

Welke waarde heeft muziektherapie in het aanpakken van problemen met sensorische integratie en in het verminderen van probleemgedrag bij mensen op de afdeling dementie met zeer ernstig probleemgedrag (D-ZEP)?



Scriptie ingediend ter gedeeltelijke vervulling van de Master vaktherapie, Codarts, Rotterdam

Student: Thomas Kuipers

Student nummer: 2078279

Codarts Hogeschool voor de Kunsten, Master of Arts Therapies, Muziektherapie 2020-2025

Research coach: Eleanor Richards, DProf, MA

Tweede beoordelaar: Carola van 't Hof, MEd, BA

Plaats: Amsterdam

Datum: 27 april, 2025

Aantal woorden: 10.021

Abstract

Achtergrond In Nederland leven ongeveer 310.000 mensen met dementie. Een deel van hen ontwikkelt ernstige en aanhoudende gedragsproblemen die met reguliere zorg niet beheersbaar zijn. Hiervoor zijn gespecialiseerde tijdelijke zorgafdelingen (D-ZEP) opgericht om deze situaties te stabiliseren en om daarna overplaatsing mogelijk te maken. Verminderde sensorische integratie (SI), oftewel de manier waarop iemand informatie uit de zintuigen verwerkt, hangt sterk samen met probleemgedrag bij mensen met dementie.

Doelstelling Het doel van dit onderzoek was het verkennen van de waarde van muziektherapie voor het verbeteren van sensorische integratie en het verminderen van probleemgedrag binnen D-ZEP-afdelingen.

Methode Met gebruik van een kwalitatief fenomenologische benadering werden er semigestructureerde interviews afgenomen met vier muziektherapeuten die werkzaam zijn op D-ZEP-afdelingen. Vervolgens zijn de transcripties van de interviews geanalyseerd met behulp van thematische analyse. **Resultaten** Uit het onderzoek kwamen zes overkoepelende thema's naar voren: context van de muziektherapeutische praktijk, muziektherapeut binnen het klinisch team, selectie en toewijzing van muziektherapie, muziektherapie binnen de therapiesessie, effecten van muziektherapie en uitdagingen in de muziektherapeutische praktijk. Voor elk thema zijn relevante subthema's geïdentificeerd op basis van terugkerende concepten in de interviews. Deze bieden inzicht in hoe muziektherapie in de praktijk binnen D-ZEP wordt toegepast en in welke specifieke domeinen muziektherapie kan bijdragen aan het aanpakken van probleemgedrag. Hoewel niet alle muziektherapeuten formeel waren opgeleid in sensorische integratie, bleek dit aspect duidelijk aanwezig in hun rol en verbonden met verschillende interventies en hun effecten. **Conclusie** Muziektherapie heeft een bijzondere meerwaarde binnen D-ZEP-afdelingen, omdat het individuele, sensorisch onderbouwde zorg biedt die de kwaliteit van leven van bewoners kan verbeteren. Hoewel de toepassing wordt beïnvloed door organisatorische beperkingen en de uitdagingen van deze specifieke doelgroep, sluit de flexibele en sensitieve aard van muziektherapie goed aan bij de huidige zorgpraktijken.

Trefwoorden: muziektherapie, sensorische integratie, dementie, probleemgedrag, neuropsychiatrische symptomen, D-ZEP, gespecialiseerde zorgafdelingen

Wie was je en wie ben je nu?
Mag ik je lezen? Mag ik je zien?
Een leven vol verhalen, een leven vol leven.
Nu gereduceerd tot probleem, gereduceerd tot last?
Gevangen in een cyclus een circkel op een verder leeg blad.
Geen tabula rasa, maar woorden die vervagen tussen de regels.
Een verhaal tussen de regels door
en als je geluk hebt mag je het lezen,
maar schiet op want voor je het weet is het vergeten en vergaan.
Wie was je en wie ben je nu?
Mag ik je lezen? Mag ik je zien?

Marieke Schutte, (Neuro)psychologist

Dankwoord

Allereerst wil ik mijn onderzoeksbegeleider, dr. Eleanor Richards, van harte bedanken voor haar hulp, begeleiding en adviezen die hebben bijgedragen aan de voltooiing van dit project. Ik ben ook bijzonder dankbaar voor Barbara Wijnand en Ate Frans de Bruin van het D-ZEP-kennisnetwerk voor het beantwoorden van mijn vele vragen over D-ZEP en het mogelijk maken van toegang tot muziektherapeuten binnen hun netwerk. Daarnaast wil ik dr. Gerrie van Voorden bedanken voor het ruimhartig delen van haar expertise en het doen van onderzoek naar D-ZEP, dat een waardevolle context bood voor deze studie. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de muziektherapeuten: Inge, voor het nakijken van mijn informatiebrief, Sietske, voor haar bemoedigende telefoontjes en het afnemen van het bracketing-interview, en Letty, voor het aanscherpen van mijn onderzoeksvragen. Verder wil ik mijn organisatie en collega's bedanken voor hun steun bij mijn professionele en persoonlijke ontwikkeling. In het bijzonder een groot dankwoord aan Esther Helmich, die mij stimuleerde om onderzoek te doen naar D-ZEP. Niels Veld, jouw geloof in mij vanaf het begin gaf mij de kracht om het pad van muziektherapie te volgen. Helma Blankman, jouw bereidheid om tijd vrij te maken in mijn agenda heeft mij enorm geholpen dit project te voltooien.

Een groot dankwoord ook aan mijn partner, Romin, voor zijn enorme steun en liefde, die mij de kracht gaven in mijzelf te blijven geloven. Uiteraard wil ik ook Cristina, Annelies en de rest van mijn vrienden en familie niet vergeten voor hun aanmoediging en vertrouwen.

Tot slot wil ik mijn dank uitspreken aan de muziektherapeuten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen; zonder hen was deze studie niet mogelijk geweest.

Inhoudsopgave

1. Introductie.....	7
1.1 Achtergrond en context.....	7
1.2 Motivatie en onderbouwing voor dit onderzoek.....	9
1.3 Onderzoeksvraag.....	9
1.4 Opbouw van deze scriptie.....	10
2. Literatuuronderzoek.....	11
2.1 Zoekstrategie.....	11
2.2. Overkoepelende thema's uit de literatuur.....	11
2.3 Conclusie.....	16
3. Methodologie en onderzoeksopzet.....	18
3.1 Epoché.....	18
3.2 Deelnemersselectie	19
3.3 Dataverzameling.....	19
3.4 Data analyse.....	20
3.5 Ethische overwegingen.....	21
4. Bevindingen.....	24
Figuur 1 Aantal gewerkte uren per week op D-ZEP-afdelingen.....	24
Figuur 2 Thema's en subthema's.....	24
4.1 Context van de muziektherapeutische praktijk.....	25
4.2 Muziektherapeut binnen het klinisch team.....	25
4.3 Selectie en toewijzing van muziektherapie.....	28
4.4 Muziektherapie binnen de therapiesessie.....	29
4.5 Effecten van muziektherapie.....	33
4.6 Uitdagingen in de muziektherapeutische praktijk.....	36

4.7 Feedback Analyse.....	38
5. Discussie en conclusie.....	39
5.1 Discussie.....	39
5.2 Sterke punten en beperkingen.....	42
5.3 Aanbevelingen.....	43
5.4 Conclusie.....	44
5.5 Reflectie.....	45
6. Literatuurlijst.....	46
Bijlage A. Reflexieve bracketing door middel van een mindmap en interview.....	56
Bijlage B. Interview Guide.....	61
Bijlage C. Analysestappen (Engelse tekst).....	63
Bijlage D. Toestemmingsformulier.....	72
Bijlage E. Informatiebrief.....	73

Afkorting	Betekenis
D-ZEP	Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag
MmD	Mensen met Dementie
SI	Sensorische Integratie/sensorische informatieverwerking/prikkelverwerking

Let op: dit document is een Nederlandse vertaling van het oorspronkelijke Engelstalige werk. In de methodeomschrijving wordt er gesproken over een Engelse vertaling. Deze vertaling heeft dus betrekking op het originele document.

1. Introductie

1.1 Achtergrond en context

In Nederland hebben ongeveer 310.000 mensen dementie. In 2050 zal dit aantal verdubbeld zijn (Alzheimer Nederland, z.d.). In het afgelopen decennium is het onderzoek naar de voordelen van muziek en muziektherapie voor mensen met dementie (MmD) flink toegenomen. Zelfs in een vergevorderd stadium van dementie waarbij sommige mensen taal en geheugen verliezen, blijft hun vermogen om op muziek te reageren doorgaans intact (Groussard et al., 2019; Sternin et al., 2021). Muziektherapie wordt dan ook wel geopperd als een eerste benadering voor de behandeling van dementiesymptomen (Tampi & Jeste, 2022; Van der Steen et al., 2018).

1.1.1 Probleemgedrag

Verpleeghuizen zien een toename van het aantal MmD dat ernstig probleemgedrag vertoont (Adlbrecht et al., 2021; Kok et al., 2013). Probleemgedrag bij MmD, “(...) ook wel bekend als gedrags- en psychologische symptomen van dementie (BPSD) of neuropsychiatrische symptomen (...)” (Van Voorden et al., 2024), wordt gedefinieerd als elk gedrag dat leed of gevaar veroorzaakt voor de persoon met dementie of voor anderen (Zuidema et al., 2018). Deze gedragsmatige symptomen kunnen worden gegroepeerd in syndromen, zoals apathie, agitatie en het afwijzen van zorg (Volicer, 2018), die vaak agressief of niet-agressief fysiek of verbaal gedrag omvatten (Cohen-Mansfield, 1991). Hoewel de meeste MmD af en toe uitdagend gedrag kunnen vertonen (Selbæk et al., 2013), is aanvullende expertise nodig wanneer het gedrag extreem ernstig, onvoorspelbaar of aanhoudend wordt, tot op het punt dat reguliere zorg niet langer effectief is (Verhees et al., 2024).

1.1.2 Gespecialiseerde zorgafdelingen

In 2012 introduceerde Nederland gespecialiseerde, tijdelijke zorgafdelingen voor dementie, bekend als “afdelingen voor mensen met Dementie en Zeer Ernstig Probleemgedrag” (D-ZEP), om de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden. D-ZEP-afdelingen zijn gesloten afdelingen die 24-uurszorg waarborgen en zich richten op het stabiliseren en verbeteren van gedrag om zo het welzijn

van bewoners en hun omgeving te vergroten (Kennisnetwerk D-ZEP, z.d.-a). Een multidisciplinair team stemt de behandeling af op het individu, waarbij zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies worden ingezet. Dit omvat onder andere prikkelregulatie, een passend dagprogramma en zo nodig aanvullende fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek, geestelijke verzorging, psychomotorische therapie, sensorische integratie (SI)-therapie, beeldende therapie en muziektherapie. Nadat de gestelde doelen zijn bereikt, meestal binnen één tot twaalf maanden, stroomt de bewoner door naar een permanente woonsetting (Van Voorden et al., 2024).

1.1.3 Sensorische integratie en probleemgedrag

SI verwijst naar “(...) de processen in de hersenen die ons in staat stellen signalen van onze zintuigen op te nemen, deze signalen te begrijpen en er gepast op te reageren” (Sensory Integration Education, z.d.). Het Trimbos-instituut, het Nederlands Kennisinstituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg, stelt dat SI een belangrijk kader vormt voor het interpreteren van probleemgedrag en het bieden van behandeling aan deze doelgroep (Trimbos-instituut, 2020). Bovendien is het, om officieel als D-ZEP-afdeling erkend te worden, verplicht dat er een SI-therapeut deel uitmaakt van het multidisciplinaire team (Kennisnetwerk D-ZEP, 2023).

Bij mensen met een dementiediagnose—zoals de ziekte van Alzheimer, Lewy Body-dementie en frontotemporale dementie—is de SI over het algemeen verstoord (Bochetta et al., 2021; Champagne, 2018; Johnson et al., 2021; O’Callaghan et al., 2021; Sivasathiaselan et al., 2019). Verminderde SI beïnvloedt probleemgedrag (Bundy & Lane, 2020), zoals te zien is bij mensen met de ziekte van Alzheimer (Özata Değerli & Altuntaş, 2023) en cognitieve beperkingen (Rhodus et al., 2022). Veranderd gedrag ontstaat door de manier waarop iemand in staat is te reageren, afhankelijk van het niveau waarop zintuiglijke informatie wordt gefilterd (Dunn, 1997). Wanneer te veel informatie wordt weg gefilterd, kan iemand prikkels niet opmerken of actief zintuiglijke ervaringen gaan opzoeken. Wanneer te weinig informatie wordt weg gefilterd, kan iemand gemakkelijk overweldigd of overprikkeld raken of juist prikkels proberen te vermijden. Daarnaast kan gebrekkige

SI overlevingsmechanismen oproepen zoals vechten, vluchten of bevriezen (Champagne, 2018; Porges, 2022), die kunnen leiden tot uitdagend gedrag.

1.2 Motivatie en onderbouwing voor dit onderzoek

Ernstig probleemgedrag bij MmD leidt tot een lagere kwaliteit van leven (Henskens et al., 2019; Livingston et al., 2017; Majer et al., 2020) en tot aanzienlijke druk op hun mantelzorgers (Chekani et al., 2021; Kim et al., 2021; Majer et al., 2020). De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd signaleerde potentiële gevaren met betrekking tot de veiligheid en kwaliteit van zorg voor MmD met zeer ernstig probleemgedrag in Nederland en pleitte voor het vergroten van kennis en vaardigheden onder personeel (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020).

Tijdens mijn werk als muzikagoog in een verpleeghuis op een D-ZEP-afdeling nam ik snelle schommelingen in aandacht en verschillen in gevoeligheid voor prikkels bij bewoners waar, zoals hun reacties op de toon van mijn stem of achtergrondgeluid. Ook heb ik de negatieve impact van probleemgedrag op het personeel ervaren. Het begrijpen en behandelen van complex gedrag blijft voor mij een dagelijkse uitdaging. In sommige situaties lijkt muziek een positief effect te hebben, terwijl dit in andere situaties niet het geval is. Dit roept de vraag op welke rol muziektherapie kan spelen bij het omgaan met deze uitdagingen.

Het D-ZEP-kennisnetwerk pleit voor onderzoek naar de impact van het gebruik van een SI-kader binnen deze specifieke context (Kennisnetwerk D-ZEP, 2023). Het doel van dit onderzoek is de waarde van muziektherapie binnen D-ZEP-afdelingen te verkennen en te onderzoeken hoe muziektherapie de zorgpraktijk kan informeren, met als doel het welzijn van D-ZEP-bewoners en hun zorgverleners te verbeteren.

1.3 Onderzoeksvraag

Gezien de motivering en onderbouwing behandelt deze studie de volgende vraag:

Welke waarde heeft muziektherapie in het aanpakken van problemen met sensorische integratie en

in het verminderen van probleemgedrag bij mensen op de afdeling dementie dementie en zeer ernstig probleemgedrag (D-ZEP)?

Uit deze vraag kwamen de volgende deelvragen naar voren:

1. Wat zijn de indicaties en doelstellingen voor het inzetten van muziektherapie?
2. Welke muziektherapeutische interventies worden gebruikt?
3. Hoe ervaren muziektherapeuten de dagelijkse praktijk van het werken op een D-ZEP-afdeling?
4. Wat zijn de voordelen en uitdagingen van het implementeren van muziektherapie?

1.4 Opbouw van deze scriptie

In deel twee wordt de bestaande literatuur over D-ZEP-afdelingen, muziektherapie en dementie besproken, met de nadruk op de effecten van probleemgedrag, de relatie met SI, en worden tekortkomingen in de huidige kennis belicht. In deel drie worden de opzet en methodologie van het onderzoek beschreven, inclusief ethische overwegingen. In deel vier worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. In deel vijf worden de bevindingen in relatie tot de literatuur besproken, waarbij de sterke punten, beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek worden belicht, en wordt afgesloten met concluderende inzichten.

2. Literatuuronderzoek

Om bestaand onderzoek naar muziektherapie binnen gespecialiseerde zorgafdelingen voor mensen met dementie te identificeren—met name met betrekking tot probleemgedrag en SI—werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Deze review vormt de basis van de studie en benadrukt de hiaten in de bestaande literatuur.

2.1 Zoekstrategie

Er werden elektronische zoekopdrachten uitgevoerd in PubMed, de Cochrane Library en Google Scholar in de periode van 28 september 2023 tot en met 4 november 2024. De term '*dementia*' werd gecombineerd met:

'music therap*', 'music', '(behavioral OR behavioural) symptoms', 'BPSD', 'agitation', 'problem (behaviour OR behavior)', 'challenging (behaviour or behavior)', 'neuropsychiatric symptoms', 'D-ZEP', 'specialised units', 'sensory AND (integration OR processing OR modulation OR stimulation)', 'attention', 'arousal', 'autonomic nervous system', 'non-pharmacological interventions', 'art therapy', 'drama therapy', 'creative therapy', and 'dance therapy'. Tot slot werd een snowball-zoekstrategie uitgevoerd door de literatuurlijsten van alle relevante artikelen te controleren.

De inclusiecriteria waren: alle literatuur gepubliceerd van 2000 tot 2024, geschreven in het Engels of Nederlands, met informatie die betrekking heeft op de onderzoeksvraag (deel 1.3), inclusief systematische reviews. De exclusiecriteria waren: onderzoek met de primaire focus op farmacologische of online behandelingen.

2.2 Overkoepelende thema's uit de Literatuur

2.2.1 Behandeling op gespecialiseerde zorgafdelingen voor mensen met dementie

Gespecialiseerde zorgafdelingen zijn experimenteel en in ontwikkeling, waarbij diverse en pionerende behandelmethoden worden toegepast, inclusief zowel farmacologische als niet-farmacologische interventies (Van Voorden, 2024). Van Voorden et al. onderzochten de organisatorische kenmerken van afdelingen die inmiddels als D-ZEP-afdelingen zijn geaccrediteerd,

evenals andere gespecialiseerde afdelingen in Nederland, door middel van een digitale vragenlijst voor managers, interviews met artsen en observaties van de fysieke omgeving. Datatriangulatie vormde een belangrijke sterkte van de studie, omdat de validiteit werd vergroot door meerdere informatiebronnen te combineren. Ondanks de verschillen in benadering, interventies, personeelsuren, opleiding, verblijfsduur en omgeving, werden gemeenschappelijke elementen geïdentificeerd, waaronder een sterke nadruk op open en aandachtige observatie, het belang van het verplegend personeel, regelmatige teamvergaderingen en focus op sensorische input. Het observeren van gedrag werd bijzonder gewaardeerd, omdat dit van cruciaal belang was voor zorgbeslissingen.

2.2.2 Muziektherapie en probleemgedrag bij mensen met dementie

Een Cochrane-meta-analyse van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) evalueerde de effectiviteit van therapeutische muziekinterventies – met zowel het luisteren naar muziek als het actief muziek maken – op het emotionele welzijn van MmD (Van der Steen et al., 2018). Van de tweeëntwintig opgenomen studies richtten er negen zich specifiek op probleemgedrag. Hun resultaten geven aan dat muziektherapie een klein effect heeft op het verbeteren van het algehele probleemgedrag en een meer opvallend effect op het verminderen van depressie. De effecten op agitatie en agressie zijn echter beperkt en de effecten op angst en de lange termijn blijven onzeker. De algemene sterke punten van de meta-analyse zijn de hoogwaardige Cochrane-methodologie, de statistische kracht en de exclusieve selectie van RCT's (waardoor mogelijke beïnvloeding tot een minimum wordt beperkt). Alle opgenomen RCT's hadden echter een kleine samplegrootte en werden beschouwd als een hoog risico op beïnvloeding, zoals een ongelijke verdeling van de zorg over specifieke groepen, wat de resultaten onafhankelijk van de interventies zou kunnen hebben beïnvloed. Deze bevindingen contrasteren met eerdere studies, die wel verbetering in probleemgedrag vonden maar geen effect op depressie (Zhang et al., 2017; Chang et al., 2015). Hoewel dit verschil deels kan worden verklaard door de opname van niet-gerandomiseerde studies, waarin doorgaans grotere effecten worden gevonden dan in RCT's, zoals in de meta-analyse van Zhang et al., kan dit de afwijkende bevindingen van Chang et al.—die uitsluitend RCT's

gebruikten—niet verklaren. Bovendien kunnen verschillen in de effecten van muziektherapie op probleemgedrag te maken hebben met de gebruikte meetschalen: Van der Steen et al. richtten zich op stemming, terwijl Chang et al. zich concentreerden op gedrag. Daarbij gold dat minder dan de helft van de studies in de review van Van der Steen et al. gericht was op probleemgedrag.

Meer recent voerden Prick et al. (2021, 2024) een mixed-methods-onderzoek uit naar individuele muziektherapie en muziek luisterinterventies bij verpleeghuisbewoners met dementie. De RCT met 158 deelnemers liet zien dat muziek luisteren hyperactief gedrag verminderde en dat door muziektherapie onrust afnam. De kwalitatieve gegevens van therapeuten en zorgverleners benadrukten positieve effecten, maar adviseerden een langere interventieperiode dan drie weken. Het zorgvuldige onderzoeksdesign vergroot de klinische waarde en de reproduceerbaarheid van de studie.

Wat betreft de frequentie van de therapie concludeerden Chang et al. (2015) dat muziektherapie die minstens twee keer per week wordt gegeven een sterker en substantiëler effect heeft op probleemgedrag dan therapie die slechts één keer per week wordt gegeven. Opvallend is dat zowel Zhang et al. (2017) als Van der Steen et al. (2018) voornamelijk studies hebben opgenomen met gemiddeld twee sessies per week, en dat ook de RCT van Prick et al. (2024) muziektherapie tweemaal per week toepaste. Hun bevindingen weerspiegelen dus vooral de effecten van frequentere muziektherapiesessies, wat bevestigt dat een hogere sessiefrequentie een belangrijke factor kan zijn voor de therapeutische resultaten.

2.2.3 Muziektherapie en sensorische integratie

Gezien het feit dat therapeuten een centrale rol spelen bij het vormgeven van de zintuiglijke ervaringen en het gevoel van veiligheid van cliënten (Geller & Porges, 2014), is het waardevol om onderzoek te doen naar de impact van muziektherapeuten. Cevasco (2010) constateerde een duidelijk effect van de non-verbale signalen van muziektherapeuten tijdens groepstherapie. Er werd een within-subjects design gebruikt om het non-verbale gedrag van deelnemers met milde tot matige dementie te beoordelen. De gegevens werden verzameld door

middel van video-opnames en live observaties van de deelnemers (N=38). Uit het onderzoek bleek dat deelnemers de hoogste betrokkenheid en het meest positieve effect vertoonden wanneer de therapeut emotionele signalen gebruikte (zoals glimlachen of verrassing tonen) en fysieke nabijheid (door naar de deelnemer toe te leunen of dichterbij te komen). Daarnaast onderzocht de fenomenologische en op kunst gebaseerde studie van Krøier et al. (2021) de dynamiek van non-verbale uitwisseling tussen muziektherapeuten en MmD. Zij verzamelden gegevens door middel van schriftelijke beschrijvingen van ervaringen van muziektherapeuten, verkennende focusgroepen en muzikale improvisaties. Uit het onderzoek bleek dat muziektherapeuten zich afstemmen op de vitaliteit, lichaamstaal en vocale expressie van mensen met dementie, waarbij ze hun eigen zintuiglijke en emotionele reacties gebruiken om interacties te sturen. Door middel van wederzijdse, non-verbale muzikale communicatie creëren ze een gedeelde therapeutische aanwezigheid en streven ze ernaar om de psychosociale behoeften van mensen met dementie te begrijpen en te valideren. Een opvallende kracht van deze studie is de combinatie van verbale, schriftelijke en muzikale data, die een multidimensionaal inzicht biedt. Bovendien is de fenomenologische benadering zeer geschikt om de diepgang van de ervaringen van muziektherapeuten en hun genuanceerde interacties met MmD vast te leggen.

Er is een gebrek aan onderzoek naar muziektherapie op basis van het SI-kader voor MmD, met of zonder probleemgedrag. Er zijn echter verschillende onderzoeken gedaan naar de effecten van MT op individuele aspecten van SI, namelijk cognitie en alertheid.

2.2.3.1 Muziektherapie en cognitie in mensen met dementie. De effecten van muziektherapie op cognitie bij MmD zijn in de literatuur tegenstrijdig. Twee meta-analyses (Steen et al., 2018; Fusar-Poli et al., 2017) vonden beperkt bewijs voor de korte- en langetermijneffecten van muziektherapie-interventies op cognitie bij MmD. Hoewel een subgroepanalyse uitgevoerd door Fusar-Poli et al. (2017) optimistische resultaten opleverde voor actieve vormen van muziektherapie op de algemene cognitie, kan dit te wijten zijn aan minder strikte inclusiecriteria voor de opname van RCT's in vergelijking met Van der Steen et al. (2018). Recentere studies (Ting et al. 2024, Jiménez-

Palomares et al., 2024) rapporteerden een positief effect van muziektherapie op de cognitie. De meta-analyse van Ting et al. (2024) identificeerde interventies zoals ritmische muziektherapie, actieve muziektherapie en actieve muziektherapie plus zang als het meest gunstig, terwijl de systematische review van Jiménez-Palomares et al. aantoonde dat actieve muziektherapie vooral de oriëntatie, taal en het geheugen verbetert.

Een meer specifieke focus binnen cognitie, met name gerelateerd aan SI, is aandacht. Een van de meest bestudeerde interventies voor aandachtsgerichte resultaten in de dementiezorg is Musical Attention Control Training (MACT) (Thaut & Hömberg, 2016), een vorm van neurologische muziektherapie. De cross-over RCT van Tolentino et al. (2021) toonde aan dat MACT in groepstherapie een significante invloed kan hebben op cognitie en emotionele affect. Voorzichtigheid is echter geboden bij de interpretatie van deze resultaten, aangezien de progressie van dementie in de loop van de tijd een negatieve invloed kan hebben gehad op de resultaten van de muziektherapie, vanwege het cross-overontwerp. Een feasibility studie (Álvarez, 2022) wees op een significant positief effect op de algehele cognitieve functies, met name op het gebied van visueel-ruimtelijke/uitvoerende functies en oriëntatie.

Verschillende studies hebben aangetoond dat muziektherapie effectiever lijkt te zijn bij personen met matige dementie dan bij personen met ernstige dementie. Chang et al. (2015) constateerden een sterker effect bij mild tot matige dementie dan bij matige tot ernstige dementie, terwijl Tolentino et al. (2021) en Álvarez (2022) minimale cognitieve voordelen rapporteerden bij ernstige gevallen. Bovendien ontdekten Chang et al. dat het effect op angstniveaus groter was bij personen met matige tot ernstige dementie dan bij personen met mildere dementie.

2.2.3.2 Muziektherapie en alterheidsregulatie in mensen met dementie.

Muziektherapeutische interventies bij dementiezorg zijn gericht op het optimaliseren van de alertheid voor een betere aandacht en functioneren (Clair, 2016). Een systematische review op basis van RCT's en niet-gerandomiseerde interventiestudies gericht op psychobiologische stressmetingen concludeerde dat muziek het parasympathische zenuwstelsel activeert, waardoor een optimale of

lage alertheid wordt bevorderd en kortstondige stress (d.w.z. hoge alertheid) bij mensen met milde tot matige dementie wordt verminderd (Sittler et al., 2021). Niettemin bleek uit de factoriale RCT van Garrido et al. (2019) dat snelle muziek het tegenovergestelde effect kan hebben en het stressniveau bij MmD of mensen met cognitieve stoornissen kan verhogen. Het is echter moeilijk om deze studies met elkaar te vergelijken, aangezien Sittler et al. niet specificeren welk tempo of type muziek in het onderzochte studie is gebruikt.

2.2.4 Andere niet-farmacologische interventies

De systematische reviews van multisensorische omgevingen (Lorusso & Bosch, 2017) en Beeldende therapie (Emblad & Mukaetova-Ladinska, 2021), en een RCT over dans- en bewegingstherapie (Ho et al., 2020) rapporteerden elk een veelbelovende vermindering van probleemgedrag bij mensen met dementie. Een meta-analyse van RCT's van niet-farmacologische interventies gericht op mensen met dementie met agitatie identificeerde massagetherapie als de meest effectieve, gevolgd door gepersonaliseerde therapieën en dierondersteunde of robotinterventies (Leng et al., 2020).

Met betrekking tot SI meldde een kwalitatief onderzoek onder dans en bewegingstherapeuten die met MmD werken, dat het integreren van zintuiglijke stimulatie door middel van beweging en aanraking copingmechanismen bevordert en vertrouwen en veiligheid vergroot (Bräuninger, 2014).

2.3 Conclusie

Dit literatuuronderzoek vond beperkt bewijs dat muziektherapie probleemgedrag vermindert en verstoorde SI verbetert bij mensen met dementie. Frequentere muziektherapiesessies, minstens twee keer per week, lieten grotere verbeteringen in probleemgedrag zien. Muziektherapie bleek ook effectiever te zijn voor personen met matige dan met ernstige dementie. De bevindingen over de cognitieve effecten van muziektherapie waren uiteenlopend, hoewel recente studies de voordelen van actieve muziektherapie benadrukten. Muziektherapie kan stress verminderen door het

parasympathische zenuwstelsel te activeren, terwijl snelle muziek stress juist kan verhogen.

Muziektherapeuten geven vorm aan zintuiglijke ervaringen, waarbij non-verbale signalen de betrokkenheid en het welzijn vergroten.

De behandeling op D-ZEP-afdelingen bevindt zich nog in een experimentele en verkennende fase, waarbij aanzienlijke verschillen tussen de afzonderlijke afdelingen worden waargenomen. Het ontbreken van onderzoek naar muziektherapie binnen deze specifieke context wijst erop dat het pionierskarakter van de zorg in gespecialiseerde dementiezorgafdelingen zich ook kan manifesteren in de praktijk van muziektherapie. Deze bevinding wijst erop dat muziektherapeutische interventies in deze settings waarschijnlijk zowel evidence-based werkvormen als door de praktijk geïnspireerde benaderingen bevatten, omdat ze tot op heden nog niet systematisch zijn bestudeerd bij deze specifieke populatie en binnen deze context. Daarom is het essentieel om eerst de ervaringen van muziektherapeuten die op D-ZEP-afdelingen werken te onderzoeken om te begrijpen hoe muziektherapie in de praktijk wordt geïmplementeerd en aangepast. Dit literatuuronderzoek bevestigde de relevantie van de onderzoeksvraag van deze studie en bood richtlijnen voor de methodologie en de interviewvragen.

3. Methodologie en onderzoeksopzet

Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd om een dieper inzicht te krijgen in de ervaringen van therapeuten met het toepassen van muziektherapie binnen het kader van SI op D-ZEP-afdelingen. Er is gekozen voor een beschrijvende fenomenologische benadering, waarbij door middel van interviews werd onderzocht hoe muziektherapeuten het toepassen van muziektherapie ervaren, inclusief hun waarneming, beschrijving, emotionele reactie, beoordeling, herinnering, interpretatie en communicatie van hun ervaringen met muziektherapie (Patton, 2014). Deze methodologie is ontworpen om de betekenis van geleefde ervaringen te achterhalen en om eventuele fundamentele elementen binnen deze ervaringen te identificeren die herkenbaar kunnen zijn voor zowel praktiserende muziektherapeuten als andere lezers (Moustakas, 1994). Husserl, de grondlegger van de fenomenologische benadering, stelde dat men, om een ervaring volledig te begrijpen, de kernelementen en zintuiglijke ervaring ervan moet analyseren (Wheeler & Murphy, 2016). Daarmee is deze benadering bijzonder geschikt voor het verkennen van de sensorische aspecten binnen dit onderzoek.

3.1 Epoché

Om het effect van bestaande aannames van de onderzoeker te minimaliseren, werd het proces van *epoché* gevolgd. *Epoché* is een fenomenologische reflectieve houding die iemand in staat stelt zich bewust te worden van eigen overtuigingen (Wheeler & Murphy, 2016). Er werd een *bracketing mind map* opgesteld (Simon & Goes, 2013) om de belangrijkste aannames van de onderzoeker in kaart te brengen (zie Bijlage A). Vervolgens werd een online *bracketing interview* afgenomen (Thomas & Sohn, 2023); hierbij stelde een gekwalificeerde muziektherapeut de onderzoeker dezelfde vragen die later aan de deelnemers zouden worden gesteld, met als doel onopgemerkte attitudes en vooronderstellingen te identificeren (zie Bijlage A).

Tijdens het verzamelen van gegevens, de analyse en de documentatie van de bevindingen werd epoché gehandhaafd tijdens regelmatige bijeenkomsten met de onderzoekscoach en door wekelijks op vaste momenten en direct na de interviews een verslag bij te houden.

3.2 Deelnemersselectie

Er werd gebruik gemaakt van purposive sampling (d.w.z. deelnemers werden specifiek geselecteerd op basis van hun vermogen om diepgaande en relevante perspectieven te bieden) om ervoor te zorgen dat de verzamelde gegevens rijk waren en direct aansloten bij de fenomenologische benadering. Muziektherapeuten werden geworven via e-mail via het D-ZEP-kennisnetwerk, de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVVMT) en een online oproep tot deelname. De eerste selectiecriteria vereisten dat muziektherapeuten werkten met MmD die probleemgedrag vertonen en bekend waren met SI-concepten. Dit resulteerde in tien respondenten: negen vrouwen en één man. Vanwege het uitgebreide aanbod aan kandidaten werden de inclusiecriteria aangescherpt om voorrang te geven aan gecertificeerde therapeuten die momenteel werkzaam zijn op een D-ZEP-afdeling, met ten minste vijf jaar ervaring en aantoonbare kennis van SI-concepten. Bij de uiteindelijke selectie werd gekeken naar de ervaringsduur en werd gestreefd naar diversiteit in specialismen, waaronder neurologische muziektherapie en SI-specialisatie.

Er werden vier vrouwelijke muziektherapeuten uit verschillende D-ZEP-afdelingen geselecteerd. De deelnemers hadden een gemiddelde leeftijd (voor zover opgegeven) van 47,3 jaar, gemiddeld 21,8 jaar ervaring als muziektherapeut, twee waren gecertificeerd als Neurologisch Muziektherapeut en drie waren opgeleid als SI-therapeut.

3.3 Dataverzameling

Muziektherapeuten werden in oktober en november 2024 in het Nederlands geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interviewmodel (zie bijlage B), hetzij virtueel, hetzij in persoon. De interviews duurden tussen 60 en 90 minuten.

De opnames werden getranscribeerd met Amberscript-software en handmatig gecontroleerd en bijgewerkt door de onderzoeker om de nauwkeurigheid te waarborgen. De transcripties werden verbatim uitgevoerd (elk woord, elke pauze en elke uitdrukking werd vastgelegd) om de data te verrijken. De deelnemers ontvingen hun transcriptie binnen vier dagen na hun interview, zodat ze de

nauwkeurigheid en anonimiteit van de tekst konden controleren. Drie van de vier deelnemers gaven feedback.

Ter aanvulling op de fenomenologische gegevens werd tussen oktober en november 2024 per e-mail contact opgenomen met elk van de dertien D-ZEP-afdelingen in Nederland (Kennisnetwerk D-ZEP, n.d. b), met uitzondering van de afdeling waar ik werkzaam ben, om na te gaan of zij een muziektherapeut in dienst hadden en hoeveel uur per week er binnen de afdeling aan muziektherapie werd besteed.

Aanvankelijk was het de bedoeling om in dit onderzoek een focusgroep op te nemen met zorgverleners uit de eenheden van de deelnemende muziektherapeuten. Vanwege tijdgebrek is dit niet uitgevoerd.

3.4 Data analyse

Er werd een mixe-approach thematische analyse uitgevoerd met behulp van Nvivo 15, waarbij inductief en deductief redeneren werd toegepast. De onderzoeksvraag vormde de leidraad voor de analyse (deductief), terwijl er werd opengestaan voor nieuwe ideeën en patronen die tijdens de analyse naar voren kwamen (inductief). Deze analyse volgde de vijffasenaanpak zoals beschreven door Braun en Clarke (2006, 2020). Een uitgebreid verslag van elke fase is te vinden in bijlage C.

3.4.1 Data oriëntatie

De transcripties en audio-opnames werden meerdere keren doorgenomen en van aantekeningen voorzien om de nauwkeurigheid van de onderliggende betekenissen te waarborgen en om reflecties en interpretaties te documenteren. Dit proces had tot doel diepere inzichten te verkrijgen en het begrip te vergroten.

3.4.2 Opstellen van initiële codes

Relevante fragmenten uit de transcripties werden gekoppeld aan een eerste conceptlijst van codes. Aan elke code werd een beschrijving toegevoegd om de duidelijkheid te garanderen. Dit was

de eerste stap om de gegevens systematisch te ordenen en een basis te leggen voor een diepgaander onderzoek.

3.4.3 Identificatie van thema's

Potentiële thema's werden gevormd door codes te groeperen die met elkaar verbonden leken. Er werd een onderscheid gemaakt tussen hoofdthema's en subthema's. Codes die nog niet konden worden gecategoriseerd, werden samengebracht onder een thema met het label "diversen."

3.4.4 Evaluatie van thema's

De verfijning van mogelijke thema's begon met een beoordeling van de gecodeerde fragmenten. Elk fragment werd onderzocht om er zeker van te zijn dat het bij het juiste thema hoorde. De verschillen tussen thema's werden beoordeeld om te controleren of ze duidelijk en herkenbaar waren. Vervolgens werden de thema's getoetst aan de volledige dataset om er zeker van te zijn dat ze de betekenissen en patronen in de data nauwkeurig weergeven. Daarna werden ze opnieuw gecodeerd en verder verfijnd.

3.4.5 Definiëren van thema's

In deze laatste fase werden de thema's verfijnd om ze duidelijker te maken en beter af te stemmen op de onderzoeksvraag. De kern van de thema's werd vastgesteld en de thema's en codering werden in een samenhangende volgorde geplaatst. Ten slotte kregen ze beknopte, beschrijvende namen die de kern van hun betekenis weergeven.

3.4.6 Feedback van analyse

De analyse van elk interview (in het Nederlands) werd naar elke deelnemer gestuurd ter verificatie en feedback. Om beïnvloeding door andere deelnemers te voorkomen, ontvingen deelnemers alleen de bevindingen van hun eigen interview.

3.5 Ethische overwegingen

Dit onderzoek volgde de ethische codes van Codarts Hogeschool voor de Kunstgen (Codarts

University of the Arts, 2024), de Nederlandse Gedragscode Wetenschappelijke Integriteit (Vsnu, 2018), de FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2016), de EMTC (European Music Therapy Confederation, 2005) en de BAMT (British Association for Music Therapy, n.d.). De Ethische Commissie van Codarts heeft het onderzoeksvoorstel beoordeeld en aangegeven dat er geen ethische bezwaren zijn tegen het uitvoeren van dit onderzoek. De commissie heeft een puur adviserende rol en er is geen formele goedkeuring verleend.

De ethische vragen die deze studie oproept, zijn onder meer:

1. Hoe kan het risico van identificatie van deelnemers worden geminimaliseerd?
2. Hoe kan de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de cliënten van deelnemers worden beschermd?

3.5.1 Geïnformeerde toestemming

Ten minste twee weken voor het geplande interview werd geïnformeerde toestemming verkregen van de deelnemers. Zij ondertekenden een toestemmingsformulier (zie bijlage D) nadat zij een informatiebrief voor deelnemers hadden ontvangen (zie bijlage E). De deelnemers werden geïnformeerd over hun vrijheid om zich op elk moment zonder gevolgen terug te trekken en konden gedurende het hele onderzoek vragen of opmerkingen stellen.

3.5.2 Vertrouwelijkheid en databeheer

De vertrouwelijkheid van de deelnemers werd gewaarborgd tijdens het verzamelen, opslaan, analyseren en rapporteren van de data. Om anonimiteit te garanderen, werden pseudoniemen toegekend, de kenmerken van de deelnemers geaggregeerd en identificerende details van de deelnemers en hun cliënten verwijderd of verborgen in transcripties. Toestemmingsformulieren werden apart opgeslagen in een versleutelde map. De rest van de data van de deelnemers werd veilig opgeslagen en versleuteld in de Codarts-database, met beperkte toegang. De software die in het

onderzoek werd gebruikt, werd geselecteerd op basis van de beveiligingsmaatregelen (bijv. gegevensversleuteling, ISO-normen en naleving van de AVG).

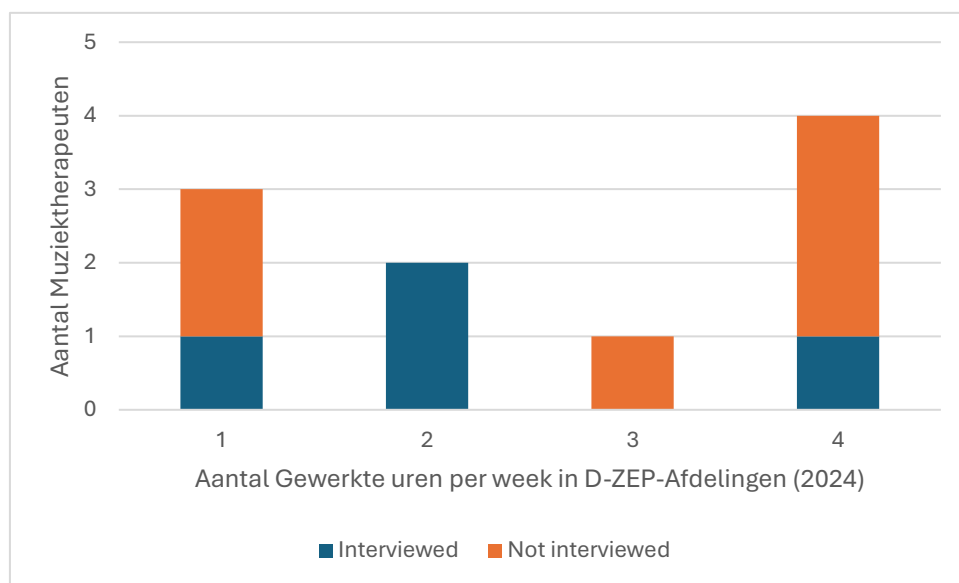
Na voltooiing van de analyse werden de citaten van de deelnemers in het Engels vertaald, waarbij zorgvuldig de nauwkeurigheid en integriteit van de oorspronkelijke betekenis werd behouden. De deelnemers kregen de gelegenheid om feedback te geven op deze vertalingen.

Aangezien de onderzoeker geen native speaker Engels is, werd Grammarly gebruikt om te helpen bij het opstellen van duidelijke zinsstructuren in deze scriptie.

4. Bevindingen

Tien van de dertien D-ZEP-afdelingen maakten gebruik van een muziektherapeut. Alle therapeuten waren vrouw en werkten tussen één en vier uur per week op hun afdeling (zie Figuur 1).

Figuur 1 Aantal gewerkte uren per week op D-ZEP-afdelingen



De resultaten van de thematische analyse worden hieronder per thema en per geïdentificeerd subthema weergegeven (zie figuur 2). De bevindingen worden waar nodig ondersteund door citaten van de muziektherapeuten.

Figuur 2 Thema's and subthema's

1. Context van de muziektherapeutische praktijk 1.1 Werkplek 1.2 Doelgroep	4. Muziektherapie binnen de therapiesessie 4.1 Planning en duur van de sessie 4.2 Therapeutische doelen 4.3 Therapeutische relatie 4.4 Implementatie en toepassing van interventies
2. Muziektherapeut binnen het klinische team 2.1 Samenwerking binnen het team 2.2 De rol van de muziektherapeut	5. Effecten van muziektherapie 5.1 Effecten binnen de sessie 5.2 Effecten buiten de sessie
3. Selectie en toewijzing van muziektherapie 3.1 Verwijzing naar muziektherapie 3.2 Criteria voor deelname	6. Uitdagingen in de muziektherapeutische praktijk

4.1 Context van de muziektherapeutische praktijk

4.1.1 Werkplek

Elke therapeut beschreef het multidisciplinaire karakter van hun team, dat bestond uit verschillende samenstellingen met allen in de basis psychologen, artsen, SI-therapeuten en zorgverleners. Therapeut B beschreef D-ZEP als “de ideale werkomgeving voor de muziektherapeut, want zo zou je heel graag multidisciplinair overál willen werken”. Therapeut D merkte ook op dat het personeelsbestand relatief groot is in vergelijking met kleinschalige woonvoorzieningen. Therapeuten A, B en C werken op afdelingen die een drie- of vierfasensysteem hanteren, waarbij bewoners geleidelijk aan steeds meer prikkels worden blootgesteld en naar een andere fase kunnen overgaan naarmate hun vooruitgang dat toelaat. Geen van de therapeuten heeft (altijd) toegang tot een speciale muziektherapieruimte. Alle sessies vinden plaats in slaapkamers, multifunctionele ruimtes, woonkamers of gangen. Therapeut C beschreef deze flexibiliteit als volgt: “Het zou ook kunnen dat je op de huiskamer gaat zitten, maar er zijn ook momenten dat dat echt niet kan.”

4.1.2 Doelgroep

Een belangrijk kenmerk van D-ZEP-afdelingen is dat “alle moeilijke mensen nu bij elkaar zijn geplaatst” (therapeut A). Deze samenstelling heeft een grote invloed op de interacties tussen de bewoners; sommigen ontwikkelen positieve relaties, terwijl anderen moeite hebben om met elkaar om te gaan: “Sommige die versterken elkaar heel erg en soms is dat fijn, heel helpend ook, mensen die elkaar bij wijze van spreken van de grond oprapen en sommige bewoners zijn gewoon heel moeilijk met elkaar en moeten dan ook echt uit elkaar gehaald worden ” (therapeut A); “Er ontstaan vaak conflicten, dan stijgt het en dan escaleert het” (therapeut B); “Het gaat erom de groepsdynamiek te doorbreken wanneer mensen op elkaar gaan reageren” (therapeut C). Bewoners vertonen verschillende niveaus van alertheid; velen schommelen tussen hypo- en hyperalert. Ten slotte vermeldden therapeuten A en B dat bewoners vaak ernstige dementie hebben en benadrukten zij het mogelijk palliatieve karakter van D-ZEP-zorg.

4.2 Muziektherapeut in het klinische team

4.2.1 Samenwerking binnen het team

De samenwerking tussen muziektherapeuten en het klinische team is niet uniform en verschilt per therapeut. Terwijl therapeuten A, B en C aangaven zich onderdeel van het team te voelen – “In het D-ZEP is er echt ruimte voor advies; ze zijn erg eager en willen alles weten” (therapeut B) – beschreef therapeut D een zekere afstand: “Wat ik soms mis, is een gezamenlijke visie: hoe willen wij behandelen?”. Therapeuten A en C benadrukten het belang van duidelijke afstemming, waarbij voorafgaand overleg plaatsvindt en observaties en bevindingen actief worden gecommuniceerd met het zorgteam om te zorgen voor een uniforme behandeling op de afdeling. Therapeut A beschreef dat zij een unieke positie heeft, waarbij collega's, waaronder andere vaktherapeuten, haar om advies vragen wanneer hun behandeling niet volledig is geslaagd. Bovendien beschreven sommige therapeuten dat zij positieve ervaringen stimuleren, los van medische of zorgtaken, om de veiligheid en het plezier van de bewoners te bevorderen: “Het kan zo nuttig zijn dat je niet degene bent die de pillen geeft of hen naar het toilet helpt. 'We gaan iets leuks doen' – dat probeer ik in elke situatie uit te stralen”, (therapeut A); “We hebben een heel ander soort contact, en ik denk dat ik soms gewoon een veilige basis bied. Ik concentreer me niet alleen op wat er nu kan worden gedaan, maar ook op wie ze waren in betere tijden”, (therapeut D).

4.2.2 De rol van de muziektherapeut

4.2.2.1 Observatie en beoordeling. Alle deelnemers erkenden de cruciale rol van observatie bij het vormen van een totaalbeeld van de cliënt, waarbij muziektherapeuten een uniek perspectief bieden, vooral gericht op het auditieve systeem, dat vaak subtiele details aan het licht brengt die anderen misschien over het hoofd zien.

“Ik ben me er altijd van bewust dat wat ik waarneem, anderen misschien niet horen. Vaak merk je dat de visuele aspecten meer zichtbaar zijn... maar hoe een plek klinkt, of dat het prettiger is om op het balkon te zitten omdat daar de vogels zijn – dat had niemand waargenomen” (therapeut A).

"Iemand kan echt genieten van muziek waarin alleen strijkers voorkomen, maar daar kom je pas achter als je dingen uitprobeert, ze inzet en goed observeert. Dit onthult vaak onbekende kanten van iemand die vervolgens kunnen worden gebruikt in de behandeling." (therapeut D).

Muziektherapeuten dragen ook bij aan de beoordeling en bieden belangrijke inzichten, zelfs zonder behandeling. Therapeut C zei: "We hebben nu een dame die veel pijn heeft" en merkte op: "Op dat moment zie ik dat ze door haar pijn niets kan verdragen." Ze besluit geen therapiesessie te geven, maar ze "heeft wel belangrijke informatie verzameld". Therapeut B voegde hieraan toe: "Soms is het alleen de observatieperiode, je haalt de informatie eruit, dat breng je weer terug in het team en je hoeft niet verder met de behandeling, want er zijn geen doelen, maar meer voor de beeldvorming."

4.2.2.2 Sensorische integratie. Therapeuten benadrukten het voordeel van het SI-kader dankzij SI-training bij het uitvoeren van observaties: "Ik ben mij er nu meer van bewust" en "Het is iets waar je altijd rekening mee houdt, vaak onbewust" (therapeut B). Deze aanpak stelt therapeuten in staat om het alertheidsniveau, de reactie op prikkels en de algehele regulatie van cliënten gedurende de dag te beoordelen, bijvoorbeeld "een verhoogde ademhalingsfrequentie, spanning in het lichaam of moeite met het waarnemen van hun omgeving. Kunnen ze iemand zien aankomen of schrikken ze snel?" (therapeut C). Bovendien benadrukte therapeut B de onderlinge samenhang tussen auditieve waarneming en andere zintuiglijke systemen: „Ik denk niet dat je auditieve waarneming kunt scheiden van de andere zintuigen – ze beïnvloeden elkaar zo sterk. Daarom is het zo waardevol om dit perspectief te hanteren.“

In klinische settings kunnen muziektherapeuten zelfs delen van de rol van SI-therapeut op zich nemen. Therapeut A voert bijvoorbeeld specifieke SI-taken uit, zoals de auditieve vragen in de SI-analyse, en ondersteunt daarmee andere therapeuten in het team. Therapeut B combineert haar rol als muziektherapeut met die van SI-therapeut en meldt dat, hoewel de twee rollen verschillende taken omvatten, SI en muziektherapie sterk met elkaar verweven zijn: de SI-analyse wordt gebruikt om de muziektherapie vorm te geven en vice versa. Hoewel therapeut D geen formele SI-training

heeft gevolgd, toont zij een sterk bewustzijn van SI; alle andere therapeuten gaven aan dat zij intuïtief al aspecten van SI-analyse toepasten voordat zij een formele training volgden.

4.2.2.3 Buiten de therapiesessie. Naast directe therapie benadrukten de therapeuten het belang van optimale omstandigheden voor bewoners om te kunnen functioneren, waarbij “muziek volledig wordt geïntegreerd in de 24/7 zorg en elk teamlid zich comfortabel voelt bij het gebruik ervan” (therapeut A). Therapeut D zag de mogelijkheid om elementen uit de therapie over te brengen naar het dagelijks leven en beschreef elementen, zoals ontspanningstechnieken, die buiten de sessie kunnen worden toegepast – een “persoonsafhankelijk” proces, waarbij zonder goed begrip de beoogde effecten van de therapie verloren kunnen gaan. Daarnaast integreert indirecte muziektherapie muzikale interventies in de dagelijkse routines van bewoners. Voorbeelden hiervan zijn muzieksstoelen (fauteuils met Bluetooth-luidsprekers), muziek kussens, (ruisonderdrukkende) koptelefoons en dementievriendelijke radio's (Oer Audio, n.d.). Therapeut B wees hierbij op de voordelen, omdat deze kunnen worden ‘geïntegreerd in de zorg, om omgevingsprikkels te dempen of afleiding te bieden’. Therapeut C legde dit uit aan de hand van het SI-raamwerk: ‘Vanuit SI-perspectief wil je niet dat een ruimte volledig prikkelvrij is. Je biedt de juiste prikkels door middel van muziek, licht of aanwezigheid.’ Therapeuten A en D erkenden de rol van muziektherapeuten bij het vormgeven van de akoestische omgeving van de afdeling – “‘Hoe klinkt deze ruimte?’... of de ruimte echoot, hol klinkt of te gedempt is” – en het opstellen van een plan – “Het gaat om het behouden van persoonlijke identiteit, maar ook om het nemen van beslissingen: ‘Wat willen we in deze leefruimte?’” – waarbij ze opmerkten dat dit werk nog niet is gerealiseerd.

4.3 Selectie en toewijzing van muziektherapie

4.3.1 Verwijzing naar muziektherapie

Het verwijzingsproces voor muziektherapie verschilt per therapeut. Therapeuten B, C en D werken op basis van verwijzingen en ontvangen verzoeken via de arts of, in het geval van therapeut B, ook via de psycholoog. Muziektherapeut A daarentegen werkt zonder formele verwijzingen en bepaalt de behandeling meestal in nauwe samenwerking met het zorgteam.

4.3.2 Criteria voor deelname

De indicaties voor muziektherapie bij D-ZEP variëren, waarbij de therapeuten het volgende benoemden:

- Moeilijkheden in contact en interactie
- Strong restlessness, including verbal agitation
- Stemmingsgerelateerde problemen, waaronder angst en spanning
- Moeilijkheden met het uiten en reguleren van emoties
- Zintuiglijke behoeften, voortkomend uit een SI-analyse (therapeut B) of de noodzaak om meer tolerantie voor prikkels te creëren (therapeut C)
- Een muzikale voorgeschiedenis, niet noodzakelijkerwijs een formele indicatie voor doorverwijzing, maar bewoners met een voorliefde voor muziek worden vaak doorverwezen en kunnen een positieve reactie vertonen (therapeuten A, D)

De belangrijkste redenen om geen muziektherapie te starten of om de behandeling te staken zijn:

- Onvoldoende vermogen om mee te doen – of dat nu komt door cognitieve of fysieke beperkingen – of als andere, makkelijker toepasbare interventies kunnen werken (therapeuten A, B, D)
- Het ontbreken van therapeutische doelen (therapeut B)
- Overstimulatie als (tijdelijke) contra-indicatie (therapeuten C)
- Wanneer de effecten van korte duur zijn, met name om voorrang te geven aan bewoners die intensievere zorg nodig hebben (therapeut D)

4.4 Muziektherapie tijdens de therapiesessie

4.4.1 Planning en duur van de sessie

Alle vier de therapeuten werken alleen op individuele basis met bewoners van de D-ZEP. Volgens therapeut C is het te moeilijk om meerdere bewoners tegelijkertijd in groepstherapie te

begeleiden en ondertussen een veilige en ondersteunende omgeving te handhaven. Twee therapeuten zien de bewoners één keer per week, één therapeut maximaal twee keer per week en de andere maximaal vier keer per week. De duur van de sessies varieert – doorgaans 30 minuten, maar variërend van slechts één minuut tot 45 minuten – afhankelijk van het vermogen van de bewoners en de complexiteit van hun situatie.

De therapeuten gaven aan dat de behandeling enkele weken tot enkele maanden kan duren en sterk beïnvloed wordt door onvoorspelbare factoren, zoals een plotselinge verslechtering van de gezondheid of terminale zorg. Een eerste observatieperiode is gebruikelijk voor therapeuten B, C en D; therapeut A maakt bij D-ZEP geen gebruik van een observatieperiode. Therapeut C merkte op dat hoewel het totale D-ZEP-programma normaal gesproken twaalf weken duurt, de duur van de muziektherapie “varieert”, vooral wanneer cliënten “blijven terugkomen” wanneer herplaatsing niet succesvol was; therapeut D merkte eveneens op dat, in tegenstelling tot andere dementie-afdelingen, de behandeling lang kan duren, met herhaalde verzoeken na pauzes.

4.4.2 Therapeutische doelen

4.4.2.1 Contact. Drie therapeuten beschreven het tot stand brengen van wederzijds contact als een cruciaal doel binnen de therapie. Het bereiken of behouden van een gewenste staat van alertheid werd zowel gezien als een manier om dit proces te ondersteunen als een manier om optimale prikkelverwerking mogelijk te maken. Therapeuten B en C benadrukten dat contact een noodzakelijk uitgangspunt is om door te gaan met andere therapeutische doelen.

4.4.2.2 Ontspanning en rust. Ontspanning en rust werden genoemd om probleemgedrag in relatie tot hoge spanning te verminderen. Ontspanning kan echter ook een doel op zich zijn. Therapeut C overwoog echter of actievere vormen van expressie als extra doel in haar therapie moesten worden geïntegreerd.

4.4.2.3 Emotieregulatie. Therapeut A benoemde emotieregulatie als het primaire doel; therapeut C vindt dit gecompliceerd binnen de D-ZEP-afdeling en benadrukt dat er eerst een stabiele

basis en een gevoel van veiligheid moet worden gecreëerd – een uitdaging wanneer de behandelingsduur kort is. Therapeuten B en C gaven aan zich in plaats daarvan te richten op zintuiglijke waarneming en verwerking.

4.4.2.4 Bevorderen van positieve emotionele ervaringen. Therapeuten A, B en D benoemden het bevorderen van positieve emotionele ervaringen als een belangrijk doel, waaronder het creëren van plezierige momenten, het stimuleren van plezier en het laten lachen. Therapeuten B, C en D leggen vooral de nadruk op de resterende vaardigheden van bewoners, het voortbouwen op sterke punten en het stimuleren van capaciteiten, waardoor ook autonomie en persoonlijke zeggenschap worden ondersteund.

4.4.3 Therapeutische relatie

De therapeuten verschillen van mening over de mate waarin een therapeutische relatie kan worden opgebouwd met bewoners van de D-ZEP-afdeling. Therapeut D gelooft dat een dergelijke relatie mogelijk is, maar geeft toe dat deze onvoorspelbaarder en moeilijker is dan in andere psychogeriatrische contexten. Therapeut A daarentegen betwijfelt of er een echte therapeutische relatie kan ontstaan, omdat een dergelijke relatie volgens haar consistent contact, vertrouwen en een gevoel van veiligheid vereist – voorwaarden die zij op de D-ZEP moeilijk te realiseren acht. Ook therapeut C merkte op dat de korte behandelingsduur op de D-ZEP, in vergelijking met andere afdelingen, de mogelijkheid om een veilige therapeutische relatie op te bouwen beperkt.

4.4.4 Implementatie en toepassing van interventies

4.4.4.1 Afstemming. Alle therapeuten beschreven een continu proces van aanpassing aan de sensorische drempels, energieniveaus, tempo en expressieve signalen van de bewoners om de verbinding en betrokkenheid te verbeteren; “Dat is natuurlijk de kern van ons beroep” (therapeut A). Interventies worden daarom specifiek gekozen op basis van de capaciteiten en afstemming van de bewoner. Wanneer een dergelijke afstemming wordt bereikt, kunnen zelfs subtiele veranderingen worden teweeggebracht – wat therapeuten A, B en C omschrijven als micro-momenten: vluchtige, vaak subtiele uitingen die het begin van contact of transformatie kunnen markeren.

4.4.4.2 Instrumenten. Het gebruik van muziekinstrumenten, voornamelijk piano, gitaar en accordeon voor begeleiding, varieert afhankelijk van de muzikale achtergrond en voorkeuren van elke therapeut. Zingen en het gebruik van trommels werden door alle therapeuten genoemd, hoewel therapeut A haar bedenkingen had bij percussie-instrumenten, omdat zij bang was dat ze weggegooid zouden worden of beschadigd en kwijt zouden raken. Terwijl therapeut A bewust spraak gebruikte als interventie, met aandacht voor muzikale parameters, zei therapeut D dat ze ‘zelden’ verbale interventies gebruikte.

4.4.4.3 Actieve muziektherapie. Alle therapeuten gebruiken interventies om bewoners actief bij het musiceren te betrekken. Dit omvat het leiden of ondersteunen van gezamenlijk instrumentaal spel en vocale expressie door middel van zowel vrije als gestructureerde improvisaties. In sommige gevallen bevordert de therapeut de betrokkenheid door omstandigheden te creëren die bewoners stimuleren, zoals het gebruik van Bruscia's technieken, waaronder strategieën met betrekking tot empathie, structurering, uitlokking, controle terugwinnen, intimiteit, procedurele processen, verwijzen, emotionele verkenning en verbale dialoog (Bruscia, 1987).

Verschillende door de therapeuten beschreven benaderingen omvatten multisensorische stimulatie, zoals het gebruik van muziek om beweging of zelfs dansen als interventie uit te lokken. “Ondertussen stimuleer ik ook de motorische vaardigheden” (therapeut D). Therapeut B zei: “Bewegen op muziek. Ik merk ook dat wanneer er veel fysieke onrust is en mensen nauwelijks stil kunnen zitten in een stoel, je samen met hen op de muziek kunt bewegen om hen te helpen kalmeren.” Therapeut B verwees naar interventies uit de “BIM-methode”, beschreven als “een lichaamsgerichte benadering met instrumentale muziek” (BIM-werkwijze, 2024). Deze methode maakt gebruik van herhaling en de combinatie van fysieke en auditieve prikkels om bij te dragen aan veranderingen in de alertheid. Therapeut B lichtte toe: “BIM is SI. Het is niet per se muziektherapie, maar ik pas het wel therapeutisch toe, dus het is zeker een methode die effectief kan worden gebruikt [binnen de D-ZEP-setting]”, waarbij BIM wordt gebruikt als een voorbereidende of voorwaardenscheppende interventie.

4.4.4.4 Receptieve muziektherapie. Alle therapeuten beschreven interventies waarbij bewoners op een nreceptieve manier aan muziek worden blootgesteld, zoals het luisteren naar opgenomen muziek of het spelen van muziek door de therapeut, waarbij de nadruk ligt op het gebruik van muziek die aansluit bij de persoonlijke voorkeuren van de bewoners. Therapeuten C en D benadrukten receptieve muziektherapie als een middel om structuur aan te brengen of als een startpunt voor actieve betrokkenheid. Terwijl therapeuten A, B en D een combinatie van opgenomen en livemuziek gebruiken, stelde therapeut C dat betekenisvol contact met bewoners alleen tot stand kan worden gebracht door middel van livemuziek, bijvoorbeeld met behulp van “Song of Kin” (Loewy, 2015), dat deel uitmaakt van het bredere behandelingskader dat bekend staat als First Sounds: Rhythm, Breath and lullaby (Edwards & Bakouros, 2018). Binnen deze interventie wordt een bekend liedje aangepast tot een slaapliedje, “door het tempo te verlagen, waardoor je iemand kunt helpen ontspannen”, of bijvoorbeeld “door te neuriën, ‘la-la-la’ toe te voegen of woorden toe te voegen. Dit zijn al drie stappen”, waarmee wordt benadrukt hoe de interventie de auditieve stimulatie aanpast – door elementen toe te voegen of weg te laten – om de opwindingsstoestand van bewoners te kalmeren of te reguleren.

4.5 Effecten van muziektherapie

4.5.1 Effecten binnen de sessie

4.5.1.1 Waardevol contact. Alle therapeuten beschreven hoe ze via muziektherapie betekenisvol contact tot stand brachten. Therapeut B illustreerde hoe dit proces verliep met een non-verbale man die gitaar speelde:

"Er begon een improvisatie en ik kon niet helemaal achterhalen wat hij speelde aan de hand van zijn akkoorden. Dus begon ik hem een beetje uit te dagen, door een bluespatroon op de piano te spelen om te zien of ik zijn aandacht kon trekken. Hij pikte het op en begon te spelen – de akkoorden klopten nog steeds niet helemaal, maar de intentie, de vorm, de intensiteit en de dynamiek wel. Op

een gegeven moment begonnen we te synchroniseren. Toen merkte ik dat hij meer begon op te kijken, oogcontact maakte en zijn gezichtsuitdrukking meer ontspannen werd. Dan heb je contact."

4.5.1.2 Zelfwaarde en identiteit. Therapeuten B en D benadrukten ook een verhoogd gevoel van eigenwaarde en identiteit als effecten van muziektherapie. Muziektherapeut D benadrukte hoe muziek het gevoel van identiteit kan herstellen: "Het herinnert hem aan goede tijden. En het geeft ook iets van die identiteit terug." Muziektherapeut B wees op het effect van muziek op het zelfvertrouwen van de cliënten, vooral wanneer ze weer toegang krijgen tot hun muzikale vaardigheden: "Je kunt de stress op haar gezicht zien. Maar ze heeft altijd muziek kunnen maken, en als je dat terugbrengt, het samen zingen en ontspannen, en je merkt: 'O, ik kan dit...!', dan is dat zo goed voor het zelfvertrouwen."

4.5.1.3 Verminderde onrust. Drie therapeuten noemden ook voorbeelden van verminderde rusteloosheid als een duidelijk effect van muziektherapie, bijvoorbeeld: "Er was een dame die constant rondliep, echt verschrikkelijk, en ik legde haar in bed en dek haar toe voor een dutje, en toen speelde ik gewoon twee akkoorden voor haar op de ukelele, waarop ze stopte met praten, haar angst verdween en kalmte de overhand nam" (therapeut A) en "Het kaakgebied. Die was echt heel erg gespannen! Daardoor kon ze eigenlijk niet praten, maar toen ze begon te improviseren met zingen of geluiden maken, kwamen er soms woorden uit en kon je zien dat ze ook wat meer ontspannen raakte" (therapeut C).

4.5.1.4 Alertheidsregulatie. Therapeuten A, B en C gaven voornamelijk voorbeelden van het functioneren van alertheidsregulatie met betrekking tot de effecten op verstoorde SI. Twee therapeuten passen dit concept toe via trommelinterventies: therapeut A hielp een cliënt met verminderde alertheid, en therapeut B een cliënt met verhoogde alertheid, zodat beiden een meer evenwichtige staat bereikten waarin contact mogelijk werd. Therapeut A beschreef hoe ze een trommel gebruikte om een vrouw, die met haar handen wreef, uit haar verminderde alertheid te halen. Het ritmische 'bonk bonk'-geluid veroorzaakte een verrassingsreactie en bracht contact tot

stand. Therapeut B zei: “Ik merkte dat trommelen een zeer regulerend effect had, dat iemand zijn aandacht kon richten, contact kon maken met de omgeving, zijn alertheid kon verminderen en mij plotseling kon zien, horen en waarnemen – en dan wordt interactie mogelijk.”

4.5.1.5 Muzikale parameters die effect oproepen. Ritme wordt door alle therapeuten aangemerkt als een van de belangrijkste prikkels voor gedragsverandering. In de praktijk lijkt ritme zowel fysieke als sociale reacties op te wekken. “Geen contact. Ik denk: ‘Ik zet muziek op.’ En plotseling denkt hij: ‘Hé!’ Hij staat op en neemt het ritme over met zijn voet” (therapeut B). Daarnaast noemen therapeuten C en D specifieke maatsoorten, zoals 4/4 en 3/4, als belangrijke muzikale prikkels voor gedragsverandering. Therapeut B gaat nog een stap verder en benadrukt het metrum de voelbare puls in de muziek, als bepalende factor. Ze merkt op: “Een rustige metrum, die ook iemands hartslag verlaagt.”

Daarnaast werden belangrijke parameters, herkenbare melodieën en songteksten genoemd. Therapeut D zei: “Bekende melodieën en songteksten, ik denk dat dat de belangrijkste prikkels zijn die tot gedragsverandering kunnen leiden.” Voor therapeut C zijn tempo en volume de meest invloedrijke parameters in haar praktijk: “Ik vind het heel leuk om daarmee te spelen om te zien wat iemand doet.” Ze benadrukt dat het cruciaal is om contact te maken door je aan te passen aan het tempo van de cliënt: “Dat kan alleen door je af te stemmen op hun tempo. En ja, daar ben ik heel koppig in. Ik denk dat het alleen met live muziek kan gebeuren.” Therapeuten A, C en D benadrukten het gebruik van verrassing in muziek als een techniek om een reactie uit te lokken tijdens muziektherapie. Therapeuten C en D noemden specifiek glissando – een techniek waarbij een toon vloeiend overgaat tussen twee toonhoogtes – als een effectieve methode om reacties uit te lokken. Ten slotte wees therapeut D erop dat stilte ook een relevante parameter is die niet over het hoofd mag worden gezien. Therapeut A illustreerde dit met een voorbeeld waarbij stilte tussen de vocale klanken van een bewoner ruimte bood voor interactie: “Ze sprak over bepaalde onderwerpen, en dan was er een pauze, en daar reageerde ik dan op.”

Terwijl voor therapeut B het effect vooral voortkomt uit de muziek: “Ik werk op afstand, de muziek doet het werk”, benadrukten therapeuten A en D dat de effectiviteit van muziektherapie niet uitsluitend aan de muziek kan worden toegeschreven. Therapeut D wees erop: “Ik denk dat het vaak alles samen is.” Ze benadrukte de rol van de therapeut, de therapeutische opbouw en het voorafgaande contact dat is gelegd. Daarnaast stelde therapeut A dat de relationele context en de sfeer in de ruimte een verandering in de gevoelens van de bewoner teweeg kunnen brengen.

4.5.2 Effecten buiten de sessie

De effecten van muziektherapie lijken voor sommige bewoners verder door te werken dan de directe sessie, hoewel dit sterk afhankelijk is van de persoon en de dag. Therapeut A hoorde van collega's dat het effect soms langer aanhoudt: “Ik hoor wel eens van collega's bij de D-ZEP dat: ‘het de hele ochtend zo bleef nadat [ik] weg was.’” Tegelijkertijd voegde ze een kanttekening toe, waarbij ze de mogelijkheid van vooroordelen erkende: “... maar daar zit een vooringenomenheid in, want dat zijn de collega's die echt grote muziekliefhebbers zijn.” Therapeuten B en D zijn van mening dat herhaalde positieve ervaringen tijdens de sessie kunnen bijdragen aan bredere veranderingen. Therapeut B beschreef: “Ik ben ervan overtuigd dat als je deze momenten vaak hebt en hij meer veiligheid ervaart, hij zich zal openstellen voor de omgeving.” Volgens haar kan dit ertoe leiden dat iemand zich vrijer gaat uiten. Therapeut D zei: “Soms denk ik dat elk klein beetje helpt. Dus als iemand een half uur lang niet schreeuwt, heeft hij een half uur lang een ander ademhalingsritme gehad en zich een half uur lang iets comfortabeler gevoeld.” Tegelijkertijd gaven alle therapeuten aan dat het effect van korte duur kan zijn en na de sessie kan verdwijnen. Therapeut D verklaarde: “Nadat [ze] is vertrokken, kan het gedrag onmiddellijk weer veranderen”, wat vaker gebeurt naarmate de dementie vordert.

4.6. Uitdagingen in de muziektherapeutische praktijk

Therapeuten A en C zijn voortdurend op zoek naar hun rol en toegevoegde waarde. Therapeut A omschreef het als “een zeer grote zoektocht” om te begrijpen “wat [haar] bijdrage, door middel van muziek, aan de hele D-ZEP-omgeving eigenlijk is”. Therapeut C worstelt op dezelfde

manier met haar positionering en vraagt zich af hoe ze de therapie op de afdeling zo kan structureren dat deze optimale resultaten oplevert. De therapeuten worden geconfronteerd met complexe uitdagingen die voortvloeien uit de onvoorspelbaarheid van de bewoners, de hoge werkdruk en organisatorische beperkingen, die allemaal een doelgerichte en responsieve therapie in de weg staan. Met name de D-ZEP-afdeling vereist verhoogde alertheid. Therapeut A beschreef de voortdurende noodzaak om haar eigen fysieke veiligheid te beoordelen en zei: “Is dit een meneer die mij straks klem gaat zetten?” – een belangrijk punt van aandacht in deze omgeving. Therapeut B suggereerde dat, hoewel ze dit probeert te vermijden, het vermogen van de therapeut om zich te concentreren, te reageren en deel te nemen aan de sessie aanzienlijk kan worden beïnvloed door hun verhoogde staat van alertheid. Alle therapeuten noemden de beperkte werktijd, de korte behandelingsduur en het hoge tempo, waardoor de mogelijkheden voor zinvolle interacties beperkt zijn. Therapeut C beschreef het proces als “heel snel”, therapeut D wees op de gemiste kansen om te reageren in acute situaties en therapeut B ervaart rolconflicten tussen meerdere afdelingen. Therapeut A benadrukte de noodzaak van meer werkuren om beter aan te sluiten bij het ritme van de bewoners.

Voor therapeuten A, B en C is een belangrijk probleem de uitgestelde betrokkenheid bij de behandeling. Het beleid van de organisatie beperkt muziektherapie in de eerste zorgfase om prikkels tot een minimum te beperken, maar A merkt op: “De stilte kan ook erg beklemmend zijn.” C geeft de voorkeur aan een vroegere betrokkenheid, maar wordt vaak te laat ingeschakeld, wat de continuïteit beïnvloedt. Hoewel therapeut B een positieve ontwikkeling ziet in de vroegere implementatie van interventies, blijft de timing inconsistent vanwege factoren zoals medicatie, traumageschiedenis en individuele zorgbehoeften.

Ten slotte merkten de therapeuten de volgende uitdagingen op: het ontbreken van een speciale therapieruimte, waardoor het moeilijk is om een omgeving met weinig afleidende prikkels te creëren waarin vrijuit kan worden geuit; het voortdurend meenemen van instrumenten, wat de spontaniteit beperkt; en cultureel gevoelige muziekinterventies, waarbij therapeut A het omgaan met

de diverse achtergronden van de bewoners omschrijft als een “ontdekkingsreis”.

4.7 Feedback Analyse

Drie van de vier therapeuten gaven feedback op de analyse. Deze therapeuten bevestigen dat de analyse een accurate weergave was van hun ervaringen. Daarnaast merkte therapeut C een verschuiving op in de therapeutische aanpak ten opzichte van de periode van het interview. Waar zij voorheen op een rustige, passieve manier met cliënten werkte, kunnen sommige nieuwe bewoners nu aanzienlijk meer auditieve prikkels verdragen. Hierdoor realiseerde zij zich dat de therapeutische behoeften in de D-ZEP-afdeling meer afhangen van individuele capaciteiten dan van een algemene behoefte aan ontspanning binnen de D-ZEP.

5. Discussie and conclusie

5.1 Discussie

5.1.1 *Effecten van muziektherapie*

Dit onderzoek is het eerste waarin de waarde van muziektherapie binnen D-ZEP-afdelingen in Nederland wordt onderzocht. Een belangrijke bevinding is dat therapeuten consequent de nadruk leggen op het stimuleren van actieve betrokkenheid van bewoners. Daarnaast wordt ritme genoemd als een zeer effectief werkingsmechanisme voor gedragsverandering. Recente literatuur lijkt deze bevindingen te bevestigen en suggereert dat actieve en ritmische muziektherapie cognitieve voordelen oplevert (Fusar-Poli et al., 2017; Ting et al., 2024; Jiménez-Palomares et al., 2024). Naast ritme werden ook verschillende andere muzikale parameters genoemd als effectief. Misschien is het juist de rijkdom van muziek, met al zijn verschillende parameters, die ervoor zorgt dat muziektherapie in verschillende omstandigheden en bij verschillende personen effect heeft. Sommige therapeuten schrijven de effecten van muziektherapie voornamelijk toe aan de muziek zelf, terwijl anderen ook het belang benadrukken van de aanwezigheid van de therapeut, de therapeutische relatie en de structuur van de sessie. Hoewel de effecten van non-verbale signalen van therapeuten een invloed op de effectiviteit van muziektherapie suggereren (Cevasco, 2010; Krøier et al., 2021), kan men ook stellen dat deze kwaliteiten niet los staan van de muziek, maar ook juist via de muziek kunnen worden overgebracht.

Een recent onderzoek door Van Voorden et al. (2025), waarin de kenmerken van bewoners van gespecialiseerde zorgafdelingen in Nederland werden onderzocht, ondersteunt de observaties van therapeuten dat de D-ZEP-populatie voornamelijk bestaat uit personen in een vergevorderd stadium van dementie. Aangezien uit de literatuurstudie blijkt dat muziektherapie in latere stadia minder effectief is dan in matige stadia (Álvarez, 2022; Chang et al., 2015; Tolentino et al., 2021), kan dit erop wijzen dat muziektherapie minder effectief is binnen D-ZEP-afdelingen dan in omgevingen met bewoners met mildere vormen van dementie. Dit kan verklaren waarom de nawerking van de

therapie soms wel en soms niet werkt. Het is echter waarschijnlijk dat veel interventies in het gevorderde stadium een verschillend effect hebben. De vraag is dan niet alleen hoeveel er nog kan worden bereikt, maar ook welke zinvolle ondersteuning nog kan worden geboden. Zelfs als het effect van muziektherapie beperkter is, kan het bijzonder waardevol zijn vanwege de hoge mate van leed en verminderde kwaliteit van leven die deze groep ervaart.

5.1.2 Sensorische integratie

Bij het aanpakken van de zintuiglijke behoeften van bewoners lijken muziektherapeuten van nature gevoelig te zijn voor zintuiglijke prikkels. Hoewel een formele SI-opleiding voor muziektherapeuten kan helpen om het bewustzijn te vergroten door het auditieve systeem niet geïsoleerd te bekijken, maar als onderdeel van het bredere zintuiglijke netwerk, deelt muziektherapie mogelijk al belangrijke principes met, en vormt het een aanvulling op, de SI-gebaseerde aanpak die wordt gebruikt op D-ZEP-afdelingen. Aangezien prikkelregulatie een belangrijk onderdeel is van SI, kunnen veel muziektherapeutische doelen hieraan worden gekoppeld, zoals het bereiken van rust of het mogelijk maken van contact. Hoewel muziektherapie doorgaans wordt gezien als een methode die via het gehoorstelsel werkt om doelen zoals emotionele en prikkelregulatie of het leggen van contact te ondersteunen, kan het ook meerdere zintuiglijke systemen stimuleren, met name wanneer het doel is om actieve betrokkenheid teweeg te brengen. Hoewel de doelen doorgaans verband houden met auditieve input, kan muziektherapie ook inspelen op de behoeften van andere zintuiglijke systemen. Het bespelen van een instrument of dansen op muziek kan bijvoorbeeld het tactiele, proprioceptieve en vestibulaire systeem aanspreken, terwijl ritmische auditieve stimulatie (bijvoorbeeld specifieke muzikale pulsen) de bewegingskwaliteit bij mensen met de ziekte van Parkinson blijkt te verbeteren (Scataglini et al., 2023).

In tegenstelling tot mijn verwachtingen hadden therapeuten het specifiek over het reguleren van alertheid om contact te maken in plaats van aandacht te verkrijgen. Het kan zijn dat het vermogen om aandacht op iemand te richten in deze context wordt beschouwd als gelijkwaardig aan het maken van contact.

5.1.3 Implementatie en positionering van muziektherapie

Individuele muziektherapie werd door de deelnemers aan het onderzoek als effectiever beschouwd dan groepsessies. De onderzoeken naar het effect van probleemgedrag in hoofdstuk 2 baseerden hun bevindingen voornamelijk op groepstherapie (Chang et al., 2015; Van der Steen et al., 2018; Zhang et al., 2017), met één onderzoek naar individuele therapie (Prick et al., 2024). Dit kan te wijten zijn aan het kosteneffectieve karakter van groepsinterventies, die doorgaans minder tijd per deelnemer vergen en grotere aantallen deelnemers mogelijk maken.

Therapeuten beschreven muziektherapie op D-ZEP-afdelingen als een evoluerend proces, waarbij sommigen nog steeds op zoek zijn naar de juiste rol en positionering. Deze behoefte lijkt een afspiegeling te zijn van het bredere plaatje van deze afdelingen, aangezien Van Voorden et al. (2024) opmerken dat gespecialiseerde dementieafdelingen zich nog in een experimentele en evoluerende fase bevinden. De beperkte werktijden – gemiddeld 2,6 uur per week per muziektherapeut per afdeling – kunnen er ook op wijzen dat muziektherapie nog niet volledig is ingeburgerd als standaardonderdeel van de behandeling. De literatuur suggereert dat muziektherapie die minstens twee keer per week wordt aangeboden, een groter effect heeft op het beheersen van uitdagend gedrag (Chang et al., 2015; Prick et al., 2024; Van der Steen et al., 2018; Zhang et al., 2017). De geïnterviewde therapeuten ervaren in dit opzicht een beperking. Daarom kunnen de bevindingen suggereren dat er meer uren nodig zijn om de voordelen van muziektherapie in D-ZEP-afdelingen te maximaliseren. Meer tijd zou therapeuten ook de mogelijkheid bieden om een adviserende rol te spelen met betrekking tot het akoestische klimaat van de afdeling, dat nog niet is ontwikkeld. Bovendien kan aan de positionering van muziektherapie in de eerste fase van gefaseerde zorg kritische kanttekeningen gezet worden. Vanwege het beleid van de organisatie worden therapeutische interventies vaak uitgesteld in de veronderstelling dat minimale stimuli nodig zijn voor stabilisatie. Hoewel het belangrijk is om alert te blijven op de mogelijke negatieve effecten van muziektherapie, geven therapeuten blijk van veelzijdigheid en een hoge mate van afstemming in zeer gecompliceerde situaties. Bovendien lijkt muziektherapie niet afhankelijk te zijn van grootschalige

interventies, maar maakt het gepersonaliseerde, laagdrempelige ondersteuning mogelijk. Aangezien de overgang naar een D-ZEP-afdeling zeer stressvol kan zijn (Verhees et al., 2024), kan vroegtijdige betrokkenheid van muziektherapie een gevoel van veiligheid en verbondenheid geven. Bovendien kunnen de observaties van muziektherapeuten waardevolle unieke inzichten opleveren.

5.2 Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek zijn onder meer:

- Een sterk pleidooi voor meer muziektherapie op D-ZEP-afdelingen
- Informatie over het aantal muziektherapeuten en hun werkuren op alle Nederlandse D-ZEP-afdelingen
- Onderzoeksvragen die zijn gebaseerd op problemen die in de dagelijkse praktijk worden waargenomen
- Een gedegen, gestructureerde kwalitatieve onderzoeksaanpak, zoals een thematische analyse met NVivo 15
- Een doelgerichte samenstelling van muziektherapeuten (purposive sampling), gericht op het maximaliseren van de diepgang en relevantie van de praktijkervaring
- Maatregelen om vooroordelen te verminderen (verbetering van betrouwbaarheid en geloofwaardigheid), waaronder een bracketing-mindmap, bracketing-interview en reflectie
- Volledige ('verbatim') transcripties, handmatig gecontroleerd om maximale informatie vast te leggen
- Een tweestaps feedbackproces voor deelnemers, waardoor fouten in de vertaling en interpretatie van de antwoorden van deelnemers tot een minimum worden beperkt

Beperkingen van dit onderzoek zijn onder meer:

- Het uitsluiten van de geplande focusgroep met zorgverleners, vanwege tijdgebrek
- Het ontbreken van de perspectieven van bewoners en verzorgers
- Een kleine sample size, waardoor de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperkt is

Mogelijke subjectiviteit die de resultaten beïnvloedt, vanwege de analyse door één persoon.

5.3 Aanbevelingen

Er wordt verder onderzoek aanbevolen naar het effect van individuele muziektherapie op ernstig probleemgedrag bij mensen met dementie, zoals de specifieke effecten van ritme als micro-interventie. Aangezien alertheidsregulatie vaak werd genoemd in het kader van SI, zou er meer onderzoek moeten worden gedaan naar de effecten van deze interventies. Aangezien moeite met contact maken als een fundamentele indicatie en dus ook als een belangrijk doel wordt beschouwd, zou het waardevol zijn om te onderzoeken wat het leggen van contact voor deze populatie eigenlijk betekent. Ten slotte kan een breder onderzoek naar deze huidige studie worden uitgevoerd, waarbij de mening van meer muziektherapeuten op D-ZEP-afdelingen wordt meegenomen en ook het standpunt van de zorgverleners en bewoners wordt betrokken.

5.4 Conclusie

Tot slot zal ik kort de voorgestelde hoofd- en deelvragen beantwoorden.

Welke waarde heeft muziektherapie in het aanpakken van problemen met sensorische integratie en in het verminderen van probleemgedrag bij mensen op de afdeling dementie dementie en zeer ernstig probleemgedrag (D-ZEP)? Muziektherapie kan op verschillende manieren bijdragen aan het welzijn van D-ZEP-bewoners, zowel via directe therapie als via interventies die buiten de therapie om plaatsvinden, bijvoorbeeld door het leggen van betekenisvolle contacten, het vergroten van het zelfvertrouwen en de identiteit, en het verminderen van rusteloosheid. Alertheidsregulatie wordt vaak genoemd in verband met problemen met SI en kan ook worden gekoppeld aan andere doelen, zoals het verminderen van agitatie en het leggen van contact.

Deelvraag 1. Wat zijn de indicaties en doelstellingen voor het inzetten van muziektherapie? Vaak genoemde indicaties waren moeilijkheden in contact, rusteloosheid, stemmingsstoornissen en SI. Doelen waren het bevorderen van contact, het stimuleren van ontspanning, het faciliteren van sensorische regulatie, het versterken van positieve ervaringen en het voortbouwen op de sterke

punten en autonomie van bewoners. Hoewel emotieregulatie ook een doel is, merken sommige therapeuten op dat dit vaak ondergeschikt is aan het creëren van veiligheid en stabiliteit.

Deelvraag 2. Welke muziektherapeutische interventies worden gebruikt? Interventies zijn sterk afgestemd op de behoeften van de bewoners. Actieve betrokkenheid wordt vaak gestimuleerd door middel van interventies zoals actieve muziektherapie (bijvoorbeeld improvisatie en samen muziek maken). Daarnaast worden interventies genoemd die meerdere zintuigen aanspreken, zoals dansen op muziek. Receptieve muziektherapie – live of opgenomen en gebaseerd op persoonlijke voorkeur – wordt ook gebruikt als een meer passievere vorm van interventie of als uitgangspunt om actieve deelname te stimuleren.

Deelvraag 3. Hoe ervaren muziektherapeuten de dagelijkse praktijk van het werken op een D-ZEP-afdeling? Therapeuten bevinden zich in een omgeving waarin ze zich zeer flexibel moeten opstellen. Terwijl drie therapeuten zich betrokken voelen bij het teamproces en de multidisciplinaire samenwerking als een belangrijke kracht van het D-ZEP beschouwen, voelt één therapeut zich meer een buitenstaander. Sommige therapeuten zijn nog bezig hun rol binnen het team te verkennen en te ontdekken hoe ze muziektherapie het meest effectief kunnen toepassen. De ernst van het gedrag van de bewoners maakt therapeuten vaak op hun hoede en het hoge tempo van de behandeling wordt als een bron van druk ervaren.

Deelvraag 4. Wat zijn de voordelen en uitdagingen van het implementeren van muziektherapie? De voordelen van het toepassen van muziektherapie gaan verder dan de directe effecten van de sessies zelf. Muziektherapeuten leveren waardevolle perspectieven binnen het team en bij beoordelingen, en zetten hun expertise in om advies te geven en muziekgebaseerde interventies te implementeren ter ondersteuning van 24/7 zorg. Uitdagingen zijn onder meer het beperkte aantal werkuren dat momenteel aan hen wordt toegewezen, het ontbreken van een speciale therapieruimte en het beleid van bepaalde D-ZEP-afdelingen om zorg gefaseerd aan te bieden, wat de behandeling in de beginfase kan vertragen. Bovendien doen ze uitsluitend individuele therapie, ervaren ze een beperking in de mate waarin een therapeutische relatie kan worden

opgebouwd en zijn de nawerkingen van de therapie variabel. Bovendien kunnen therapeuten het moeilijker vinden om actief deel te nemen aan het therapieproces als ze niet zo goed in het team zijn geïntegreerd.

5.5 Reflectie

De behoefte om de ervaring van het doen van dit onderzoek op een creatieve manier vast te leggen, bracht mij ertoe de tekening te maken die op de titelpagina te zien is. Het was een grote uitdaging om niet alleen de inhoud van 170 pagina's aan interviews te vangen, maar ook de onderliggende emoties over te brengen. Achteraf gezien zouden langere citaten misschien de diepere onderliggende gevoelens van de muziektherapeuten aan het licht hebben gebracht die tijdens het interview zo duidelijk naar voren kwamen. Hoewel de systematische werkwijze tijdrovend was, hielp het mij om de meerwaarde te inzien van het duidelijk rapporteren van processen die in muziektherapie vaak intuïtief verlopen en worden gestuurd door interactie op het moment zelf. Ten slotte heb ik, kijkend naar het totale proces, meer waardering gekregen voor het onderzoeksproces en nieuwe inzichten opgedaan die ik mee zal nemen bij het werken aan mijn D-ZEP-unit. Met name het voortdurende proces van epoché heeft me geholpen om situaties objectiever te beoordelen. Verder ben ik geïnspireerd om de nadruk op de geluidsomgeving te integreren, meerdere sessies per week aan te bieden voor een mogelijk groter effect en meer te leren over de genoemde interventies.

6. Literatuurlijst

- Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S., & Mayer, H. (2021). Mechanisms of impact and contextual aspects of a dementia special care unit in long-term care: a process evaluation. *BMC Geriatrics*, 21(1), 680. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02637-5>
- Álvarez, L. P. (2022). Neurologic Music Therapy with a habilitative approach for older Adults with dementia: A feasibility study. *Music Therapy Perspectives*, 40(1), 76–83. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab021>
- Alzheimer Nederland. (n.d.). Factsheet cijfers en feiten over dementie [Factsheet statistics and facts about dementia]. Retrieved April 10, 2025, from <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-en-cijfers-over-dementie>
- BiM-werkwijze. (2024, September 16). English. <https://bim-werkwijze.info/home/>
- Bochetta, M., Malpetti, M., Todd, E. G., Rowe, J. B., & Rohrer, J. D. (2021). Looking beneath the surface: The importance of subcortical structures in frontotemporal dementia. *Brain Communications*, 3(3), fcab158. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab158>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Bräuninger, I. (2014). Dance movement therapy with the elderly: An international internet-based survey undertaken with practitioners. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(3), 138-153. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.914977>
- British Association for Music Therapy. (n.d.). *Guide to professional practice & code of conduct*. <https://www.bamt.org/music-therapy/what-is-a-music-therapist/guide-to-professional-practise>
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Charles C Thomas Publisher.

- Bundy, A. C., & Lane, S. J. (2020). *Sensory integration: Theory and practice* (3rd ed.). F.A. Davis Company.
- Champagne, T. (2018). *Sensory modulation in dementia care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Cevasco, A. M. (2010). Effects of the therapist's nonverbal behaviour on participation and affect of individuals with Alzheimer's disease during group music therapy sessions. *Journal of Music Therapy*, 47(3), 282–299. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.3.282>
- Chang, Y. S., Chu, H., Yang, C. Y., Tsai, J. C., Chung, M. H., Liao, Y. M., Chi, M. J., Liu, M. F., & Chou, K. R. (2015). The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3425–3440. <https://doi.org/10.1111/jocn.12976>
- Chekani, F., Pike, J., Jones, E., Husbands, J., & Khandker, R. K. (2021). Impact of dementia-related behavioural symptoms on healthcare resource use and caregiver burden: Real-world data from Europe and the United States. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81(4), 1567–1578. <https://doi.org/10.3233/jad-201483>
- Clair, A. A. (2016). Music therapy for people who have Alzheimer's disease. In J. Edwards (Ed.), *The Oxford handbook of music therapy* (pp. 392–393). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199639755.001.0001>
- Codarts University of the Arts. (2024). *Handbook research arts therapies 2022–25*.
- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. https://www.dementiaresearch.org.au/wp-content/uploads/2016/06/CMAI_Manual.pdf
- Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. *Infants & Young Children*, 9(4), 23–35. <https://doi.org/10.1097/00001163-199704000-00005>

Edwards, J., & Bakouros, S. (2018). *Music therapy for infants with neonatal abstinence syndrome*.

Berklee Music and Health Institute.

<https://remix.berklee.edu/mh-exchange-music-medicine/3>

Emblad, S. Y., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative art therapy as a non-pharmacological intervention for dementia: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 5(1), 353–364. <https://doi.org/10.3233/adr-201002>

European Music Therapy Confederation. (2005). *Ethical code*. <https://emtc-eu.com/ethical-code/>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2016). *Beroepscode voor de vaktherapeutische beroepen* [Code of ethics for creative arts therapies]. <https://fvb.vaktherapie.nl/files/migratie/Beroepscode%20Vaktherapeuten%20herzien%20december202016.pdf>

Fusar-Poli, L., Bieleninik, Ł., Brondino, N., Chen, X. J., & Gold, C. (2018). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 22(9), 1097–1106. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348474>

Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178–192. <https://doi.org/10.1037/a0037511>

Garrido, S., Stevens, C. J., Chang, E., Dunne, L., & Perz, J. (2019). Musical features and affective responses to personalized playlists in people with probable dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(4), 247–253. <https://doi.org/10.1177/1533317518808011>

Groussard, M., Chan, T. G., Coppalle, R., & Platel, H. (2019). Preservation of musical memory throughout the progression of Alzheimer's disease? Toward a reconciliation of theoretical, clinical and neuroimaging evidence. *Journal of Alzheimer's Disease*, 68(3), 857–883. <https://doi.org/10.3233/JAD-180474>

- Henskens, M., Nauta, I. M., Vrijkotte, S., Drost, K. T., Milders, M. V., & Scherder, E. J. A. (2019). Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *PIOS ONE*, *14*(12), e0223704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223704>
- Ho, R. T. H., Fong, T. C. T., Chan, W. C., Kwan, J. S. K., Chiu, P. K. C., Yau, J. C. Y., & Lam, L. C. W. (2020). Psychophysiological effects of dance movement therapy and physical exercise on older adults with mild dementia: A randomized controlled trial. *The journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *75*(3), 560–570. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby145>
- Holden, S. K., Sheffler, J., Stewart, R., Thompson, S., Persson, J., Finseth, T., Sillau, S., & Kluger, B. M. (2019). Feasibility of home-based neurologic music therapy for behavioral and psychological symptoms of dementia: A pilot study. *Journal of Music Therapy*, *56*(3), 265–286. <https://doi.org/10.1093/jmt/thz009>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020). *Verbetering nodig in zorg voor cliënten met zeer ernstig probleemgedrag bij dementie: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* [Improvements needed in the care for clients with very severe challenging behaviour in dementia: Ministry of Health, Welfare and Sport] <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/01/13/probleemgedrag-bij-dementie>.
- Jiménez-Palomares, M., Garrido-Ardila, E. M., Chávez-Bravo, E., Torres-Piles, S. T., González-Sánchez, B., Rodríguez-Mansilla, M. J., De Toro-García, Á., & Rodríguez-Mansilla, J. (2024). Benefits of music therapy in the cognitive impairments of Alzheimer's-type dementia: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(7), 2042. <https://doi.org/10.3390/jcm13072042>
- Johnson, J. C. S., Marshall, C. R., Weil, R. S., Bamiou, D. E., Hardy, C. J. D., & Warren, J. D. (2021). Hearing and dementia: From ears to brain. *Brain: a Journal of Neurology*, *144*(2), 391–401. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa429>
- Kennisnetwerk D-ZEP. (n.d.-a). Professionals - D-ZEP. <https://dzep.nl/professionals/>

Kennisnetwerk D-ZEP. (n.d.-b). Expertisecentra - D-ZEP [Expertise centers - D-ZEP].

<https://dzep.nl/over-ons-2/expertisecentra-d-zep/>

Kennisnetwerk D-ZEP. (2023). *Kennisagenda* [Knowledge agenda].

<https://dzep.nl/seethook/2024/04/Notitie-Kennisagenda-D-zep.pdf>

Kim, B., Noh, G. O., & Kim, K. (2021). Behavioural and psychological symptoms of dementia in patients with Alzheimer's disease and family caregiver burden: A path analysis. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>

Geriatrics, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02109-w>

Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. J. (2013). Special care units and traditional care in dementia: Relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review.

Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra, 3(1), 360–375.

<https://doi.org/10.1159/000353441>

Krøier, J. K., Stige, B., & Ridder, H. M. (2021). Non-verbal interactions between music therapists and persons with dementia: A qualitative phenomenological and arts-based inquiry. *Music Therapy Perspectives*, 39(2), 162–171. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab008>

Therapy Perspectives, 39(2), 162–171. <https://doi.org/10.1093/mtp/miab008>

Leng, M., Zhao, Y., & Wang, Z. (2020). Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103489.

International Journal of Nursing Studies, 102, 103489.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103489>

Livingston, G., Barber, J., Marston, L., Rapaport, P., Livingston, D., Cousins, S., Robertson, S., La

Frenais, F., & Cooper, C. (2017). Prevalence of and associations with agitation in residents

with dementia living in care homes: MARQUE cross-sectional study. *BJPsych Open*, 3(4), 171–

178. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005181>

Loewy, J. (2015). NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 178–185. <https://doi.org/10.1111/nyas.12648>

- Lorusso, L. N., & Bosch, S. J. (2017). Impact of multisensory environments on behavior for people with dementia: A systematic literature review. *The Gerontologist*, 58(3), e168–e179.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw168>
- Majer, R., Adeyi, O., Bagoly, Z., Simon, V., Csiba, L., Kardos, L., Hortobágyi, T., & Frecska, E. (2020). Neuropsychiatric symptoms, quality of life, and caregivers' burden in dementia. *Open Medicine*, 15(1), 905–914. <https://doi.org/10.1515/med-2020-0124>
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage.
<https://doi.org/10.4135/9781412995658>
- O'Callaghan, C., Firbank, M., Tomassini, A., Schumacher, J., O'Brien, J. T., & Taylor, J. P. (2021). Impaired sensory evidence accumulation and network function in Lewy body dementia. *Brain Communications*, 3(3), fcab089. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcab089>
- Oer Audio. (n.d.). *Radio's voor ouderen (met dementie)* [Radio for elderly (with dementia)].
<https://www.oer-audio.nl/>
- Özata Değerli, M. N., & Altuntaş, O. (2023). Are behavioral and psychological symptoms of dementia related to sensory processing? *Applied Neuropsychology: Adult*, Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/23279095.2023.2232067>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods* (4th ed.). Sage.
- Plouvier, A., Gerritsen, D., Van Voorden, G., Van Den Berg, G., Van Leeuwen, R., De Bruin, A., Van Klaveren, J., Van Kemenade, Y., & De Jong, C. (2024). *Doelgroepdefinitie D-ZEP* [Target group definition D-ZEP]. Kennisnetwerk D-ZEP, UKON. <https://dzep.nl/seethook/2024/07/20-06-24-Doelgroep-definitie-D-zep-RLZ.pdf>
- Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>

- Prick, A. J. C., Van Domburg, P., Vink, A., Lumeij, L., Alofs, E., & van Hooren, S. A. H. (2021). De juiste snaar met muziektherapie bij mensen met dementie in het verpleeghuis: De ontwikkeling en evaluatie van een consensus-based Individuele muziektherapeutische interventie ter vermindering van probleemgedrag bij mensen met dementie (IMTI-ProDem) [Hitting the right note with music therapy for people with dementia in nursing homes: The development and evaluation of a consensus-based individual music therapy intervention to reduce challenging behaviour in people with dementia (IMTI-ProDem)]. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 17.
- Rhodus, E. K., Hunter, E. G., Rowles, G. D., Bardach, S. H., Parsons, K., Barber, J., Thompson, M., & Jicha, G. A. (2022). Sensory processing abnormalities in community-dwelling older adults with cognitive impairment: A mixed methods study. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 8, 23337214211068290. <https://doi.org/10.1177/23337214211068290>
- Scataglini, S., Van Dyck, Z., Declercq, V., Van Cleemput, G., Struyf, N., & Truijen, S. (2023). Effect of music-based therapy rhythmic auditory stimulation (RAS) using wearable device in rehabilitation of neurological patients: A systematic review. *Sensors*, 23(13), 5933. <https://doi.org/10.3390/s23135933>
- Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161–169. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- Sensory Integration Education. (n.d.). What is sensory integration? <https://www.sensoryintegrationeducation.com/pages/what-is-si>
- Simon, M. K., & Goes, J. (2013). *Dissertation and scholarly research: Recipes for success*. Dissertation Success. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5089.0960>
- Sittler, M. C., Worschech, F., Wilz, G., Fellgiebel, A., & Wuttke-Linnemann, A. (2021). Psychobiological mechanisms underlying the health-beneficial effects of music in people living with dementia: A systematic review of the literature. *Physiology & Behavior*, 233, 113338. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113338>

- Sivasathiaselan, H., Marshall, C. R., Agustus, J. L., Benhamou, E., Bond, R. L., van Leeuwen, J. E. P., Hardy, C. J. D., Rohrer, J. D., & Warren, J. D. (2019). Frontotemporal dementia: A clinical review. *Seminars in Neurology*, 39(2), 251–263. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1683379>
- Sternin, A., McGarry, L. M., Owen, A. M., & Grahn, J. A. (2021). The effect of familiarity on neural representations of music and language. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 30(8), 1595–1611. https://doi.org/10.1162/jocn_a_01737
- Tampi, R. R., & Jeste, D. V. (2022). Dementia is more than memory loss: Neuropsychiatric symptoms of dementia and their nonpharmacological and pharmacological management. *The American Journal of Psychiatry*, 179(8), 528–543. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220508>
- Thaut, E. B. M. H., & Hömberg, V. (2016). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192844491.001.0001>
- Thomas, S. P., & Sohn, B. K. (2023). From uncomfortable squirm to self-discovery: A phenomenological analysis of the bracketing experience. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231191635>
- Ting, B., Su, C. H., Chen, D. T., Hsu, W. T., Tsai, C. L., Lin, P. Y., & Jingling, L. (2024). The sound of memory: Investigating music therapy's cognitive benefits in patients with dementia—A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Personalized Medicine*, 14(5), 497. <https://doi.org/10.3390/jpm14050497>
- Tolentino, R., McMahon, A., & Coward, E. (2021). The use of a novel neurologic music therapy program to improve cognition and emotional affect in individuals with mild to severe dementia: A research protocol. *Undergraduate Research in Natural and Clinical Science and Technology (URN CST) Journal*, 5(10), 1–8. <https://doi.org/10.26685/urncst.309>
- Trimbos-instituut. (2020). Zorgprogramma dementie en zeer ernstig probleemgedrag [Care program for dementia and very severe challenging behaviour]. <https://www.trimbos.nl/docs/432b8b3c-846e-4140-90d5-11d3e4053a4d.pdf>

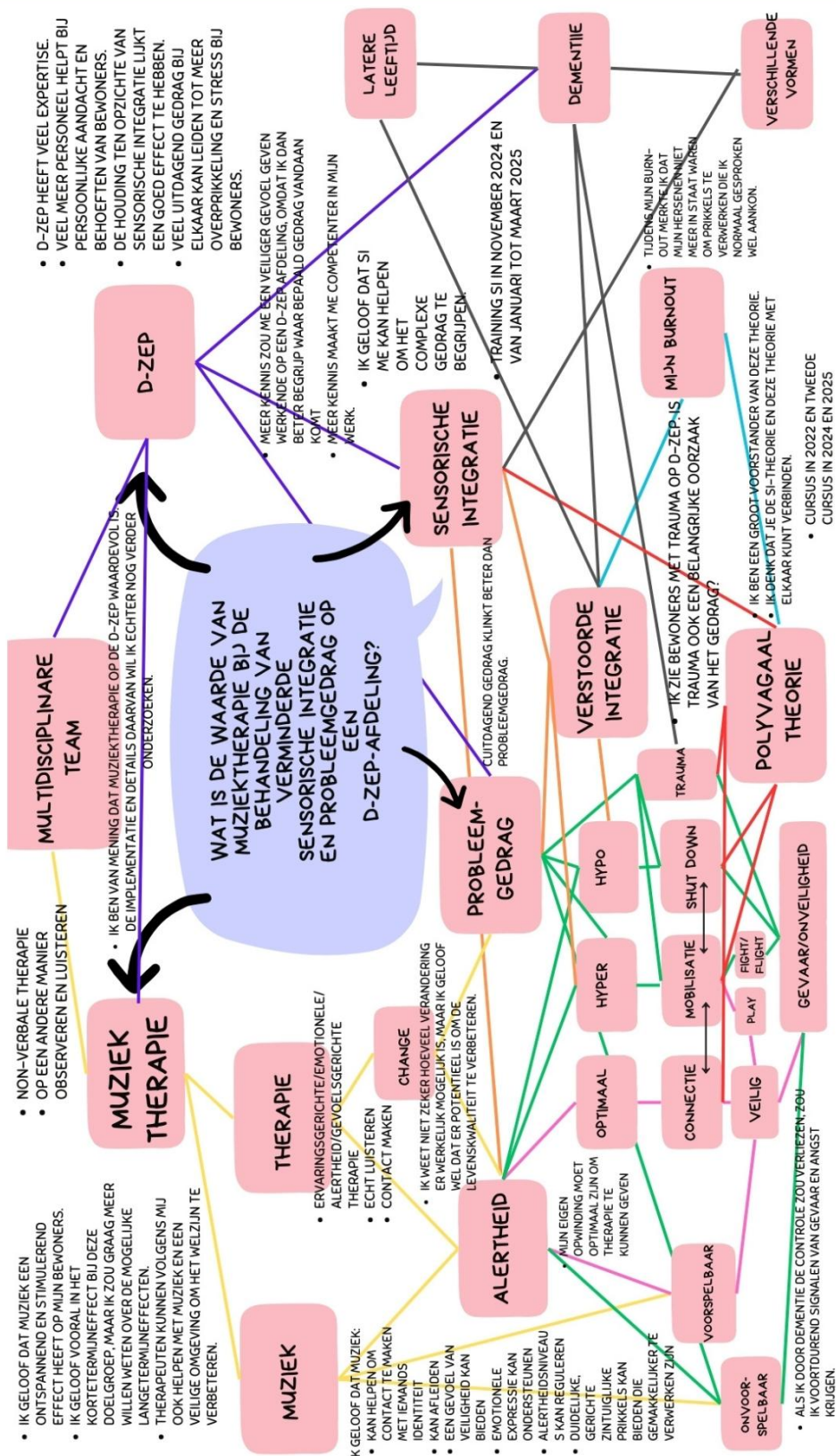
- Van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., Van Der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., & Vink, A. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane Library*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003477.pub4>
- Van Voorden, G., Koopmans, R. T. C. M., Strik-Lips, M. M., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Van Den Brink, A. M. A., Persoon, A., Voshaar, R. C. O., & Gerritsen, D. L. (2024). Organizational characteristics of highly specialized units for people with dementia and severe challenging behavior. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05257-x>
- Van Voorden, G., Koopmans, R. T. C. M., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Van Den Brink, A. M. A., Voshaar, R. C. O., & Gerritsen, D. L. (2025). Patient characteristics, behavior, and discharge locations of patients with dementia and very severe challenging behavior. *Aging & Mental Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2465780>
- Verhees, L. H. F., Banning, L. C. P., Stalman, H., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2024). Transferring people with dementia to severe challenging behavior specialized units: An in-depth exploration. *Aging & Mental Health*, 28(5), 838–848. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2280673>
- Volicer, L. (2018). Behavioral problems and dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4), 637–651. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.009>
- Vsnu, N. K. N. V. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit* [Dutch code of conduct for scientific integrity]. Zenodo. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. (2016). *Introduction to music therapy research* (3rd ed.). Barcelona Publishers. <https://barcelonapublishers.com/Introduction-to-Music-Therapy>
- Yang, H., Luo, Y., Hu, Q., Tian, X., & Wen, H. (2021). Benefits in Alzheimer's disease of sensory and multisensory stimulation. *Journal of Alzheimer's Disease*, 82(2), 463–484. <https://doi.org/10.3233/JAD-201554>

- Zhang, Y., Cai, J., An, L., Hui, F., Ren, T., Ma, H., & Zhao, Q. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 35, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.12.003>
- Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geleen, R., Kok, R. M., Luijendijk, H. J., Van der Stelt, I., Van Strien, A. M., Vink, M. T., & Vreeken, H. L. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie* [Multidisciplinary guideline on challenging behaviour in people with dementia]. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2. <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnenenpraktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>

Bijlage A

Reflexieve bracketing door middel van een mindmap en interview

Bracketing mindmap



25-09-2024

Reflecties van het bracketing-interview

Dit document is een weergave van het bracketing-interview met muziektherapeut Sietske Oosterhuis, dat plaatsvond op 23 september 2024. Het interview werd afgenomen volgens het protocol van de Transdisciplinary Phenomenology Research Group (TPRG) (Thomas, 2021; Thomas & Sohn, 2023), dat het afnemen, transcriberen, analyseren en gezamenlijk bespreken van het interview voorafgaand aan de dataverzameling omvatte. Er werd een aangepaste versie van de TPRG-procedure gebruikt, met vragen die overeenkwamen met die welke aan de deelnemers aan het onderzoek werden gesteld.

Als muziekagoog op een D-ZEP-afdeling beantwoordde ik de vragen op basis van mijn professionele ervaringen en bood ik een authentiek perspectief om persoonlijke verbanden, emoties en aannames met betrekking tot het onderzochte fenomeen te verkennen en te verwoorden. Zo werd ervoor gezorgd dat men zich bewust was van mogelijke invloeden op het onderzoek. Het interviewtranscript werd zelf geanalyseerd, met gedachten en directe citaten om openheid te garanderen en als kritische referentie te dienen.

1. Eerdere ervaring met het fenomeen

● Muziek op een D-ZEP-afdeling

Als muziektherapeut in opleiding en muziekagoog zie ik de toegevoegde waarde van ondersteunde muziek en muziektherapie op een D-ZEP-afdeling als een manier om non-verbale expressie, alertheidsregulatie en afleiding te bevorderen en het welzijn te verbeteren:

"Soms gaat het gewoon om het bieden van afleiding of het bevorderen van het welzijn, wat ook een belangrijk aspect is. Ons doel is het verbeteren van het welzijn, maar kan muziek ook dienen als een manier om dit te bereiken? Hoewel het luisteren naar muziek bijvoorbeeld plezierig kan zijn, kan deelname aan een muzikale of andere gezamenlijke activiteit soms een grote uitdaging vormen voor bewoners. In dergelijke situaties blijkt een op maat gemaakte aanpak van welzijn voordelig te zijn. Muziek kan dienen als afleiding van hun uitdagende omstandigheden, of het kan hen energie geven of kalmeren, afhankelijk van hun specifieke behoeften."

● De rol van muziek bij emotionele en cognitieve ondersteuning

In mijn werk heb ik gezien hoe muziek kan helpen om rust te brengen, vooral in omgevingen met veel prikkels. Ik merkte op:

"Als er te veel prikkels zijn, kan de structuur van muziek iemand helpen om zich beter te concentreren of zich veiliger te voelen, omdat ze anders misschien op alles om hen heen zouden reageren. Maar deze aanpak werkt niet voor iedereen."

Herkenbaarheid speelt ook een cruciale rol bij het bevorderen van verbondenheid en comfort. Ik vertelde:

"Bekende muziek kan ongelooflijk nuttig zijn, omdat het hen vaak aanmoedigt om mee te zingen. Het werkt als een prikkel die ze herkennen en die een gevoel van veiligheid geeft. Meezingen met bekende liedjes biedt een geruststellende context, iets waar ze zich aan vast kunnen houden en op kunnen vertrouwen."

● Verkennen van uitdagingen van muziekinterventies

Enkele citaten laten zowel het potentieel als de beperkingen zien van muziekinterventies in mijn huidige werk. Ik vertelde:

"Soms heb ik het gevoel dat ik meer werk aan de niet-directe muziekinterventies, omdat ik op dit moment nog niet over alle specifieke vaardigheden beschik om deze ideeën te implementeren. Toch geloof ik dat dit soort interventies – gericht op aandacht en hoe muziek het hartritme kan beïnvloeden – effectief kunnen zijn. Dit zijn gebieden die ik graag verder wil onderzoeken, omdat er nog zoveel is dat ik niet volledig begrijp."

25-09-2024

Reflecties van het bracketing interview

Mijn nieuwsgierigheid naar hoe muziek in verschillende contexten werkt, strekt zich ook uit tot de wisselende effectiviteit ervan:

"Soms werkt muziek heel goed, en soms niet. Ik ben dus benieuwd wat daarbij kan helpen."

Een uitdaging die ik heb opgemerkt, is het tijdelijke karakter van de impact van muziek tijdens therapiesessies:

"De uitdaging is dat muziek tijdens de therapie heel goed kan werken, maar dat het effect soms vrijwel direct daarna weer verdwijnt."

Dit heeft me ertoe aangezet om na te denken over manieren om de voordelen van muziektherapie ook na de sessie te behouden:

"Ik heb gemerkt dat muziek zelfs na een therapiesessie niet altijd het gewenste effect heeft. Dit doet me afvragen hoe ik bewoners tijdens de week kan ondersteunen als ik er niet ben."

● De rol van verbinding en regulering bij muzikinterventies

Een belangrijke observatie in mijn praktijk is het belang van verbinding – zowel met de muziek als met anderen. Ik reflecteerde:

"Vaak lijken ze geen verbinding te hebben met zichzelf – verdwaald in tijd, plaats of zelfs hun eigen gevoelens. Je probeert iets om contact met hen te maken, maar realiseert je dan dat er soms geen echte verbinding is en dat het niet werkt. Het gaat er vooral om die verbinding te bevorderen – aandacht voor elkaar en voor de muziek."

Ik heb ook gemerkt dat muzikinterventies effectiever zijn wanneer bewoners in een bepaalde staat van alertheid verkeren:

"Als iemand volledig gestrest is, is het meestal niet mogelijk om hem of haar met muziek te kalmeren – tenminste, niet voor de meeste mensen. Muziek is vaak effectiever wanneer hun alertheidsniveau iets lager is."

Mogelijke belemmeringen:

Mijn professionele focus op welzijn, regulering van alertheid en het opbouwen van verbondenheid kan ertoe leiden dat ik bepaalde aspecten van de verhalen van de deelnemers voorrang geef en andere over het hoofd zie. Bovendien kunnen mijn inspanningen om oplossingen te vinden voor uitdagingen in de praktijk leiden tot een vooringenomenheid om het fenomeen te zien als iets dat 'opgelost' moet worden in plaats van volledig te begrijpen in al zijn complexiteit. Het is essentieel om me bewust te blijven van deze neigingen om de ervaringen van de deelnemers echt te respecteren.

2. Impliciete theorieën

● Sensorische integratie

Ik erken dat mijn kennis van sensorische integratie beperkt is, zelfs na wat eerste lectuur over dit onderwerp:

"Ik vind nog steeds dat ik er te weinig van af weet."

Ik vind het verband tussen sensorische integratie en muziektherapie fascinerend, wat me ertoe aanzet om me af te vragen in hoeverre muziektherapeuten al expertise hebben op het gebied van auditieve verwerking:

"Muziek is al een stimulatie van het gehoor. Muziektherapeuten zijn in ieder geval experts op het gebied van auditieve sensorische integratie. Misschien ken je niet alle theorieën over sensorische integratie die erachter schuilgaan, maar beïnvloeding door middel van muziek... is iets wat we altijd al hebben gedaan."

Dit perspectief strekt zich natuurlijk uit tot de rol van aandacht in sensorische verwerking, wat het cruciale belang ervan in een D-ZEP-afdeling benadrukt:

"Aandacht speelt een belangrijke rol in sensorische integratie. Naar mijn mening is aandacht een van de meest cruciale aspecten van muziektherapie binnen een dergelijke afdeling."

Reflecties van het bracketing interview

● Polyvagaal theorie

Mijn professionele oriëntatie wordt sterk beïnvloed door de polyvagale theorie, die mijn begrip van alertheid, veiligheid en regulering heeft gevormd:

"Ja, ik denk dat ik erg gericht ben op de polyvagale theorie, omdat die me veel heeft geholpen. (...) In dat opzicht denk ik vaak in termen van veiligheid, onveiligheid en hoe ik kan helpen iemands alertheid te reguleren. Ik geloof ook dat alertheid verband houdt met aandacht, wat op zijn beurt weer verband houdt met sensorische integratie."

De Polyvagaal theorie is ook van invloed op mijn begrip van trauma en de uitingen daarvan in probleemgedrag:

"Ik denk dat gezondheid ook te maken heeft met een goed contact met jezelf en anderen. (...) Onlangs was er een lezing over trauma, waarin werd benadrukt hoe trauma kan leiden tot aanzienlijk probleemgedrag bij mensen met dementie. Op onze afdeling verzorgen we ook veel mensen met trauma's."

Ik ben het eens met de opvatting dat trauma's in wezen te maken hebben met het verlies van contact met jezelf:

"Trauma's gaan in wezen over het verlies van contact met jezelf – wanneer je niet langer verbonden bent met je innerlijke zelf en je lichaam onbewust de overhand neemt, waardoor je vastzit in een overlevingsreactie."

● Overlapping tussen theorieën

Hoewel ik geloof dat er een aanzienlijke overlap bestaat tussen kaders zoals de Polyvagaal theorie en sensorische integratie, merk ik dat er een gebrek is aan formele integratie tussen beide:

"Er is bijna geen overlap, of er is in ieder geval veel overlap, maar dat is nog niet echt samenwerking."

● Hechting aan theorieën:

Ik heb nagedacht over het risico van theoretische vooringenomenheid, en reflecteerde:

"Misschien zit ik ook wel erg in een tunnel... zit ik nu niet een beetje vast in een vast patroon?"

Ondanks dat ik de weerstand tegen sensorische integratie en de Polyvagaal Theorie erken, blijf ik het nut ervan inzien, zoals ik heb opgemerkt:

"Voor sommige mensen werkt dit, en het is een zeer duidelijke theorie."

● Scepticisme ten opzichte van critici:

Hoewel ik kritiek erken, richt ik me vooral op het valideren van de theorie en stel ik:

"Er zijn tegenstanders van de sensorische integratietheorie... maar voor sommige mensen werkt deze theorie."

Ik kan beide theorieën echter ook in perspectief plaatsen en ze beschouwen als slechts een manier om een fenomeen te bestuderen, zoals ik al zei:

"Ik denk dat je zowel de polyvagale theorie als de sensorische integratietheorie kunt zien als slechts één manier om naar een specifiek fenomeen te kijken, er zijn ook veel andere manieren."

Mogelijke belemmeringen:

Mijn vertrouwen in deze theorieën kan mijn interpretatie van de data beïnvloeden, waardoor ik de geldigheid ervan boven alternatieve perspectieven plaats. Door de complexiteit van de sensorische integratietheorie zou ik de relevantie ervan te veel benadrukken. Deze overtuiging zou mijn interpretatie kunnen beïnvloeden, waardoor ik meer aandacht zou besteden aan hiaten en kansen dan aan gevestigde patronen of werkwijzen.

Reflecties van het bracketing interview

3. Sterke gevoelens

- **Persoonlijke ervaringen met burn-out:**

Mijn eigen ervaringen met stress en Alertheidsregulatie vormen de basis voor mijn empathische benadering. Ik dacht hierover na toen ik zei:

"Ik merkte dat mijn burn-out mijn sensorische verwerking verstoorde."

Hoewel ik geen dementie heb, kan ik me toch vinden in de complexiteit van sensorische verwerking:

"Ik kan me voorstellen hoe ingewikkeld verstoorde sensorische integratie kan zijn voor mensen met dementie, aangezien ik zelf soortgelijke moeilijkheden heb ervaren tijdens mijn dagelijkse leven tijdens mijn burn-out."

- **Tegenoverdracht:**

Het werken met bewoners heeft bij mij soms sterke emotionele en fysieke reacties opgeroepen. Ik herinner me:

"Ik ben zelf een keer bedreigd door een van die bewoners en ik merk dat ik het nog steeds moeilijk vind."

Het omgaan met deze reacties is een uitdaging geweest:

"Het vergt training, want het roept ook een fysieke reactie bij jezelf op. Ik bedoel, ik ben ook maar een mens."

"Af en toe vind ik het nog steeds een uitdaging om met dat soort situaties om te gaan en denk ik: 'Hoe pak je dit aan?' Ik let voortdurend op of een actie te veel onrust veroorzaakt of als plezierig wordt ervaren. Het blijft echter een delicate balans, vooral gezien de onvoorspelbaarheid van sommige bewoners. In zulke gevallen is het een geruststelling dat je deze situaties niet alleen hoeft aan te pakken."

Mogelijke belemmeringen:

Deze sterke gevoelens kunnen ertoe leiden dat ik me meer ga richten op het reguleren van alertheid en emotionele veiligheid, mogelijk ten koste van andere factoren die het gedrag van deelnemers of therapeutische resultaten beïnvloeden.

4. Culturele overtuigingen

- **Het belang van contact:**

Ik geloof sterk in het belang van gezien en begrepen worden, zoals ik al eerder heb gezegd:

"Contact gaat vooral over gezien worden, je gezien voelen, samen zijn of één zijn. Soms is het alleen maar oogcontact – een moment waarop ik jou zie, jij mij ziet en we elkaar onze volledige aandacht geven."

Ik zie muziektherapie als een krachtige facilitator van deze verbinding:

"In de muziek kun je verbinding ervaren. Bijvoorbeeld wanneer je elkaar volgt in hetzelfde ritme, reageert op een muzikale vraag en je verbindt met een muzikaal kader dat je samen hebt gecreëerd."

"Ik denk dat we als muziektherapeuten een voordeel hebben als het gaat om het verbinden met de juiste energie: we kunnen in die zin heel goed luisteren."

- **Sociale en biologische basis:**

Voor mij is verbinding een essentieel onderdeel van het mens-zijn, zoals ik heb gezegd:

"Dit is eigenlijk een essentieel onderdeel van het mens-zijn, omdat we allemaal sociale wezens zijn."

Mogelijke belemmeringen:

Deze culturele focus kan ervoor zorgen dat ik prioriteit geef aan sociale en relationele dynamiek, waardoor ik mogelijk individuele of niet-relationale factoren in de ervaringen van deelnemers over het hoofd zie.

Volledige vragen

Codarts Hogeschool voor de Kunsten
Master Muziektherapie



Introductie vragen

Context D-ZEP Unit

- Kun je de D-ZEP unit beschrijven waar je werkt? Grootte, personeelsteam, andere therapeuten, faciliteiten? Hoeveel uur werk je op de D-ZEP?
- Werk je individueel met bewoners, in groepen of beide?
- Hoe vaak per week zie je een bewoner? Hoe lang duurt een sessie? Wat is de duur van de gehele behandeling?

Indicaties voor Muziektherapie

- Wie verwijst bewoners naar muziektherapie?
- Om wat voor redenen of indicaties worden bewoners doorverwezen naar muziektherapie? Wat zijn de doelen van de verwijzingen?
- Zijn er aanvullende doelen die je hebt voor de bewoners?

Sensorische Integratie en Muziektherapie

- ·Ligt er een specifiek kader voor sensorische integratie ten grondslag aan de interventies? Zo ja: hoe wordt dit toegepast binnen de behandeling?
- Op welke manieren kan muziektherapie volgens jou sensorische integratie ondersteunen?
- Zie je muziektherapie als een middel om alertheid te verlagen of te verhogen?

Interventies en Methodes

- ·Kun je de belangrijkste muziek therapeutische interventies noemen die je gebruikt?

Hoofd vragen

Muziektherapie in Praktijk

- Kun je een voorbeeld muziektherapiesessie met een bewoner beschrijven?
- ·Hoe ervaar je het proces van het selecteren en aanpassen van interventies aan de unieke behoeften van een bewoner?
- ·Kun je specifieke momenten beschrijven waarin muzikale stimuli leidden tot merkbare veranderingen in gedrag of emotionele toestand? Bijvoorbeeld, welke aspecten van de muziek leken een effect te hebben?
- Hoe interpreteer je en merk je deze veranderingen op?

Effect MT buiten de therapie

- Heeft muziektherapie een effect op bewoners buiten de therapiesessies? Kan je een voorbeeld geven van hoe verzorgers en/of familieleden dit merken in hun gedrag of welzijn?

Persoonlijke Impact

- Kan je iets vertellen over de emotionele impact die het werken met deze bewoners voor je heeft? Heeft dit invloed op je eigen reactievermogen/SI in de muziektherapie?

Extra vragen

- Is er nog een andere klinische ervaring die je zou willen delen in dit gesprek? En waarom?
- Hoe beïnvloedt de werkomgeving van de D-ZEP de implementatie en effectiviteit van muziektherapie?
- ·Welke uitdagingen kom je tegen bij het toepassen van muziektherapie binnen de context van een D-ZEP afdeling? Hoe pak je deze uitdagingen aan?

Bijlage C

Analysestappen (Engelse tekst)

Phase 1 Data Familiarisation

Example of interview transcript annotations

00:59:31

Music therapist C: Ah, interesting, it's fun to think about it.¹⁶

00:59:33

Researcher: To talk about it more specifically like that, you mean?

00:59:34

Music therapist C: Yes, yes, yes, also because I'm struggling a bit with uh...with uh...with how to . uh...structure that properly.

00:59:42

Researcher: What...?

00:59:43

Music therapist C: Well, the music therapy within such a unit and what I...what my role there is as a music therapist. Because I'm not actually the SI therapist there. What my role as a music therapist there is and uhm... well, what I just said, that now it's often somewhat... somewhat soft and somewhat uh... gentle, and trying to go along with relaxation and so yes, the other side, that active way fo working is also very nice. But why don't we see those now?¹⁷

01:00:09

Researcher: Yes.

01:00:09

Music therapist C: Well yeah that's uh... Sometimes you need space for that... uh... to chew on it, so to speak.¹⁸

16. Her intonation becomes more expressive and passionate, with a noticeable rise in pitch and increased variation in melody.

17. The discussion possibly prompts the music therapist to reflect more deeply on the rationale behind her therapeutic choices, leading to an examination of the absence of the more stimulating and challenging aspects of music therapy in her current practice.

18. Is she referring to the need for more time, as she feels her current hours are limited, or is she referring that time is needed to reflect on her own practice?

Phase 2 Creating the Initial Codes

Interesting and relevant excerpts regarding music therapy in D-ZEP units from all four transcripts were captured in an initial draft of codes.

Name	The label given to the created code
Description	A brief explanation of what the code represents and what kinds of content are included under it
Files	Number of interview transcripts in which the code appears (1–4, with each file representing one music therapist)
References	Number of text excerpts linked to the code across all transcripts

Name	Description	Files	References
Characteristics of residents	The diverse physical, cognitive, and emotional traits of the individuals living on a D-ZEP unit.	4	59
Collaborating with the team	The collaborative efforts between the music therapist and other professionals in the care team.	4	42
Contraindication for music therapy	Situations or conditions where music therapy may not be appropriate or could potentially have a negative impact on the resident.	4	12
Duration of session	The length of an individual music therapy session.	4	7
Duration of treatment	The duration of the overall treatment timeline.	4	5

Name	Description	Files	References
Effects outside the session	Any observed impacts, or lack thereof, outside of therapy sessions, including changes in behaviour, mood, or interactions, as well as instances where no noticeable effect occurs after the therapeutic intervention.	4	11
Effects within the session	Generally observed impact, or lack thereof, inside of therapy sessions.	4	14
Experiences caregivers	Excerpts where caregivers are mentioned, highlighting the situations they find themselves in.	4	12
Frequency per week	The frequency with which music therapy sessions occur within a given week.	4	5
Group or individual therapy	Whether the therapy is conducted one-on-one or in group settings.	3	16
Goals of music therapy	The specific objectives or outcomes that the therapy aims to achieve for each resident.	4	49
Indications for music therapy	Situations or conditions where music therapy is considered beneficial or necessary.	4	19
Indirect music therapy	Music therapy interventions that occur outside of formal therapy sessions, where the music therapist provides guidance, advice, or support to the team or caregivers.	4	12
Instruments	The types of musical instruments used in therapy.	4	117
Investing in the team	Excerpts that specifically focus on the investment done within the team or what the music therapist invests in the team.	2	5
Music therapy interventions general	General details about music therapy interventions, including the methods, techniques, and approaches used by the music therapist.	4	33
Personal challenges	The personal challenges music therapists face, such as emotional demands or self-doubt.	4	16
Professional challenges	The professional challenges, such as organisational or systemic issues within the work environment and faced within the music therapy session.	4	74
Referral to music therapy	The process by which residents are referred for music therapy, whether through healthcare professionals or by the therapist themselves.	4	22
Relationship between therapist and resident	Interactions between the therapist and resident that reveal the dynamics of their relationship, as well as reflections on the relational aspects of therapy and the therapist's views on its importance and impact.	4	14
Role of the music therapist	Actions, tasks, and responsibilities related to their therapeutic role.	4	30
Searching	The process of exploring new approaches, strategies, or interventions to overcome challenges.	3	23
Sensory integration	How the brain processes and integrates sensory information for coordinated actions.	4	52
Still in development	The ongoing exploration and refinement of music therapy and the D-ZEP practices highlight areas where the approach is evolving, and music therapists identify room for further growth or improvement.	3	30

Name	Description	Files	References
Way of working	The general approach or framework the therapist uses during sessions, rather than specific interventions.	4	50
Workplace	Excerpts related to the D-ZEP setting, describing the facilities, the types of staff members involved, the environment and other parts of the text related to the workplace.	4	50

Example coding interview transcript during phase 2 creating the initial codes

00:21:17

Researcher: Uh.. and what kind of interventions do you do exactly? Because you just said something really interesting about.. Could you give a few examples of music therapy interventions at the D-ZEP? Because you mentioned something about pressure.. with.. with uh.. a drum?

00:21:30

Music Therapist B: Yes, well, for example, uh.. uh.. a lot with percussion, with playing together, interaction, but then it's also very much about that.. that tactile aspect and feeling of input to your body. So it's both, about being able to make contact through playing, because that is, of course, safe.

00:21:44

Researcher: Yes.

00:21:45

Music Therapist B: At a distance, and someone uh.. responds to it. Uhm.. uhm.. so then a sort of au.. automatic response emerges, like: 'Oh, I do want to react to that.' And within that music, I try to challenge them and see if it's possible to establish contact through that. So that is one intervention. But at the same time, I notice that hitting the drum uh.. has a very regulating effect, that someone can suddenly focus their attention very well, and through that, they come into contact with their surroundings, right, they become less alert, and because of that, they see me, hear me, perceive me.. and.. and suddenly their gaze changes completely, they focus on me, and interaction becomes possible.

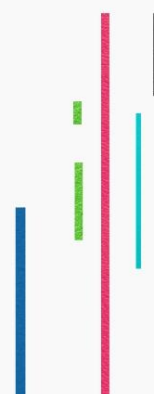
00:22:27

Researcher: Yes.

00:22:28

Music Therapist B: So it's both, right? You are working within safety because it's indirect. I work from a distance, the.. the medium does it, the music does it. Because of that, uh.. uh.. someone is triggered. Or when you put on a song.. Last week, with that.. uh.. gentleman who had quite a setback. There was.. he had become very apathetic, uhm.. impossible to engage with, completely stuck in his compulsive actions, also uh.. with the drum, he didn't want to play he just sat down, he looks straight past me. I have no contact at all, he hits the drum a few times, and really, it's just an automatic action. No connection, and I think: 'I'll put on some music.' Something that he.. that I know he likes. And suddenly he thinks: 'Hey!' He stands up, he picks up the rhythm with his foot, I stand next to him, I look at him, he starts moving along, I mirror that, and then his gaze comes to me, he thinks: 'Oh right, yes, yes.' And then he stays with my phone. Because I had played something on my phone, and then he stays next to it, keeping it close. Well, and then slowly, uh.. he looks at me and I.. I pause the music and he looks at me.. and I said: 'Should I continue?' and he nods, so then.. then.. then we have contact.

Way of working
Sensory integration
MT interventions general
Instrumentation
Goals of music therapy
Effects within the session



- Effects within the session
- Goals of music therapy
- Instrumentation
- Music therapy interventions general
- Sensory integration
- Way of working

Phase 3 Identifying Themes

Potential themes were formed by grouping codes that seem connected to each other. A distinction was made between main themes and sub-themes. Codes that could not yet be categorized were grouped under a theme labelled "miscellaneous."

Theme	Sub-theme	Codes
Context of Music Therapy Practice		
	Population	• Characteristics of residents • Relationship between therapist and resident
	Caregivers Experiences	• Experiences caregivers
	Workplace and Institutional Context	• Workplace
The Role of the Music Therapist in the Team Dynamics		
	Collaboration and Communication within Team	• Collaborating with the team • Investing in the team
	Role of the Music Therapist	• Role of the Music Therapist • Indirect Music Therapy
Effects of Music Therapy		
	Within-Session Effects	• Effects within the session
	Beyond-Session Effects	• Effects outside of the session
Music Therapy Interventions		
	Implementation of Interventions	• Music therapy interventions general • Instrumentation
	Therapy Structure	• Group or individual • Frequency per week • Duration of session • Duration of treatment
	Therapist's Approach to Session Facilitation	• Way of working
Selection and Allocation		
	Criteria for Participation	• Indications for music therapy • Contraindication for music therapy
	Referral Process and Treatment Planning	• Referral to music therapy • Music therapy goals
Challenges and Developments in Music Therapy Practice		
	Professional and Personal Challenges	• Personal challenges • Professional challenges
	Refining and Expanding Music Therapy Practice	• Still in development • Searching
Miscellaneous		
		• Sensory integration

Phase 4 Evaluating Themes

The themes from phase 3 were developed through a careful review and refinement of coded excerpts. Codes and themes were added, adjusted, or removed as needed to ensure they accurately reflected the data. For descriptions of new codes, see phase 5.

Theme	Sub-theme	Codes
Context of Music Therapy Practice		
	Population	• Characteristics of residents • Relationship between therapist and resident
	Workplace and Institutional Context	• Workplace
The Role of the Music Therapist in the Team Dynamics		
	Collaboration and Communication within Team	• Collaborating with the team
	Role of the Music Therapist	• Role of the Music Therapist • Observation and assessment role • Beyond the session role
	Duo Role Music and SI Therapist	• Duo role music and SI therapist
Effects of Music Therapy		
	Within-Session Effects	• Effect of music therapy on behavioural change • Musical parameters • Effect of music therapy on disrupted sensory processing
	Beyond-Session Effects	• Effects outside of the session
Music Therapy Interventions		
	Therapeutic Aims and Objectives	• Goals of music therapy
	Implementation and Application of Interventions	• Interventions in general • Instruments in session • Accordion • Autoharp • Body percussion • CRDL • Drum • Favourite/Recognisable music • Flute • Guitar • Movement-Dancing • Organ • Percussion • Piano • Receptive • Singing • Talking • Ukelele • Xylophone or loose soundbars • Multi sensory interventions
	Therapeutic Relationship	• Relationship between therapist and resident

Theme	Sub-theme	Codes
Selection and Allocation of Music Therapy		
	Referral to Music Therapy	• Referral
	Criteria for Participation	• Indication for music therapy • Contraindications for music therapy
	Session Planning and Duration	• Group or individual • Frequency per week • Duration of session • Duration of treatment • Observation period
Challenges in Music Therapy Practice		
		• Challenges

Phase 5 Defining Themes

Final refinement of themes for clarity, focus, and coherence. Themes were aligned with the research question, clearly named, and organised into final main themes, subthemes, and codes.

Name	Label given to a main theme, subtheme, or code
Description	Brief explanation of what the code represents and what kinds of content are included under it
Files	Number of interview transcripts in which the code appears (1–4, with each file representing one music therapist)
References	Final number of text excerpts linked to the code across all transcripts

☒ Main theme
 ☐ Sub theme
 ☐ Code

Name	Description	Files	References
1. Context of Music Therapy Practice			
1.1 Workplace			
• Workplace	Excerpts related to the D-ZEP setting, describing the facilities, the types of staff members involved, the environment and other parts of the text related to the workplace.	4	22
1.2 Population			
• Characteristics of residents	The diverse physical, cognitive, and emotional traits of the individuals living on a D-ZEP unit.	4	54
2. Music Therapist in the Clinical Team			
2.1 Collaboration Within the Team			
• Collaborating with the team	The collaborative efforts between the music therapist and other members of the care team, including ongoing interaction and investment in team relationships.	4	47
2.2 The Role of the Music Therapist			
• Role of the Music Therapist	Actions, tasks, and responsibilities related to their therapeutic role.	4	30

Name	Description	Files	References
• Observation and assessment role	The processes of observing residents and using that information for evaluation and understanding of their needs and condition.	4	13
• Dual role music and SI therapist	The integration of the SI framework by music therapists, either by taking on both roles or incorporating SI tasks into their practice, and how these roles interrelate in their work.	4	28
• Beyond the session role	The role outside therapy sessions, providing interventions, guidance, and support to the care team, caregivers, or other professionals.	4	12
3. Selection and Allocation of Music Therapy			
3.1 Referral to Music Therapy			
• Referral	The process by which residents are referred for music therapy, whether through healthcare professionals or by the therapist themselves.	4	22
3.2 Criteria for Participation			
• Indication for music therapy	Situations or conditions where music therapy is considered beneficial or necessary.	4	17
• Contraindications for music therapy	Situations or conditions where music therapy may not be appropriate or could potentially have a negative impact on the resident.	4	10
4. In-Session Music Therapy			
4.1 Session Planning and Duration			
• Group or individual	Whether the therapy is conducted one-on-one or in group settings.	4	7
• Frequency per week	The frequency with which music therapy sessions occur within a given week.	4	5
• Duration of session	The length of an individual music therapy session.	4	7
• Duration of treatment	The duration of the overall treatment timeline.	4	5
• Observation period	The initial period of treatment during which residents are observed to tailor the therapy. This may involve multiple sessions.	4	4
4.2 Therapeutic Aims and Objectives			
• Goals of music therapy	The specific objectives or outcomes that the therapy aims to achieve for each resident.	4	43

Name	Description	Files	References
4.3 Therapeutic Relationship			
Relationship between therapist and resident	Interactions between the therapist and resident that reveal the dynamics of their relationship, as well as reflections on the relational aspects of therapy and the therapist's views on its importance and impact.	4	14
4.4 Implementation and Application of Interventions			
Interventions in general	General details about music therapy interventions, including the methods, techniques, and approaches used by the music therapist.	4	32
Instruments in session	The types of musical instruments used in therapy sessions.		
Accordion	No description needed.	1	2
Autoharp	No description needed.	1	2
Body percussion	The use of the body to create rhythmic sounds, such as clapping, tapping, or stomping	1	1
CRDL	Instrument, when two people touch each other simultaneously while using CRDL, their touch is translated into sound.	1	1
Drum	A percussion instrument played by striking or tapping, including hand drums like the djembé, excluding drum kits.	4	13
Favourite/Recognisable music	Music that holds personal significance or is easily recognisable to the resident, often linked to memories, played live or recorded.	4	21
Flute (transverse)	No description needed.	1	1
Guitar (acoustic)	No description needed.	3	9
Organ	No description needed.	1	4
Percussion (other)	Handheld percussion instruments, such as maracas, tambourines, and samba balls, that produce sound when shaken or struck.	3	7
Piano	No description needed.	3	5
Receptive music	Music that is listened to or experienced passively, played live or record.	4	21
Singing	No description needed.	4	17
Talking	Talking used as intervention, with a focus on the music parameters.	2	5
Ukelele	No description needed.	1	2
Xylophone or loose soundbars	No description needed.	1	1

Name	Description	Files	References
Multi sensory interventions	Music therapy interventions that engage multiple sensory systems simultaneously.	4	11
5. Effects of Music Therapy			
5.1 Effects in the Session			
Effect of music therapy on behavioural change	Observed impact on behavioural change, or lack thereof, inside of therapy sessions.	4	18
Effect of music therapy on disrupted sensory processing	Observed impact on disrupted sensory processing, or lack thereof, inside of therapy sessions.	4	24
Musical parameters eliciting effects	Specific musical elements that elicit an effect in the resident.	4	16
5.2 Effects Outside the Session			
Effects outside of the session	Any observed impacts, or lack thereof, outside of therapy sessions, including changes in behaviour, mood, or interactions, as well as instances where no noticeable effect occurs after the therapeutic intervention.	4	11
6. Challenges in Music Therapy Practice			
Challenges	Professional, personal, and practical challenges faced by music therapists, including organisational issues, emotional demands, and the ongoing development and refinement of therapeutic practices.	4	78

Bijlage D

Toestemmingsformulier

Codarts Hogeschool voor de Kunsten
Master Muziektherapie



Toestemmingsformulier

Deelname aan Masteronderzoek Muziektherapie

Muziektherapeut

Onderzoeker

Thomas Kuipers
tkuipers@codarts.nl
Tel: 0636428908

Titel onderzoek

De waarde van muziektherapie voor sensorische integratie en probleemgedrag bij mensen met dementie in D-ZEP-expertisecentra

Naam deelnemer: _____

Vink alstublieft de vakjes aan die voor u van toepassing zijn

Ja Nee

Deelname aan het onderzoek

1. Ik heb de informatiebrief over het onderzoek, gedateerd [17/9/24], gelezen en begrepen. Ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen over het onderzoek en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

☐ ☐

2. Ik geef vrijwillig mijn toestemming om deel te nemen aan bovenstaand onderzoek en begrijp dat ik vragen kan weigeren te beantwoorden en op elk moment kan stoppen met het onderzoek, zonder een reden te hoeven geven en zonder consequenties.

☐ ☐

3. Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek een audio opgenomen interview inhoudt.

☐ ☐
Risico's van deelname aan het onderzoek

4. Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek de volgende risico's met zich meebrengt: mogelijke identificatie van collega's of bekenden.

☐ ☐
Gebruik van informatie in het onderzoek

5. Ik begrijp dat de informatie die ik verstrek zal worden gebruikt voor de master scriptie, gedeeld zal worden met kennisnetwerk D-ZEP en gebruikt kan worden voor eventuele vervolgpublishing of presentatie.

☐ ☐

6. Ik ga akkoord met de verwerking van de door mij verstrekte persoonsgegevens en informatie tijdens het onderzoek voor doeleinden die verband houden met het onderzoek, zoals deze aan mij zijn beschreven.

☐ ☐

7. Ik begrijp dat persoonlijke informatie die mij kan identificeren niet zal worden gedeeld buiten het onderzoeksteam en gecodeerd en los van mijn woorden wordt opgeslagen.

☐ ☐

8. Ik begrijp dat ik het recht heb op inzage in mijn persoonsgegevens en dat ik kan vragen om rectificatie, verwijdering, beperking van de verwerking, of bezwaar kan maken tegen de verwerking.

☐ ☐

9. Ik ga akkoord met audio-opnamen en transcriptie van het interview.

☐ ☐

10. Ik ga akkoord dat mijn informatie kan worden geciteerd in de onderzoeksresultaten.

☐ ☐

Handtekening

(deelnemer):

Handtekening Thomas Kuipers (onderzoeker):

Datum:

Datum:

Bijlage E

Informatiebrief

Codarts Hogeschool voor de Kunsten
Master Muziektherapie



Informatiebrief

Deelname aan Masteronderzoek Muziektherapie

17-09-2024

Muziektherapeut

Titel onderzoek

De waarde van muziektherapie voor sensorische integratie en probleemgedrag bij mensen met dementie in D-ZEP-expertisecentra

Uitnodiging om deel te nemen aan een afstudeeronderzoek

Graag wil ik u uitnodigen om deel te nemen aan mijn afstudeeronderzoek in het kader van de master Muziektherapie aan Codarts Hogeschool voor de Kunsten in Rotterdam. De onderzoekscoach van dit onderzoek is dr. Eleanor Richards.

Neem alstublieft de tijd om deze informatiebrief zorgvuldig door te lezen! Als u vragen of zorgen heeft over het onderzoek, aarzel dan niet om deze te stellen. Uw beslissing om deel te nemen is volledig vrijwillig en u kunt op elk moment zonder gevolgen uw deelname beëindigen.

Ik verzoek u vriendelijk om binnen 14 dagen na ontvangst van deze informatiebrief en toestemmingsformulier uw beslissing aan mij door te geven.

Dank u voor het overwegen om deel te nemen aan dit onderzoek. Als u besluit deel te nemen, kunt u deze informatiebrief opslaan en het toestemmingsformulier getekend naar mij terugsturen. Uw deelname zal waardevolle inzichten toevoegen aan mijn studie en wordt zeer gewaardeerd. Uw comfort en begrip staan voorop. Als enig deel van deze informatie onduidelijk is, of als u verdere verduidelijking nodig heeft, neem dan alstublieft contact met mij op. Ik wil ervoor zorgen dat u alle informatie heeft die nodig is om een weloverwogen beslissing te nemen over uw deelname.

Inhoud

Pagina 2

Het onderzoek

1. Samenvatting van het onderzoek
2. Doel van het onderzoek
3. Reden voor deelname
4. Omvang deelnemersgroep
5. Verwachte voordelen en mogelijke nadelen/risico's van deelname
6. Consultatie ethische commissie
7. Recht om deelname te weigeren
- Deelname aan het onderzoek
8. Verwachte tijdsinzet

Pagina 3

9. Planning en beschrijving van taken
10. Audio opname van interviews
11. Beleid voor citaten
12. Taal van het onderzoek en vertaling resultaten
13. Vertrouwelijkheid en verwerking van gegevens/data
14. Deelnemersrechten

Hoe u contact met ons kan opnemen

Als u vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek, aarzel dan niet om contact op te nemen.

Thomas Kuipers (Onderzoeker)
tkuipers@codarts.nl
+31 6 36 42 8908

Dr. Eleanor Richards (Onderzoekscoach)
egrichards@codarts.nl

Codarts Hogeschool voor de Kunsten (Instelling)
Master Muziektherapie
artstherapies@codarts.nl +31 10 217 11 00

Kruisplein 26 (7e verdieping)
3012 CC Rotterdam

Pagina 1 van 3

Informatiebrief

17-09-2024

Codarts Hogeschool voor de Kunsten 
Master Muziektherapie

Het onderzoek

Muziektherapeut

1. Samenvatting van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op de mogelijke waarde van muziektherapie bij het aanpakken van problemen met de verwerking van sensorische informatie en het verminderen van gedragsproblemen bij mensen met dementie en ernstige gedragsproblemen, die gehuisvest zijn op een D-ZEP afdeling. Door gebruik te maken van een kwalitatieve benadering binnen het fenomenologische paradigma, zal het onderzoek bestaan uit het interviewen van muziektherapeuten die werkzaam zijn op deze gespecialiseerde afdelingen en het houden van een groepsinterview (focusgroep) met een paar van hun collega's. Transcripties van deze interviews worden geanalyseerd in thema's om zodoende de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

2. Doel van het onderzoek

Het onderzoek maakt deel uit van het curriculum voor de master Muziektherapie aan Codarts, Hogeschool voor de Kunsten, Rotterdam. De resultaten van dit onderzoek kunnen ook worden gebruikt voor professionele contexten. Het doel van deze studie is om de mogelijke waarde van muziektherapie te onderzoeken en te begrijpen hoe dit kan bijdragen aan de kennis en behandeling in regionale expertisecentra D-ZEP. Hiermee hoop ik inzichten te verkrijgen die kunnen bijdragen aan het welzijn van de bewoners van D-ZEP en hun verzorgers.

3. Reden voor deelname

U bent specifiek uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek vanwege uw rol als muziektherapeut op een D-ZEP afdeling en uw kennis over sensorische integratie. Uw unieke expertise, inzichten, waarnemingen, emoties, anekdotes en interpretaties zijn cruciaal voor het verrijken van het begrip van deze complexe dynamiek.

4. Omvang deelnemersgroep

De deelnemersgroep voor dit onderzoek zal bestaan uit vier muziektherapeuten die individueel geïnterviewd worden en vijf personeelsleden die deel uitmaken van een focusgroepdiscussie.

5. Verwachte voordelen en mogelijke nadelen/risico's van deelname

De betrokkenheid van uw deelname biedt een platform om expertise en perspectieven te delen, waardoor het begrip van hoe muziektherapie mensen met dementie en ernstige gedragsproblemen kan helpen, wordt verrijkt. Daarnaast kan het bijdragen aan onderzoek gericht op het aanpakken van kritieke hiaten in de dementiezorg die geloofwaardigheid en zichtbaarheid van muziektherapie als waardevolle interventie binnen interdisciplinaire zorgteams vergroten. Er bestaat echter een kans dat u herkenbaar bent voor mensen die u al kennen, zoals collega-professionals.

6. Consultatie etische commissie

De ethische commissie van Codarts Hogeschool voor de Kunsten heeft het onderzoeksvoorstel beoordeeld en aangegeven dat er geen ethische obstakels zijn tegen de uitvoering van dit onderzoek. Let op, de commissie heeft alleen een adviserende rol en verleent geen formele goedkeuring.

7. Recht om deelname te weigeren

U heeft het recht om deelname te weigeren en uw beslissing zal zonder twijfel worden gerespecteerd.

Deelname aan het onderzoek

Muziektherapeut

8. Verwachte tijdsinzet

Interview: 60 minuten
Controleren en eventuele aanvulling transcriptie interview: ± 30-45 minuten
(Optioneel: feedback geven analyse (memberchecking): ± 30-45 minuten)

Pagina 2 van 3

Informatiebrief

17-09-2024

Codarts Hogeschool voor de Kunsten
Master Muziektherapie
codarts
rotterdam

9. Planning en beschrijving van taken

2024:

- September: Lees deze informatiebrief, stel eventueel vragen, teken en retourneer alstublieft het toestemmingsformulier binnen twee weken na ontvangst. Plan de datum van het interview. Vraag een collega van de D-ZEP om deel te nemen aan het groepsinterview (focusgroep).
- Oktober – December: Neem deel aan een audio opgenomen semi-gestructureerd interview, live of online. Indien online, mag u zelf uw voorkeur voor het medium aangeven (bijv. Microsoft Teams). Het gesprek heeft een open karakter en begint met enkele onderzoeksvragen. Binnen 48 uur ontvangt u de transcriptie van het interview via e-mail en krijgt u de optie om deze te controleren en eventueel aan te vullen. Indien u na 2 weken niet reageert, wordt de transcriptie als goedgekeurd beschouwd.

2025:

- Januari: U ontvangt een samenvatting van de analyse van het onderzoek. Als u wilt kunt u hier feedback op geven.
- Juni: Afronding onderzoek en presentatie. U ontvangt het eindresultaat via de mail.

10. Audio opname van interviews

Om ervoor te zorgen dat ik geen belangrijke details mis tijdens de interviews, zullen de gesprekken audio worden opgenomen. Deze opnamen zijn uitsluitend bedoeld voor onderzoeksdoeleinden en worden gebruikt om nauwkeurige transcripties te maken.

11. Beleid over citaten

Citaten uit de interviews kunnen worden opgenomen in de tekst van mijn masterscriptie. Een pseudoniem zal worden gekoppeld aan het betreffende citaat.

12. Taal van het onderzoek en vertaling van resultaten

Het onderzoek zal worden afgenomen in het Nederlands, echter is de analyse en de uiteindelijke scriptie in het Engels. Hierdoor zullen ook de citaten van u, in het Engels vertaald, terugkomen in de eindanalyse.

13. Vertrouwelijkheid en verwerking van gegevens

De vertrouwelijkheid van uw deelname wordt strikt gewaarborgd tijdens het gehele onderzoeksproces, inclusief verzamelen, opslaan, analyseren en publiceren van uw gegevens. Om uw anonimiteit te waarborgen krijgt u een pseudoniem toegewezen. Identificerende informatie, zoals toestemmingsformulieren, wordt gescheiden van uw woorden bewaard in een **versleutelde map op mijn computer**.

Uw woorden worden veilig opgeslagen in de **Codarts databank "STACK"** met een 256-bit AES-sleutel en wachtwoordbeveiliging. Na het afstuderen van de onderzoeker in juli 2025 blijven de gegevens nog een jaar in de databank voordat ze veilig worden vernietigd. Toegang is beperkt tot de onderzoeker, de onderzoekcoach en de examencommissie om de integriteit en ethiek van het onderzoek te waarborgen.

Voor verbeterde kwaliteit en betrouwbaarheid worden gespecialiseerde programma's gebruikt.

Amberscript, gecertificeerd volgens ISO 27001 en ISO 9001, verzorgt de veilige transcriptie van gegevens. **Deepl**, met geavanceerde TLS-versleuteling, wordt gebruikt voor vertalingen. Na voltooiing van de transcriptie en de vertaling worden alle data uit **Amberscript** en **Deepl** volledig verwijderd met de accountverwijdering. Bij de thematische analyse wordt **Nvivo** ingezet, dat voldoet aan de EU GDPR en de nodige beveiligingsmaatregelen implementeert. Na afronding van het onderzoek worden gegevens uit **Nvivo** ook onmiddellijk verwijderd.

14. Deelnemersrechten

U mag vragen weigeren en op elk moment stoppen met het onderzoek, zonder opgaaf van reden en zonder consequenties. U heeft ook het recht op toegang tot, rectificatie, verwijdering, beperking van, of bezwaar tegen, de verwerking van uw persoonsgegevens. Bij zorgen over het onderzoek, kunt u contact opnemen met mij, mijn begeleider, of Codarts (zie pagina 1).