of geen herstel. Er is in dit geval sprake van een restsyndroom, namelijk het syndroom van Korsakov. Het syndroom kan echter ook sluipend ontstaan zonder dat men vooraf een Wernicke-encefalopathie heeft ontwikkeld.

Het syndroom is een chronische aandoening die gekenmerkt wordt door geheugen- en centraal executieve stoornissen. De geheugenstoornissen zijn het bekendste kenmerk van het syndroom. Gelukkig zijn niet alle geheugenfuncties bij deze patiënten gestoord. Dat heeft belangrijke consequenties voor hun behandeling: dankzij de intacte geheugenfuncties zijn veel Korsakov patiënten nog leer- en trainbaar (Arts, 2005). Het kortetermijn geheugen is nog intact en ook het impliciete geheugen functioneert meestal nog normaal (Arts, 2004a). In tegenstelling tot het langetermijn geheugen houdt het kortetermijn geheugen informatie

³ Anne Goossensen in: 'Korsakov past niet in een verpleeghuis' *de Pers* (26 februari 2008)

maximaal enkele minuten vast. Het houdt zich dan ook alleen bezig met de informatie waar je op dat moment mee bezig bent en waar de aandacht opgericht is. Echter, sommige auteurs beweren dat het weinig zin heeft om een patiënt met Korsakov nog iets aan te leren (Duthoo, 2007), de geheugenstoornissen zijn tenslotte dermate hoog dat het nog maar weinig zin heeft. Tegelijkertijd schrijft dezelfde auteur (Duthoo, 2007) dat de intelligentie bij Korsakov patiënten behouden blijft. Minder bekend zijn de centraal executieve stoornissen. Deze stoornissen zijn vooral verbonden met de organisatorische taken: beslissen wanneer en hoe nieuwe activiteiten moeten worden opgestart, wanneer minder rendabele activiteiten moeten worden beëindigd en hoe beleid moet worden bijgesteld (Arts, 2004b). De problemen bij het initiëren van gedrag zijn erg groot (Arts, 2004b). Korsakov patiënten komen uit zichzelf meestal tot niets. Ook het nemen van beslissingen is bij Korsakov patiënten sterk verminderd. Om de gedragskenmerken te begeleiden zijn er verschillende benaderingen om deze patiënten te motiveren en daardoor een activiteit te laten ondernemen. De omgang met mensen met het syndroom van Korsakov vereist een speciale benadering (Palm, 1991). Het leven van de patiënt moet in een bepaalde structuur gebracht worden die zij zelf niet kunnen aanbrengen. Het is daarom voor een Korsakovbewoner belangrijk dat de directe omgeving waarin hij of zij leeft overzichtelijk is, dat de dagen een vaste indeling hebben en dat er daarmee een duidelijke structuur in het dagelijkse leven is (Allewijn en Miesen, 2009). Uit de praktijk blijkt dat de tijd die er voor genomen moet worden om de structuur in het leven van een Korsakovbewoner te bekliven geschat wordt op ongeveer een jaar.

De volgende methoden van benadering bij Korsakov patiënten zijn volgens Gouw (2006) uit een onderzoek van de Symfora kliniek uit Laren het meest bekend:

1. 4 K model /empathisch directieve benadering

Door Lindenhoff werd in 1990 het begeleidingsmodel van de vier K'S voor de Korsakov patiënt opgesteld. Ze staan voor Kort, Konkreet, Konsekwent en Kontinue en moeten met elkaar zorgen voor een sfeer van veiligheid en duidelijkheid (Palm, 1991). Haex en van Noppen (2003) hebben daar een 5^{de} K aan toegevoegd, deze staat voor Kreativiteit. Deze 5 K's vormen de basis van de empathisch-directieve benadering. Het uitgangspunt van de empathisch-directieve benadering is dat de hulpverlener als het ware compenseert voor het tekort schieten van het gedeelte van de hersenen dat de bewoner structuur geeft. Door directief te zijn stuurt en structureert de hulpverlener het leven van de bewoner. Door de empathische houding zorgt de hulpverlener ervoor dat de bewoner het niet als betuttelend ervaart en zich gesteund voelt (Arts, 2004b). Hierbij hebben de hulpverleners veel creativiteit nodig.

2. Foutloos leren

Het expliciet geheugen is het geheugen voor alles wat ooit geleerd is en wat je hebt meegemaakt. De informatie uit het expliciet geheugen kan bewust opgeroepen worden. Het impliciet geheugen is het geheugen voor vaardigheden die weliswaar ooit geleerd zijn, maar deze informatie kan niet bewust uit het impliciet geheugen opgeroepen worden. Je weet pas of je nog kunt schaatsen wanneer je op schaatsen staat. Om nieuwe informatie op te nemen in het expliciete geheugen is meer of minder herhaling nodig. Veel gezonde mensen leren nieuwe vaardigheden door 'trial en error'. Dat wil zeggen je probeert iets, kijkt of het lukt en corrigeert wanneer dat niet zo is. Bij Korsakov patiënten blijkt echter de foute handeling te bekliven waardoor het leerproces vast loopt. Zij kunnen zichzelf niet of nauwelijks corrigeren.

Korsakov patiënten leren soms wel nieuwe informatie door onder begeleiding, stap voor stap, met vermijden van fouten, een handeling heel vaak te herhalen. Zij kunnen zich op deze wijze soms een nieuwe vaardigheid eigen maken, die na verloop van tijd in het impliciete geheugen wordt opgeslagen (Kessels, 2005; Gouw 2006). Het wordt dan een gewoonte, iets wat ooit geleerd is en nu automatisch op die manier wordt uitgevoerd.

3. Therapeutisch milieu

Het uitgangspunt van het therapeutisch milieu is op het systematische wijze beïnvloeden van de omgeving van de patiënt. Dit wordt op een zodanige manier gedaan dat de patiënten die opgenomen zijn er baat bij hebben. In de ordening wordt een onderscheid gemaakt

tussen materiële en niet materiële middelen. De niet-materiële middelen omvatten onder meer de zorgverleners (en hun toegepaste kennis) en de gebruikte behandelmethoden en zorgtechnieken (Goossens e.a., 2007).

In de praktijk blijkt dat voor Korsakovbewoners binnen Korsakov afdelingen van het verpleeghuis de empathisch-directieve benadering de meest geschikte benadering is (Haex en van Noppen, 2003).

Psychologen blijven zoeken naar werkzame methoden om mensen met Korsakov te stimuleren om in beweging te komen. Vanuit deze achtergrond is het idee ontstaan om de meerwaarde van het werken met tokens te onderzoeken. Het gaat om een systeem waarbij tokens (Engels voor waardebon) verdiend kunnen worden met gewenst gedrag. Het werken met tokens is gebaseerd op het principe van conditionering en social learning (Dickerson e.a., 2004). Het werken met tokens is een vorm van gedragstherapie met speciale voordelen wat betreft de behandeling van langdurig verpleegde psychiatrische patiënten (Betgem, 1982). De token heeft zelf geen waarde maar kan worden ingewisseld worden voor een beloning/activiteit waar de bewoner een positief gevoel bij heeft (Hackenberg, 2009). Het werken met tokens is gebruikt bij kinderen om goed gedrag te bevorderen en ongewenst gedrag te doen afnemen (Hughes, 1979; Robinson Newby & Ganzell, 1981).

1.4 Probleemstelling

Is het werken met tokens een zinvolle wijze om bewoners van een verpleeghuis met Korsakov te stimuleren tot deelname aan activiteiten in de eigen leefomgeving?

Deelvragen:

1. Gaan patiënten vaker een activiteit uitvoeren na invoering van het tokensysteem?
2. Gaan patiënten meer activiteiten uitvoeren na invoering van het tokensysteem?

Het Concerns Based Adoption Model (CBAM) van Hall & Hord (1987) is een fasemodel waarmee individuele en/of groep oriëntatie op een verandering kan worden beschreven.

3. In welke fase volgens het CBAM bevinden de verzorgenden zich?
4. Heeft het gevonden succes van de innovatie wel of geen relatie met het CBAM?

1.5 Leeswijzer

In de inleiding wordt het onderzoeksthema over het onderzoeken van het tokensysteem en de implementatie ervan in de Korsakovzorg toegelicht. Vervolgens licht ik mijn motivatie toe. Tevens wordt hier de probleemstelling van de afstudeerscriptie weergegeven. In hoofdstuk 2 vervolg ik met het theoretische kader. Deze bestaat uit drie delen. Allereerst wordt de psychologische verklaring van het werken met tokens toegelicht. Vervolgens wordt de rol van het Concerns Based Adoption Model op de implementatie verklaard en welke factoren een implementatie tot een succes kunnen maken. Tevens wordt in dit hoofdstuk de probleemanalyse uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt ook het onderzoeksmodel geïntroduceerd. In hoofdstuk 3 wordt beschreven welke methodes er voor de vier deelvragen van het onderzoeken gehanteerd worden, namelijk de effectmeting van de interventie, de toepassing van een deel van het Concerns-Based Adoption Model en het afnemen van interviews bij de contactverzorgenden. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten weergegeven. Dit hoofdstuk omvat het verloop van het onderzoek en de belangrijkste en opvallende bevindingen. In het vijfde hoofdstuk Discussie en Conclusie worden de resultaten van de verzamelde data door het beantwoorden van de deelvragen aan het theoretisch kader gekoppeld. In dit hoofdstuk wordt ook de probleemstelling beantwoord. Verder is er aandacht voor de tekortkomingen van het onderzoek. In het laatste hoofdstuk worden de aanbevelingen gepresenteerd.

2. Theoretisch kader

Het theoretisch kader van dit onderzoek bevat meerdere perspectieven. Allereerst wordt de psychologische werking van het tokensysteem toegelicht. De concrete uitwerking van het werken met het tokensysteem zoals deze in dit onderzoek wordt uitgevoerd, bevindt zich in de bijlage. In het tweede gedeelte wordt het theoretische kader van het betrokkenheidmodel gegeven. De betrokkenheid die de verzorgenden tijdens de interventie tonen heeft invloed op het succes van de implementatie. Tenslotte wordt de twee kaders samengebracht in een onderzoeksmodel.

2.1 Interventie van het werken met tokens

Een tokensysteem is een vorm van gedragstherapie die gebaseerd is op operante conditionering (Zimbardo e.a., 2005). Bij operante conditionering legt een organisme een verband tussen een stimulus (prikkel) en een respons (reactie). De gevolgen van de respons treden hierop als bekrachtiger (reinforcer). Het principe is dat gewenst gedrag beloond wordt. Door het belonen zal het gedrag behouden blijven of toenemen (Betgem, 1982). Uitgangspunt bij het gebruik hiervan is dat de bewoner er baat bij heeft. Met het gebruik van het tokensysteem krijgt de bewoner meer regie over het eigen handelen: hij/zij kan controle uitoefenen over het krijgen van een token en is meer tevreden met zichzelf.

Het werken met tokens heeft ook enkele aandachtspunten:

- Doordat de verzorgenden de meest directe uitvoerders in deze benadering zijn, is het van belang dat er aan deze groep veel aandacht wordt besteed (Betgem, 1982; Kazdin en Bootzin, 1972). Bovendien is een goede begeleiding een vereiste (Betgem, 1982).
- De kans op weerstand bij de bewoners is aanwezig (Kazdin en Bootzin, 1972).
- Uit onderzoek van Betgem (1982) blijkt dat patiënten met het syndroom van Korsakov niet de meest aangewezen personen zijn om met een dergelijk benadering behandeld te worden.

In bijlage 1 bevindt zich de uitwerking van de interventie, die werd bedacht voor de Korsakovzorg.

2.2 Concerns Based Adoption Model

Het succes van een implementatie hangt volgens Greenhalgh e.a.(2004) af van:

1. De attributen van de innovatie.
2. Het gedrag van de adopters.
3. De manier van communiceren en de invloed daarvan.
4. De structurele en sociale kenmerken van de organisatie en zijn omgeving.

2.2.1. Het gedrag van de adopters

In deze afstudeeropdracht wordt het tweede kenmerk, namelijk 'het gedrag van de adopter' er uitgelicht. Greenhalgh e.a. (2004) hebben een model ontworpen met karakteristieken van de adopters. Dit model is gebaseerd op de literatuur van Rogers (1995) over adoptie. Met de adopters worden in dit afstudeeronderzoek de verzorgenden bedoeld en niet de bewoners met het syndroom van Korsakov. Volgens Rogers (1995) kan adoptie gedefinieerd worden als: de beslissing om volledig gebruik te maken van een innovatie als de beste gedragsmogelijkheid. Het adopteren van een innovatie is een actief, complex proces waar de hulpverlener op een eigen manier betekenis aan geeft en zijn gedachte over heeft. Het adopteren van een innovatie in teamverband in een organisatie is zo mogelijk nog complexer. De breed geciteerde klassieke indeling van Rogers (1995): innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards wordt door de karakteristieken van de adopters die aan de categorieën toebedeeld worden veelal in de marketing toegepast. Het nadeel van dit klassieke systeem is dat het alleen werkt als de context over de tijd gelijk blijft (Greenhalgh e.a., 2004). De klassieke theorieën verklaren weinig over de adoptieprocessen op organisatorisch niveau en hoe de verschillen in het adoptieproces ontstaan. Er is echter ook weinig wetenschappelijke literatuur te vinden over toepassingen buiten de commerciële markt. Greenhalgh e.a. (2004) gaan verder dan de klassieke theorieën. Zij hebben aan de

hand van een uitgebreide literatuurstudie vanuit verschillende disciplines onderzocht hoe innovaties verspreiden en behouden kunnen worden in de complexe organisaties van de gezondheidszorg. De uitdaging in de theorie van de verspreiding van innovatie is, om deze verschillende curven te verklaren en te ondervangen. Zij hebben met de onderzoekgegevens een evidence-based conceptueel model ontworpen. In het door hen ontwikkelde model geven Greenhalgh e.a. (2004) aan dat het Concerns Based Adoption Model van Hall & Hord (1987) weliswaar een veel onbekender model is, maar beter in staat is de uitkomsten van de empirische studies naar complexe innovaties in een organisatorische context te verklaren. Het model van Greenhalgh e.a. (2004) is gebaseerd op cognitieve en sociaal psychologische determinanten, deze zijn lange tijd genegeerd. Op basis van empirische studies uit de literatuur zijn zes karakteristieken/eigenschappen van de adopter die het adoptieproces beïnvloeden samengevat. De adopters van de innovatie hebben ongetwijfeld verschillende karaktertrekken en deze zullen zeker invloed hebben op de mate van adoptie maar er is geen hard bewijs hiervoor. Ook voor een "stappenmodel" waarmee de stappen die een adopter ondervindt verklaard worden in het accepteren van een innovatie bieden onvoldoende bewijs. Het adoptieproces kan het beste gezien worden als complex, herhalend, organisch en ongeordend waarbij de mensen niet moet worden zien als passieve adopters. In de onderstaande tabel worden determinanten weergegeven met kenmerken en invloed.

Tabel 1: karakteristieken van de adopters

Eigenschap	Kenmerken	Invloed
Algemene psychologische antecedenten	Individuele karakterkenmerken zoals: intellect, waarden, leerstijl, motivatie.	De bewijzen dat deze kenmerken invloed hebben zijn niet opgenomen in de literatuur. Er kunnen om die reden geen uitspraken over deze kenmerken gemaakt worden.
Contextspecifieke psychologische antecedenten	Behoefte, motivatie en competentie (doelen, vaardigheden etc) van de adopter die voornemens is te adopteren.	De kans dat een adopter de innovatie daadwerkelijk adopteert is groter als deze adopter gemotiveerd en bekwaam is (sterk direct bewijs: Yetton e.a., 1999) en de behoefte er toe is (sterk indirect bewijs: Wejnert, 2002). Als de adopter zich geïdentificeerd voelt met de innovatie is de kans ook groter dat de innovatie daadwerkelijk geadopteerd wordt (Lynn e.a., 2000).
Betekenis	De invloed van de betekenis die de adopter heeft over de innovatie.	Als de adopter kan onderhandelen over de betekenis van de innovatie en deze betekenis kan bijstellen dan is de kans groter dat hij de innovatie adopteert (sterk direct bewijs: Ferlie e.a., 2001).
De aard van de beslissing van de innovatie	Er zijn verschillende manieren waarop er besloten wordt dat er een innovatie gaat plaatsvinden.	Bij een autoritaire beslissing (dwz van bovenaf opgelegd) wordt de innovatie in eerste instantie geaccepteerd maar de kans op succesvolle implementatie en routine is klein. Er is hier weinig bewijs voor gevonden.
Proces	Het CBAM van Hall & Hord is een fasemodel waarmee individuele oriëntatie op de verandering wordt beschreven. In het model zijn drie fasen met in totaal zeven stadia te onderscheiden (awareness, information, personal, task management, consequences, collaboration, refocusing). Zie ook tabel 2.	Het CBAM is een minder bekend model. Echter, dit model verklaart de bevindingen uit de empirische studies over complexe service innovaties in een organisatorisch context op een betere manier (sterk indirect bewijs: Hall & Hord, 1987).
Kampioenen	Adoptie vindt sneller plaats als sleutelfiguren in hun sociale netwerken de innovatie steunen.	Er is echter weinig direct empirisch bewijs over hoe sleutelfiguren geïdentificeerd en ingezet kunnen worden.

In dit afstudeeronderzoek wordt de mate van betrokkenheid van de medewerkers aan de hand van de eigenschap Proces verklaard. Het Concerns Based Adoption Model (CBAM) van Hall & Hord (1987) is een fasemodel waarmee individuele- en groeps oriëntatie op de verandering wordt omschreven. Het model wordt beschreven vanuit een onderwijssituatie. Volgens de auteurs is het model ook toepasbaar op andere situaties. Op basis van het CBAM kunnen weerstandsprofielen van de medewerkers gemaakt worden. Met behulp van deze profielen is bekend waar de weerstanden liggen en welke factoren daaraan ten grondslag liggen. Het model gaat ervan uit dat mensen die een verandering overwegen en ondergaan tijdens de verschillende fasen in het proces verschillende overwegingen (concerns) hebben. In tabel 2 worden de zeven stadia van overwegingen weergegeven (Fisser e.a., 2006). De categorieën geven de mate van betrokkenheid aan die de medewerkers hebben tijdens het proces en ze verlopen in de tijd fasegewijs. Deze kunnen in een grafiek weergegeven worden. Het model gaat ervan uit dat het van groot belang is om te weten in welk stadium de verschillende betrokkenen bij een verandering zich bevinden, welke vragen hen bezighoudt en waarom zij deze vragen stellen. Het erkennen dat iedereen verschillende vragen in verschillende stadia heeft en dat er tijd nodig is om op deze vragen in te gaan is cruciaal voor het succes van de verandering. Met deze informatie is het mogelijk om in te spelen op de situatie en de communicatie met de medewerker(s) daarop af te stemmen.

Tabel 2: zeven stadia van overwegingen van CBAM

Stadium van overweging	Overwegingen
0. Awareness	Ik weet dat deze verandering er aan zit te komen.
1. Informational	Ik zou hier meer van willen weten.
2. Personal	Hoe zal het mij en mijn werk beïnvloeden.
3. Management	Het lijkt wel of ik al mijn tijd in dit project stop.
4. Consequence	Wat is het effect van wat ik doe op de bewoners?
5. Collaboration	Hoe kan ik hetgeen ik doe relateren aan wat anderen aan het doen zijn?
6. Refocusing	Ik heb ideeën over hoe het misschien nog beter kan!

Zoals eerder is aangegeven, bestaat er een sterke relatie tussen betrokkenheid van de medewerkers en de mate van verandering (Hall & Hord, 1987). Een zorginstelling ondervindt over het algemeen bij de medewerkers weerstand bij het doorvoeren van veranderingen zoals bijvoorbeeld een interventie. Er zijn een aantal motieven om weerstand te ontwikkelen (Cozynsen en Vrakking, 2003)

- Angst: *“Kan ik wel mee in de verandering”*
- Schuld: *“Ik kan het tegenover anderen niet maken mee te gaan in de verandering”*
- Bedreiging: *“Als de verandering doorgaat, zal mijn positie verzwakt worden”*
- Twijfel: *“Welke risico’s zitten vast aan de verandering”*

Er zijn nog meer motieven om weerstand te ontwikkelen bekend maar deze zijn niet toepasbaar of verminderd van toepassing bij een verandering in een zorginstelling.

Met behulp van de informatie uit het CBAM model is voor de onderzoeker en/of implementatiebegeleider mogelijk om te begrijpen hoe de medewerkers denken en voelen over de innovatie. De opgedane informatie geeft de mogelijkheid om op een situatie in te spelen met als uiteindelijk doel de innovatie succesvoller te laten verlopen. In het model wordt de onderzoeker en/of de implementatiebegeleider de “change facilitator (CF)” genoemd. Er zijn drie dimensies om deze diagnose te onderzoeken. In tabel 3 zijn deze weergegeven met een korte uitleg.

Tabel 3: uitleg van de drie dimensies van het Concerns Based Adoption Model

Stages of Concern (SoC)
Deze dimensie verwijst naar hoe de medewerkers de innovatie waarnemen en zij deze ervaren/voelen. Er worden zeven verschillende "Stages of Concern" vastgesteld. De zeven stadia zijn weergegeven in tabel 2.
Levels of Use (LoU)
Deze dimensie verwijst naar wat de medewerkers wel of niet doen in relatie tot de innovatie, met andere woorden: welk niveau van gebruik heeft de medewerker.
Innovation Configurations (IC)
Deze dimensie verwijst naar de innovatie zelf.

De drie dimensies zijn onafhankelijk van elkaar. Er is geen onderling verband tussen bepaalde stadia in de dimensies. Er is sprake van een continu proces omdat de medewerker kunnen veranderen van niveau of stadium. Met de informatie uit deze drie dimensies is de CF voldoende geïnformeerd om de interventie uit te voeren en te sturen.

2.2.2 Dimensie 1: Stages of Concerns (SoC)

Er zijn drie manieren ontwikkeld om de "Stages of Concern" te bepalen. De eerste manier heet "one legged conferencing". Dit is een kort interview dat uit open vragen bestaat.

- Hoe gaat het?
- Wat doe je met de interventie?
- Hoe denk je over de innovatie?

Op deze antwoorden ga je verder in door te vragen

- Wat bedoel je met...?
- Geef mij een voorbeeld van...?

De CF (Change facilitator) moet aan de hand van de antwoorden zoeken naar indicatoren waarmee hij de medewerkers in een stadium kan inschalen.

De tweede manier is een "open-end statement". Er wordt aan de medewerker gevraagd om op een stuk papier de volgende vraag te beantwoorden: "Als je nadenkt over het tokensysteem waar ben je dan bezorgd om?".

Hall & Hord (1987) hebben een systematische manier gevonden voor het scoren op deze antwoorden.

De derde manier heet: "stages of concern questionnaire". Dit is een vragenlijst van 35 vragen op een Likertschaal van 7. De kracht van deze vragenlijst ligt in het onderzoek op basis van het vermogen om te voorspellen in welk stadium de medewerkers kunnen worden geplaatst, gezien het feit dat dit in de tijd verandert. Je kunt hiermee een voorspelling maken en daarop een effectieve planning loslaten.

De introductie en implementatie van de innovatie kan als succesvol beoordeeld worden als de stadia 1, 2 en 3 verschoven zijn naar hogere stadia.

2.2.3 Dimensie 2: Level of Use (LoU)

In deze dimensie worden acht niveaus van gebruik vastgesteld en gedefinieerd. Bij LoU gaat het om het gedrag (performance) dat de medewerkers vertonen. Wat mensen denken kan verschillen met het gedrag dat zij vertonen. In tabel 4 worden de acht niveaus van gebruik weergegeven. De CF kan met de resultaten van de LoU de medewerkers beter begrijpen en is daardoor effectiever in zijn rol als facilitator en is beter in staat de nodige assistentie te verlenen tijdens het veranderingsproces.

Tabel 4: Levels of Use

Niveaus van gebruik	Gedragsindicatoren van het niveau
0. Geen gebruik	De gebruiker is niet geïnteresseerd en onderneemt geen actie.
1. Oriëntatie	De gebruiker neemt initiatief om meer over de verandering te weten te komen.
2. Voorbereiding	De gebruiker heeft vaste ideeën om de verandering te gaan invoeren.
3. Mechanisch	De gebruiker verandert iets in zijn eigen werk om de verandering te kunnen organiseren.
4.A. Routine	De gebruiker stelt niet of slechts marginaal bij en heeft een vaste manier van gebruiken van de verandering.
4B. Verfijning	De gebruiker stelt bij om tot betere resultaten te komen.
5. Integratie	De gebruiker doet bewuste pogingen om samen te werken en af te stemmen met anderen bij het gebruiken van de vernieuwing.
6. Vernieuwing	De gebruiker zoekt effectievere alternatieven voor het gebruik van de ingevoerde verandering.

2.2.4 Dimensie 3: Innovation Configurations (IC)

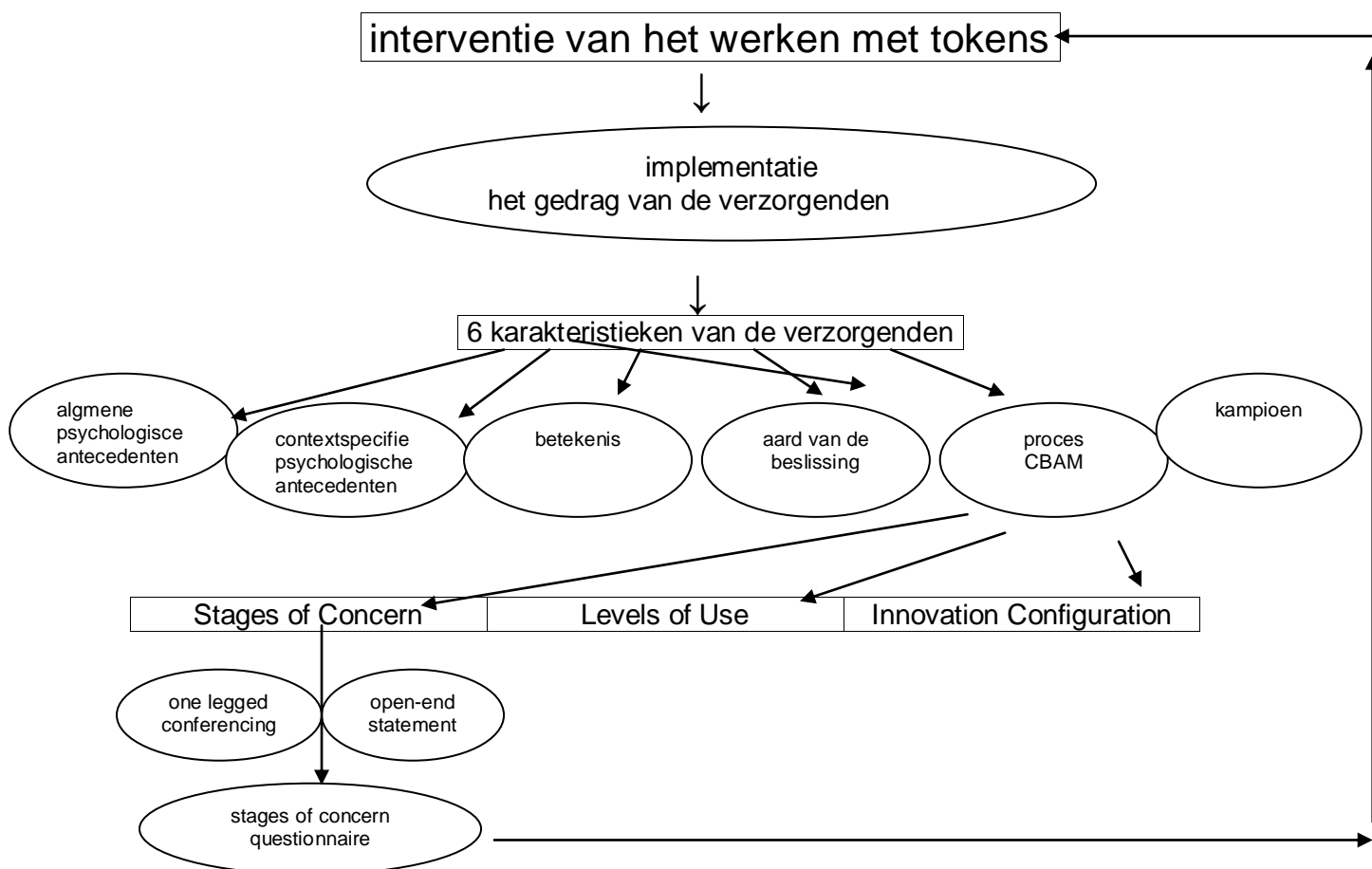
De IC kaart verwijst naar de innovatie zelf. Deze dimensie wordt gebruikt voor het ontwikkelen en toepassen van omschrijvingen over het gebruik van de innovatie in de praktijk. Elke IC kaart bestaat uit een aantal onderdelen en elk onderdeel heeft een aantal varianten.

Er zijn drie belangrijke vragen te stellen bij de ontwikkeling van een IC kaart:

1. Hoe ziet de innovatie eruit als deze in gebruik is?
2. Wat zie ik op de afdelingen waar de innovatie goed verloopt, en wat op de afdelingen waar deze niet zo goed verloopt?
3. Wat moeten de medewerkers en bewoners doen als de innovatie in gebruik is?

2.3 Probleemanalyse

Om het tokensysteem succesvol te maken, is aandacht voor de implementatie van groot belang. Volgens Hall & Hord (1987) bestaat er een relatie tussen de mate van verandering en de betrokkenheid van de medewerker. Uit de praktijk blijkt dat het doorvoeren van een verandering over het algemeen veel weerstand oproept bij de medewerkers. Er wordt vooraf veelal goed gecommuniceerd over de verandering maar het commitment ontbreekt. Dit kan er voor zorgen dat de verandering uiteindelijk niet geslaagd is en behouden blijft. Met behulp van het toegepaste model in deze afstudeeropdracht is het mogelijk om een beeld te vormen van de mate van bewustwording van de medewerkers ten aanzien van de interventie die er op de afdeling gaat plaatsvinden. Hieruit volgt een weerstandsprofiel van de medewerker. De informatie die uit deze profielen volgt geeft inhoud aan de manier van communiceren met de medewerker(s) waardoor het mogelijk is om de weerstanden zo gering mogelijk te houden. Bij bewoners met het syndroom van Korsakov wordt onderzocht of het werken met tokens effect heeft op het gedrag van de bewoners van de instelling. Uit het model van Greenhalgh e.a. (2004) wordt vanuit het perspectief van het proces uit de karakteristieken van de adopter gekeken naar de betrokkenheid van de adopters. Dit wordt gedaan aan de hand van het Concerns Based Adoption Model door de Stages of Concerns bij de verzorgenden te bepalen. Er zijn drie technieken om deze Stages of Concerns te bepalen, in dit onderzoek wordt dit gedaan met een vragenlijst met 35 vragen. Dit leidt tot het volgende onderzoeksmodel.



Figuur 1: onderzoeksmodel

Door het meten van de betrokkenheid van de verzorgenden in het implementieproces kunnen de weerstanden daarbij in kaart gebracht worden. Dit wordt gedaan met behulp van de vragenlijst. Het gedrag van de verzorgenden zal veranderen naarmate de tijd verstrijkt en daardoor zal de betrokkenheid ook veranderen. Door de vragenlijst steeds weer te herhalen en hier grafieken van te maken, kan de onderzoeker of instelling de betrokkenheid en daarmee de weerstanden van de verzorgenden in kaart brengen en het beleid zonodig aanpassen.

3. Methoden van onderzoek

3.1 Design van het onderzoek

Dit onderzoek bevat meerdere onderzoekstypen. Er worden in totaal drie verschillende onderzoeken uitgevoerd. Als onderzoeksontwerp is er in dit onderzoek gekozen voor quasi-experiment (Baarda, 1993). Bij een quasi-experimenteel ontwerp worden bij dezelfde onderzoekseenheden op verschillende tijdstippen zowel voor als na de introductie van de experimentele variabele metingen verricht op de onafhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is in dit onderzoek het aantal keren dat een bewoner deelneemt aan een activiteit. Bij een quasi-experiment wordt er gebruik gemaakt van een bestaande groep, er is geen sprake van randomisatie.

De onderzoeksgroep die gebruikt wordt bij het verzamelen van gegevens bestaat uit de bewoners van een Korsakov afdeling van een verpleeghuisinstelling van Zorggroep Rijnmond op locatie Slingedael in Rotterdam. Deze zorginstelling is één van de oprichters van het Korsakov Kenniscentrum. Op locatie Slingedael wordt zorg verleend aan psychogeriatrische bewoners en ongeveer 100 Korsakov bewoners. Er zijn drie afdelingen met Korsakov bewoners. De pilot vindt plaats op afdeling Coolsingel. Bij deze pilot is het nog onbekend hoeveel bewoners deelnemen als interventiegroep. De totale groep Korsakov-bewoners bestaat uit 31 bewoners. Bij een aantal bewoners is het door lichamelijk en/of geestelijk onvermogen niet mogelijk om aan het experiment deel te nemen. Dit zijn de bewoners die fysiek niet in staat zijn om de handelingen te verrichten waarmee tokens verdiend kunnen worden. Deze groep is nog niet geselecteerd. Verder kan het mogelijk zijn dat er bewoners of familieleden van bewoners, zijn die geen toestemming geven voor deelname aan de pilot. Er zijn op de afdeling in totaal 34 medewerkers.

Om de interventie op een effectieve manier te implementeren in de Korsakovzorg en er voor te zorgen dat de kans zo groot mogelijk is dat deze behouden blijft, is het van belang om het proces van de implementatie van de nieuwe werkwijze goed voor te bereiden en systematisch aan te pakken en vooral veel aandacht te besteden aan de behoefte van de doelgroep (de verzorgenden in dit geval) en de fase waarin de subgroepen van de doelgroep zich bevinden. Grol e.a. (2001) heeft hiervoor een raamwerk met zes stappen ontwikkeld. Voor de systematische aanpak van de implementatie zijn de volgende stappen belangrijk:

1. Het formuleren van een concreet, goed onderbouwd en haalbaar voorstel voor verandering in de praktijk met duidelijke doelen.
2. Het in kaart brengen van de feitelijke zorg en problemen daarin.
3. Een analyse van de doelgroep(en) en de setting: welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in het realiseren van de verandering.
4. De ontwikkeling en selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.
5. De ontwikkeling en uitvoering van een implementatieplan met activiteiten, taken en tijdsplan.
6. Evaluatie en (eventueel) bijstellen van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

Het startpunt van de implementatie kan verschillende redenen hebben maar in elke situatie zal er een proces van veranderingen in gang gezet worden.

Het tweede gedeelte van het onderzoek betreft het maken van een weerstandsprofiel van de betrokkenheid van de verzorgende ten opzichte van de interventie. Dit wordt gedaan aan de hand van Concerns Based Adoption Model. Het model van "Stages of Concern" is een hulpmiddel om uit te zoeken hoe medewerkers denken en voelen over een verandering. Dit is heel belangrijk want hoe medewerkers denken en voelen over een verandering zal voor een groot gedeelte bepalen of de verandering daadwerkelijk optreedt. De resultaten van de

vragenlijst worden aan de hand van een handleiding, opgesteld door Hall & Hord (1987) geanalyseerd. In het theoretisch kader zijn de drie dimensies weergegeven voor diagnose onderzoek.

In het kader van dit onderzoek wordt alleen gebruik gemaakt van de eerste dimensie: "Stages of Concern (SoC)". Middels een weerstands-audit, waarbij gebruik gemaakt wordt van een (uit het Engels vertaalde) vragenlijst van 35 vragen, kan per medewerker een weerstandsprofiel worden weergegeven. Op basis van deze profielen weet de onderzoeker welke weerstanden er tegen de organisatieverandering zijn en welke factoren daar aan ten grondslag liggen. De vragenlijst zal voorgelegd worden aan de medewerkers van de afdeling Coolsingel.

Het laatste gedeelte van het onderzoek heeft een exploratief karakter. Bij dit onderzoek wordt de nadruk meer gelegd op het groeien (evolutie) van een theorie en het verbinden van meerdere variabelen (Baarda, 1995). De kans bestaat dat de gegevens die voortkomen uit de effectmeting van het tokensysteem niet voldoende zijn. Om deze gegevens aan te vullen, worden er bij tien contactverzorgenden van de afdeling met Korsakobewoners interviews gehouden. De interviews worden mondeling gehouden op de afdeling waar de contact-verzorgenden werkzaam zijn. De interviews zijn ongestructureerd. Ongestructureerd wil zeggen dat niet precies van tevoren de vragen vastliggen. Bij deze open bevragingvorm liggen echter acht topics vast als onderwerp. Het algemene doel van het ongestructureerde interview is het verzamelen van een valide, relevant, volledig en duidelijk beeld van de meningen of ervaringen van de geïnterviewden met betrekking tot het onderwerp het tokensysteem (Baarda, 1995).

3.2 Wijze van verzamelen van data

Het verzamelen van de data van de interventie van het tokensysteem zal plaatsvinden van maandag 22 juni 2009 tot maandag 3 augustus 2009. De vragenlijst van het Concerns Based Adoption Model zal in de eerste week en aan het einde van de week van de interventie plaatsvinden. De interviews met de contactverzorgenden zullen na de interventie plaatsvinden.

3.2.1 Tokensysteem

De medewerkers van afdeling Coolsingel hanteren de empathisch-directieve benadering bij de bewoners. Deze benadering zullen de medewerkers gedurende de interventie blijven toepassen. De interventie staat uitgelegd in bijlage 1. De proefpersonen kunnen door middel van het uitvoeren van een activiteit een token verdienen. Deze tokens kunnen ingewisseld worden voor een beloning. De activiteiten en de beloningen zijn van tevoren vastgelegd. Aan de medewerkers wordt door middel van een bijeenkomst uitleg gegeven over de interventie. De proefpersonen krijgen vooraf aan de interventie ook een uitleg. Het is nog niet duidelijk hoe dit gaat plaatsvinden en wie dit gaat toelichten. Er wordt ook een schriftelijke toelichting uitgedeeld. Voorafgaande aan de interventie vindt er een nulmeting (zie bijlage 2) plaats. De nulmeting wordt gemaakt aan de hand van de antwoorden van de verzorgenden op de vraag of de bewoner de activiteit uit zichzelf uitvoert of niet. Een observatie van de activiteiten voor een nulmeting door de onderzoeker zou te verstorend werken waardoor er geen objectieve waarneming kan plaatsvinden. De vragen worden door twee verschillende verzorgenden over dezelfde bewoner beantwoord. De antwoorden moeten overeen komen. Na één week vindt de eerste meting plaats. In de interventiegroep wordt, voordat de interventie wordt uitgevoerd aan de proefpersonen uitgelegd hoe het werken met tokens gaat plaats vinden. Deze uitleg wordt iedere morgen herhaald. De verdiende token wordt door de verzorgende aan de proefpersoon uitgedeeld in de vorm van een handtekening op een lijst (bijlage 1). De lijsten staan op naam van de bewoner en liggen in het zicht. Het aftekenen van de lijsten vindt direct na het toekennen van een token plaats. Deze lijsten worden systematisch per proefpersoon en per week bewaard, zodat de data aan het einde van de periode verwerkt kunnen worden. Er vindt tevens een overleg met de verzorgenden plaats om te ondervinden wat er veranderd en verbeterd kan worden in het experiment. Bovendien kunnen er door de

verzorgenden vragen gesteld worden over onduidelijkheden of andere problemen die zij ondervinden. Het experiment kan op dat moment nog bijgesteld worden. Na een week worden de tokens weer geteld. Dit herhaalt zich totdat het experiment afgelopen is. De totale duur van het experiment is zes weken. Er wordt nu aan de hand van het aantal uitgedeelde tokens onderzocht of de bewoner aan meer activiteiten heeft deelgenomen. Tijdens het experiment zullen de teamleidster, de verantwoordelijke psycholoog en de onderzoeker aanspreekpunt zijn voor de verzorgenden. De onderzoeker blijft de eindverantwoordelijke.

3.2.2 Concerns Based Adoption Model

De vragenlijst van de CBAM (zie bijlage 3) wordt met toestemming van de leidinggevende in een gesloten envelop in de postvakjes van de medewerkers gelegd. De brief is voorzien van een introductiebrief die volgens de aanwijzingen van de auteurs van het CBAM is opgesteld. De medewerkers kunnen de ingevulde vragenlijst in een gesloten envelop retourneren op een speciaal daarvoor bestemde plek. De items van de vragenlijst corresponderen met een Stage van het betrokkenheidmodel. In tabel 5 staan de corresponderende items met de Stage vermeld. Een voorbeeld hiervan is: item 3, 12, 21, 23 en 30 komen overeen met Stage 0 uit het betrokkenheidmodel. De score die de respondent op die items invult, bepaalt de hoogte van Stage 0 in het betrokkenheidmodel.

Tabel 5: vraagnummer en corresponderend stagenummer

item	Soc	item	Soc	item	Soc	item	Soc
1	4	10	5	19	4	28	2
2	6	11	4	20	6	29	5
3	0	12	0	21	0	30	0
4	3	13	2	22	6	31	6
5	5	14	1	23	0	32	4
6	1	15	1	24	4	33	2
7	2	16	3	25	3	34	3
8	3	17	2	26	1	35	1
9	6	18	5	27	5		

3.2.3 Interviews

De interviews met de contactverzorgenden vinden plaats na de pilot. Er worden in totaal tien interviews gehouden. De interviews bestaan uit acht topics (zie bijlage 4) waarbij de vragen tijdens het interview geformuleerd of aangepast worden. Hierdoor kunnen de geïnterviewden in hun eigen woorden op de vragen antwoord geven. Voor het werken met een topiclijst is voorkennis nodig. In dit onderzoek komt deze voorkennis voornamelijk uit observaties tijdens en gesprekken over de pilot met de verzorgenden. Tevens zullen de resultaten uit de pilot een rol gaan spelen bij de te stellen vragen.

Kort samengevat:

Week 1: De eerste week is een proefweek. De interventie start op maandag. Er wordt gestart met een nulmeting. Op donderdag vindt er een evaluatie plaats en dan kunnen er nog aanpassingen gedaan worden. Deze worden dan in week 2 ingevoerd. Op zondag vindt er een meting plaats. In deze week vindt de eerste meting van het Concerns Based Adoption Model plaats om de betrokkenheid van de medewerkers te meten.

Week 2: De tweede week start op maandag. De meting vindt plaats op zondag.

Week 3: meting op zondag

Week 4: meting op zondag

Week 5: meting op zondag

Week 6: meting op zondag. In deze week vindt de tweede en laatste meting van het Concerns Based Adoption Model plaats om de betrokkenheid van de medewerkers te meten.

Na week 6 vinden de interviews met de contactverzorgenden plaats.

3.3 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid wil volgens Baarda (1993) zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toevalligheden. Die toevalligheden kunnen op verschillende manieren ontstaan, bijvoorbeeld door de situatie, de vragenlijst, de interviewer of de geïnterviewde zelf.

In dit onderzoek worden zowel kwalitatieve – als kwantitatieve gegevens verwerkt. In een kwalitatief onderzoek moeten volgens Baarda (2005) de gegevens duidelijk en controleerbaar zijn. In het Concerns Based Adoption Model om de betrokkenheid van de medewerkers tijdens en na de innovatie te meten is gebruik gemaakt van een vragenlijst met 35 items. Dit is een bestaande vragenlijst die door de auteurs langdurig op betrouwbaarheid en validiteit is getest. Om de antwoorden op de items niet te beïnvloeden door een taalbarrière is de Engelstalige vragenlijst voor de Nederlands talige medewerkers vertaald. Aangezien ik zelf onvoldoende de Engelse taal beheers om een vragenlijst waar het écht op het woord aankomt te vertalen, heb ik twee collega's die lange tijd in een Engelsprekend land gewoond hebben de vragenlijst laten vertalen en controleren. Verder geven Hall & Hord (1987) aan dat er tussen de eerste en de tweede meting van de CBAM vragenlijst een half jaar tijdsverschil moet zitten voor een goede effectmeting. In deze pilot zit hier slecht zes weken tussen. Om de anonimiteit van de respondenten te garanderen werden de vragenlijsten in gesloten envelop geretourneerd. Het feit dat alle contactverzorgenden hebben ingestemd met het geven van interviews verhoogt de betrouwbaarheid van de antwoorden. De uitkomsten van de vragenlijst heb ik in een map bewaard en zijn zodoende controleerbaar. Om die reden zijn de interviews die afgenomen zijn met de contactverzorgenden opgenomen op een memorecorder en als document opgeslagen. Nadat er gebleken was dat de kwantitatieve data vanuit het tokensysteem een onvoldoende beeld gaven over de effecten van het tokensysteem, is er besloten om interviews af te nemen bij de verzorgenden. Deze informatie is uiteindelijk een derde bron van data geworden. De interviews zijn hierdoor niet letterlijk uitgewerkt.

3.4 Validiteit

De validiteit hangt vooral af van de wijze van dataverzameling (Baarda, 1993). Er moet dát gemeten worden wat ook de bedoeling was om gemeten te worden. Bij de interne geldigheid wordt er gekeken naar de wijze van dataverzameling. De externe geldigheid wordt vooral bepaald door het feit in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn. De interne validiteit bij de pilot van het tokensysteem is problematisch omdat de proefpersonen niet at random zijn toegewezen. Er is getracht om de tokens zo objectief mogelijk door de verzorgenden te laten uitdelen. Het is toch mogelijk dat de verzorgenden door sympathie voor de bewoners hier niet altijd even objectief in waren. Er is bij deze pilot gekozen om met een bestaande groep te werken (quasi-experimenteel). Het Concerns Based Adoption Model is getest op betrouwbaarheid en validiteit. Ondanks de langdurige procedure van het aantonen van de betrouwbaarheid en validiteit moet er toch bedachtzaamheid in acht genomen worden bij het interpreteren van de data als zijnde de waarheid. De interpretatie van de data is zo goed als dat deze gemeten zijn, de respondent het antwoord gegeven heeft en de vaardigheid van de onderzoeker. Hall & Hord (1987) geven aan dat het erg verleidelijk is om de vragenlijst aan te passen. Het is sterk af te raden omdat zelfs een kleine aanpassing de validiteit van de vragenlijst beïnvloedt. Het is de vraag of het vertalen van de vragenlijst daar ook onder valt. Er is echter wel een beslissing genomen om de vragenlijst te vertalen omdat de kans anders erg groot was dat de vragenlijst door de verzorgenden niet ingevuld zou worden. Het afnemen van de interviews is de aangewezen dataverzamelingsweg wanneer de onderzoeker iets wil weten over attitudes, opinies of kennis. De motieven kunnen dan toegelicht worden. Het nadeel van interviews is dat het minder betrouwbare informatie oplevert dan observaties. Dit komt onder andere door de sociale wenselijkheid bij de respondenten om antwoorden te geven die de onderzoeker graag wil horen. Echter het toepassen van verschillende methoden om de onderzoeksvraag te beantwoorden en deze vanuit verschillende perspectieven te benaderen verhoogt de validiteit van dit onderzoek.

4. Resultaten

4.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit twee groepen. De eerste groep bestaat uit de bewoners van de afdeling Coolsingel van locatie Slingedael van zorginstelling Zorggroep Rijnmond. De tweede groep is het team verzorgenden van de afdeling.

4.1.1 De bewoners

Op de afdeling Coolsingel zijn 31 bewoners opgenomen. Er zijn 27 bewoners die aan de pilot deelnemen, van vier bewoners is er geen toestemming voor deelname. De gemiddelde leeftijd van de groep bewoners is 65 jaar. De jongste bewoner is ten tijde van de pilot 47 jaar, de oudste bewoner is 84 jaar. De bewonersgroep bestaat uit 20 mannen (74 %) en 7 vrouwen (26%). Van de 27 deelnemers aan de pilot hebben 20 bewoners de diagnose Korsakov (74%) en 7 bewoners hebben een andere diagnose (NAH)(26%). De meeste bewoners zijn op het moment van de pilot langer dan een jaar opgenomen, namelijk 81%.

4.1.2. Het team verzorgenden

De groep verzorgenden bestaat geheel uit vrouwen. Een aantal van de verzorgenden is ook contactverzorgende. Een contactverzorgende heeft een uitgebreide taakomschrijving en speelt een belangrijke rol in het leven van de Korsakovbewoner. Zij begeleidt en verzorgt de bewoner in de dagelijkse dagstructuur, coördineert en bewaakt de zorg en heeft een signalerende en communicatieve functie naar de omgeving op sociaal, emotioneel en fysiek gebied. De contactverzorgende speelt dus een grote rol in de pilot want zij kent de bewoner als geen ander. De vragenlijst voor het betrokkenheidmodel van de Concerns Based Adoption Model is naar het complete team gestuurd. Dit team bestaat uit 34 medewerkers. Op de afdeling zijn tien contactverzorgenden, deze hebben allen deelgenomen aan het interview. Er waren echter een aantal verzorgenden voor langere tijd afwezig, zij hebben geen vragenlijst ontvangen. De invalkrachten hebben ook geen vragenlijst ontvangen.

4.2 Effecten tokensysteem

Gedurende het onderzoek zijn er tokens door de bewoners verdiend. Deze tokens zijn door de bewoners omgezet in beloningen. Na de pilot zijn de overgebleven tokens vervallen. In bijlage 5 staat het implementatieproces volgens het model van Grol beschreven.

4.2.1. De verdiende tokens

In de onderzoeksperiode van maandag 22 juni tot maandag 3 augustus is het aantal tokens verzameld die de bewoners van de pilot verdiend hebben. Er waren per week lijsten gemaakt waarop de verdiende tokens door middel van een handtekening genoteerd konden worden.

Tabel 6: activiteiten van de pilot

	Activiteiten
1	's ochtends opstaan en na éénmaal wakken uit zichzelf opstaan
2	douchen
3	bed opmaken
4	arbeidsmatige dagbesteding of vervangende activiteit
5	shag en aansteker inleveren
6	fitness of vervangende activiteit
7	huiskamergesprek bijwonen
8	meedoen aan de wekelijkse kookgroep

De activiteiten waar de bewoners een token mee konden verdienen zijn weergegeven in tabel 6. De activiteiten kunnen onderverdeeld worden in "niet-vrijwillige" en "vrijwillige" activiteiten. Onder de niet-vrijwillige activiteiten behoren: opstaan (activiteit 1), douchen (2activiteit), bed opmaken (activiteit 3) en shag inleveren (activiteit 5). Deze activiteiten

worden niet-vrijwillig genoemd omdat de bewoners deze moeten uitvoeren, zij hebben hier geen keuze in. Het principe van het tokensysteem is dat gewenst gedrag beloond wordt en het gedrag hierdoor behouden blijft of toeneemt (Betgem, 1982). Het uitgangspunt is dat de bewoner door het gebruik meer regie krijgt door het eigen handelen en daardoor controle kan uitoefenen over het krijgen van een token. De vraag hierbij is of het de bedoeling is dat een bewoner de regie moet krijgen over het handelen van alle activiteiten.

Niet alle activiteiten werden dagelijks aangeboden (zie bijlage 1). De verdiende tokens werden iedere zondag opgeteld en op een lijst genoteerd. Op maandagmorgen konden de bewoners bij het uitdelen van de koffiebonen de tokens inwisselen voor een beloning. Er was van tevoren vastgelegd wie van de medewerkers de tokens zou uitdelen. Door zoveel mogelijk aanwezig te zijn, vragen te beantwoorden en te anticiperen op de situatie is getracht de data zo objectief mogelijk te verzamelen. Toch is dit niet altijd mogelijk.

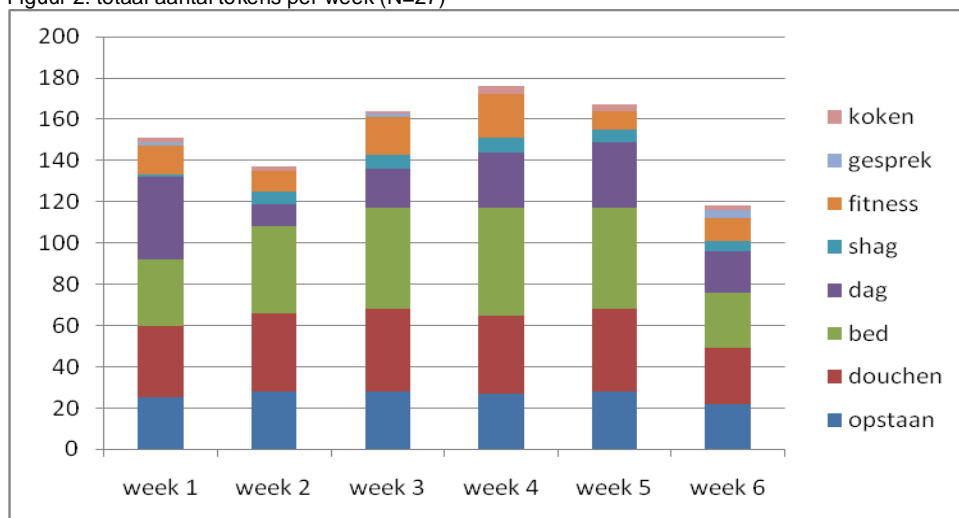
Aangezien de pilot in de zomermaanden plaats vond waren er veel wisselende werkrachten. Niet elke medewerker was op de hoogte van de pilot. Sommige medewerkers wisten ook niet goed hoe zij de pilot moesten uitvoeren. Er werd tijdens het middagoverleg regelmatig gecommuniceerd over de voortgang van het project. Tevens is er driemaal een evaluatiebrief in de koffiekamer neergelegd met antwoorden en informatie over de pilot. De meeste medewerkers waren echter heel corporatief en initiatiefvol in het uitvoeren van de pilot.

Een aantal opmerkingen van de medewerkers waren:

- De pilot is te kinderachtig.
- Enkele bewoners reageren heel sarcastisch op de pilot.
- De meeste medewerkers vinden snoep een slechte beloning.
- De gedachte heerst dat een aangepast beloningsschema voor elke bewoner meer succes heeft.

De weeklijsten van bewoners met het aantal handtekeningen geeft het totaal weer van alle tokens waarvoor een beloning in ontvangst mocht worden genomen. Het totaal aantal verdiende tokens is 4.793. Dit zijn echter niet de tokens die tellen voor de resultaten. Er wordt, zoals al eerder vermeld alleen gekeken naar de tokens die tellen na de nulmeting. In overleg met de verzorgenden was er besloten om de bewoners die de activiteiten van de pilot uitvoerden zonder dat zij hiervoor gestimuleerd hoeven te worden, ook hiervoor een token te geven. De verzorgenden waren bang dat deze bewoners zich anders benadeeld zouden voelen als zij geen token voor hun activiteit zouden ontvangen.

Figuur 2: totaal aantal tokens per week (N=27)

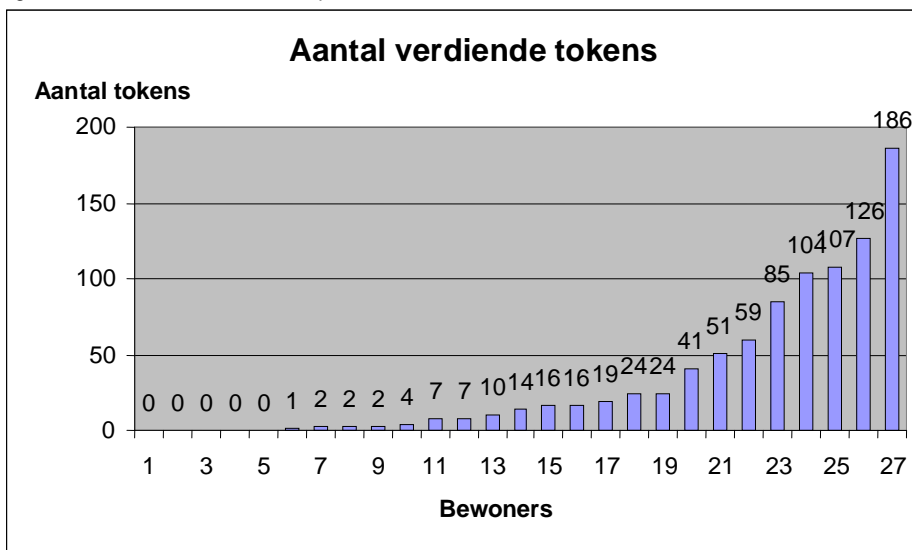


De cijfers in figuur 2 en 3 geven de tokens weer die na aftrek van de nulmeting gegeven zijn. In de zes weken zijn er 913 tokens door de bewoners (N=27) verdiend. Dit is een

gemiddelde van afgerond 152 tokens per week. Figuur 2 geeft het aantal verdiende tokens per week/activiteit weer.

In figuur 3 zijn de verdiende tokens per bewoners (N=27) gedurende de pilot weergegeven. Er zijn vijf bewoners die geen enkele token verdiend hebben en 186 tokens is het hoogste aantal tokens dat door een bewoner verdiend is. Het gemiddelde aantal tokens dat verdiend is door de bewoners is afgerond 34. Er zijn 19 bewoners die onder dat gemiddelde zitten en er zijn 8 bewoners die boven dat gemiddelde zitten. Aangezien er vermoedens waren dat de mate van geheugenstoornissen een verband hebben met het aantal verdiende tokens, zijn de uitslagen van de geheugentesten van de bewoners met elkaar vergeleken. Het was niet mogelijk om hier conclusies uit te trekken omdat de bewoners niet dezelfde testen hebben afgelegd.

Figuur 3: verdiende aantal tokens per bewoner

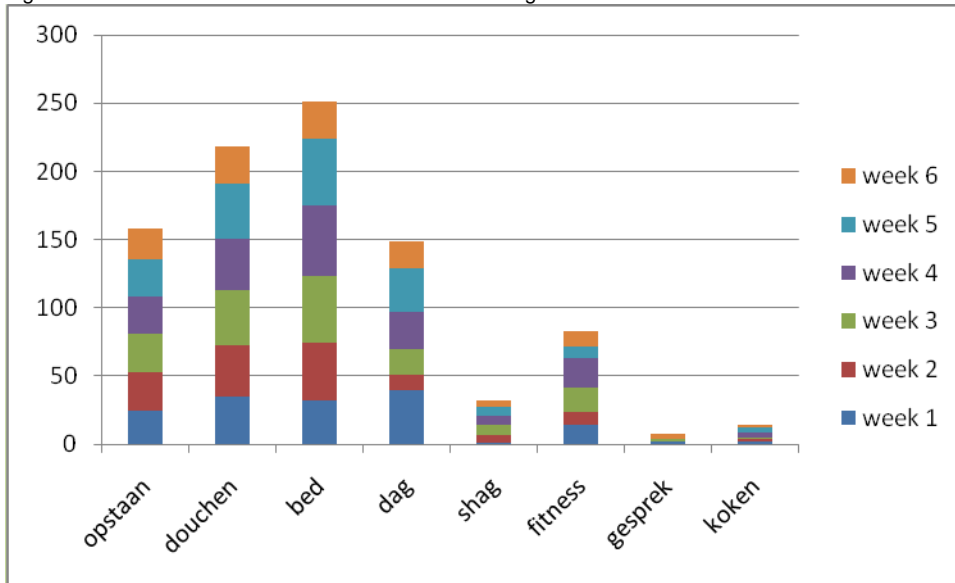


De activiteiten waarmee de bewoners de tokens verdiend hebben geven een wisselend beeld. In figuur 4 is het aantal verdiende tokens (na de nulmeting) weergegeven in een figuur. De weergegeven activiteiten komen overeen met de activiteiten die vermeld staan in tabel 6. De figuur geeft aan dat met name op de activiteiten van het ochtendritueel hoog gescoord is (opstaan, douchen, bed opmaken). De dagactiviteiten scoren ook redelijk hoog (activiteit 4). De overige activiteiten zoals shag inleveren, fitness, tweewekelijkse gesprek en kookgroep scoren laag. De lage score van het tweewekelijkse gesprek en de kookgroep is te verklaren door het feit dat deze activiteit niet dagelijks plaatsvindt. De lage score op de activiteit shag inleveren is te verklaren vanwege het feit dat er slechts één bewoner op deze activiteit kon scoren. De overige bewoners leverden hun shag namelijk in zonder dat zij daarvoor gestimuleerd hoefden te worden. De lage score voor de fitness is te verklaren vanwege het feit dat in de vakantie de fitness niet altijd plaatsvond. De lage score op gesprek en koken is laag omdat deze slechts wekelijks aangeboden werd.

De overige activiteiten: dagbesteding (activiteit 4), fitness (activiteit 6), huiskamergesprek (activiteit 7) en kookgroep (activiteit 8) is weliswaar een gewenste activiteit voor de bewoner maar de bewoner heeft hier uiteindelijk wel een keuze in.

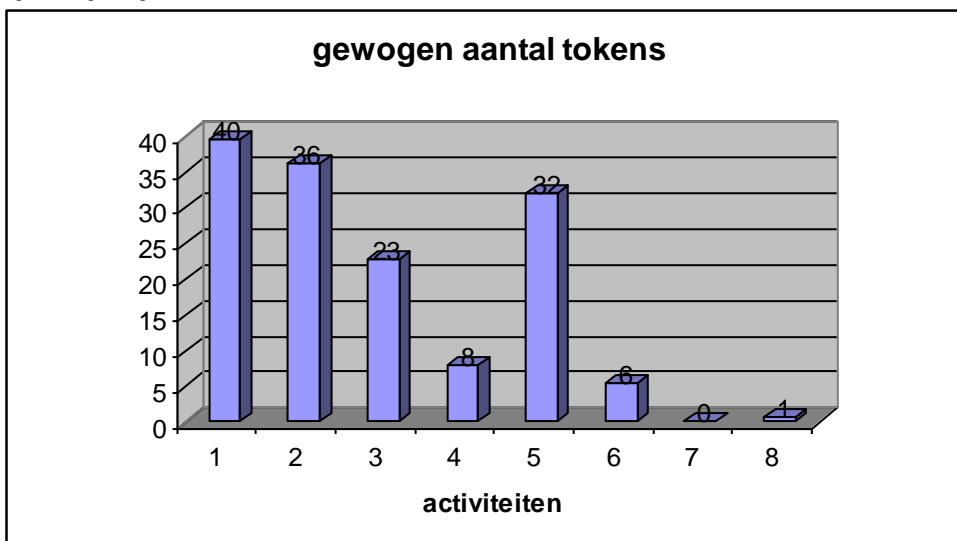
Bij de gewogen score (figuur 5) van het aantal verdiende tokens wordt er gekeken naar het aantal bewoners die op een bepaalde activiteit een token konden verdienen. Ter verduidelijking: voor de activiteit 'arbeidsmatige dagbesteding of vervangende activiteit (nummer 4) werden in totaal 149 tokens (zie figuur 4) verdiend.

Figuur 4: totaal aantal verdiende tokens na de nulmeting



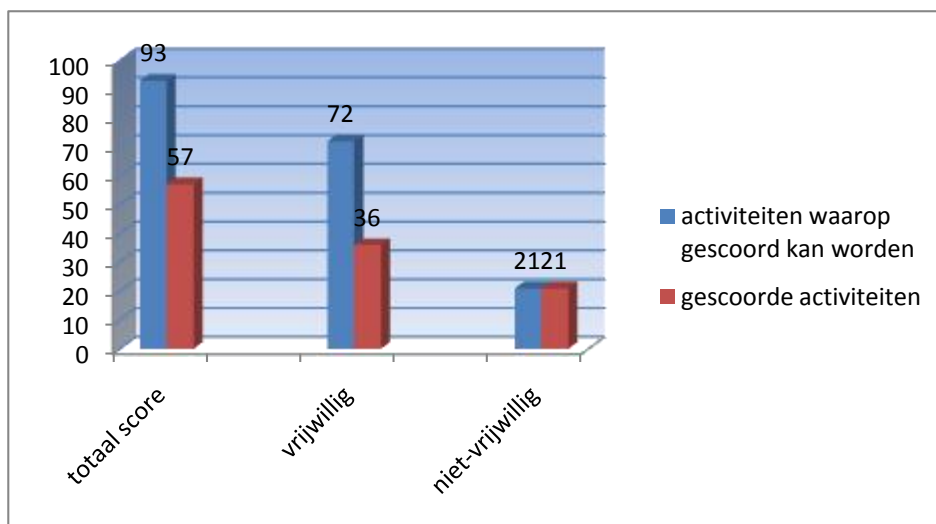
Er waren echter 19 bewoners die konden scoren op deze activiteit (N=27). De overige acht bewoners voerden deze activiteit namelijk uit zonder dat zij hiervoor gestimuleerd moesten worden. De gewogen score wordt daardoor 8 (149/19). Voor de 'activiteit shag en aansteker inleveren' (nummer 5) was echter slechts één bewoner die daar op kon scoren. Deze bewoner heeft hoog gescoord op de activiteit waardoor de gewogen score hoog is.

Figuur 5: gewogen aantal tokens



In figuur 6 wordt de score weergegeven van het aantal activiteiten waarop de bewoners na de nulmeting tokens verdiend hebben. De niet-vrijwillige en vrijwillige activiteiten zijn hierbij uit elkaar gehaald. Ter verduidelijking: Bewoner 1 (zie nulmeting in bijlage 2) kan op vier activiteiten scoren: dagbesteding (activiteit 4), fitness (activiteit 6), huiskamergesprek (activiteit 7) en kookgroep (activiteit 8). Deze activiteiten vallen allen onder de vrijwillige activiteiten. De niet-vrijwilliger activiteiten voert de bewoner uit zonder dat deze hiervoor gestimuleerd moet worden. De bewoner kan op de niet-vrijwillige activiteiten dan ook niet scoren. In de totale aantal activiteiten waarop tokens verdiend konden worden (97) is er op 57 daadwerkelijk gescoord (61%). Van deze 97 activiteiten waren er 72 vrijwillige activiteiten. Hierop is 50% gescoord. Op de niet-vrijwillige activiteiten is een score van 100%.

Figuur 6: score na nulmeting onderverdeeld in niet-vrijwillige activiteiten en vrijwillige activiteiten



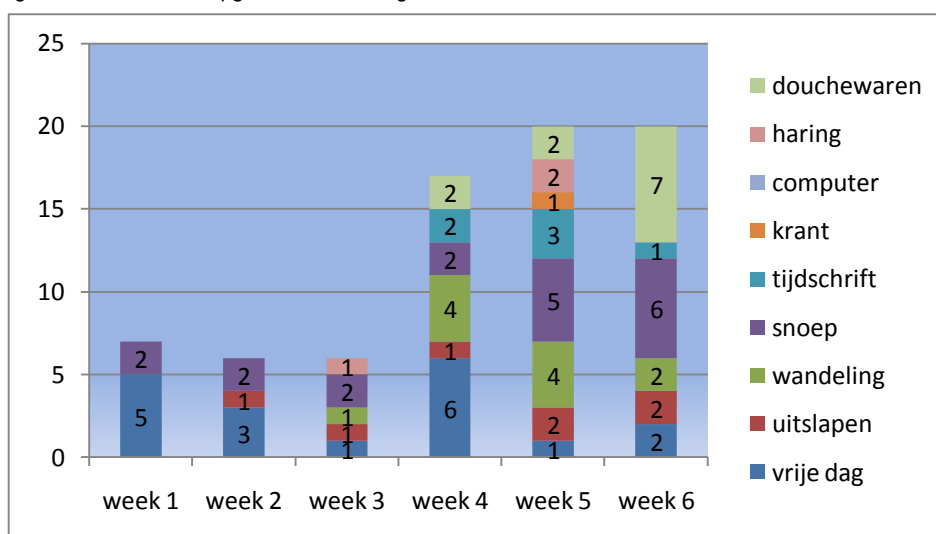
4.2.2. De beloningen van het tokensysteem

Gedurende de zes weken zijn er in totaal 4.793 tokens door de bewoners verdiend. Dit is het totaal aantal verdiende tokens van de bewoners. In tabel 7 zijn de mogelijkheden opgenoemd waaruit de bewoners hun beloningen konden kiezen en hoeveel tokens zij hiervoor moesten inleveren (zie ook bijlage 1).

Tabel 7: beloninglijst met aantal punten

beloning	Aantal in te leveren tokens
vrije dag/ geen corvee	25
uitslapen op zaterdag/zondag	50
extra wandeling	50
chips	15
drop	15
mars	15
tijdschrift	100
krant	50
half uur achter de computer	100
broodje haring	100
douchewaren	100

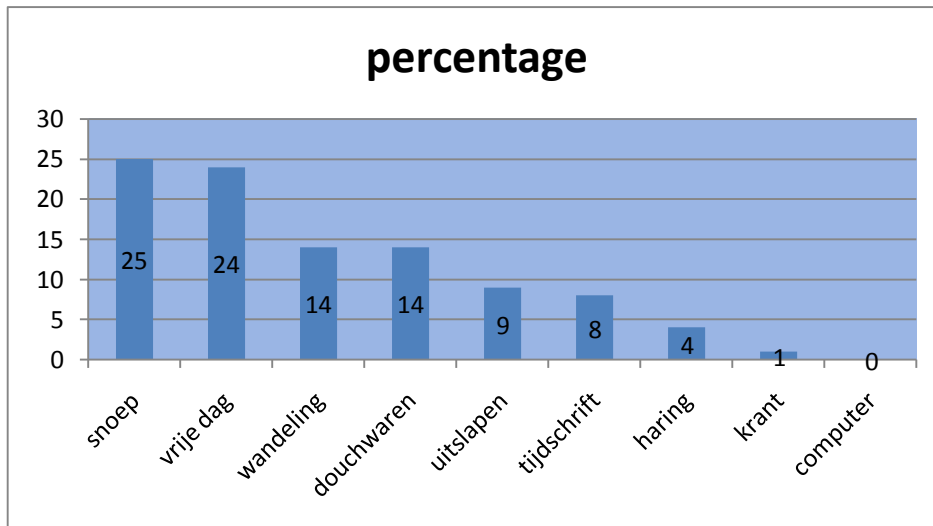
Figuur 7: totaal aantal opgenomen beloningen door de bewoners



In figuur 8 zijn de aantallen van de opgenomen tokens procentueel weergegeven. Een aantal bewoners heeft de verdiende tokens niet opgenomen en zijn verder gaan sparen. Van de 4.793 verdiende tokens zijn er uiteindelijk 4.255 opgenomen. Dat betekent dat 11% van de verdiende tokens niet omgezet is in een beloning.

Het uitgegeven van de beloning vond op een vast moment wekelijks plaats. Bij observaties tijdens het uitgeven van de beloningen werd er door de onderzoeker een verschil gezien bij degene die de beloningen uitgegeven heeft. De één drong meer aan dan de ander. Dit blijkt ook als je de uitgegeven beloningen per week bekijkt. In figuur 7 is te zien dat er in week vijf en zes meer beloningen zijn uitgegeven dan in de overige weken.

Figuur 8: procentuele weergaven van het aantal opgenomen tokens



4.3 Kwalitatieve gegevens

De kwantitatieve data die verzameld zijn vanuit het tokensysteem geven een nog onvoldoende beeld over de effecten van het tokensysteem. Voor aanvullende informatie zijn de contactverzorgenden van de afdeling Coolsingel geïnterviewd aan de hand van een ongestructureerde vragenlijst. Er zijn 8 topics gesteld. Er zijn in de onderzoeksperiode van 2 oktober 2009 tot en met 1 december 2009 tien interviews afgenomen. De interviews duurden tussen de 15 minuten en 32 minuten en zijn op band opgenomen ter uitwerking. Er zijn in totaal 8 topics gesteld. De antwoorden worden per topic uitgewerkt en weergegeven.

- Topic 1: *Werkzaamheid van het tokensysteem*

De respondenten vinden een tokensysteem allemaal zinvol, maar niet op de manier zoals het in de pilot is toegepast. In de pilot is het tokensysteem namelijk op alle bewoners toegepast. Zij zijn het met elkaar eens dat je de bewoners moet selecteren voor het tokensysteem. Niet iedere bewoner is hiervoor geschikt. De bewoner moet in staat zijn om het tokensysteem te begrijpen. Volgens de respondenten moet je de bewoner individueel beoordelen of deze geschikt is.

- Topic 2: *Selectie van de bewoners*

Over het algemeen geven de respondenten aan dat het systeem beter werkt bij bewoners met minder geheugenstoornissen. Zij worden wel eens aangeduid als de 'betere' Korsakov-bewoners. Dit zijn de bewoners die, volgens hen, het systeem begrijpen en na langdurig toepassen ook kunnen onthouden. Enkele bewoners neigen volgens de respondenten naar psychogeriatrische (PG) problematiek. Bij deze bewoners zijn de respondenten het over het algemeen eens dat het systeem niet werkt omdat de geheugenstoornissen in verband met hun dementie te ernstig zijn. Deze bewoners zijn volgens hen niet in staat om het systeem te begrijpen en te onthouden. Het heeft om die reden geen zin om het systeem te gebruiken. Eén respondent is het eens dat het systeem niet geschikt is voor PG bewoners maar om

een andere reden, namelijk dat mensen met PG problematiek neigen naar onverschilligheid. Dit heeft met de ziekte te maken, op emotioneel gebied zijn mensen met PG problematiek wat vlakker. De interesse is er gewoon niet meer.

Een andere respondent meent dat de scheiding van het wel of niet meedoen op persoonlijk vlak ligt. In principe zou het systeem bij iedere bewoner toe te passen moeten zijn, als je het maar lang genoeg volhoudt. Volgens haar zit de verandering in de verzorgende en niet in de bewoner. Nog een andere respondent geeft aan dat het aan de zelfstandigheid van de bewoner ligt. Een bewoner die zelfstandiger is en daardoor minder afhankelijk, vindt het tokensysteem waarschijnlijk kinderachtig en wil niet op die manier beloond worden. Volgens een respondent is het van te voren wel te bedenken bij wie het systeem werkt en bij wie niet. Als je de bewoners goed kent dan weet je dat wel. Een andere respondent meent dat het met intelligentieniveau te maken heeft.

- *Topic 3: Toekomstige toepassing*

Over het algemeen zijn de respondenten het eens dat het tokensysteem individueel toegepast zou moeten worden, dus op maat. Je moet naar de bewoners kijken en overleggen, de activiteiten daarop afstemmen en het systeem dan gaan invullen. Je moet dan ook niet teveel activiteiten tegelijkertijd nemen.

Er zijn twee respondenten die de opzet van de pilot en de activiteiten goed vinden, waarvan één respondent het niet eens is met de beloningen die in de pilot uitgedeeld werden. Zij vindt het geven van snoep in verband de neiging naar verslavingsgedrag niet bevorderlijk. Een andere respondent vindt dat het tokensysteem op deze wijze toegepast kan worden maar dan stapsgewijs. Je moet je eerst richten op een bepaalde activiteit en als dat in de structuur van de bewoner zit, je richten op de volgende activiteit.

Sommige respondenten menen dat je geen structuur activiteiten (zoals opstaan, douchen, bed opmaken en dergelijke) in het tokensysteem moet opnemen. Dat zijn volgens hen, namelijk activiteiten die gewoon bij het leven horen, daar moet je geen beloning voor geven. Volgens één respondent is het van belang dat je het tokensysteem voor een langere tijd toepast. De activiteit moet beklijven en in de structuur van de bewoner komen. Een aantal respondenten vinden dat je het systeem aan de verzorgende moet overlaten. Zij weet het beste wat een bewoner kan en wil.

- *Topic 4: Verandering activiteiten*

Over de activiteiten zijn de respondenten het over het algemeen wel eens. Het tokensysteem is voor de meeste respondenten vooral geschikt voor het actiever maken van de bewoner en niet voor de "structuurdingen" zoals opstaan en dergelijke. Eén respondent voegde er aan toe: je moet het actiever maken niet verwarren met afspraken maken. Zij bedoelde hiermee dat je het tokensysteem niet moet gaan gebruiken om de dagelijkse afspraken voor elkaar te krijgen. Verder zijn de respondenten het met elkaar eens dat de activiteiten op de persoon gericht moeten zijn, dus op maat afgestemd. Je moet de keuze met de bewoner maken, hoewel sommige respondenten de bewoner daar wel in zou sturen. Ook zijn de respondenten het eens dat het tokensysteem positief moet werken. Dus gericht op het actiever maken en niet op het ongewenste gedrag.

- *Topic 5: Beloningen van het tokensysteem*

Op deze vraag lopen de meningen het meest uiteen. Over een aantal zaken zijn de respondenten het met elkaar eens. Een aantal respondenten vindt het geven van snoep geen goede beloning. Korsakov bewoners kenmerken zich door de neiging naar ongeremd gedrag en ook snoepen kan een vorm van verslaving worden. Ook het uitslapen en 'geen corveetaken / vrije dag' is volgens de meeste respondenten geen goede beloning. Hoewel sommige respondenten het wel begrijpen dat de bewoners hiervoor kiezen. Korsakovbewoners kenmerken zich tenslotte met inactief gedrag en volgens een respondent zitten zij het liefste de hele dag in de serre sigaretten te roken. De Korsakovbewoners zien de corvee taken dan ook veelal als een verplichting en proberen daar regelmatig onderuit te komen. Het kan echter ook zijn dat de bewoner het niet uitvoeren van een corveetaak als

een vorm van controle ziet. Het geeft ze een keuze om iets te bepalen en er wordt dan geluisterd. Bovendien betekent het niet uitvoeren van corveetaken dat de corveetaken door de verzorgende gedaan moet worden en dat is een extra belasting. Je kunt volgens een respondent beter beloningen geven die iets extra bieden, iets wat ze normaal niet krijgen zoals een hoofdmassage, een uitstapje of nieuwe kleren. Het liefst zien de respondenten dat de beloningen in overleg met de bewoner afgestemd worden. Het is volgens een aantal van de respondenten wel van belang om de keuze van de beloning enigszins te sturen want anders is de kans groot dat de bewoner wederom kiest voor een beloning als 'uitslapen' en 'geen corvee'. Volgens een respondent schiet het z'n doel voorbij als je de Korsakov-bewoner niet mee laat kiezen. Wel moet de Korsakovbewoner de beloning als een 'echte' beloning ervaren. Sommige bewoners krijgen namelijk ook veel spullen van hun familie. Als zij deze beloningen van hun familie ontvangen dan is de wil om hun best te doen erg laag, volgens een respondent. Er moet volgens de respondenten ook niet teveel keuze in beloningen zijn. Het is voor een Korsakovbewoner namelijk erg moeilijk om een keuze te maken, er wordt dan vaak niet gekozen. Ook moet het moment van uitkeren van de beloning niet op een druk moment plaatsvinden, zoals tijdens het uitdelen van de koffiebonnen. Volgens een aantal respondenten zou dit de oorzaak geweest kunnen zijn waarom de Korsakovbewoners zoveel gespaard hebben en zo weinig tokens ingewisseld hebben voor een beloning. Het moment van uitkeren van de beloningen tijdens de uitgifte van de koffiebonnen is te hectisch. De Korsakovbewoner krijgt dan teveel prikkels en kan geen keuze maken. Volgens een andere respondent is de reden van het niet opnemen van de beloning dat het waarschijnlijk toch meer om het sparen ging dan de uiteindelijke beloning en sparen geeft een bepaalde vorm van zekerheid.

Op de vraag of de respondenten sigaretten als een goede beloning zien, zijn de meningen verdeeld. Ongeveer de helft heeft geen problemen met het uitdelen van sigaretten. Ze roken tenslotte bijna allemaal en je krijgt ze toch niet van het roken af, werd veelal genoemd. Het is in ieder geval een beloning waar ze voor gaan, wordt ook gezegd. De andere helft was minder enthousiast over het uitdelen van sigaretten als beloning. Als reden wordt gegeven dat je ze weliswaar niet van het roken afkrijgt maar je kunt het wel beperken of structureren door er iets voor in de plaats aan te bieden zoals bijvoorbeeld het ondernemen van activiteiten. Een ander meent dat het alleen maar tot problemen leidt als er sigaretten uitgedeeld gaan worden want de bewoners met gezondheidsproblemen komen daar dan niet voor in aanmerking en dat geeft moeilijkheden. Sigaretten zijn gewoon niet bevorderlijk voor de bewoners. Eén respondent twijfelt over het geven van sigaretten als beloning. Aan de ene kant is zij een sterke tegenstander van het verslavingsgedrag van de Korsakov-bewoners, het gaat tenslotte de hele dag al om die sigaret. Zij weet echter ook dat er een aantal Korsakovbewoners zijn die weinig geld hebben om sigaretten te kopen. Als er dan niet meer gerookt kan worden, kunnen deze bewoners een hoop onrust op de afdeling veroorzaken. In dat geval kan het geven van sigaretten een positief effect op de groep hebben.

- *Topic 6: Structuur bij de bewoners*

Volgens een respondent werkt het tokensysteem beter bij bewoners die structuur hebben en andere respondent meent dat het aan de persoon ligt, of die het aan kan. Een derde meent dat het geen verschil uitmaakt. Volgens haar ligt het aan de mate van geheugenstoornissen en niet aan het feit of de bewoner "in de structuur" zit. De respondenten zijn het er wel over eens dat het tokensysteem voor langere tijd toegepast moet worden omdat Korsakov-bewoners nu eenmaal meer tijd nodig hebben om iets in het systeem te krijgen. De meeste respondenten antwoorden dat zij niet direct zouden starten met het tokensysteem bij een nieuwe bewoner. De reden daarvoor is dat de bewoners al zo veel op zich af zien komen dat je ze even de tijd moet gunnen om te wennen. Een ander meent dat het systeem te moeilijk is om direct te begrijpen. Volgens haar moet je met de eenvoudige dingen starten en als dat goed gaat, langzaam uitbreiden. De bewoners hoeven bij binnenkomst bijvoorbeeld ook niet direct met corveetaken mee te doen, dat komt pas na een tijdje. Een ander respondent meent dat je wel direct bij een nieuwe bewoner moet starten met het tokensysteem. Haar

ervaring is dat je gelijk met de structuur moet beginnen, dan zal het in het begin wel mis gaan maar je moet het wel gelijk meenemen.

- Topic 7: *De contactverzorgende en hun bewoners*

Bij deze vraag hebben de respondenten per bewoner aangegeven of deze wel of niet geschikt is voor het tokensysteem en waarom wel en niet.

Hieronder volgt een lijstje met wel geschikt, niet geschikt, twijfelgeval en de reden. De naam van de respondent en bewoner zijn anoniem. Deze staan echter in de uitgewerkte verslagen wel genoemd. Er is aan iedere contactverzorgende gevraagd hoe zij over de geschiktheid van haar bewoner denkt. Aangezien een Korsakovbewoner maar één contactverzorgende heeft is er over de bewoner maar door één contactverzorgende antwoord gegeven. Het antwoord is dus niet gevalideerd met een andere contactverzorgende.

Respondent 1

Bewoner	Geschikt	Reden
1	nee	Deze bewoner vertoont dementieproblematiek.
2	ja	Deze bewoner is geen "echte" Korsakov maar is alcoholist geweest en daarbij verstandelijk gehandicapt.

Respondent 2

Bewoner	Geschikt	Reden
3	ja	Deze bewoner is één van de "betere" Korsakov bewoners, dat wil zeggen; met minder geheugenstoornissen. Met deze bewoner valt ook goed te onderhandelen en is in staat om het tokensysteem te begrijpen.
4	ja	Om dezelfde reden als bovenstaande bewoner.
5	ja	Deze bewoner is ook een "betere" Korsakov bewoner. Deze bewoner is wel iets minder geschikt dan de bovenstaande bewoners.

Respondent 3

Bewoner	Geschikt	Reden
6	nee	Deze bewoner is erg op zichzelf en heeft alleen interesse in voetbal.
7	nee	Deze bewoner is niet in staat om het tokensysteem te begrijpen en is ook heel erg vergeetachtig.
8	twijfel	Deze bewoner is moeilijk te peilen maar is niet echt met het tokensysteem bezig. Als deze bewoner geen zin heeft dan doet deze het ook niet.
9	ja	Deze bewoner is erg geschikt voor het tokensysteem en is ook in staat om het tokensysteem te begrijpen.

Respondent 4

Bewoner	Geschikt	Reden
10	twijfel	Deze bewoner is moeilijk in te schatten of het tokensysteem begrepen wordt. Deze bewoner valt onder de middenmoot wat betreft geheugenstoornissen.
11	nee	Deze bewoner is niet in staat om het tokensysteem te begrijpen.

Respondent 5

Bewoner	Geschikt	Reden
12	ja	Deze bewoner is in staat om het tokensysteem te begrijpen.

13	ja	Deze bewoner is in staat om het tokensysteem te begrijpen, heeft echter wel een slecht geheugen.
----	----	--

Respondent 6

Bewoner	Geschikt	Reden
14	nee	Deze bewoner zou wel in staat zijn om het tokensysteem te begrijpen maar is gewoon te ziek om activiteiten te ondernemen. Deze bewoner heeft een CVA gehad en erg verwend. Is overigens geen Korsakov bewoner.
15	ja	Deze bewoner is in staat om het tokensysteem te begrijpen en is er ook wel gevoelig voor. Deze bewoner doet echter alle activiteiten en hoeft zodoende ook niet gestimuleerd te worden.
16	twijfel	Deze bewoner heeft een hele sterke wil, als iets nee is dan blijft het nee. Deze bewoner zou wel in staat zijn om het tokensysteem te begrijpen.

Respondent 7

Bewoner	Geschikt	Reden
17	nee	Deze bewoner is niet in staat om het tokensysteem te begrijpen daarvoor zijn de geheugenstoornissen te groot.
18	twijfel	Het zou mogelijk zijn dat dit tokensysteem bij deze bewoner werkt, het moet echter wel langdurig toegepast worden want deze bewoner heeft een slecht geheugen, het moet echt bekliven.
19	Ja	Deze bewoner is heel gevoelig.

Respondent 8

Bewoner	Geschikt	Reden
20	ja	Deze bewoner is in staat om het tokensysteem te begrijpen, het is wel onduidelijk of deze bewoner gevoelig is voor het tokensysteem. Alleen met de juiste beloning is deze bewoner een geschikte kandidaat.
21	nee	Deze bewoner is niet geschikt voor het tokensysteem vanwege de grote geheugenstoornissen. Deze bewoner wordt binnenkort overplaatst naar een psychogeriatrische afdeling.
22	nee	Deze bewoner is niet geschikt voor het tokensysteem vanwege de grote geheugenstoornissen. De bewoner staat op de wachtlijst voor een psychogeriatrische afdeling.
23	ja	Deze bewoner is geschikt voor het tokensysteem.

Respondent 9

Bewoner	Geschikt	Reden
24	nee	Deze bewoner is niet geschikt voor het tokensysteem maar is heel goed in staat om het systeem te begrijpen. Deze bewoner is "te goed" en woont momenteel weer thuis.

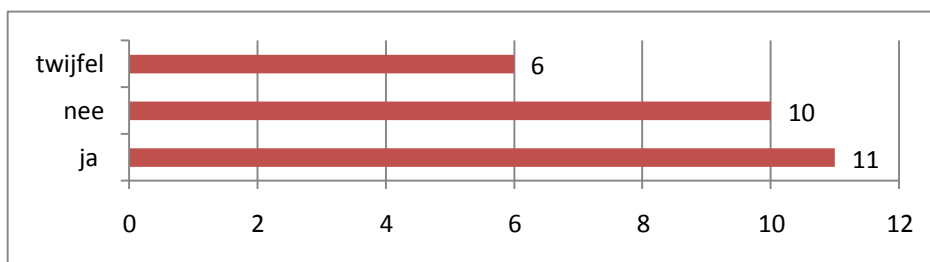
Respondent 10

Bewoner	Geschikt	Reden
25	twijfel	Deze bewoner zit in een rolstoel, dus bepaalde activiteiten zijn niet mogelijk maar in principe is de bewoner wel te stimuleren voor activiteiten. Deze bewoner is een relatief "goede" Korsakov met wat minder geheugenstoornissen en daardoor in staat om het tokensysteem te begrijpen.

26	twijfel	Deze bewoner heeft grote geheugenstoornissen en het is daardoor onzeker of deze geschikt is voor het tokensysteem.
27	nee	Deze bewoner heeft psychogeriatrische problematiek en is daardoor niet geschikt voor het tokensysteem.

In figuur 9 zijn de antwoorden van de verzorgenden over de geschiktheid van de bewoners voor het tokensysteem grafisch weergegeven. De verzorgenden vinden 11 bewoners geschikt voor het tokensysteem, 10 bewoners vinden zij ongeschikt en bij zes bewoners hebben zij twijfels over de geschiktheid voor het tokensysteem. De verzorgenden baseren hun antwoorden vooral op de mate van geheugenstoornissen van de bewoners. Hoe groter de geheugenstoornissen, hoe minder zij de bewoners geschikt achten voor het tokensysteem. Als een bewoner echter relatief weinig geheugenstoornissen heeft, wordt hij ook niet geschikt geacht want in dat geval zou het tokensysteem te kinderachtig voor de bewoner zijn. Er kunnen uit deze resultaten geen verder conclusies verbonden worden.

Figuur 9: De geschiktheid van de bewoners voor het tokensysteem volgens de respondenten (N=27)



• Topic 8: *Heb je aanvullingen, op- en aanmerkingen?*

Er waren geen benoemwaardigheden aanvullingen, op- en aanmerkingen.

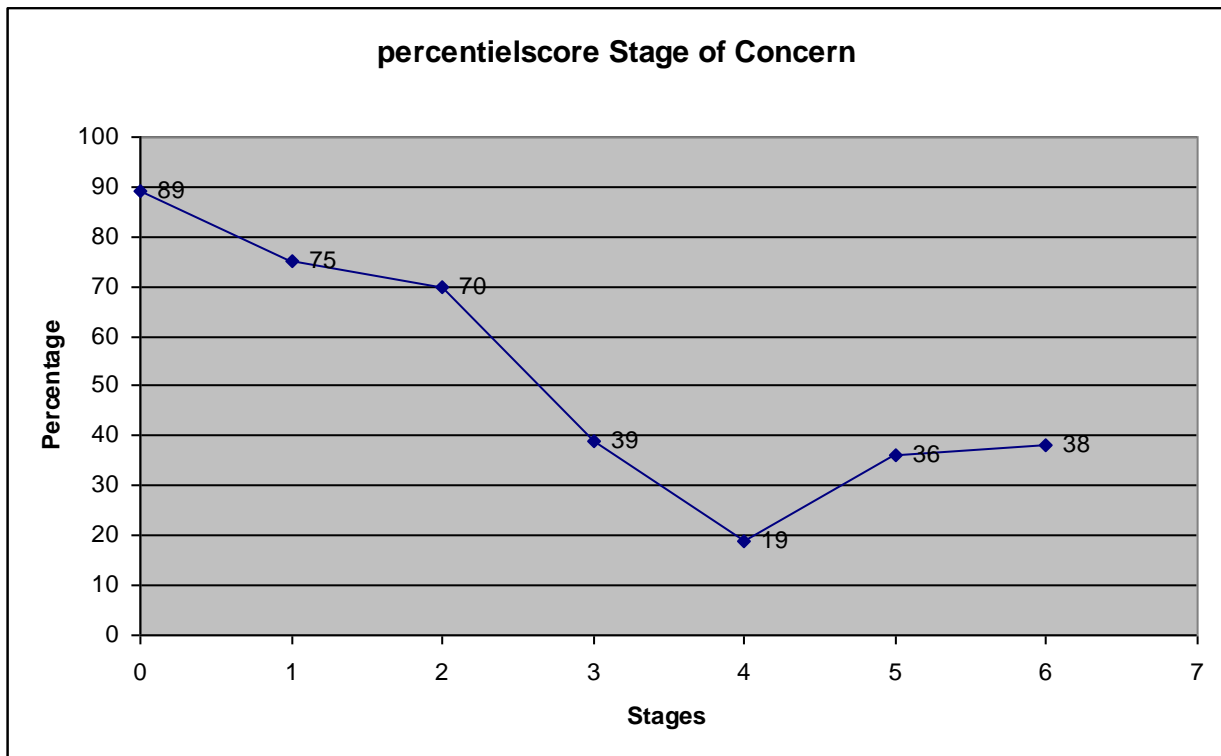
4.4 Concerns Based Adoption Model (Hall & Hord, 1987)

Om een beeld te krijgen van het stadium waarin de medewerkers zich bevinden in het Concerns Based Adoption Model is de vragenlijst met 35 items door de medewerkers ingevuld. Met de vragenlijst worden de Stages of Concern bepaald. De vragen corresponderen met de items (zie tabel 6). De vragenlijst is ontwikkeld om een “snelle score meting” weer te geven (Hall e.a, 1977). Er zijn in totaal twee metingen gedaan. Er zijn verschillende manieren om de uitkomsten van de vragenlijst te interpreteren. De eenvoudigste manier van interpretatie is om de hoogste score te identificeren. Dit wordt ook wel de Peak Stage Score genoemd (Hall e.a., 1977). De totale score is simpelweg de uitkomsten van de scores optellen. Dit geeft de ruwe score weer. De score kan zowel individueel als groepsgewijs opgeteld worden. De score wordt vervolgens aan de hand van een lijst omgezet in een percentiele score (Hall e.a., 1977). De percentielscore lijst is gebaseerd op de antwoorden van 646 respondenten (Hall & Hord, 1987) die de vragenlijst hebben ingevuld tijdens een grootschalig onderzoek en ervaring heeft aangetoond dat deze lijst daarmee representatief is voor andere innovaties (Hall e.a., 1977). Het weergeven van de percentiele scores heeft volgens Hall e.a. (1977) sterk de voorkeur vanwege de hardheid van de statistische veronderstelling.

4.4.1 Eerste meting

Bij de eerste meting zijn er 26 vragenlijsten uitgedeeld en daarvan zijn er 12 retour gekomen, dit komt neer op een respons van 46 %. Het is onduidelijk waarom de respons relatief laag is. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het hoge aantal invallers, die op dat moment aanwezig waren waardoor er veel vaste werknemers op vakantie waren of gingen.

Figuur 10: uitkomsten groep percentiel eerste meting (N=12)



Bij de groepsscore is de score van de totale groep opgeteld (N=12) en daarvan wordt de mean als scorewaarde gehanteerd. In de grafiek is te zien welk Stage het hoogste scoort (zie figuur 10). Een hoge score geeft een hoge betrokkenheid voor die fase weer en een lage score en lage betrokkenheid voor die fase. De scores zijn echter niet absoluut maar relatief. Bijvoorbeeld een 51ste percentiel representeert voor de één een hoge score en is daardoor het meest intensief. Het kan echter voor een ander de laagste score zijn (weinig betrokkenheid). In de grafiek is te zien dat de hoogste scores in Stage 0 en 1 vallen. Dit is geen ongebruikelijk beeld voor beginnende gebruiker (nonuser) van een innovatie. De nonuser heeft gewoonlijk een duidelijk en consistent profiel met een hoge score in Stage 0 (awareness), 1 (informal) en 2 (personal), en een lage score in Stage 4 (consequence), 5 (collaboration) en 6 (refocusing). De nonuser is vaak onzeker, weet nog niet zo goed hoe het werkt en is bang om fouten te maken. Een hoge score in de eerste drie Stages duidt erop dat de gebruiker nog erg met zichzelf bezig is. De fases in de "Stages of Concern" geven ook de vragen aan waar de gebruiker zich mee bezig houdt. Het is van belang om te weten met welke vragen zij zich bezig houden en waarom zij deze vragen stellen. Het kost tijd om op deze vragen in te gaan. In het begin is het vooral van belang om veel informatie te verstrekken. Hoe zorgvuldiger dit gedaan wordt, hoe groter het succes van de innovatie is. Een hoge Stage 0 kan twee verschillende betekenissen hebben. Een hoge Stage 0 bij een nonuser zegt iets over de bewustwording (awareness) en de betrokkenheid bij de innovatie. Een hoge Stage 0 bij een gevorderde (user) gebruiker van een innovatie zegt iets over het gebrek aan betrokkenheid van de innovatie. De vraag die de gebruiker zich hier bij stelt is: ik weet dat er een verandering zit aan te komen. Stage 1 is de fase van "Informational". In deze fase is de interesse in de innovatie gewekt en de gebruiker wil vooral meer informatie over de innovatie hebben.

In tabel 8 is de individuele score weergegeven. Zoals al eerder vermeld is kan een hoge score op Stage 0 twee betekenissen hebben, namelijk in het geval van een nonuser en van een user. Het interpreteren, van alleen deze score is dan onvoldoende. Er is voor een goede interpretatie meer informatie nodig. Het bestuderen van de tweede hoogste score is dan van belang. Vanuit de groepsscore is bekend dat de hoogste (totaal) score zich in Stage 0 bevindt. Bij de individuele score zit dat er iets anders uit, want de totale score is in deze

Stage weliswaar het hoogst maar in Stage 1 bevinden zich ook een aantal hoge scores. Deze Stage wordt de subgroep genoemd. In tabel 8 is de hoogste score omcirkeld en de score die erg dicht bij de hoogste score ligt. Er is een tweede hoge score in Stage 1 te zien. Kijkend naar de individuele score is er te zien dat de meeste verzorgenden nog erg met zich zelf bezig zijn maar een groot aantal is ook al bezig is om zich al meer bewust te worden van de innovatie.

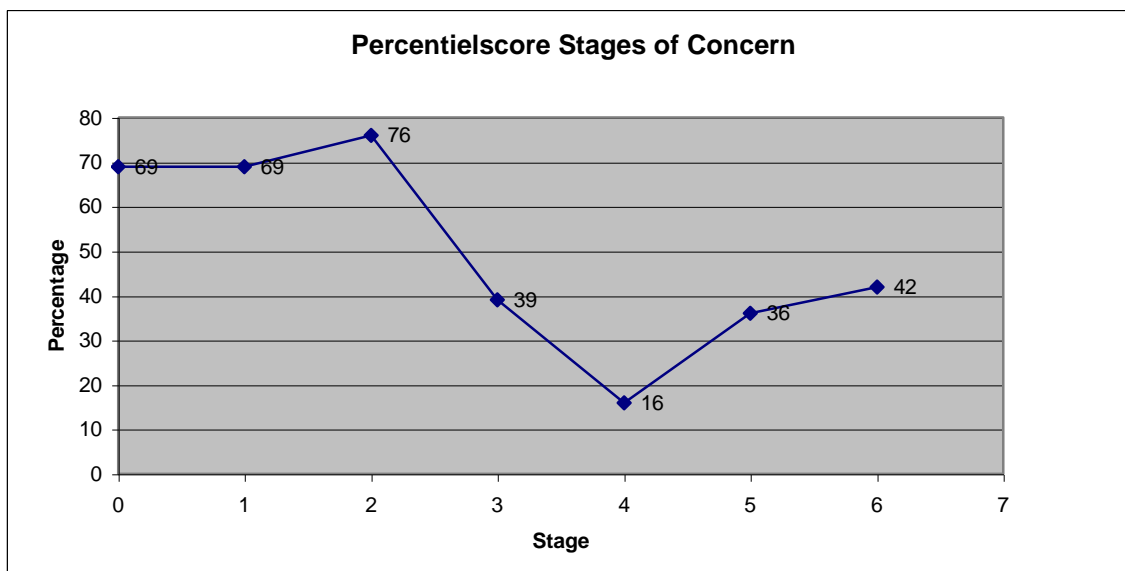
Tabel 8: uitkomsten individuele percentiel score eerste meting (N=1)

Resp.	Stage						
	0	1	2	3	4	5	6
1	75	72	67	83	19	14	38
2	61	84	87	18	9	40	42
3	75	99	67	47	27	76	42
4	61	99	91	73	30	88	47
5	69	60	55	27	16	31	22
6	87	84	70	9	5	5	22
7	69	80	63	43	16	31	38
8	91	80	67	27	30	88	69
9	94	54	57	47	24	64	26
10	40	72	67	65	27	76	26
11	48	34	55	15	7	9	22
12	96	95	76	2	24	64	57

4.4.2. Tweede meting

De tweede meting van het Concerns Based Adoption Model vond plaats aan het einde van de innovatie. De opzet was gelijk als bij de eerste meting. Er zijn wederom 26 vragenlijsten uitgedeeld en er zijn 11 vragenlijsten teruggekomen (N=11). Dit is een respons van 42%. De respondenten van de tweede meting waren niet dezelfde personen als bij de eerste meting. De reden van de lage respons is waarschijnlijk het hoge aantal vakantiekrachten en invallers die op dat moment aanwezig waren door de vakantieperiode.

Figuur 10 : uitkomsten groeps percentiele score CBAM tweede meting (N=11)



In figuur 10 wordt de groepsscore weergegeven. De totaalscore is de optelsom van de uitkomsten. Dit geeft de ruwe score weer. De ruwe score is omgezet in percentielen. De lijn is weergegeven in de figuur. De hoogste score bevindt zich in Stage 2.

De individuele score van de respondenten is in tabel 9 weergegeven. Ook deze score is omgezet in percentielen. In deze grafiek is te zien dat er twee groepen hoog scores, namelijk Stage 1 en Stage 2.

Gemiddeld gezien bevindt de hoogste score zich in Stage 2 maar er is ook hier een subgroep in Stage 1. Na Stage 2 daalt de lijn weer ver naar beneden naar Stage 3 en Stage 4. Vanaf Stage 4 is er weer een stijgende lijn maar twee hoge scores in Stage 5. Deze zorgen voor een stijgende lijn vanaf Stage 4 maar het totaal scoort minder dan Stage 1 en 2. Dit betekent dat de verzorgenden zich al meer bewust worden van de innovatie een aantal verzorgenden heeft persoonlijke bezorgdheid over de innovatie en de eventuele consequenties die dat met zich meebrengt. Dat hoeft niet direct te betekenen dat er ook een weerstand voor de innovatie is.

Tabel 9: uitkomsten individuele score tweede meting (N=11)

Resp.	Stage 0	1	2	3	4	5	6
1	40	51	57	34	13	22	30
2	31	69	72	11	30	97	69
3	69	93	87	77	27	80	57
4	7	54	63	5	8	12	14
5	99	95	95	23	13	98	69
6	22	84	83	34	16	10	52
7	22	84	76	69	27	40	60
8	69	91	59	23	13	25	17
9	87	91	72	52	9	12	20
10	55	57	70	56	8	7	52
11	81	45	76	73	21	19	38

In figuur 11 zijn de eerste en de tweede meting in één grafiek gecombineerd. Er heeft een kleine verschuiving plaatsgevonden van de hoogste score in Stage 0 bij de eerste meting en de hoogste score in Stage 2 bij de tweede meting. De tweede meting zit in de beginfase bij Stage 0 en 1 onder de eerste meting en begint daarna te stijgen. In Stage 2 komt de lijn van de tweede meting boven de eerste meting uit. Iedereen loopt de lijnen een vrijwel gelijk patroon. Na Stage 2 daalt de lijn weer, waarbij Stage 4 het laagst scoort. Daarna is er een licht stijging. Er is te zien dat de hoge scores zich zowel in de eerste als de tweede meting in de beginfase van het betrokkenheidsmodel bevinden. Van de tweede meting hebben Hall & Hord (1987) de volgende analyse geformuleerd:

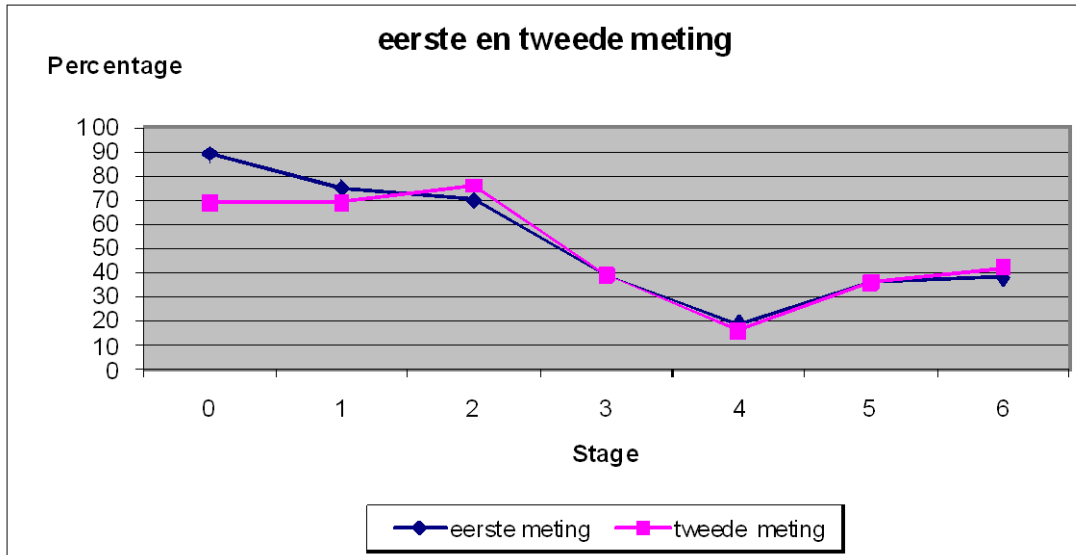
- De hoge Stage 0 bij een (nog) onervaren gebruiker geeft aan dat deze zich bewust wordt van de innovatie.
- De hoge Stage 1 geeft aan dat de gebruiker meer informatie over de innovatie wil.
- Een hoge Stage 2 geeft aan dat de gebruiker ook gaat nadenken over wat de consequenties van de innovatie voor hem zijn.
- De lage Stage 3 geeft aan de gebruiker nog helemaal niet bezig is met het management gedeelte van de innovatie
- De lage Stage 4 betekent dat de gebruiker nog helemaal niet bezig is met hoe de Korsakov bewoners in het tokensysteem staan en er over denken.
- De lichte stijging naar Stage 5 en 6 wijst erop dat de gebruikers al ideeën hebben over hoe zij de innovatie zouden aanpassen en anders zouden doen. Dit betekent dat zij niet helemaal tevreden zijn over de huidige innovatie.

Het kleine verschil tussen de eerste en tweede meting in figuur 11 wordt verklaard door de korte tijd die er tussen de twee metingen in de pilot zit. De periode tussen de eerste en tweede meting in deze pilot is slechts zes weken. Hall & Hord (1987) adviseren om bij een innovatie of vernieuwing ieder half jaar een Stage of Concern meting uit te voeren. De verschuiving naar een hogere Stage is weliswaar klein maar gaat wel in de goede richting en geeft aan dat de betrokkenheid van de verzorgenden naar een hoger stadium aan het verschuiven zijn. Voor een ultiem succes vanuit het betrokkenheidsgevoel is het bereiken van

de hoogste scores in Stage 5 en 6 wensbaar. Volgens Hall & Hord (1987) duurt het ongeveer drie tot vijf jaren voor een innovatie of vernieuwing goed doorgevoerd en neergestreken is.

Verder is de begeleiding van een change facilitator (implementatiebegeleider) tijdens de implementatie noodzakelijk om het succes van de innovatie of vernieuwing te vergroten en versnellen.

Figuur 11: eerste en tweede meting gecombineerd



5. Discussie en Conclusie

5.1 Resultatenkoppeling aan de probleemstelling & theoretische kader

Betgem schreef in een onderzoek uit 1982 dat het werken met tokens niet de meest geschikte benadering was voor patiënten met het syndroom van Korsakov. Zijn conclusie was dat door de inprentingstoornissen het leervermogen aangetast was. In dit onderzoek waren 24 mannelijke psychiatrische patiënten betrokken. Deze patiënten waren de bewoners van twee afdelingen die elk uit 12 patiënten bestond. De onderzoeksgroep was heterogeen want er was een aselectief toelatingsbeleid op de afdeling. In de onderzoeksgroep van Betgem waren drie patiënten met het syndroom van Korsakov. Patiënten met het syndroom van Korsakov worden tegenwoordig bij elkaar op een afdeling geplaatst zodat de zorg rondom deze bewoner beter georganiseerd kan worden. Psychologen hebben onderzoek gedaan hoe deze bewoners het beste benaderd kunnen worden zodat de bewoner zo optimaal mogelijk kan functioneren. Onderzoek heeft bovendien aangetoond dat niet alle geheugenstoornissen bij patiënten met het syndroom van Korsakov gestoord zijn waardoor nog veel van deze patiënten leer- en trainbaar zijn. Daarbij zijn de verzorgenden getraind om met deze bewoners om te gaan.

Uit de pilot in deze afstudeeropdracht blijkt dat het tokensysteem bij sommige patiënten met het syndroom van Korsakov werkt. De meest logische conclusie zou zijn dat de gedifferentieerde zorg en de ontwikkeling van de kennis over het syndroom van Korsakov daar een grote rol in speelt. Door de ontwikkeling van kennis zijn de professionals tenslotte beter in staat om deze mensen te begrijpen en daardoor betere resultaten met hem te bereiken. Het is echter niet aangetoond dat de bovenstaande redenen er de oorzaak van zijn dat het tokensysteem 30 jaar later voor een patiënt met het syndroom van Korsakov geschikt zou zijn om gewenst gedrag te belonen in de vorm van meer activiteiten. Uit het onderzoek komt niet naar voren waarom het tokensysteem bij sommige bewoners wel werkt en bij sommige bewoners niet werkt. Wel is duidelijk dat gedurende het onderzoek de rol van de verzorgenden cruciaal is gebleken. Zij nemen veelal de regie van de bewoner over en hebben daardoor veel invloed op het wel of niet slagen van de pilot. Hun motivatie, instelling en kwaliteitsbesef zie je terug in het gedrag en houding van de bewoners. De interveniërende rol van de verzorgenden kan ook negatief werken in de zin dat bepaalde bewoners misschien wel voor het tokensysteem geschikt zouden zijn maar ongeschikt geacht worden door de verzorgenden. Doordat de verzorgende geen aandacht aan het systeem voor deze bewoner besteedt zal het systeem bij hen ook niet werken. De verzorgenden worden door Betgem (1982) ook gezien als de directe uitvoerders van de benadering. Kwaliteit wordt echter niet alleen geleverd door een nieuwe gedragstherapie maar ook door een goede en gestructureerde implementatie van de interventie. Door het proces van de interventie te meten en aan de hand van de resultaten te sturen is de kans op een succesvolle implementatie van de gedragstherapie groter.

Het uitgevoerde onderzoek op de afdeling Coolsingel laat zien dat het tokensysteem bij Korsakovbewoners werkt maar dat er een aantal vragen open blijven en voorwaarden aan verbonden zijn. De interventie is gedurende de pilot succesvol gebleven en de uitslag van de Concerns Based Adoption Model is gunstig maar is dit ook het geval voor de langere termijn? In dit onderzoek was sprake van een pilot maar zijn de resultaten voldoende om deze interventie blijvend op de afdeling Coolsingel in te voeren? Welke kwaliteit voor de zorg voor Korsakov heeft dit onderzoek uiteindelijk opgeleverd? Is het tokensysteem daadwerkelijk een manier om Korsakov bewoners actiever te maken? En zijn de bewoners in staat om de koppeling tussen prikkel en beloning te maken? Om antwoord te geven op deze vragen worden de resultaten van dit onderzoek gekoppeld aan de deelvragen van hoofdstuk 1.

Gaan patiënten vaker activiteiten uitvoeren na invoering van het tokensysteem?

Volgens Arts (2004a) zijn Korsakov patiënten nog leer- en trainbaar. Het impliciete geheugen is bij Korsakov patiënten veelal nog intact. Het impliciete geheugen bevat informatie die ten grondslag liggen aan allerlei vaardigheden en geautomatiseerde

handelingen zoals bijvoorbeeld fietsen en zwemmen. Dit verleer je niet zo snel ook al heb je dit al jaren niet meer gedaan. Voor de trainbaarheid van een Korsakov patiënt betekent dit dat het programma vooral uit veel oefenen en trainen moet bestaan. Het mondeling toelichten en het geven van instructies heeft, gezien de overige geheugenstoornissen daardoor weinig zin. Dit houdt voor de Korsakovbewoners in, dat het systeem voor langere tijd toegepast moet worden en dat het inbedden van het tokensysteem in de structuur van het dagelijkse leven noodzakelijk is. Dit komt ook naar voren in de antwoorden van de contactverzorgenden. De contactverzorgenden geven aan dat een tokensysteem voor langere tijd toegepast moet worden omdat een Korsakovbewoner meer tijd nodig heeft om nieuwe dingen aangeleerd te krijgen.

De pilot van zes weken die uitgevoerd is op een afdeling met korsakovbewoners is gestart met een nulmeting. De nulmeting geeft de activiteiten aan die de bewoners uitvoeren zonder dat zij door het tokensysteem geactiveerd worden. De score na de nulmeting bestaat dus uit activiteiten die ondernomen zijn door de bewoners vanuit stimulatie van het tokensysteem. Uit de resultaten blijkt dat de bewoners inderdaad meer activiteiten uitgevoerd hebben na invoering van het tokensysteem. In de zes weken zijn er 913 tokens na nulmeting door de bewoners (N=27) verdiend. Dit is een gemiddelde van afgerond 152 tokens per week (zie figuur 2 op pagina 22. Het is wel duidelijk dat niet alle bewoners evenveel tokens verdiend hebben. Figuur 3 op pagina 23 laat het verschil in verdiende tokens per bewoners zien. Enkele bewoners hebben geen token verdiend. Het aantal verdiende tokens bij de bewoners ligt tussen de 0 en 186. De meeste bewoners, namelijk 19 zitten onder het gemiddelde. Tijdens het uitvoeren van de pilot kwam naar voren dat er verschil is tussen de bewoners onderling. Dit heeft volgens de professionals vooral te maken met de mate van geheugenstoornissen. De vraag is nu of dat klopt. Om deze vraag te beantwoorden is er gekeken naar de mate van geheugenstoornissen bij de proefpersonen die meegedaan hebben aan de pilot. Uit de psychologische testen die de bewoners uitgevoerd hebben kwam te weinig informatie naar voren om hiervoor bewijzen voor te vinden. De oorzaak lag vooral bij het feit dat er bij de bewoners niet dezelfde testen worden uitgevoerd en daardoor niet met elkaar vergeleken konden worden. Om toch tot een antwoord te komen waardoor sommige bewoners duidelijk meer en sommige bewoners zelfs geen enkele tokens verdiend hebben, zijn er interviews afgenomen met de contactverzorgenden. De tien contactverzorgenden van de afdeling hebben elk tussen de drie of vier bewoners waar zij contactpersoon voor zijn. Aan de contactverzorgende zijn acht topics gesteld. Uit de antwoorden van de contactverzorgenden kwam naar voren dat zij het tokensysteem geschikt vinden voor de Korsakovbewoners maar dat het niet voor ieder bewoner geschikt is. De reden waarom het tokensysteem niet voor iedere bewoner geschikt is, ligt volgens de contactverzorgenden grotendeels aan de geheugenstoornissen. De bewoners met ernstigere geheugenstoornissen zijn volgens de contactverzorgenden niet geschikt voor het tokensysteem Niet iedere bewoner is in staat om het systeem te begrijpen. Dit houdt in dat niet iedere Korsakovbewoner de koppeling tussen de activiteit en de beloning weet te maken en het ook begrijpt. Bewoners die neigen naar psychogeriatrisch gedrag worden bij voorbaat niet geschikt geacht. De koppeling tussen prikkel en beloning is uiteindelijk wel waar het tokensysteem om draait en op kan functioneren.

De resultaten van de verdiende tokens per activiteit zijn op twee manieren weergegeven. In figuur 2 zijn het totaal verdienden aantal tokens weergegeven. Deze tabel geeft echter weinig informatie over de relevantie van het cijfer. Figuur 4 geeft de gewogen score weer. In deze analyse is er rekening gehouden met het aantal bewoners dat kon scoren op deze activiteit. Uit de resultaten is gebleken dat activiteit 1 (opstaan), activiteit 2 (douchen) en activiteit 5 (shag en aansteker inleveren) het hoogst gescoord hebben. Deze activiteiten behoren tot de algemene dagelijkse activiteiten (ADL). Dit zijn activiteiten die uitgevoerd *moeten* worden en waar de bewoners geen keuze in hebben óf zij deze activiteiten wel of niet mogen uitvoeren. Volgens de respondenten zijn deze activiteiten daardoor niet geschikt voor het tokensysteem. Deze activiteiten behoren namelijk al tot de activiteiten die tot de dagelijkse structuur van de Korsakov bewoner behoort. De meeste contactverzorgenden vinden namelijk dat het tokensysteem meer geschikt is voor het activeren van arbeidsmatige

besteding (activiteit 4) en andere activiteiten die hiervoor normaal niet gedaan worden. Op deze activiteit is echter minder goed gescoord, terwijl dat wel de verwachting was. De reden hiervoor is niet bekend. De vraag is wel wat er nog overblijft als het tokensysteem niet gehanteerd kan en mag worden voor de dagelijkse activiteiten. Kan het systeem dan alleen nog maar toegepast worden op activiteiten zoals dagbesteding, sport en dergelijk? Uit de praktijk blijkt dat de tijd die er genomen moet worden om structuur in het leven van een Korsakovbewoner te bekliven geschat wordt op ongeveer een jaar. Een aantal van de bewoners zijn korter dan een jaar opgenomen (11 %). De mogelijkheid bestaat om bij deze bewoners eventueel wel de ADL activiteiten met behulp van het tokensysteem te trainen. Door onder andere comorbiditeit zijn niet alle Korsakov bewoners in staat om activiteiten zoals fitness en dergelijke uit te voeren. De contactverzorgenden geven dan ook aan dat de activiteiten in overleg met de bewoners gekozen moet worden. Door het verschil in mogelijkheden en karakter is daardoor een duidelijke voorkeur voor een individueel systeem.

Gaan patiënten meer verschillende activiteiten uitvoeren na invoering van het tokensysteem?

De bewoners (N=27) hebben na de nulmeting gezamenlijk op 93 activiteiten tokens kunnen verdienen op een totaal van 216 (8 activiteiten x 27 bewoners). Bij de resultaten zijn de niet-vrijwillige en de vrijwillige activiteiten uit elkaar gehaald en met elkaar vergeleken (figuur 6). Hieruit blijkt dat de bewoners op de niet-vrijwillige activiteiten waarop tokens verdiend konden worden, een score van 100% gehaald hebben. Dit kan meerdere betekenissen hebben. Er is een mogelijkheid dat de verzorgenden meer aangedrongen hebben om de activiteit uit te voeren, tenslotte is er geen keuze om bijvoorbeeld wel of niet op te staan. Het is ook mogelijk dat de structuur van de ochtend een rol gespeeld heeft. Een andere mogelijkheid is dat het systeem geschikt kan zijn om een bewoner in de structuur te krijgen. Er is hier verder geen onderzoek naar gedaan. Van de vrijwillige activiteiten werd er 50% gescoord. De lagere score kan ontstaan zijn doordat de verzorgenden waarschijnlijk minder aandringen bij deze activiteiten. Een voorbeeld hiervan is de kookgroep. In principe moet iedere bewoner meedoen aan de kookgroep. De verzorgenden weten van tevoren wie er wel en geen zin hebben om mee te gaan. De bewoners waarvan bekend is dat zij geen zin hebben om mee te gaan, worden ook niet meer gevraagd.

In welke fase volgens het CBAM model van Hall & Hord (1987) bevinden de verzorgenden zich?

De introductie en implementatie van een vernieuwing kunnen volgens Hall & Hord (1987) als succesvol beschouwd worden als de betrokkenheid van de verzorgenden verplaatst zijn naar een hoger stadium. In de eerste meting werd de betrokkenheid in Stage 0 (awareness) het hoogst gescoord en bij de tweede meting werd de hoogste score in Stage 2 gevonden. Bij een hoge score 0 moet er volgens Hall & Hord (1987) gekeken worden of er sprake is van een nonuser (geen gebruiker van de innovatie) of user (gebruiker) van de innovatie. Een hoge score in Stage 0 bij nonusers betekent dat de verzorgenden nog in de bewustwordingsfase zitten. Gewoonlijk hebben Stage 1 (informational) en Stage 0 in dat geval ook een hoge score (Hall & Hord, 1987). In dat geval kunnen er twee verschillende betekenissen aan de score gegeven worden. In dit stadium spreken we nog van nonuser en in dat geval is alleen de hoogste score interpreteren niet voldoende (Hall & Hord, 1987) Er moet in dat geval gekeken worden naar de tweede hoogste score. De tweede hoogste score is Stage 1. Bij nonusers zijn hoge scores in Stage 0, 1 en 2 (personal) een normaal beeld. De hoogste Peak Stage Score is in de tweede meting Stage 2. Dit stadium geeft aan dat de gebruikers nog steeds onzeker zijn in het gebruik van de innovatie. Zij maken zich zorgen over de status, de beloning en effect van de innovatie (Hall & Hord, 1987). Dit geeft aan dat de gebruikers zich bewust zijn dat er iets 'nieuws' van start gaat en zij tonen een bepaalde bezorgdheid ten aanzien van de innovatie (Stage 0), daarbij zijn zij geïnteresseerd om op een positieve manier meer over de innovatie te leren (Stage 1 en 2). Er is nog weinig interesse in de Stages 3 en 4. Deze Stages geven een beeld over het omgaan, aanpassen en doorgeven van de innovatie aan. De lichte buiging naar Stage 6 geeft aan dat er over de

nieuwe ideeën over de innovatie kunnen zijn (Hall & Hord, 1987). In dit onderzoek is slechts één onderdeel van de CBAM toegepast. Volgens Hall & Hord (1987) werken de drie dimensies onafhankelijk van elkaar en is er geen onderling verband.

Heeft het gevonden succes van de innovatie wel of geen relatie met het CBAM?

De meeste innovaties in de zorg halen het niet en dat heeft veelal te maken met de implementatie van de innovatie. Er wordt meer tijd gestoken in het ontwerpen van een innovatie dan in de implementatie ervan⁴. Hall & Hord (1987) hebben als uitgangspunt dat innovatie een proces is, en geen gebeurtenis. Dat betekent dat er bij het introduceren van de innovatie niet vanuit gegaan moeten worden dat het model onmiddellijk door de verzorgenden geaccepteerd wordt. Om de innovatie succesvol te laten verlopen, moet het proces bewaakt en eventueel aangepast worden. Met behulp van het CBAM model heeft de bewaker van de innovatie (de Change Facilitator) voldoende informatie om het proces bij te sturen en eventuele interventies te ondernemen. De analyses en de bijpassende interventies hebben Hall & Hord (1987) omschreven in hun boek. Uit de resultaten blijkt dat de metingen die onder de verzorgenden verricht zijn in het CBAM model overeen komen met de betrokkenheid die adopters vertonen bij de start van een innovatie. In figuur 11 wordt in één beeld de eerste en de tweede meting weergegeven. Zoals al eerder vermeld vertoont de grafieklijn van de eerste meting het patroon van een team die aan de start van een innovatie staan. De tweede meting vertoont een klein verschil met de eerste meting. Stage 0 en Stage 1 zijn lager dan de vorige meting maar zijn licht stijgend. Stage 2 heeft de hoogste score. Vervolgens daalt de lijn weer, waarbij Stage 4 het laagst scoort. Daarna is er een lichte stijging. Hall & Hord (1987) hebben hier een analyse over geformuleerd. De vooruitzichten zijn hiermee gunstig. De pilot heeft echter maar zes weken geduurd. Voor een daadwerkelijke implementatie van het tokensysteem moet meer tijd uitgetrokken worden. De bewaker van het proces wordt dan ook aangeraden om elk half jaar gedurende enkele jaren een analyse uit te voeren naar de betrokkenheid van de verzorgenden en het proces van de invoering van het tokensysteem aan de hand van de uitslag van de analyse eventueel bijsturen. De kans dat het tokensysteem hier succesvol ingevoerd gaat worden wordt hiermee vergroot. Volgens Hall & Hord (1987) kun je pas 3 tot 5 jaar na de invoering van de vernieuwing vaststellen of de innovatie succesvol is. Het is niet met zekerheid aangetoond dat het gevonden succes van de innovatie een relatie heeft met het Concerns Based Adoption Model. Daarvoor is de tussenliggende meting te kort. Een niet succesvolle innovatie kan ook aan de innovatie zelf liggen. Uit de interviews blijkt dat de verzorgenden het tokensysteem wel zinvol vinden, daar zal het het waarschijnlijk niet aan liggen. Een hogere betrokkenheid in Stage 6 geeft wel aan dat de verzorgenden ideeën hebben hoe de vernieuwing anders zou kunnen.

5.2 Conclusie

In de conclusie wordt het antwoord gegeven op de probleemstelling: 'Is het werken met tokens een zinvolle wijze om bewoners van een verpleeghuis met Korsakov te stimuleren tot deelname aan activiteiten in de eigen leefomgeving'.

Het werken met tokens is voor sommige bewoners een zinvolle wijze om hen te stimuleren tot deelname aan activiteiten in de eigen leefomgeving. De selectiecriteria hiervoor kunnen waarschijnlijk op basis van de geheugenstoornissen gemaakt worden. Hier is nog geen nader onderzoek naar gedaan. Vooralsnog bestaat de mogelijkheid om de geschiktheid aan deelname door de verzorgenden te laten bepalen. De verzorgenden kunnen dit waarschijnlijk goed inschatten. De objectiviteit moet hierbij in acht genomen worden. De interveniërende rol van de verzorgenden kan namelijk een positieve en een negatieve uitwerking hebben. Er moeten wel een aantal voorwaarden aan het tokensysteem gekoppeld worden:

- Individuele afstemming op de bewoner (maatwerk)

⁴ Lectorale rede: "Evidence Based implementeren in de GGZ". Dr RH van Linge. 25 mei 2005 Utrecht.

- Zo min mogelijk of eventueel één activiteit tegelijk in het systeem opnemen.
- De beloningen moeten vooraf bepaald worden in overleg met de bewoner. Enige sturing hierin is wel gewenst.
- Het systeem moet voor langere tijd toegepast worden omdat een Korsakovbewoner meer tijd nodig heeft om nieuwe vaardigheden aan te leren.

Het CBAM kan het proces van de implementatie ondersteunen. Hierbij moet gedacht worden aan een halfjaarlijks afnemen van de vragenlijst bij de verzorgenden. Voorwaarde is wel dat er een vaste implementatiebegeleider aangesteld wordt.

Het wordt afgeraden om de niet-vrijwillige activiteiten in het tokensysteem op te nemen. Uit het onderzoek is wel naar voren gekomen dat de Korsakovbewoners hoog gescoord hebben op de niet-vrijwillige activiteiten. Voor de bewoners die korter dan een jaar opgenomen zijn ligt hier een mogelijkheid voor het aanbrengen van structuur.

5.3 Tekortkomingen onderzoek

Ik ben in dit onderzoek op een aantal tekortkomingen gestuit. Allereerst werd de uitvoering van de pilot bemoeilijkt doordat deze kort voor de zomervakantie viel. Een deel van de groep vaste verzorgenden, die vooraf al geïnformeerd waren voor de komst van de pilot, waren of gingen op vakantie. De invalkrachten hadden hun handen al vol aan het werken op de afdeling en waren daardoor niet op de hoogte van de pilot. Het gevolg was dat niet iedereen de informatie uit eerste hand heeft gehoord. Het deelnemen aan de fitness was een onderdeel van de pilot. Door de vakantieperiode vervielen een aantal lessen, de resultaten aan 'het meedoen aan de fitness' is daardoor niet geheel representatief omdat er relatief weinig mogelijkheden waren om op deze activiteit te scoren. Bij de score van de niet-vrijwillige activiteiten is er geen onderscheid gemaakt tussen bewoners die langer dan een jaar zijn opgenomen en bewoners die korter dan een jaar zijn opgenomen.

6. Aanbevelingen

Hierbij volgen enkele aanbevelingen:

- Uit de interviews komt naar voren dat een tokensysteem bij Korsakovbewoner persoonlijk afgestemd moet worden op de bewoner. Maatwerk zou het meest doeltreffend voor Korsakov bewoners zijn. Het is zinvol om bij dezelfde bewoners een pilot uit te voeren met een tokensysteem op maat en de resultaten te vergelijken. In deze pilot zijn de Korsakovbewoners geselecteerd op geschiktheid voor het tokensysteem. Zowel de activiteiten als de beloningen zijn hierbij op de bewoner afgestemd.
- Er wordt veelal een link gelegd met de mate van geheugenstoornissen. Hoe groter de geheugenstoornissen, hoe minder geschikt de bewoner voor het tokensysteem schijnt te zijn. In deze afstudeerscriptie is het verband tussen de mate van geheugenstoornissen en de geschiktheid voor het tokensysteem niet onderzocht. Het is zinvol om hier verder onderzoek naar te verrichten. Een voorwaarde is dat de bewoners dezelfde geheugentesten ondergaan waardoor de resultaten met elkaar vergeleken kunnen worden.
- Korsakovbewoners hebben meer tijd nodig om nieuwe vaardigheden te leren. Bij een volgende pilot van het tokensysteem met Korsakovbewoners wordt het aangeraden om dit over een langere periode te doen.
- Om een Korsakov bewoner bij het tokensysteem te begeleiden moet de verzorgenden de bewoner goed kennen. De relatie die de verzorgende met de bewoner heeft, is van groot belang. Daarbij is vakkennis evenals een aantal andere competenties noodzakelijk. Er heerst schaarste onder verpleeghuis verzorgenden en dat zal in de toekomst alleen maar toenemen. Zorginstellingen zullen op deze trend moeten anticiperen om de kwaliteit van zorg te blijven garanderen.

Literatuur

- Allewijn M., Miesen B. Basisboek, Zorg om ouderen. Bohn. Stafleu van Loghum, hoofdstuk 2. 2009.
- Arts N.J.M. Het syndroom van Korsakov (I): ontstaan en geheugenstoornissen. Patient care/ neuropsychiatrie & gedragsneurologie/overdruk/ augustus 2004 (a).
- Arts N.J.M. Het syndroom van Korsakov (II): centraal executieve stoornissen en behandeling. Patient care/ neuropsychiatrie & gedragsneurologie/overdruk/oktober 2004 (b).
- Arts N.J.M. Alcohol en het brein (III): blijvende schade door alcoholmisbruik. Patient care/ neuropsychiatrie & gedragsneurologie/overdruk/juni 2005.
- Baarda D.B., de Goede M.P.M. Basisboek Methoden en Technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. 1993. Eerste druk, zevende oplage. Stenfort Kroese.
- Baarda D.B., de Goede M.P.M., Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek. 2005. Tweede, geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Betgem. De organisatie van een token economy, Tijdschrift voor psychiatrie 24, 1982/11-12.
- Brand M., Fujiwara E., Borsutzky S., Kalbe E., Kessler E. and Markowitsch H.J. Decision-making deficits of Korsakoff patients in a new gambling task with explicit rules: Associations with executive functions. Neuropsychology, 19 (3), 267-277 (2005).
- Cozynsen A., Vrakking W.J. Handboek voor verandermanagement. Theorieën en strategieën voor organisatieverandering. 2003. Kluwer.
- Dickerson F.B., Tenhula W.N. Green-Paden L.D. The token economy for schizofrenia: review of the literature and recommendations for future research. Schizophrenia research, 75 (2-3), 405-416. 2004.
- Duthoo P. Tijdschrift Het Perron van Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouwe in Brugge en Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg Brugge. December 2007.
- Fisser P.H.G., Dekker P.J., Loonen J. Bosschaart E. Agendavorming. Het Concerns Based Adoption Model. Stichting Digitale Universiteit, 2006.
- Goossensen A., Arts K., Beltman M. Zorgprogramma Korsakov in het verpleeghuis 'Mij mankeert niks' 2007. Korsakov Kenniscentrum.
- Gouw. Onderzoeksverslag; methodische begeleiding voor NAH patienten. 2006.
- Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. and Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations (2004).
- Grol R.M. Improving the quality of medical care. Jama. (286 (20): 2587-2585. (2001).
- Grol R.M., Wensing M. Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (2006).
- Haex P. en van Noppen M. Omgaan met korsakovpatiënten: van 4 K-model naar empathisch-directieve benadering. Denkbeeld 15 (3):10-13 (2003).

- Hackenberg T.D. Token reinforcement: a review and analysis. *Journal of the experimental analysis of behavior* 2009, 91, 257 – 286: number 2 (march).
- Hall G.E., Georg A.A., Rutherford W.L. Measuring stages of concern about the innovation: a manual for use of the SoC questionnaire. 1977.
- Hall G.E., Hord S.M. Change in schools. Albany: State University of New York Press 1987.
- Hughes HM. Behavior-change in children at theapeutic summer camp as a function of feedback and individual versus group contingencies. *Journal of abnormal child psychology*, 7 (2), 211-219 1979.
- Kazdin A.E., Bootzin R.R. The token economy: an evalatuve review. 1972.
- Kessels R.P.C. Leren van je fouten? De Psycholoog 2005.
- Lynn J., Arkes H.R., Stevens M., Cohn F., Koenig B., Fox E. Rethinking fundamental assumptions: SUPPORT's implications for future reform. Study to understand prognoses and preferences and risk of treatment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:214-21.
- Palm J. Veranderd leven (1991). Van Gorcum te Assen.
- Van Oort R., Martens M., Meyssen I, Theunisse K., Gouw C. Onderzoeksverslag. Methodische begeleiding voor NAH patienten. 2006.
- Robinson P.W., Newby T.J., Ganzell S.L. A token system for a class of underachieving hyperactive-children. *Journal of applied behavior analysis*, 14 (3), 307-315 1981.
- Rogers E.M. Diffusion of Innovations. New York: Free Press (1995).
- WWS Scheepsbouwer 2006.
- Wejnert B. Integrating Models of Diffusion of Innovations: a conceptual Framework. *Annual Review of Sociology* 2002;34:345-51.
- Wensing M., van Splunteren P., Hulscher M., Grol R. Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg 2000. Van Gorcum te Assen.
- Zimbardo P.G., Weber A.L., Johnson R.L. Psychologie, een inleiding. 2005.

Bijlage 1 Toelichting op de interventie van het werken met tokens.

Een token is een teken van beloning en moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Het moet concreet zijn
- Het moet direct volgen op het gewenste gedrag
- Het moet als prettig worden ervaren
- Het moet consequent worden toegepast
- Het moet duidelijk zijn wanneer de bewoner de token krijgt en wanneer niet. Hierover is niet te onderhandelen

Een token wordt toegekend bij de volgende gedragingen:

Activiteit	aantal keren per week	tokens
's ochtends opstaan, na éénmaal wakker uit zichzelf opstaan	dagelijkse activiteit	1
Douchen	dagelijkse activiteit	1
Bed opmaken	dagelijkse activiteit	1
Arbeidsmatige dagbesteding of vervangende activiteit	dagelijkse activiteit	3
shag en aansteker inleveren	dagelijkse activiteit	1
Fitness of vervangende activiteit	dinsdag en donderdag	3
Huiskamer-Gesprek bijwonen	wekelijkse activiteit	5
Meedoen aan de wekelijkse kookgroep	wekelijkse activiteit	5

Het totaal aantal te verdienen tokens per week is: 65

Als de bewoner de tokens inruilt, moet er direct worden afgesproken wanneer de beloning/activiteit wordt gegeven. Een goede overdracht en rapportage van de afspraken zijn hierbij essentieel. De ingeruilde tokens worden door de contactverzorgende ingenomen, zodat deze niet kunnen worden hergebruikt.

De tokens kunnen voor de volgende beloningen geruild worden:

Activiteit	Aantal punten
Vrije dag/geen corvee	25
Uitslapen op zaterdag/zondag	50
Extra wandeling	50
Chips	15
Drop	15
Mars	15
Tijdschrift	100
Krant	50
Half uur achter de computer	100
Douchewaren	100

lijst waarop de tokens kunnen worden afgetekend:

Naam:

Week:

Taak	Punten	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	zondag
Opstaan	1							
Douchen	1							
Bed opmaken	1							
Dag-besteding	3							
Shag + aansteker inleveren	1							
Fitness of vervanging	3							
Huiskamer-gesprek	5							
kookgroep	5							
Totaal								

Bijlage 2 Nulmeting van het tokensysteem

Bewoner 1

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	Doet bewoner zelf
Douchen	X	Doet bewoner zelf
Bed opmaken	X	Doet bewoner zelf
Dagbesteding	O	Doet bewoner nu niet
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt niet
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 2

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	X	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	X	

Bewoner 3

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	X	Onbekend, aan activiteitenbegeleider vragen
kookgroep	O	

Bewoner 4

Taak		Opmerkingen
Opstaan	O	
Douchen	O	haren wassen moet geactiveerd worden
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	O	
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 5

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	O	weinig ziekte-inzicht/ moet aangespoord worden
Bed opmaken	O	weinig initiatief
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	Heeft geen aansteker
Fitness of vervanging	O	Is hiervoor te benauwd, doet niet mee/ COPD
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 6

Taak		Opmerkingen
Opstaan	O	
Douchen	X	
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	Heeft geen aansteker en kan deze dus ook niet inleveren
Fitness of vervanging	O	Moppert wel veel om te gaan fitnessen
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 7

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	O	Moet gestimuleerd worden, hij liegt hierover. Zegt dat hij gedoucht heeft en heeft dat dan niet gedaan
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	Houtsnijden vindt bewoner niet leuk, dus hierin zou de bewoner in gestimuleerd kunnen worden
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt niet
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	X	Aan activiteitenbegeleider vragen of de bewoner hier aan meedoet
kookgroep	O	Doet de bewoner niet aan mee

Bewoner 8

Taak		Opmerkingen
Opstaan	O	
Douchen	O	
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	Zit in een rolstoel
Shag + aansteker inleveren	O	Krijgt geen aansteker, rook nog maar weinig
Fitness of vervanging	X	Doet op eigen manier mee/ af en toe
Huiskamer-gesprek	X	Doet niet mee. COPD, is sterk vermoeid, ligt veel op bed
kookgroep	X	Doet niet mee

Bewoner 9

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	Vindt haren wassen lastig
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	Kan het niet/ vindt het in de tuin fijn
Shag + aansteker inleveren	X	rookt
Fitness of vervanging	X	Geen vervanging of fitness
Huiskamer-gesprek	O	Kan het niet volgen/ slaapt veel/ gaat lichamelijk snel achteruit
kookgroep	O	

Bewoner 10

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	Handzaam dankzij medicatie
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	Zit veel op de bank
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt maar werkt goed mee
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	incidenteel
kookgroep	O	incidenteel

Bewoner 11

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	X	Heel actief
Shag + aansteker	X	Rookt maar houdt shag achter. Is ongeduldig en wil vast iets voor de volgende dag bewaren
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 12

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	O	Omdat de bewoner niet het bed kan opmaken ivm ziekte heeft de verzorgende besloten om dit te vervangen door gebit schoonmaken.
Dagbesteding	O	De bewoner doet hier niet aan mee maar zou dat wel kunnen
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	X	

Bewoner 13

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	X	
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt niet
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	X	

Bewoner 14

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 15

Taak		Opmerkingen
Opstaan	O	
Douchen	O	
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	Doet de bewoner al uit zichzelf
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 16

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	Stimuleren
Huiskamer-gesprek	O	Stimuleren
kookgroep	O	stimuleren

Bewoner 17

Taak		Opmerkingen
Opstaan	O	
Douchen	O	
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	Stimuleren
Huiskamer-gesprek	O	Stimuleren
kookgroep	O	stimuleren

Bewoner 18

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	X	doet het liefste met alles mee, dit gaat mede door de structuur
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	O	

Bewoner 19

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	gaat soms wel en soms niet mee
Shag + aansteker inleveren	X	haalt wel shag en aansteker op maar rookt niet.
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 20

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt niet
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	X	

Bewoner 21

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	X	
Shag + aansteker inleveren	X	Rookt wel
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	X	

Bewoner 22

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	Gaat wel onder de douche maar doet daar verder niets
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	X	Doet niets, heeft wel belangstelling voor muziek
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	Is niet meer in staat tot fitness
Huiskamer-gesprek	O	Niet meer mogelijk, is ook doof
kookgroep	O	Zou hier nog voor te motiveren zijn, het ligt aan de bui.

Bewoner 23

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 24

taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	O	Bewoner gaat wel makkelijk douchen maar deze heeft een hekel aan haar wassen
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	X	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	O	

Bewoner 25

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	Wordt op bed geholpen, kan het niet meer zelf
Bed opmaken	X	
Dagbesteding	O	Gaat graag naar de kerk en naar de bingo, kan in meer activiteit gestimuleerd worden
Shag + aansteker inleveren	X	
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	X	

Bewoner 26

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	
Douchen	X	
Bed opmaken	O	
Dagbesteding	O	
Shag + aansteker inleveren	X	rookt
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	X	
kookgroep	X	

Bewoner 27

Taak		Opmerkingen
Opstaan	X	Alleen bij bekenden
Douchen	X	Alleen bij bekenden
Bed opmaken	O	Vanwege de slechte gezondheid maakt de bewoner zelf geen bedden meer op maar wordt dit door de verzorgenden gedaan. De bewoner heeft ook ongecontroleerde spierbewegingen. Kan wel helpen.
Dagbesteding	X	
Shag + aansteker inleveren	X	Bewoner rookt heel af en toe een sigaretje maar meestal niet. Bewoner is ook erg benauwd.
Fitness of vervanging	O	
Huiskamer-gesprek	O	
kookgroep	X	

O = kan op deze activiteit een token verdienen

X = doet deze activiteit zonder gestimuleerd te worden

Bijlage 3 Vragenlijst Concerns Based Adoption Model

Naam:

Datum:

0 1 2 3 4 5 6 7
Niet waar over mij een beetje waar over mij heel erg waar over mij

1. Ik maak mij zorgen over de houding van de bewoners ten opzichte van het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7

2. Ik ken andere benaderingen die misschien beter werken.
0 1 2 3 4 5 6 7

3. Ik weet eigenlijk niet eens waar het tokensysteem over gaat.
0 1 2 3 4 5 6 7

4. Ik maak mij zorgen dat ik aan het einde van de dag niet voldoende tijd heb om de zaken op orde te krijgen.
0 1 2 3 4 5 6 7

5. Ik zou graag andere instellingen willen helpen in het gebruik van het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7

6. Ik heb een erg beperkte kennis over het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7

7. Ik zou graag het effect van de nieuwe benadering op mijn rol als verzorgende willen weten.
0 1 2 3 4 5 6 7

8. Ik maak mij zorgen dat er onenigheid ontstaat tussen mijn belangen en mijn verantwoordelijkheden.
0 1 2 3 4 5 6 7

0 1 2 3 4 5 6 7
Niet waar over mij een beetje waar over mij heel erg waar over mij

9. Ik wil de manier waarop ik het tokensysteem gebruik liever niet veranderen.
0 1 2 3 4 5 6 7
10. Ik zou graag een werkrelatie willen ontwikkelen tussen onze instelling en andere instellingen die het tokensysteem toepassen.
0 1 2 3 4 5 6 7
11. Ik maak mij zorgen over hoe het tokensysteem de bewoners aangrijpt.
0 1 2 3 4 5 6 7
12. Ik maak mij geen zorgen over het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7
13. Ik zou graag willen weten wie de beslissingen gaat nemen in de nieuwe benadering.
0 1 2 3 4 5 6 7
14. Ik zou graag willen overleggen over de mogelijkheid om te werken met het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7
15. Ik zou graag willen weten welke middelen beschikbaar zijn als we besluiten om met het tokensysteem te gaan werken.
0 1 2 3 4 5 6 7
16. Ik maak mij zorgen of wel voldoen aan alle eisen van het tokensysteem.
0 1 2 3 4 5 6 7
17. Ik zou graag willen weten wat ik aan mijn gedrag ten opzichte van het tokensysteem zou moeten veranderen.
0 1 2 3 4 5 6 7

0 1 2 3 4 5 6 7
Niet waar over mij een beetje waar over mij heel erg waar over mij

18. Ik zou graag andere afdelingen of personen deelgenoot willen maken in de vooruitgang van de nieuwe benadering.

0 1 2 3 4 5 6 7

19. Ik vind het moeilijk om het effect van het tokensysteem met de bewoners te bespreken.

0 1 2 3 4 5 6 7

20. Ik zou graag de regels rondom het toepassen van het tokensysteem willen veranderen.

0 1 2 3 4 5 6 7

21. Ik ben erg druk met andere dingen bezig dan het tokensysteem.

0 1 2 3 4 5 6 7

22. Ik zou graag het gebruik van het tokensysteem in onze instelling willen aanpassen op basis van de opgedane ervaringen van de bewoners.

0 1 2 3 4 5 6 7

23. Hoewel ik niets van het tokensysteem afweet, heb ik wel belangstelling voor vergelijkbare zaken.

0 1 2 3 4 5 6 7

24. Ik zou de bewoners graag enthousiast willen maken over hun eigen rol in het tokensysteem.

0 1 2 3 4 5 6 7

25. Ik maak mij zorgen om de tijd die er besteed wordt aan de invoering van dit tokensysteem.

0 1 2 3 4 5 6 7

26. Ik zou graag willen weten wat het gebruik van het tokensysteem in de nabije toekomst vereist.

0 1 2 3 4 5 6 7

0 1 2 3 4 5 6 7
Niet waar over mij een beetje waar over mij heel erg waar over mij

27. Ik zou graag de moeite die ik het tokensysteem stop willen overeenstemmen met anderen om het maximale effect uit het tokensysteem te halen.

0 1 2 3 4 5 6 7

28. Ik zou graag meer informatie willen hebben over de tijd en de moeite die ik moet steken in dit tokensysteem.

0 1 2 3 4 5 6 7

29. Ik zou graag willen weten wat andere instellingen op dit gebied aan het doen zijn.

0 1 2 3 4 5 6 7

30. Op dit moment, ben ik niet geïnteresseerd om over het tokensysteem te leren.

0 1 2 3 4 5 6 7

31. Ik zou graag willen bepalen hoe ik het tokensysteem kan aanvullen, verrijken of vervangen.

0 1 2 3 4 5 6 7

32. Ik zou graag de feedback van de bewoners willen gebruiken om het tokensysteem te veranderen.

0 1 2 3 4 5 6 7

33. Ik zou graag willen weten hoe mijn rol zou kunnen veranderen als ik met het tokensysteem ga werken.

0 1 2 3 4 5 6 7

34. Het coördineren van taken en mensen kost mij teveel tijd.

0 1 2 3 4 5 6 7

35. Ik zou graag willen weten of dit tokensysteem beter is dan wat wij nu hebben.

0 1 2 3 4 5 6 7

Bijlage 4 Topiclijst interview voor verzorgenden van afdeling Coolsingel

Topic 1: Hoe zinvol vind je het tokensysteem? Denk je dat het systeem werkt?

Topic 2: Bij wie (denk je) werkt het wel en bij wie niet. Waarom wel en waarom niet?

Topic 3: Hoe zou je het tokensysteem zelf toepassen?

Topic 4: Welke activiteiten/ongewenst gedrag zijn het beste te veranderen? er is veel gespaard en weinig opgenomen, waar zou dat door komen?

Topic 5: Welke beloningen zijn het beste van toepassing? Zijn sigaretten een goede beloning? Waarom werd er veel voor de beloning 'vrije dag / geen corvee' gekozen? Er is relatief veel gespaard en weinig opgenomen, hoe zou dat komen?

Topic 6: Zie je verschil in gedrag tussen bewoners met structuur (> 1 jaar) en bewoners zonder structuur (< 1 jaar) betreffende de activiteiten? Zou je bij nieuwe bewoners direct starten met het tokensysteem of zou je wachten tot de bewoner in de structuur zit?

Topic 7: Kun jij bij de bewoners bij wie jij contactverzorgende bent aangeven bij wie het tokensysteem wel toegepast kan worden en bij wie niet en waarom wel/niet?

Topic 8: Zijn er nog op- en aanmerkingen?

Bijlage 5 Implementatie

Grol e.a. (2001) heeft voor de implementatie van een innovatie of vernieuwing een raamwerk ontwikkeld. Dit raamwerk bestaat uit zes fasen en deze zullen hieronder in het kort worden weergegeven met een toelichting. Dit model is met name geschikt om de praktische stappen van het implementatieproces met de belemmerende en bevorderde factoren in kaart te brengen. Allereerst wordt het stappenplan beschreven, waarna vervolgens de praktijksituatie beschreven wordt.

Stappenplan van Grol

Het uitgangspunt van de interventie is het onderzoeken van een nieuwe gedragstherapie bij Korsakov bewoners. Er wordt onderzocht of het werken met tokens een positieve invloed heeft op het gedrag van de Korsakovbewoners. Per fase zal ingegaan worden op de activiteiten tijdens de interventie en de hindernissen die hierbij ondervonden kunnen worden. Bij het kiezen van de strategie wordt rekening gehouden met de interventie die op een top-down perspectief gebaseerd is. Dat wil zeggen dat de interventie niet op de werkvloer is bedacht maar door anderen dan de gebruikers (van Splunteren, 1998). Dit heeft gevolgen voor de benadering van de doelgroep.

- **Fase 1: ontwikkeling voorstel van verandering.**

Het doel van de interventie is duidelijk. De verandering die plaats gaat vinden is het werken met tokens bij Korsakovbewoners. Een probleem waar tegenaan gelopen kan worden is dat er fouten of onduidelijkheden in de uitwerking van de interventie zijn. Er is relatief weinig literatuur te vinden over het werken met tokens bij Korsakov bewoners. Er zijn auteurs die geconcludeerd hebben dat het werken met tokens niet bij bewoners met Korsakov werkt. Deze literatuur is echter verouderd en de bewoners met Korsakov werden toen nog niet op speciale afdelingen verzorgd. Een instelling met Korsakov in Kerkrade werkt ook met een tokensysteem. Deze instelling past het tokensysteem op een andere wijze toe dan in de beschreven pilot in deze scriptie. Het grootste verschil is, dat deze instelling op maat werkt. Dat wil zeggen dat het basisschema door de begeleider in samenspraak met de bewoner individueel aangepast en bijgesteld kan worden. Daarbij worden de beloningen met de bewoners besproken waarbij er ook een verschil gemaakt wordt in lange- en korte termijn beloningen. Deze instelling werkt dus volgens een ander systeem maar kan met de opgedane ervaring erg behulpzaam zijn in het overleggen, delen van ervaringen en oplossen van problemen. De instelling heeft aangeboden om bij eventuele vragen bereid te zijn om hulp te bieden.

De eerste week van de pilot is een proefweek waarin deze onduidelijkheden opgespoord kunnen worden en aangepast zullen worden in het voorstel. In deze week vindt er ook een telefonisch overleg plaats met de instelling in Kerkrade. Het is van belang dat het voorstel duidelijk is voor de verzorgenden die er mee moeten werken.

- **Fase 2: in kaart brengen van de feitelijke zorg**

De interventie zal plaatsvinden op afdeling Coolsingel. Er zijn in 31 bewoners op deze afdeling en deze zijn verdeeld over twee huiskamers. De bewoners hebben niet allen de diagnose Korsakov. Er zijn 27 bewoners die mee doen aan de pilot. Van deze 27 bewoners hebben 20 bewoners de diagnose Korsakov. De overige bewoners hebben de diagnose NAH (niet aangeboren hersenafwijking) of dementie. Er zijn in totaal 34 medewerkers op de afdeling. De verzorgenden benaderen de Korsakov bewoners met de empathisch-directieve benadering. Deze benadering werkt goed voor deze bewoners maar toch is het nog niet voldoende. De ziekte kenmerkt zich door inactiviteit van de bewoner. In het werken met tokens wordt onderzocht of een systeem van beloning de bewoner actiever maakt. Een belemmering bij het uitvoeren van de interventie is dat de verzorgenden nu de empathisch-directieve benadering hanteren en het onduidelijk is of de verzorgende een onderscheid in benadering kunnen maken.

- Fase 3: analyse van doelgroep en setting

Het is belangrijk dat er een goed beeld is van de verzorgenden die met de interventie moeten werken omdat zij als het ware de interventie moeten dragen. Een goede motivatie bij de verzorgenden is erg belangrijk omdat anders de interventie weinig kans van slagen heeft. Er zijn twee doelgroepen te onderscheiden. De eerste doelgroep bestaat uit de bewoners van de afdeling Coolsingel en de tweede doelgroep is de groep van verzorgenden (inclusief teamleidster) die de interventie uitvoert. Een aandachtspunt is dat in deze fase de verzorgenden goed geïnformeerd moeten worden over de interventie en dat er van tevoren een goede uitleg plaats vindt. Na de eerste proefweek zal er een evaluatie plaatsvinden waarin eventuele onduidelijkheden toegelicht kunnen worden en er vragen gesteld kunnen worden. De bewoners krijgen ook een uitleg van de interventie. Daarnaast zullen zij er ook voor ieder activiteit aan herinnerd worden dat zij een token kunnen verdienen. Tijdens de interventie is er een aanspreekpunt voor onduidelijkheden en vragen. De verzorgenden worden in de eerste week en in de laatste week van de interventie met behulp van het Concerns-Based Adoption Model in kaart gebracht. De pilot is een initiatief van de psycholoog van de instelling en daardoor kan aangenomen worden dat de interventie ondersteund wordt door het management van de instelling. Een belemmerende factor is als er veel weerstand onder de verzorgenden is.

- Fase 4: ontwikkeling of selectie van strategieën

De strategie moet zo goed mogelijk aansluiten op de uitkomsten van de resultaten van fase 3. Er wordt een strategie gekozen die voor zoveel mogelijk draagvlak onder de verzorgenden zorgt. Vooraf aan de interventie wordt er een groepsbijeenkomst georganiseerd en hierin wordt de interventie uitgelegd. Deze wordt ook op schrift gezet zodat de verzorgenden het kunnen nalezen. Zowel de teamleidster, de behandelde psycholoog en de onderzoeker fungeren als aanspreekpunt. Tijdens deze bijeenkomst wordt bij de verzorgenden door middel van tailored strategie geïnventariseerd om eventuele barrières voor de verandering op te sporen. Aan het einde van de eerste week tijdens de interventie wordt dit nog nogmaals herhaald. Hierdoor is het mogelijk knelpunten in kaart te brengen en de strategie aan te passen. Een belemmerende factor is de eventuele weerstand in de groep. Het is belangrijk om de verzorgenden nauw te betrekken bij de interventie. De verzorgenden moeten het gevoel krijgen dat zij ook voordeel hebben bij de interventie. Als de bewoners namelijk actiever zijn en positief gedrag vertonen hebben de verzorgenden er ook baat bij.

- Fase 5: ontwikkelen, testen en uitvoeren van de implementatie

In deze fase wordt er aandacht besteedt aan de effectieve disseminatie en het bevorderen van de acceptatie. In de proefweek worden eventuele knelpunten gesignaleerd en aangepast. Bovendien kan er op deze manier ingespeeld worden op de behoeften van de doelgroep (verzorgenden).

Een belemmerende factor is als er te weinig resultaat geboekt wordt en de aandacht verslapt. Tevens bestaat er een mogelijkheid dat de verzorgenden de interventie op “hun” eigen manier gaan aanpassen en het bemoeilijkt wordt om nog objectief te meten. De verzorgenden kunnen zich in verschillende fases van betrokkenheid bevinden waardoor het moeilijk wordt omdat daar op in te spelen.

- Fase 6: evaluatie en (eventueel) bijstellen van het plan

In deze fase wordt gekeken of de beoogde doelen bereikt zijn. Het doel van het werken met tokens is dat de bewoners actiever zijn geworden en het gedrag positief is veranderd. Er wordt ook onderzocht of de mensen betrokken waren bij de interventie. Een langer termijn effect is als de bewoners een actievere houding behouden.

Implementatieproces

Het proces van de interventie start twee weken voor het invoeren van de interventie. Tijdens het middagoverleg tussen de dagdienst en de avonddienst worden de verzorgenden

geïnformeerd over de interventie. De uitleg van de interventie is bovendien duidelijk op papier beschreven en deze wordt uitgedeeld aan de aanwezigen. De overigen verzorgenden ontvangen deze brief via hun postvakje. Er is besloten om de eerste week van de pilot als proefweek te laten plaatsvinden. Dit vanwege het feit dat het moeilijk te overzien is tegen welke praktische zaken er aangelopen gaat worden. Bovendien is de kans groot dat de verzorgenden met een aantal praktische voorstellen komen waaraan nog niet gedacht is. Tijdens het overleg komen de verzorgenden inderdaad met voorstellen voor aanpassingen. Zo wordt onder andere het broodje haring op de lijst van beloningen toegevoegd omdat de bewoners daar regelmatig naar vragen. De uitleg wordt een week later weer herhaald, dit met het oogpunt om zoveel mogelijk verzorgenden te bereiken.

De verzorgenden zijn van de interventie op de hoogte gebracht middels een schrijven en er is twee maal tijdens een overleg een mondelinge toelichting gegeven. Aan de bewoners wordt persoonlijk of in kleine groepjes het systeem uitgelegd. De verwachting is dat zij dit niet eenvoudig kunnen onthouden en herhalen. Er wordt in iedere huiskamer een brief opgehangen waarin met eenvoudige taal het systeem uitgelegd wordt.

Met de contactverzorgenden vinden er gesprekken plaats om een uitgangssituatie van de bewoner in kaart te brengen. De contactverzorgende kennen de bewoner tenslotte het best en weten precies hoe deze in bepaalde situaties zullen reageren. De lijst wordt als gevolgd ingevuld: van iedere bewoner wordt op een lege activiteitenlijst een O of een X achter de activiteit ingevuld. De contactverzorgende en een tweede verzorgende geven door middel van een O aan dat de bewoner voor deze activiteit gestimuleerd middels het tokensysteem kan worden. Met een X geeft de contactverzorgende aan dat de bewoner deze activiteit uitvoert zonder dat deze hiervoor gestimuleerd moet worden middels het tokensysteem. De bewoner voert deze activiteit namelijk uit zichzelf uit. Het kan ook zijn dat de bewoner niet in staat is om deze activiteit uit te voeren. In dat geval is er een X achter de activiteit gezet. De uitkomsten worden in een tabel gezet waardoor aan het einde van de pilot gemeten kan worden in hoeverre de bewoner actiever geworden is. Zo kan het zijn dat een bewoner wel een token voor een activiteit ontvangt maar dat deze niet mee telt als punt. Het nadeel van deze manier van registeren is dat er een hoge subjectieve component is. Aan de andere kant is het objectief meten van de activiteiten door de onderzoeker ook niet mogelijk omdat de bewoners geneigd zijn zich anders te gedragen als er een vreemde aanwezig is. Een vreemde verstoort namelijk de structuur van de bewoner. De ingevulde lijst door de contactverzorgenden wordt als nulmeting gehanteerd.

De verzorgenden lopen in de eerste week tegen een aantal praktische zaken aan waarbij zij zelf met oplossingen komen om dit beter te organiseren. Zo nemen de verzorgenden zelf het initiatief om de lijst met handtekeningen waarop de tokens genoteerd worden op de statuskar te leggen omdat het praktischer is.

Een aantal verzorgenden merkt op dat zij het systeem kinderachtig vinden en hebben moeite om het toe te passen. Met de instelling in Kerkrade wordt overlegd of zij dit probleem herkennen en hoe er het beste mee omgegaan kan worden. Zij herkennen het probleem inderdaad en adviseren om door te gaan en de verzorgenden te overtuigen met de positieve effecten die het systeem zowel voor de bewoner als voor de verzorgende oplevert. Een ander probleem waar tegenaan gelopen wordt, is dat niet alle verzorgenden op de hoogte zijn dat er een pilot gestart is of dat zij niet precies weten hoe het werkt. De oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk in het feit dat vanwege de vakantieperiode er een aantal invalkrachten en/of vakantiehelpen zijn en deze geen toelichtingsbrief ontvangen hebben. Een tweede oorzaak kan zijn dat de verzorgenden die de brief wel ontvangen hebben deze door afwezigheid of ziekte niet gelezen hebben. Als laatste kan de oorzaak zijn, het gebrek aan motivatie of het niet begrijpen van de pilot.

Het probleem wordt ondervangen door een aantal verzorgenden op de hoogte te brengen van dit probleem en hen te vragen om bij de ochtendoverdracht de overige verzorgenden te herinneren aan de pilot en aanspreekpunt te zijn bij eventuele vragen. In deze week wordt ook aan de medewerkers gevraagd om de vragenlijst van de Concerns Based Adoption Model in te vullen.