

'Muzikale aanraking in het hier en nu'

Een kwalitatief onderzoek naar de ontwikkeling en het evalueren van de CRDL als muziektherapeutische interventie in het stimuleren van contact bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie.



Foto: CRDL

Auteur: Kimberley Janssen-Bouwmeester (548043)
Vaktherapie Muziek, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN)
In opdracht van: Mathilde Akse, Aafje thuiszorg huizen zorghotels
Onder begeleiding van: Anna-Eva Prick
Nijmegen, 03-06-2019

1. Voorwoord

Tijdens mijn stage in de ouderenzorg ben ik in aanraking gekomen met de CRDL. Ik heb zelf mogen ervaren wat het instrument aan reacties op kan roepen en wat voor een mooie, waardevolle momenten het kan opleveren voor een persoon met dementie. Voornamelijk omdat mensen met dementie steeds meer moeite krijgen met contact maken en soms belemmerd worden door gedragsproblematiek die het maken van contact beïnvloed, zoals apathie. Ik heb veel diverse soorten reacties gezien bij totaal verschillende cliënten. Het viel op dat de CRDL inspeelt op meerdere zintuigen tegelijkertijd; het gehoor en de tast.

Vanaf dat moment werd ik steeds nieuwsgieriger naar de mogelijkheden van de CRDL binnen muziektherapie. Vele vragen hielden mij bezig. Hoe reageren mensen met dementie op het instrument? Hoe kan de CRDL actief ingezet worden binnen de muziektherapie? Wat is de toegevoegde waarde om de CRDL te gebruiken als muziektherapeut? Wat is de rol van de muziektherapeut in het aanbieden van de CRDL? Vragen waar ik niet zomaar antwoord op kreeg of zelf kon geven.

Daarom heb ik een start gemaakt in mijn zoektocht door deze scriptie te schrijven. Bij zorgorganisatie 'Aafje thuiszorg huizen zorghotels' waren ze enthousiast om met dit vraagstuk aan de slag te gaan. Hier mocht ik op gesloten afdelingen bij mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie onderzoeken hoe de CRDL in combinatie met muziektherapie ingezet kon worden. Ook medewerkers van de CRDL-organisatie hebben een steentje bijgedragen in het brainstormproces. Zo kreeg de vraagstelling steeds meer kaders voor een haalbaar onderzoek. Ik heb gereisd van Rotterdam naar Nijmegen naar Venlo en naar huis, om mijn eindproduct te verwezenlijken. Het was een roerige, leerzame, grensverleggende, mooie ervaring.

Graag spreek ik mijn dank uit naar de volgende mensen:

- De medewerkers van zorgorganisatie Aafje die betrokken zijn geweest bij mijn onderzoek. Zonder jullie had ik niet de mogelijkheid om mijn onderwerp van nieuwsgierigheid te onderzoeken. Mijn dank voor jullie medewerking. In het bijzonder bedank ik de muziektherapeuten die tussen het werk door tijd hebben genomen voor mijn vragenlijsten. Daarnaast verdienen Gerben en Mathilde een bijzondere vernoeming wegens de fijne begeleiding en ondersteuning in het onderzoek.
- Ook andere deelnemers aan het onderzoek wil ik graag bedanken. De CRDL-ervaringsdeskundigen hebben mij gebracht tot professionele inzichten. Waar ik ook veel van geleerd heb, is de mogelijkheid om de interventie uit te voeren bij mensen met dementie. Mijn dank gaat uit naar de deelnemers en hun wettelijk vertegenwoordigers, voor het realiseren van deze mogelijkheid.
- Graag bedank ik mijn familie en vrienden voor de mentale steun en het begrip tijdens het afstuderen. In het bijzonder bedank ik Liezeth en Jaap voor het lezen van mijn verslag en het zetten van de puntjes op de i. Ook ben ik Jelle eeuwig dankbaar voor het ordenen van mijn gedachten en het geven van frisse moed.
- Wie ook een belangrijke rol heeft gespeeld in dit onderzoek is Floor Kauffman. Zij heeft de taak als medeobservator op zich genomen, waar aardig wat tijd en moeite in zit. Het was een fijne ervaring om dit observatieproces samen te beleven.
- Als laatst wil ik Anna-Eva Prick bedanken voor de ondersteuning tijdens mijn onderzoeksproces. Voor momenten van feedback en andere ondersteuning.

2. Inhoudsopgave

1. Voorwoord	2
2. Inhoudsopgave	3
3. Samenvatting	5
4. Inleiding	6
4.1 Probleemanalyse	6
4.1.1 Dementie	6
4.1.2 Gedragsproblematiek bij dementie	6
4.1.3 Niet-farmacologische behandelingen bij apathie	7
4.1.4 Muziektherapie	7
4.1.5 Multisensorische stimulatie	8
4.2 Probleemstelling	10
4.3 Vraagstelling	10
4.3.1 Hoofdvraag	10
4.3.2 Deelvragen	10
4.4 Doelstelling	10
5. Methode	11
5.1 Onderzoeksmethode: kwalitatief onderzoek	11
5.2 Onderzoekstype: ontwerponderzoek	11
5.3 Eerste basis interventieopzet	11
5.4 Deelvraag 1	12
5.4.1 Delphi-methode	12
5.4.2 Half gestructureerde open interviews	12
5.5 Deelvraag 2	13
5.5.1 Selectie deelnemers	13
5.5.2 Gestructureerde observaties	14
5.6 Onderzoek terminologie	15
5.6.1 Validiteit	15
5.6.3 Betrouwbaarheid	15
5.6.4 Bruikbaarheid	15
5.7 Ethische aspecten	16
6. Resultaten	17
6.1 Resultaten deelvraag 1	17
6.1.1 Resultaten Delphi-methode	17
6.1.2 Resultaten interviews	18
6.2 Resultaten deelvraag 2	20

6.2.1 Deelnemergegevens	20
6.2.2 Procesbeschrijving	21
6.2.3 Resultaten observaties	21
7. Conclusie	26
8. Discussie	28
8.1 Kritische reflectie.....	28
8.1.1 Delphi-methode	28
8.1.2 Half gestructureerde open interviews.....	28
8.1.3 Gestructureerde observaties	29
8.2 Betekenisgeving van uitkomsten.....	30
9. Aanbevelingen.....	32
9.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	32
9.2 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk	32
10. Literatuurlijst.....	34
11. Bijlagen	38
11.1 Bijlage 1: Eerste basis interventieopzet.....	38
11.2 Bijlage 2: Vragenlijst ronde 1.....	39
11.3 Bijlage 3: Vragenlijst ronde 2.....	41
11.4 Bijlage 4: Toestemmingsverklaring (informed consent) Muziektherapeuten	43
11.5 Bijlage 5: Interviewgide	44
11.6 Bijlage 6: Toestemmingsverklaring (informed consent) Ervaringsdeskundige CRDL.....	46
11.7 Bijlage 7: Inclusie- en exclusiecriteria deelnemers	47
11.8 Bijlage 8: Toestemmingsverklaring (informed consent) wettelijk vertegenwoordigers.....	48
11.9 Bijlage 9: Informatiebrief afstudeeronderzoek CRDL en muziektherapie Aafje	49
11.10 Bijlage 10: Positive Response Schedule for Severe Dementia.....	50
11.11 Bijlage 11: Logboek.....	51
11.12 Bijlage 12: Definitieve interventieopzet.....	52

3. Samenvatting

In dit kwalitatieve ontwerponderzoek is een interventieopzet ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie om het maken van contact te stimuleren. De onderzoeksvraag luidt:

Hoe kan het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie contact stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie die in een verpleeghuis verblijven?

Om deze vraag te beantwoorden zijn er diverse databronnen benaderd, met behulp van verschillende technieken van dataverzameling. De Delphi-methode is gebruikt om bij vier muziektherapeuten consensus te krijgen over een interventieopzet. Bij twee CRDL-ervaringsdeskundigen zijn half gestructureerde interviews afgenomen. Vervolgens is de interventieopzet die hieruit ontstond, uitgevoerd om contact te stimuleren bij twee deelnemers met dementie en vastgestelde apathie. Deze sessies zijn gestructureerd geobserveerd en geëvalueerd. De verkregen data is verwerkt middels codering en kwalitatief systematische analyse.

De belangrijke aandachtspunten voor de therapeut, die zijn verkregen uit de interviews, over het werken met de CRDL zijn: voorkennis hebben over de cliënt, afstemmen op de cliënt, rust uitstralen en de tijd nemen. Ook zien de CRDL-ervaringsdeskundigen meerwaarde in het aanbieden van een sessiereeks. Er kan voorzichtig gesteld worden dat de ontwikkelde *consensus-based* interventieopzet potentie heeft om het maken van contact te stimuleren bij ouderen met dementie en vastgestelde apathie. Mits de genoemde aandachtspunten door de therapeut in acht worden genomen. Eveneens wordt in de interventie aangeraden gebruik te maken van de volgende muziektherapeutische technieken: *Imitating, Synchronizing, Modelling, Repeating, Calming, Introducing change, Enabeling, Receding* en *Making transitions*. Om te zien of de ontwikkelde interventie daadwerkelijk effectief is, wordt aangeraden de effecten van de interventie op het maken van contact middels kwantitatief onderzoek bij een grotere populatie in de praktijk te testen.

4. Inleiding

4.1 Probleemanalyse

De probleemanalyse is gebaseerd op de 5W's + 1 H methode van Migchelbrink (2016).

4.1.1 Dementie

Momenteel lijden ruim 270.000 Nederlanders aan een vorm van dementie. De verwachting is dat het aantal mensen met dementie blijft stijgen (Alzheimer Nederland, z.d.). Dementie is een neurocognitieve stoornis, waaronder verschillende cognitieve stoornissen vallen. Bij dementie worden hersengebieden aangetast wat tot achteruitgang leidt. Vele hersengebieden kunnen aangedaan raken, waardoor dementie ook op vele verschillende manieren tot uiting kan komen (Sifton, 2011). Mensen kunnen achteruitgang ervaren in taal, geheugen of sociale vaardigheden (American Psychiatric Association, 2014). Dementie is een progressieve aandoening, er blijft achteruitgang optreden in het hele brein tot aan het overlijden (Sifton, 2011). Naar mate de dementie vordert, wordt het steeds ingewikkelder om keuzes te maken, na te denken, prikkels te verwerken en betekenis te geven aan prikkels (Van der Plaats & Kits, 2016). Zoals Van der Plaats en Kits (2016) schrijven, wordt iemand met dementie in het dagelijks leven steeds meer afhankelijk van de omgeving. Ondanks dat dementie variabel tot uiting komt, is er een bepaalde fasering te herkennen in het beloop van de ziekte. Bij gevorderde dementie, door Reisberg matige tot ernstige cognitieve achteruitgang genoemd, treedt desoriëntatie in tijd, plaats en personen op. In deze fase kunnen mensen met dementie niet langer voor zichzelf zorgen (Reisberg, Ferris, De Leon, & Crook, 1982). Hiernaast neemt het bewustzijn van de omgeving af en treden er veranderingen op in emotie en persoonlijkheid zoals agitatie, angst of apathie (Reisberg et al., 1982). Bij mensen met gevorderde dementie wordt non-verbale communicatie van belang in het maken van contact omdat er taalproblemen optreden (Sifton, 2011).

4.1.2 Gedragsproblematiek bij dementie

Zoals eerder geschreven, kan dementie op verschillende manieren tot uiting komen. Niet alleen geheugenproblemen kunnen optreden, maar ook verandering in gedrag en stemming wat kan leiden tot gedragsproblemen (De Vugt, 2016). De Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde [Verenso] (2018, P. 9) definieert probleemgedrag als: "alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving". Gedragsproblemen zoals angstig gedrag, geagiteerd gedrag en apathisch gedrag zijn van sterke invloed op de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en zijn betrokkenen. Daarnaast zijn gedragsproblemen de grootste risicofactoren voor overbelaste mantelzorgers en vroegtijdige opname in verpleeghuizen (De Vugt, 2016). Zhao et al. (2016) onderzochten prevalentie cijfers over gedragsproblemen bij de Ziekte van Alzheimer door een *systematic review* en meta-analyse uit te voeren. Daaruit bleek dat apathie het meest voorkomende gedragsprobleem (49%) is onder mensen met de ziekte van Alzheimer. Ook toonden zij aan dat naarmate de dementie vordert, apathie steeds meer voorkomt (Zhao et al., 2016). Nobis en Husain (2018) beschrijven dat er sprake van apathie is wanneer er verlies van motivatie optreedt in minstens twee van de drie volgende gebieden: doelgericht gedrag, cognitieve activiteit of emotie. Naast deze tekenen wordt apathie in gevorderde dementie ook gekenmerkt door moeite in contact maken met de omgeving (Van Halem, Van Herpen, & Van Rooyen, 2011). Allewijn (2010) stelt dat ouderen met apathie hun betrokkenheid met hun omgeving verliezen, dat emoties afvlakken en zij weinig activeren en initiatief nemen. Apathie kan bij een persoon met dementie gevolgen

hebben als conditieverlies, sociale isolatie en zelfverwaarlozing (Verenso, 2018). Dit maakt het belang van behandeling noodzakelijk.

4.1.3 Niet-farmacologische behandelingen bij apathie

Op dit moment zijn er nog geen medicijnen ontwikkeld die dementie kunnen genezen (Claassen, 2016). Volgens de aanbevelingen vanuit de 'Richtlijn Probleemgedrag bij Mensen met Dementie' van Verenso (2018) dienen eerst niet-farmacologische behandelingen uitgetoetst te worden alvorens er gestart wordt met psychofarmaca. Niet-farmacologische behandelingen zijn effectiever en veiliger dan het gebruik van medicatie (Claassen, 2016). Ouderen krijgen vaak veel verschillende medicijnen voorgeschreven die op elkaar kunnen spelen of voor vervelende bijwerkingen zorgen (Van Marum, 2016). Uit een studie van Verenso (2018) blijkt dat een persoon met dementie en apathie baat heeft bij het aanbieden van structurele stimulans en afgestemde activering. Aansluiten bij de individualiteit van een persoon met dementie zoals bij behoeften, levensgeschiedenis, persoonlijkheid, wensen en mogelijkheden staat als breed gedeelde visie vermeld in de 'Richtlijn Probleemgedrag bij Mensen met Dementie' (Verenso, 2018). Aansluiten op bovenstaande wijze is noodzakelijk om afgestemde activering in interventies aan te kunnen bieden. Allewijn (2010) benadrukt in haar adviezen dat het bij apathie vooral belangrijk is om mensen te stimuleren om zelf actie te ondernemen in taken waar ze nog toe in staat zijn. Mensen met gevorderde dementie en apathie dienen gestimuleerd te worden in contact en geactiveerd te worden, omdat deze problematiek dat bemoeilijkt. De volgende therapieën en activiteiten worden aanbevolen door Verenso (2018): bewegingstherapie, cognitief stimulerende activiteiten, creatieve activiteiten of interventies met muziek. Het aanbieden van muziek op afgestemde en structurele wijze kan bijvoorbeeld met muziektherapie. Hiernaast laat multisensorische stimulatie waarbij zintuigen geprikkeld worden, een kortdurend maar gunstig effect zien op gedragsproblemen bij mensen met dementie in een gevorderd stadium (De Vugt, 2016).

4.1.4 Muziektherapie

Vanuit de NVvMT (Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie) is een beroepscompetentieprofiel geschetst waarin de volgende definitie van muziektherapie staat: "In muziektherapie worden muzikale interventies binnen een therapeutische relatie ingezet om individuele doelstellingen van patiënten procesmatig te verwezenlijken. De behandeldoelen liggen op emotioneel, gedragsmatig, sociaal, cognitief, neurologisch, fysiologisch en/of motorisch gebied." (Hakvoort et al., 2017, p. 11). De inzet van muzikale middelen wordt gedaan middels instrumenten, spelvormen, bestaande muziek, stem en het gebruikmaken van muzikale elementen zoals ritme en melodie (NVvMT, z.d.).

Muziek heeft de kracht om herinneringen en bijbehorende emoties op te roepen, dit proces wordt ook wel *Episodic memory* genoemd (Juslin, 2012). Een studie toont aan dat de gebieden in de hersenen die een rol spelen bij muzikaal geheugen en herinnering, de gebieden zijn die de minste verschrompeling ervaren en daardoor het meest gespaard blijven in het ziekteproces (Jacobsen et al., in Scherder, 2017). Ekkerink (2010) beaamt dat herinneringen ophalen voor iemand met dementie positief kan bijdragen aan het contact, de eigenwaarde en aan het verbeteren van stemming. Muziektherapie blijkt volgens meerdere onderzoeken effectief in het behouden van communicatie in alle stadia van dementie (Aldridge, 2000; Juslin & Sloboda, 2010; Macdonald et al. 2012., in Kruijssen, 2014). Hiernaast ondersteunt muziektherapie het emotioneel functioneren en het sociaal contact wanneer taal- en emotievaardigheden verloren zijn (Kruijssen, 2014; Alzheimer Nederland & Vilans, 2013). Tang et al. (2018) onderzochten de effecten van muziektherapie op apathie bij

mensen met dementie in een verpleeghuis door verschillende muziektherapeutische interventies te testen. Bij de deelnemers van muziektherapeutische interventies was na twaalf weken de apathie afgenomen (Tang et al., 2018). Uit een kwantitatief systematische review van Goris, Ansel en Schutte (2016) blijkt dat niet-farmacologische behandelingen positief effect hebben op de vermindering van apathie bij mensen met dementie, waarbij muzikale interventies het grootste effect hebben.

Binnen de muziektherapie wordt veel gebruikgemaakt van muziektherapeutische technieken. Bruscia (1987/1997) heeft 64 behandeltechnieken (lees muziektherapeutische technieken) ontwikkeld voor improvisatorische muziektherapie. Het gebruik van klinische improvisatie speelt een belangrijke rol binnen muziektherapie en zorgt grotendeels voor een unieke bijdrage aan de gezondheidszorg, aangezien er laagdrempelig aan uiteenlopende doelen gewerkt kan worden (Carrol & Lefebvre, 2013). De muziektherapeutische technieken zijn onderverdeeld in categorieën van toepassingsmogelijkheid zoals empathische technieken, ontlokkende technieken en gesprekstechnieken. Van elke techniek staat beschreven hoe het uitgevoerd kan worden en voor welke doeleinden de techniek dient (Bruscia, 1987/1997). Empathische technieken worden bijvoorbeeld toegepast om non-verbaal aan te sluiten bij cliënten. Dit biedt ondersteuning in het opbouwen van een band en het ontlocken van interactie (Bruscia, 1987/1997). Zoals te lezen is, kan muziektherapie bijdragen aan de vermindering van gedragsproblematiek bij mensen met dementie. Echter blijkt de lichamelijke ervaring van multisensorische stimulatie zoals aanraking op muziek ook ontspanning te bieden en het emotioneel functioneren positief te beïnvloeden (Ekkerink, 2010; Alzheimer Nederland & Vilans, 2013). Hierdoor kan er contact ontstaan met mensen met gevorderde dementie, tevens voorkomen aanraking en multisensorische stimulatie dat iemand met gevorderde dementie in isolement raakt (Ekkerink, 2010). In dit onderzoek worden de muziektherapeutische technieken gecombineerd met sensomotorische stimulatie om te kijken of zij van toegevoegde waarde kunnen zijn voor elkaar.

4.1.5 Multisensorische stimulatie

Ekkerink (2010) pleit dat het vasthouden van, en nabijheid bieden aan personen met dementie zorgt voor geruststelling en veiligheid. Een onderzoek van Nicholls, Chang, Johnson en Edenborough (2013) concludeert dat de autonomie, het contact en de emotionele reactie gestimuleerd wordt wanneer een persoon met dementie een ander persoon aanraakt. Het onderzoek van Weert et al. (in Sánchez, Millán-Calenti, Lorenzo-López, & Maseda, 2012) toont aan dat het bieden van meerdere sensorische prikkels tegelijkertijd het contact bij mensen met dementie kan verbeteren. Er is recentelijk een instrument ontwikkeld dat multisensorische stimulatie aanbiedt op gebied van tast en gehoor, genaamd de CRDL [Cradle].

4.1.6 CRDL

De CRDL is een innovatief zorginstrument dat aanraking omzet in geluid (zie Figuur 1). Het is ontwikkeld om contact te verbeteren bij mensen met communicatiemoeilijkheden, zoals mensen met dementie (CRDL, 2016). Het instrument heeft de Nationale ZorgInnovatieprijs 2018 in ontvangst mogen nemen (CRDL, 2018). In Nederland zijn ongeveer 2000 locaties voor ouderenzorg waarvan op ongeveer 400 locaties een CRDL aanwezig is (persoonlijke communicatie, 18 maart 2019).



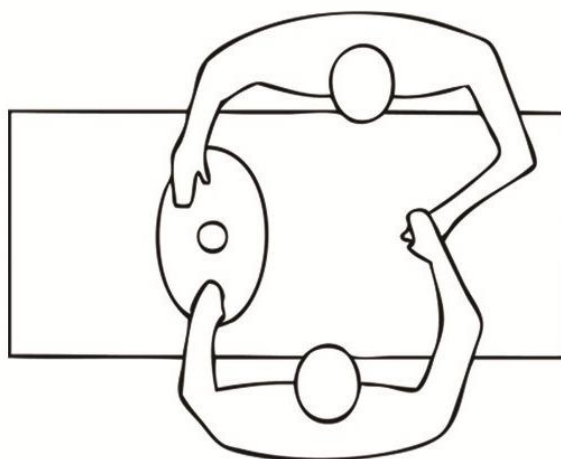
Figuur 1. CRDL. Overgenomen uit *Wat is de CRDL* door CRDL, z.d. (<https://crdl.com/crdl>). Copyright 2019, CRDL.

De CRDL koppelt geluiden in bepaalde geluidsbibliotheken aan vijf type aanrakingen: tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden (CRDL, z.d.) (zie Figuur 2). Bij de voorgeprogrammeerde geluidsbibliotheek boerderij hoort men bijvoorbeeld tijdens het tikken een kip maar met andere aanrakingen eenden of katten. In totaal zijn er vijftien voorgeprogrammeerde geluidsbibliotheken, variërend van herkenbare geluidsferen tot muzikale bibliotheken. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om eigen geluiden toe te voegen op de geleverde SD-kaart.



Figuur 2. Verschillende vormen van aanraking die door de CRDL herkend kunnen worden. Afbeelding gemaakt door 'Lloyd Humphreys via the Noun Project' en overgenomen uit *CRDL Gebruikshandleiding* (p. 8) door CRDL, 2016 (https://crdl.nodum.io/static/files/CRDL_manual%20NL_1116.pdf). Copyright 2016, CRDL.

Op het instrument zitten twee aanraakvlakken. Twee personen leggen één hand op een aanrakingsvlak en raken elkaar aan zodat er een gesloten circuit ontstaat (zie Figuur 3). Dit kan ontstaan door handen vast te houden, maar ook door andere vormen van huid-op-huid contact (CRDL, 2016). Het is tevens mogelijk om met meerdere personen de activiteit uit te voeren door de kring van handen te vergroten.



Figuur 3. Gesloten circuit concept - 2 personen. Overgenomen uit *CRDL Gebruikshandleiding* (p. 7) van CRDL, 2016 (https://crdl.nodum.io/static/files/CRDL_manual%20NL_1116.pdf). Copyright 2016, CRDL.

Aangezien het innovatieve instrument recent op de markt is gekomen, zijn er nog weinig wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar het gebruik en de effecten van de CRDL. Uit onderzoek van Teunissen, Luyten en De Witte (2017) blijkt dat de CRDL potentie heeft om het contact met mensen met dementie te vergroten. Peters-Scheffer, Tuenten en Frankena (2017) onderzochten de werking van de CRDL bij mensen met een ernstig meervoudige beperking, waar de voorzichtige conclusie luidde dat de CRDL effectief leek in de vermindering van probleemgedrag, het verbeteren van de stemming en het contact.

Recentelijk zijn er CRDL's aangeschaft op verschillende locaties van 'Aafje thuiszorg huizen zorghotels', de praktijkplek van dit onderzoek. De muziektherapeuten vinden dat de mogelijkheden van de innovatie binnen de muziektherapie en de rol van muziektherapeuten met de CRDL onderzocht dienen te worden. Momenteel wordt de CRDL als activiteit ingezet door activiteitenbegeleiders en vrijwilligers. Nog geen enkele muziektherapeut binnen zorgorganisatie Aafje heeft ervaring met de CRDL, zij zijn echter wel nieuwsgierig naar de mogelijke toegevoegde waarde vanuit muziektherapie. Meerdere muziektherapeuten kampen met dezelfde vraag, blijkt uit een bericht op een forum voor muziektherapeuten.

Van Rooij (2019) vraagt zich in dit bericht af of mensen vanuit muziektherapie met de CRDL werken, volgens hem lijkt het mooi en toepasselijk. Reacties hierop variëren van geïnteresseerde muziektherapeuten tot muziektherapeuten die de toegevoegde waarde in combinatie met muziektherapie niet zien. Ook muziektherapeuten van een zorginstelling in Limburg zijn benieuwd naar de mogelijkheden van CRDL binnen muziektherapie en wat daarin de rol kan zijn van de muziektherapeut (persoonlijke communicatie, 8 februari 2019). Van Hesselingen (z.d.), neurologisch muziektherapeut, geeft bijvoorbeeld aan dat zij instructie geeft hoe de CRDL ingezet kan worden. Muziektherapeuten hebben namelijk ook een adviserende rol binnen een organisatie volgens het beroepsprofiel (Hakvoort et al., 2017). Daarentegen gebruikt Wichers de CRDL wel binnen muziektherapie om interactie te stimuleren (Sprangers, 2019). Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar het gebruik van de CRDL binnen muziektherapie, meningen van muziektherapeuten zijn tot dusver enkel op ervaringen gebaseerd.

4.2 Probleemstelling

Mensen met gevorderde dementie en apathie hebben een duidelijke behoefte aan stimulering van contact. Dit kan verwezenlijkt worden met psychosociale, niet-farmacologische behandelingen, waaronder muziektherapie en sensomotorische stimulatie. De CRDL biedt een mooie mogelijkheid om muziektherapie met sensomotorische stimulatie te verbinden. Muziektherapeuten hebben momenteel nog geen duidelijk beeld over hoe ze de CRDL binnen muziektherapie kunnen inzetten. Zij zijn onbekend met de mogelijkheden van het inzetten van de CRDL in muziektherapie in het stimuleren van contact bij mensen met gevorderde dementie en apathie. Wetenschappelijk onderzoek naar de CRDL binnen muziektherapie is nog niet gedaan, het is dus interessant om te onderzoeken of het gebruik van de CRDL binnen muziektherapie van toegevoegde waarde is.

4.3 Vraagstelling

4.3.1 Hoofdvraag

Hoe kan het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie contact stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie die in een verpleeghuis verblijven?

4.3.2 Deelvragen

1. Hoe kan de CRDL als muziektherapeutische interventie ingezet worden volgens ervaringsdeskundigen om contact te stimuleren bij mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie?
2. Hoe reageren mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie op de CRDL als muziektherapeutische interventie?

4.4 Doelstelling

In dit kwalitatieve ontwerponderzoek wordt een interventieopzet ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie om het maken van contact te stimuleren. Tijdens de evaluatiefase wordt gekeken welke (muziektherapeutische) technieken bijdragen aan dit therapeutische doel. De ontwikkeling wordt gerealiseerd met behulp van muziektherapeuten en CRDL-ervaringsdeskundigen. Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen van deelnemers aan de ontwikkelde interventie te onderzoeken middels kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek draagt bij aan kennis over het gebruik van de CRDL binnen muziektherapie.

5. Methode

Aafje is een zorgorganisatie die zorg aanbiedt door middel van thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en zorghotels. Mensen met dementie kunnen bij verschillende locaties van kleinschalig wonen terecht en bij verzorgings-/verpleeghuizen. Binnen de organisatie bestaat een multidisciplinair team met verscheidene specialisten die behandeling bieden aan ouderen. Drie psychomotorische therapeuten en vier muziektherapeuten vertegenwoordigen de discipline vaktherapie. Bij Aafje komen mensen onder andere in aanmerking voor muziektherapie wanneer ze moeite hebben met uiten, onrust ervaren of last hebben van stemmingswisselingen (Aafje, z.d.).

5.1 Onderzoeksmethode: kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door het uitdrukken van gegevens in taal en verzamelt gegevens uit ervaringen en belevingen (Migchelbrink, 2016). Om een nieuwe interventie te ontwikkelen zijn ervaringen van deskundigen van belang. Dit is een verkennend/ontwikkelend onderzoek met een pilotstudie in de praktijk om te zien hoe de doelgroep hier op reageert. Effectonderzoek middels kwantitatieve metingen is in dit stadium te vroeg, aangezien er eerst een passende interventie ontwikkeld moet worden. Eerst dient er globaal gekeken te worden naar mogelijke reacties/ervaringen van de doelgroep.

5.2 Onderzoekstype: ontwerponderzoek

Ontwerponderzoek draagt bij aan de ontwikkeling van een plan, een ontwerp of een handleiding wat het vakkundig handelen bevordert, zoals het creëren van nieuwe interventies, werkwijzen of behandelingen (Migchelbrink, 2016). Verschillende stappen staan beschreven waaruit het ideale ontwerponderzoek bestaat, maar niet altijd komen alle stappen in één onderzoek naar voren (Migchelbrink, 2016). In dit onderzoek staan de stappen 'inventarisatie' en 'testen' centraal, gezien de korte tijd die ter beschikking is geweest voor de uitvoering van het onderzoek. In de inventarisatie wordt er gezocht naar nieuwe ideeën, waarbij mogelijkheden en argumentatie van belang zijn (Migchelbrink, 2016). Inventarisatie vindt plaats door het bevragen van muziektherapeuten om muziektherapeutische mogelijkheden te ontdekken in gebruik van de CRDL voor de betreffende doelgroep. Tevens vindt inventarisatie plaats door CRDL-ervaringsdeskundigen te bevragen op aanbevelingen voor muziektherapeuten in het handelen met de CRDL. Wanneer het plan opgesteld is, wordt in de testfase een kleine pilotstudie gedaan waarbij gekeken wordt of de ontwikkeling het gewenste effect heeft (Migchelbrink, 2016), in dit onderzoek het uitvoeren, observeren en evalueren van de interventie bij mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie.

5.3 Eerste basis interventieopzet

In de ontwerpfase is door de studentonderzoeker een eerste basis interventieopzet opgesteld om voor de Delphi-methode als uitgangspunt te gebruiken (zie Bijlage 1). In het aanbieden van psychosociale behandeling bij dementie is het van belang om aan te sluiten bij de wensen, mogelijkheden en individualiteit van een persoon met dementie, waaronder levensgeschiedenis en persoonlijke behoeften (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013; Verenso, 2018). Zoals in de inleiding beschreven staat, worden empathische technieken toegepast om een band op te bouwen en interactie te ontlokken (Bruscia, 1987/1997). Een andere categorie is ontlokkende technieken. Deze muziektherapeutische technieken worden toegepast om interactie uit te lokken, al dan niet als specifieke reactie zoals een specifieke

handeling op een instrument. Ook worden deze technieken ingezet om verwachting en voorspelbaarheid te scheppen en om aandacht te stimuleren (Bruscia, 1987/1997). De geselecteerde technieken komen in aanmerking omdat zij aansluiten bij het beoogde doel, de doelgroep en de mogelijkheden van het instrument.

5.4 Deelvraag 1

Hoe kan de CRDL als muziektherapeutische interventie ingezet worden volgens ervaringsdeskundigen om contact te stimuleren bij mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie?

5.4.1 Delphi-methode

Met de Delphi-methode is er consensus gecreëerd over de definitieve interventieopzet. De Delphi-methode wordt gekenmerkt door het vergaren van individuele opvattingen van respondenten op schriftelijke wijze in meerdere rondes, waarbij er terugkoppeling plaatsvindt middels een anonieme weergave van antwoorden, om tot een zo groot mogelijke overeenstemming te komen over ontwikkelingen (Kieft, 2011). In dit onderzoek is de aangepaste Delphi gebruikt (Keeney, Hasson, & McKenna, 2010) wat inhoudt dat de vier muziektherapeuten van de betreffende organisatie een gestructureerde vragenlijst in twee rondes hebben ingevuld. De eerste vragenlijst bevatte handelingen en muziektherapeutische technieken uit de eerste basis interventieopzet waar de muziektherapeuten 'eens' of 'oneens' aan konden vinken, tevens was er ruimte voor toevoegingen en argumentatie (zie Bijlage 2). De antwoorden van de eerste vragenlijst zijn anoniem teruggekoppeld en met een tweede vragenlijst meegestuurd. In de tweede vragenlijst werden items die nog geen consensus hadden, inclusief toevoegingen en herformuleringen, nogmaals voorgelegd aan de muziektherapeuten om te stemmen (zie Bijlage 3). De vragenlijst is opgesteld met gebruik van informatie uit *Handboek Praktijkgericht Onderzoek: Zorg, Welzijn, Wonen en Werken* (Migchelbrink, 2016) en *The Delphi Technique in Nursing and Health Research* (Keeney et al., 2010). De muziektherapeuten hebben toestemming verleend voor dit onderzoek middels het formulier in Bijlage 4.

Er is een systematische analyse verricht op de meningen (eens/oneens). In de Delphi-methode wordt consensus gezien als het meerderheidsstandpunt (Kieft, 2011). In dit onderzoek zijn vier muziektherapeuten betrokken, wat de meerderheid een stemming van 75% maakt. Enkele muziektherapeutische technieken hebben geen overeenstemming gekregen en zijn daardoor niet toegevoegd aan de definitieve interventieopzet. Bij twee handelingen ontstond nog geen consensus waar een keuze essentieel was. Deze is uiteindelijk gecreëerd door het betrekken van de mening van een geïnterviewde CRDL-ervaringsdeskundige. De gewijzigde en toegevoegde handelingen/technieken staan weergegeven bij 6.1.1 Resultaten Delphi-methode.

5.4.2 Half gestructureerde open interviews

Twee CRDL-ervaringsdeskundigen zijn geïnterviewd. Eén ervaringsdeskundige is een zelfstandig adviseur bij de CRDL-organisatie. Zij geeft onder andere demonstraties en advies en realiseert leveringen van de CRDL. De andere ervaringsdeskundige is een docent-onderzoeker en is op meerdere facetten betrokken geweest in een onderzoek naar de CRDL bij mensen met dementie. Dit onderzoek is afgelopen jaar uitgevoerd, maar resultaten zijn nog niet gepubliceerd. Er zijn half gestructureerde open interviews afgenomen. In een open interview worden volgens Migchelbrink (2016) open vragen gesteld en liggen antwoordmogelijkheden niet van te voren vast, zodat de respondent in eigen woorden kan

vertellen over gedachten, ervaringen en opvattingen. Half gestructureerd wil zeggen dat een *interviewguide* van te voren is vastgesteld met bepaalde onderwerpen en voorbeeldvragen waarvan de volgorde en formulering nog niet vast liggen, om onderwerpen aan de hand van het gespreksverloop aan bod te laten komen (Migchelbrink, 2016). De *interviewguide* (zie Bijlage 5) is opgesteld aan de hand van de beschrijving van Migchelbrink (2016) in het boek *Handboek Praktijkgericht Onderzoek: Zorg, Welzijn, Wonen en Werken*. Vervolgens hebben de onderzoeksbegeleider en de opdrachtgever de *interviewguide* nagekeken. Met de interviews zijn opinies, attitudes en ervaringen verzameld over het inzetten van de CRDL om te kunnen verwerken in de definitieve interventieopzet. Eén interview is telefonisch gehouden omdat de ervaringsdeskundige ver weg woonde en het interview qua planning telefonisch makkelijker realiseerbaar was. De toestemmingsverklaring die de ervaringsdeskundigen in dienden te vullen staat in Bijlage 6.

De interviews zijn met audioapparatuur opgenomen en vervolgens anoniem getranscribeerd. De data is geanalyseerd door thematische codering met een vooraf geselecteerd thema, namelijk: aanbevelingen in het handelen met de CRDL. Coderen is het markeren van opvallende fragmenten uit een tekst. Coderen kan met een open vizier of met vooraf geselecteerde thema's (Van Nes, Satink, & Kinébanian, 2012). Door thematisch te coderen is gericht de benodigde informatie verzameld voor de definitieve interventieopzet en voor het beantwoorden van de deelvraag. Aanbevelingen die nog niet in de interventieopzet stonden, zijn toegevoegd, zie 6.1.2 Resultaten interviews. Daarnaast staat onder dit kopje een beschrijving met aanbevelingen die in de letterlijke interventieopzet niet tot zijn recht kwamen, maar voor de therapeut belangrijke aandachtspunten zijn in het handelen met de CRDL.

5.5 Deelvraag 2

Hoe reageren mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie op de CRDL als muziktherapeutische interventie?

5.5.1 Selectie deelnemers

De intentie was om 3 mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie (in het verslag deelnemers genaamd) deel te laten nemen aan een vierweekse evaluatiefase van de interventie. De selectie van potentiële deelnemers met dementie is uitgevoerd door de agogisch hulpverlener van de betreffende zorglocatie op basis van vastgestelde in- en exclusiecriteria (zie Bijlage 7). De agogisch hulpverlener heeft een uitgebreide mail gekregen met verdiepende informatie. Daarnaast is de agogisch hulpverlener betrokken bij het verkrijgen van relevante persoonsgegevens van de uiteindelijke deelnemers. Tijdens de inclusie van deelnemers is gebruikgemaakt van de vier fasen van ik-beleving, aangezien de praktijkplek deze fasering aanhoudt. De derde fase, verborgen ik, wordt aangeduid als gevorderde dementie. Een vergelijking van de fasen van de GDS (*Global Deterioration Scale*) van Reisberg, zoals benoemd is in de inleiding, met de vier fasen van ik-beleving staat weergegeven in Tabel 1. De wettelijk vertegenwoordigers van potentiële deelnemers hebben toestemming verleend middels de toestemmingsverklaring van Bijlage 8. Hierin werd toestemming gevraagd voor het maken en gebruiken van filmfragmenten en relevante persoonsgegevens. Wettelijk vertegenwoordigers kregen een informatiebrief met uitleg over het onderzoek (zie Bijlage 9).

Tabel 1*Vergelijking stadia GDS met fasen van ik-beleving*

Global Deterioration Scale		Vier fasen van ik-beleving	
Cijfer fase	Naam fase	Cijfer fase	Naam fase
Fase 1	Subjectively and objectively normal		
Fase 2	Subjective complaints, objectively normal		
Fase 3	Mild Cognitive Impairment	Fase 1	'Bedreigde ik'
Fase 4	Early dementia		
Fase 5	Moderate dementia	Fase 2	'Verdwaalde ik'
Fase 6	Moderately severe dementia	Fase 3	'Verborgen ik'
Fase 7	Severe dementia	Fase 4	'Verzonken ik'

Opmerking. Aangepast overgenomen uit *Dementie & motoriek: Motorische veranderingen in een cognitief proces* (p. 7) door J. Demarteau en I. Bautmans, z.d. (http://www.vub.ac.be/GERO/Docs_Gero/Demarteau-Gymna2011.pdf). Copyright z.d., Vrije universiteit Brussel.

5.5.2 Gestructureerde observaties

De interventie is door de studentonderzoeker uitgevoerd in aanwezigheid van een muziektherapeut en een videocamera. Dit videomateriaal is geobserveerd middels een gestructureerde observatie door de studentonderzoeker en een medeobservator die als muziektherapeut ervaring heeft met de doelgroep. De uitgevoerde (muziektherapeutische) technieken zijn uitgeschreven op tijdstippen van de videofragmenten en beschrijvend geobserveerd middels de gedragscategorieën van de *Positive Response Schedule for Severe Dementia* (PRS) (Perrin, 1997) zoals: opzettelijke lichaamsbeweging, vocalisatie en betrokkenheid (zie Bijlage 10). De PRS is een meetinstrument dat gedragscategorieën bevat, die aansluiten op gedragingen van het maken van contact. De gedragingen zijn afgestemd op mensen met gevorderde dementie. Om subjectiviteit en verkeerde interpretaties te verkleinen raadt Migchelbrink (2016) aan om te observeren met twee personen, met een lijst van gerichte gedragingen en met video-opnames. Volgens Migchelbrink (2016) is via participerende observatie betere informatie te verkrijgen over gedrag waardoor het gedrag beter begrepen wordt. Het nadelige effect van vertekening door betrokkenheid is verminderd door het creëren van consensus met de medeobservator (Migchelbrink, 2016). De deelnemers hadden vooraf nog geen relatie met de studentonderzoeker. Uit de voorgeprogrammeerde geluidsbibliotheken van de CRDL zijn voorkeursgeluiden* met de wettelijk vertegenwoordigers besproken en geselecteerd om aan te sluiten op de beleavingswereld en herinneringen van de individuele deelnemer. De studentonderzoeker heeft een logboek bijgehouden met aandachtspunten die ontstonden vanuit de sessies, waardoor zij in latere sessies anders is gaan handelen, zoals bij één deelnemer uitsluitend gebruik maken van geluidsbibliotheken met muziek (zie Bijlage 11).

* In het verslag wordt de term voorkeursgeluiden gebruikt om verwarring te voorkomen, aangezien er niet uitsluitend muzikale geluidsbibliotheken zijn gebruikt.

Per sessie is 15 minuten aan beeldmateriaal geselecteerd om te observeren. De eerste sessie omvatte het begin, de tweede sessie het middengedeelte en de laatste sessie het einde. Op deze manier werd elk gedeelte van de interventieopzet geobserveerd. De observaties zijn door de studentonderzoeker en medeobservator met elkaar vergeleken door de observaties naast elkaar te leggen en gezamenlijk fragmenten te bekijken waar afwijkingen in de observaties waren. Wijzigingen in de observaties zijn mondeling bepaald met de medeobservator om consensus te creëren. Tijdens het uitschrijven van de observaties zijn de eerste codes middels een startlijst beschreven door de (muziektherapeutische) technieken expliciet te benoemen en de reacties van deelnemers gelijk te koppelen aan gedragscategorieën uit de PRS. Deze codes zijn besproken en bepaald met de medeobservator. Bij codering met een startlijst zijn er al onderwerpen geselecteerd met betrekking tot de vraagstelling die codes of categorieën vormen (Migchelbrink, 2016). Door fragmentering zijn relevante observaties in het kader van de deelvraag gestructureerd. De codes betreffende (muziektherapeutische) technieken zijn vervolgens onderverdeelt in categorieën van toepasbaarheid op basis van Bruscia (1987/1997) om een algemene reactie per categorie te kunnen weergeven. Dit toont aan hoe de doelgroep reageert op aspecten uit de interventieopzet. Een uitwerking hiervan staat bij 6.2.2 Resultaten observaties.

5.6 Onderzoek terminologie

5.6.1 Validiteit

Een valide onderzoek betekent dat gemeten wordt wat het onderzoek vast wil stellen (Migchelbrink, 2016). Een manier van validiteit creëren is het gezamenlijk analyseren van bepaalde gegevens (Migchelbrink, 2016). Dit is toegepast in de observaties en gedeeltelijk in de codering. Hiernaast biedt triangulatie de mogelijkheid om validiteit te verbeteren.

5.6.2 Triangulatie

Triangulatie is het verzamelen van data vanuit meer dan één perspectief, door verschillende databronnen of verzameltechnieken te gebruiken (Migchelbrink, 2016). In dit onderzoek zijn drie databronnen en drie verzameltechnieken gebruikt. Dit zorgt voor het ontstaan van een beeld vanuit verschillende perspectieven om de hoofdvraag te beantwoorden, waarbij het deelnemersperspectief belangrijk is te benadrukken.

5.6.3 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid doet een uitspraak over de zorgvuldigheid van de werkwijze (Migchelbrink, 2016). Het maken van opnames bij interviews en observaties voorkomt onvolledigheid van data (Migchelbrink, 2016). Daarnaast wordt door gebruik van twee observatoren de kans van vertekening verkleind (Migchelbrink, 2016). Interviews en vragenlijsten worden voor afname door de onderzoeksbegeleider van feedback voorzien om betrouwbaarheid en validiteit te toetsen.

5.6.4 Bruikbaarheid

Dit onderzoek is in volledige afstemming met de praktijkplek vormgegeven en speelt in op een actuele vraag binnen de organisatie, wat dit onderzoek voor hen bruikbaar maakt. In de interviews en observaties is een selectie van fragmenten gemaakt op bruikbaarheid van informatie. Overige informatie is achterwege gelaten.

5.7 Ethische aspecten

Wettelijk vertegenwoordigers van deelnemers hebben via e-mail informatie gekregen over het onderzoek en hebben schriftelijk toestemming verleend, aangezien de deelnemers wettelijk niet als wilsbekwaam worden beschouwd. Tekenen van verzet van de deelnemers zijn met wettelijk vertegenwoordigers telefonisch besproken. De afspraak is gemaakt om bij aanhoudende tekenen van verzet een sessie te staken en bij twee sessies met tekenen van verzet de interventie te staken. De muziektherapeut hield toezicht op dit proces. Dit werd transparant teruggekoppeld naar medewerkers en de wettelijk vertegenwoordiger. In het gehele verslag is data van alle databronnen geanonimiseerd en niet herleidbaar naar de persoon, enkel de studentonderzoeker weet welke personen bij de respondentnummers horen. Respondentnummers worden in dit verslag niet benoemd. De filmfragmenten hebben op een vergrendelde USB-stick gestaan, waarvan enkel de studentonderzoeker en medeobservator het wachtwoord hadden. De rest van de data stond op één vergrendelde plek opgeslagen. De ruwe data wordt binnen 6 maanden na het onderzoek permanent verwijderd.

6. Resultaten

6.1 Resultaten deelvraag 1

Door de Delphi-methode toe te passen bij muziektherapeuten, heeft de studentonderzoeker enkele handelingen uit de eerste basis interventieopzet gewijzigd. Dit heeft geresulteerd in hogere consensus aangaande de inhoud van de definitieve interventieopzet. Hiernaast hebben de muziektherapeuten diverse suggesties gedaan voor mogelijke muziektherapeutische technieken voor de interventie waarover grotendeels consensus is verkregen bij de muziektherapeuten. In Tabel 2 staan de wijzigingen en toevoegingen ten aanzien van de eerste basis interventieopzet.

6.1.1 Resultaten Delphi-methode

Tabel 2

Gewijzigde en toegevoegde handelingen en muziektherapeutische technieken door muziektherapeuten

Gewijzigd

De therapeut verzoekt de cliënt één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handeling uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan. Bij een negatieve reactie van de cliënt demonstreert de therapeut het instrument door zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen. Hierna stimuleert de therapeut de cliënt om te participeren.*

De therapeut toont de CRDL aan de cliënt, geeft verbale uitleg en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe prikkels te verwerken.

Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer de therapeut dit als waardevol inschat. Deze momenten zijn: wanneer het contact en de interactie stagneert en wanneer de geluidsbibliotheek geen respons oproept. Er wordt gewaakt voor het maken van niet te veel wisselingen van geluidsbibliotheek.

In het begin van de sessie sluit de therapeut aan op het energieniveau van de cliënt, waarna er toegewerkt wordt naar het aanbieden van meer prikkels om contact en interactie te bewerkstelligen. De duur van de sessie is afhankelijk van de aandacht, concentratie en motivatie van de cliënt.

Toegevoegd

Aan het eind van de sessie 'Calming' van Bruscia (1987/1997) toepassen, door in ritme van bewegingen en door klanken uit de geluidsbibliotheek van de CRDL naar ontspanning toe te werken en uiteindelijk te stoppen met spelen. Hierna verbaal nabespreken en een volgende afspraak maken.

Intensifying (het intensiveren) (Bruscia, 1987/1997):

Dynamiek, tempo, ritmische en/of melodische spanning verhogen. Op dit instrument voornamelijk ritme en tempo variaties, aangezien alleen bij enkele geluidsbibliotheken de dynamiek deels te vergroten is.

Reflecting (het reflecteren) (Bruscia, 1987/1997):

Dezelfde stemming of gevoelens uitdrukken door bijvoorbeeld de gezichtsuitdrukking te reflecteren.

Sharing instruments (het delen van hetzelfde instrument) (Bruscia, 1987/1997): Samen hetzelfde instrument bespelen.

Enabling (het in staat stellen) (Bruscia, 1987/1997):

Het geven van: opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies aan de cliënt.

Receding (het terugtrekken) (Bruscia, 1987/1997):

Terugtrekken zodat de cliënt kan leiden.

Making transitions (overgangen maken) (Bruscia, 1987/1997):

De cliënt laten ontdekken hoe hij/zij geleidelijke overgang kan maken. Door bijvoorbeeld uitdrukkelijk verschillende speelwijzen te gebruiken.

Connecting (verbanden leggen) (Brucia, 1987/1997):

Het verwoorden van verbanden, onder andere tussen muzikale elementen door te bespreken wat de verschillen zijn tussen bewegingen en geluiden.

Summarizing (het samenvatten) (Brucia, 1987/1997):

De belangrijkste gebeurtenissen verbaal samenvatten na de improvisatie.

Feedback (het terugkoppelen) (Brucia, 1987/1997):

Vertellen hoe de cliënt objectief overkomt of klinkt.

Interpreting (het interpreteren) (Brucia, 1987/1997):

Het bieden van verklaringen/betekeningen voor ervaringen van de cliënt.

Reinforcing (versterken) (Brucia, 1987/1997):

De cliënt belonen om bepaald gedrag te versterken of af te zwakken.

Calming (het kalmeren) (Brucia, 1987/1997):

De muziek laten ontspannen door gebruik van parameters. Op dit instrument te realiseren door tempo en ritme te vertragen en bewust klanken van bewegingen inzetten om tot ontspanning te komen.

Introducing change (het introduceren van verandering) (Brucia, 1987/1997):

Nieuwe richting geven door nieuw thematisch materiaal aan te bieden.

Opmerking. De toevoegingen en wijzigingen zijn gebundeld in een definitieve interventieopzet, zichtbaar in Bijlage 12. De wijzigingen aan de interventieopzet zijn aangeduid middels onderstreping.

* In dit fragment is de volgorde gewijzigd van starten met demonstreren naar starten met participatie.

6.1.2 Resultaten interviews

Uit de interviews is grotendeels informatie naar voren gekomen die al in de interventieopzet stond. Desondanks zijn er enkele toevoegingen en wijzigingen aan de eerste basis interventieopzet aangebracht, zoals geformuleerd in Tabel 3.

Tabel 3

Gewijzigde en toegevoegde handelingen en technieken door CRDL-ervaringsdeskundigen

Toegevoegd

Individuele sessie.

Voorkeursgeluiden zijn besproken en geselecteerd met naasten van de cliënt om aan te sluiten op de belevingswereld en achtergrond van de cliënt.

Objectieve verbalisatie: Zelf geluiden benoemen die je hoort.

Gewijzigd

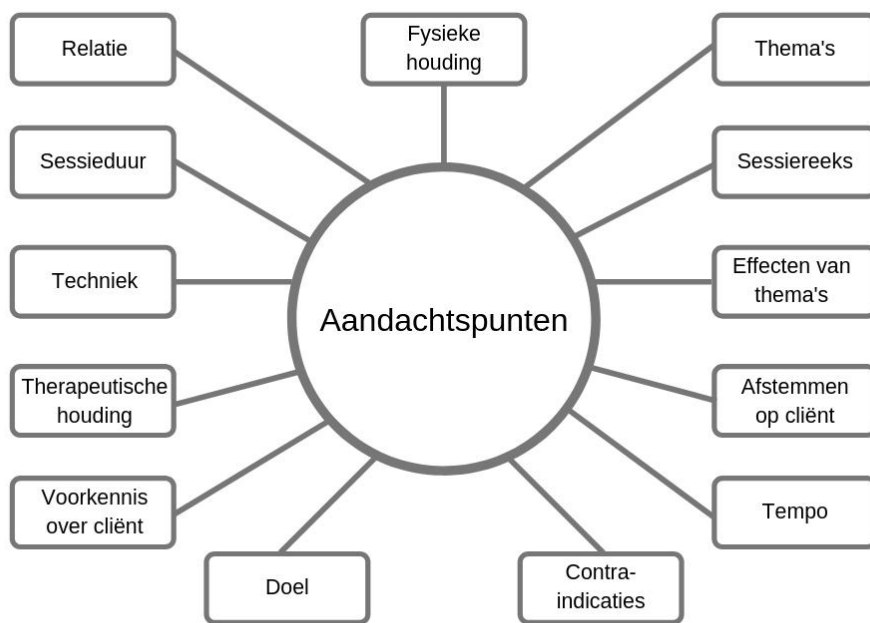
Een prikkelarme ruimte afgezonderd van de woongroep waar minstens drie stoelen aanwezig zijn. Dit kan de eigen kamer zijn of een rustige hoek in de woonkamer. Een voorwerp waar de camera op kan staan (bijv. een tafel). De CRDL is voor gebruik opgeladen.

De therapeut neemt de tijd om samen met de cliënt met het instrument te experimenteren door verschillende soorten aanraking (tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden). Het ritme van de CRDL wordt gevolgd, waarin afhankelijk van de interactie van de cliënt gestart wordt vanuit het initiatief van de therapeut.

De therapeut kijkt welk effect de geluidsbibliotheek oproept. Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer het contact en de interactie stagneert en wanneer het thema geen respons oproept. Er wordt gewaakt voor het maken van niet te snel en niet te veel wisselingen van geluidsbibliotheek.

Opmerking. De toevoegingen en wijzigingen zijn gebundeld in een definitieve interventieopzet, zichtbaar in Bijlage 12. Zowel de wijzigingen als gedeeltelijke toevoegingen aan de interventieopzet zijn aangeduid middels onderstreping.

Naast de wijzigingen en toevoegingen zijn er voor de therapeut aandachtspunten uit de interviews ontstaan die niet direct in de interventieopzet verwerkt kunnen worden, maar wel belangrijk zijn om mee te nemen in het handelen met de CRDL. Deze aandachtspunten zijn zichtbaar in de codeboom van Figuur 4.



Figuur 4: Codeboom aandachtspunten uit interviews

De relatie met de cliënt is belangrijk, de persoon moet eerst vertrouwd raken als deze de therapeut nog niet kent. Om de CRDL effectief in te zetten is het volgens beide ervaringsdeskundigen erg belangrijk om voorkennis over de cliënt te hebben zoals kennis van voorkeuren, levensgeschiedenis en herinneringen. Geluidsbibliotheken kunnen afgestemd worden op de achtergrond, herinneringen en voorkeuren wat belangrijk is in het maken van contact. Beide ervaringsdeskundigen raden aan om informatie te winnen bij familie en/of zorgverleners. Kennis hebben over angsten die oproepen kunnen worden door geluiden is essentiële informatie volgens één van de ervaringsdeskundigen. Beide ervaringsdeskundigen benadrukken dat het werken met de CRDL maatwerk is (afstemmen op de cliënt). Bijvoorbeeld door afstemming op cognitieve mogelijkheden, de levensgeschiedenis, mobiliteit en muzikale voorkeur. Daarnaast geeft één ervaringsdeskundige aan dat cliënten andere associaties kunnen hebben bij geluiden en dat het van belang is dat dit niet afgekeurd wordt. Individuele sessies worden door één ervaringsdeskundige aangeraden, omdat de cognitie van mensen met gevorderde dementie een groepsvorm bemoeilijkt. De sessieduur verschilt volgens beide ervaringsdeskundigen per cliënt, daarin is het volgens één ervaringsdeskundige belangrijk het moment te accepteren wanneer de cliënt aangeeft klaar te zijn. In de fysieke houding is het van belang om af te stemmen op de mobiliteit van de cliënt en een prettige houding voor de cliënt te vinden. Aangegeven variaties zijn: CRDL op tafel, op schoot bij cliënt en/of zorgverlener of in bed. Eén ervaringsdeskundige zit vaak tegenover de cliënt, omdat op die manier oogcontact makkelijk te maken is.

Het doel van de sessie is bepalend. Eén ervaringsdeskundige zegt: "Belangrijk is dat het contact voorop staat als doel, niet het er achter willen komen of de cliënt de geluiden herkent. De geluiden herkennen is niet het doel op zich, contact krijgen wel." Belangrijke toevoegingen in technieken van de andere ervaringsdeskundige zijn voornamelijk het maken van oogcontact en het behouden van de stroomkring wanneer iemand de hand niet kan laten

liggen. Overigens kan volgens één ervaringsdeskundige geprobeerd worden het gezicht aan te raken wanneer je elkaar beter kent, dit spiegelt de cliënt vaak snel. In de therapeutische houding is het van belang rust uit te stralen, geen verwachtingen van bepaalde reacties te projecteren op de cliënt en gebruik te maken van passende communicatieve vaardigheden. Een ervaringsdeskundige geeft aan: "Ga er niet vanuit dat je contact kunt maken of dat het onrustig gedrag vermindert." Een veel voorkomende uitspraak in de interviews over tempo is: behoudt rust en neem de tijd.

Het gebruik van geluidsbibliotheken is volgens beide ervaringsdeskundigen voornamelijk kijken wat aansluit bij de cliënt door uitproberen en afstemmen op de reactie van de cliënt. Het geadviseerde aantal geluidsbibliotheken per sessie varieert van twee tot vijf. De geluidsbibliotheken "Natuurgeluiden (zee)", "Boerderij" en "Muziekinstrumenten" werden geschikt gevonden voor bijna iedereen. Hiernaast geeft één ervaringsdeskundige aan dat de eerste vijf geluidsbibliotheken op de CRDL daadwerkelijk afgestemd zijn op de doelgroep mensen met dementie, wat de andere ervaringsdeskundige beaamt. Het verschilt per persoon welke geluidsbibliotheek aansluit en herinneringen oproept. Wel lijken enkele geluidsbibliotheken algemene reacties op te roepen. Bij geluidsbibliotheek "Chopin-achtig" wordt vaak samen muziek gemaakt. Geluidsbibliotheek "Natuurgeluiden (zee)" heeft een rustgevende werking of zorgt door associatie aan vakantie soms voor levendige herinneringen. Een ervaringsdeskundige gaf aan dat geluidsbibliotheken als "Huis-tuin-en-keuken geluiden" en "Stadsgeluiden" vaak voor onrust zorgden bij cliënten en zorgverleners.

Beide ervaringsdeskundigen geven aan dat een sessiereeks meerwaarde kan bieden. Zij zien waarde in het meermaals uitproberen van de CRDL bij cliënten, bij positieve en negatieve reacties op de activiteit. Na verloop van tijd zou volgens de ervaringsdeskundigen herkenning en leerbaarheid op kunnen treden en kan de cliënt gewend raken aan de werkvorm. Het opbouwen van de relatie speelt ook een rol.

Er zijn weinig contra-indicaties aangegeven. Een ervaringsdeskundige gaf technische contra-indicaties waarbij het enkele keren voorkomt dat de CRDL reageert op geleiding van bepaalde voorwerpen zoals een waterbed of oude stalen protheses. De andere ervaringsdeskundige benoemt dat de CRDL misschien niet zo geschikt is voor mensen die aanraking niet fijn vinden, of bekend zijn met seksueel ontremd gedrag.

6.2 Resultaten deelvraag 2

6.2.1 Deelnemergegevens

In Tabel 4 staan gegevens weergegeven van de participerende deelnemers. Naast deze gegevens is het noemenswaardig dat beide deelnemers niet bekend zijn met muziektherapie.

Tabel 4*Deelnemergegevens*

Deelnemers	Deelnemer 1	Deelnemer 2
Leeftijd	92 jaar	91 jaar
Geslacht	Vrouw	Vrouw
Opleidingsniveau	Huishoudschool	Onbekend
Diagnose dementie	Ziekte van Alzheimer	Ziekte van Alzheimer
Gevorderde dementie	Ja: Fase 3 ik-beleving: Verborgene ik	Nee: Fase 2 ik-beleving: Verdwaalde ik
Relevante comorbiditeit	Diabetes mellitus	Verleden met depressie, delier en stemmingsklachten
Psychofarmaca	Lichte dosering Quetiapine	Geen
Tekenen van apathie	Ja	Ja
Uiting van apathie	Mevrouw neemt zelf geen initiatief tot contact maar reageert wel zodra je contact met haar maakt.	Mevrouw zit in eigen leefwereld. Heeft totaal geen contact met medebewoners. Emoties zijn moeilijk te zien.

6.2.2 Procesbeschrijving

Eén deelnemer liet in de eerste twee sessies tekenen van verzet zien door het herhaaldelijk wegduwen van de CRDL. Ook gaf ze een tik in het gezicht bij de studentonderzoeker. Mevrouw toonde gedurende de sessie geen betrokkenheid en keek voor lange duur naar buiten. De betreffende deelnemer is volgens onderzoeksprotocol geëxcludeerd. In verband met overlijden van één van de geselecteerde deelnemers, is de beslissing gemaakt om een nieuwe deelnemer te selecteren die in drie sessies van de interventie kon participeren. Uiteindelijk hebben twee deelnemers drie interventiesessies bijgewoond. De sessies zijn bij beide deelnemers 's middags uitgevoerd. In Tabel 5 staat de duur van de sessies vermeld.

Tabel 5*Duur van uitgevoerde sessies*

Sessieduur	Deelnemer 1	Deelnemer 2
Sessie 1	23:06 min.	18:26 min.
Sessie 2	18:55 min.	26:22 min.
Sessie 3	27:51 min.	28:39 min.

6.2.3 Resultaten observaties*Algemeen*

In Tabel 6 staan de uitgevoerde (muziektherapeutische) technieken van de evaluatiefase vermeld. Eén van de deelnemers liet, na het lang aanhouden van een techniek, toename in spanning zien in haar mimiek en bewegingen. Deze reactie vond bij verschillende technieken plaats. Mevrouw ging op deze momenten sneller tikken (soms met haar vinger, soms de hele hand), waardoor een drukker ritme uit de CRDL ontstond, vervolgens kwam mevrouw overeind zitten en sloeg ze hard op de CRDL met gespannen mimiek. Deze momenten kwamen voornamelijk bij de techniek *Receding* tot uiting. In de derde sessie kwamen deze gedragingen nog steeds voor, maar heeft mevrouw enkele keren zelf haar spanning afgebouwd, wat zichtbaar werd in afname van gespannen mimiek en het maken van zachtere bewegingen op de CRDL. Ook is er bij mevrouw in het algemeen een groei te zien in initiatief en betrokkenheid. Dit werd zichtbaar doordat mevrouw verschillende keren uit zichzelf langdurig op de CRDL speelde. De andere deelnemer liet vanaf de eerste sessie hoge mate van betrokkenheid en beweging zien, haar initiatief is licht verhoogd. Mevrouw is

rustiger geworden in haar bewegingen. Waar mevrouw eerst veelal enthousiast op de hand van de studentonderzoeker sloeg, is zij meer langdurige aanrakingen gaan toepassen zoals kriebelen en aaien. Mevrouw heeft vele malen gelachen, vaak oogcontact gezocht en verschillende keren geluiden uit de CRDL geïmiteerd.

Empathische technieken

Empathische technieken zorgden bij beide deelnemers voor een groei in het aantal positieve reacties. Beide deelnemers toonden reacties in de gedragscategorieën: verbale uitingen, blik op de studentonderzoeker, bewuste bewegingen en betrokkenheid. Bij één deelnemer namen ook de gedragscategorieën toe. Waar mevrouw in de eerste sessie alleen verbaal reageerde met een blik op de studentonderzoeker, is dit in de derde sessie gegroeid naar betrokkenheid, bewuste bewegingen, ontspannen mimiek, bewuste blik op omgeving, blik op de studentonderzoeker en eenmaal initiatief. Bij de andere deelnemer kwamen de volgende gedragscategorieën vaak voor: bewuste bewegingen, verbale uitingen, blik op de studentonderzoeker, betrokkenheid en blijdschap. Mevrouw heeft meerdere malen hardop gelachen. Bij mevrouw is *Reflecting* vaak toegepast, waarop zij veelal reageerde door oogcontact te maken en te lachen. *Imitating* en *Synchronizing* zijn het meest toegepast en kregen overwegend positieve reacties.

Ontlokkende technieken

De ontlokkende technieken zorgden voor toename in het aantal positieve reacties. Beide deelnemers toonden sterke groei in bewuste bewegingen, initiatief en betrokkenheid. Deze groei was bij één deelnemer voornamelijk zichtbaar door de techniek *Modelling*. Waar mevrouw in de eerste sessie een enkele keer reageerde, is dit uitgegroeid tot aanzienlijk meer initiatief, betrokkenheid en bewuste bewegingen zoals het reiken naar de CRDL. In de tweede sessie is bij mevrouw een duidelijke stijging in positieve reacties te zien. In de derde sessie nam dit licht af en namen negatieve reacties wat toe, met name het overeind komen in spanning en terugtrekken. Bij de andere deelnemer is een groei te zien in het aantal reacties, waarbij de techniek *Repeating* voor aanzienlijk veel reacties zorgde in vele gedragscategorieën en het initiatief deed stijgen.

Technieken om een nieuwe richting in te slaan

In deze categorie is bij beide deelnemers een groei waarneembaar in het aantal positieve reacties, voornamelijk door technieken *Calming* en *Introducing change*. Bij één deelnemer is deze groei sterk en voornamelijk door *Calming*. In de tweede sessie is een duidelijke stijging in positieve reacties bij mevrouw te zien. In de derde sessie nam dit licht af en namen negatieve reacties wat toe. *Introducing change* lokte vanaf de eerste sessie al reactie uit in vele gedragscategorieën. In de eerste sessie zijn er bij deze deelnemer veel wisselingen in geluidsbibliotheek toegepast (*Introducing change*), wat tegen aanbevelingen van deskundigen in ging. Op deze wisselingen is overwegend positief gereageerd. Enkele keren kwamen er negatieve reacties op de techniek *Introducing change* vanuit beide deelnemers, zoals een schrikreactie op het nieuwe geluid. De andere deelnemer reageerde sinds de eerste sessie veelal positief middels vele gedragscategorieën. Alhoewel er ook bij mevrouw door beide technieken groei te zien is in het aantal positieve reacties; blik op de studentonderzoeker, opzettelijke bewegingen en betrokkenheid scoren in de laatste sessie zeer hoog. De techniek *Intensifying* is zelden ingezet, de deelnemers pasten dit in hun spel zelf toe.

Technieken betreffende intimiteit

Deze technieken zijn zelden toegepast, op *Sharing instruments* na. *Sharing instruments* is in elke sessie toegepast door samen de CRDL te bedienen. Eén deelnemer speelde voornamelijk op de CRDL, de andere deelnemer speelde voornamelijk op de ledematen van de studentonderzoeker. Overige gegevens van *Sharing instruments* zijn niet meegenomen, omdat niet duidelijk zichtbaar was of de reacties daadwerkelijk met het delen van het instrument te maken hadden, of dat ze door andere technieken in het moment ontstonden. Wel is er bij één deelnemer een toename te zien in het bespelen van de CRDL en in betrokkenheid. *Bonding* en *Giving* hebben bij mevrouw geleid tot positieve en negatieve reacties, maar zorgden met name voor opzettelijke bewegingen en betrokkenheid. *Bonding* heeft bij beiden voor betrokkenheid gezorgd. Bij de andere deelnemer zorgde de techniek *Bonding* met name voor betrokkenheid en blijdschap, maar was er in het algemeen reactie in vele gedragscategorieën.

Technieken betreffende procedures

Uit deze categorie zijn technieken *Enabeling* en *Receding* frequent gebruikt. Technieken betreffende procedures riepen bij beide deelnemers hoge reactiescores op in de volgende gedragscategorieën: opzettelijke bewegingen, kijken naar de CRDL, betrokkenheid en initiatief. *Receding* zorgde in beide gevallen voor duidelijke toename in positieve reacties en kreeg van begin af aan reacties uit veel gedragscategorieën. Beide deelnemers reageerden enkele keren negatief na een lange tijd aanhouden van de techniek, zoals met gespannen bewegingen of door af te dwalen. Bij één deelnemer namen de negatieve reacties licht af, bij de andere deelnemer was een forse afname zichtbaar. Eén deelnemer heeft veel gereageerd met gespannen/ontspannen houding en mimiek. De andere deelnemer reageerde ook door te kijken naar de studentonderzoeker, met blijdschap en met verbale uitingen, waarin vragen om bevestiging in de loop der tijd afnam. Verbale uitingen varieerden bij mevrouw van praten en vragen stellen tot zelf geluiden maken of geluiden uit de CRDL imiteren. De techniek *Enabeling* is in de sessiereeks bij één deelnemer steeds minder gebruikt, de techniek *Receding* steeds vaker. Bij de andere deelnemer zijn beide technieken vaak gebruikt. De techniek *Receding* heeft bij één deelnemer geleid tot duidelijke toename in het kijken naar de CRDL en in betrokkenheid en een lichte toename in initiatief.

Technieken ten behoeve van het onderzoeken van emoties

Uit deze categorie is alleen de techniek *Making transitions* enkele keren gebruikt. Deze techniek zorgde bij beiden voor reacties uit verschillende gedragscategorieën, voornamelijk: opzettelijke bewegingen, kijken naar de CRDL, initiatief en betrokkenheid. Beide deelnemers doorstonden een groei in het aantal reacties, daarnaast had één deelnemer een duidelijke groei in het aantal gedragscategorieën.

Gesprekstechnieken

In de sessies zijn verschillende gesprekstechnieken gebruikt. Met name zijn de technieken *Connecting* en *Reinforcing* toegepast. Overige gesprekstechnieken (*Feedback* en *Summarizing*) zijn zelden toegepast en kregen wisselende reacties, van geen reactie tot positieve reactie uit meerdere gedragscategorieën. Op de techniek *Reinforcing* reageerde één deelnemer over het algemeen niet of negatief. In de derde sessie is de techniek eenmaal toegepast met positieve reacties als gevolg. Bij de andere deelnemer veroorzaakte de techniek toename in opzettelijke bewegingen, blik op de studentonderzoeker en blijdschap, maar ook een toename in reactieloze momenten. Beide deelnemers reageerden positief middels verschillende gedragscategorieën op de techniek *Connecting*. De techniek

Connecting zorgde bij één deelnemer voor positieve reacties in opzettelijke lichaamsbewegingen, blik op de CRDL en oogcontact met de studentonderzoeker. De andere deelnemer had in de eerste sessie een hoge mate van opzettelijke lichaamsbewegingen, verbale uitingen, oogcontact, betrokkenheid en blijdschap. Bij beiden is een afname te zien in het aantal reacties. De techniek *Connecting* is in de loop der tijd bij beide deelnemers minder toegepast.

Overig uitgevoerde technieken

Naast de Bruscia technieken zijn er in het moment technieken toegepast die waardevol zijn te benoemen, maar geen categorie bevatten. De rest van deze paragraaf wijdt zich daar over uit.

Humor

Bij één deelnemer is tweemaal humor ingezet om reactie te ontlokken. Mevrouw reageerde hier positief op, met name door het maken van oogcontact en door te lachen.

Objectieve verbalisatie

Het objectief benoemen van situaties of geluiden is in één sessie vaak toegepast en in andere sessies zelden. 'Objectieve verbalisatie' heeft uitsluitend positieve reacties veroorzaakt, al is de techniek bij één deelnemer vaker toegepast dan bij de ander. Bij één deelnemer is de techniek eenmaal toegepast waar mevrouw verbaal positief op reageerde en daarbij naar de CRDL keek. In een sessie met de andere deelnemer is deze techniek vaak toegepast. Mevrouw reageerde met name pratend, betrokken en kijkend naar de studentonderzoeker. Op één moment gaf de studentonderzoeker aan dat de CRDL weer stil was, waarop mevrouw reageerde met: "Nee wacht even.." en zij de studentonderzoeker begon te kriebelen.

Ontlokkende vraag

Eén deelnemer is enkele keren gevraagd wat ze van de muziek vond en of ze de geluiden kon horen. Hierop heeft mevrouw gereageerd door verbaal te antwoorden en oogcontact te zoeken. Enkele keren toonde mevrouw negatieve reacties of geen reactie. De andere deelnemer reageerde uitsluitend positief, waarbij mevrouw met name verbaal antwoordde.

Uitnodigen

Eén deelnemer is in de eerste sessie driemaal verbaal uitgenodigd. De andere deelnemer is in alle sessies uitgenodigd. Op 'Uitnodigen' is overwegend positief gereageerd, beiden reageerden voornamelijk verbaal. Één deelnemer reageerde ook door oogcontact te maken, de andere deelnemer reageerde ook door naar de CRDL te bewegen en door betrokkenheid te tonen. Bij mevrouw is een lichte groei zichtbaar in het aantal reacties.

Verbale afronding

De 'verbale afronding' is tijdens twee sessies in beeld gebracht. De techniek leverde overwegend positieve reacties op uit verschillende gedragscategorieën, waarin beide deelnemers oogcontact maakten en verbaal reageerden. Eén deelnemer dwaalde hierbij af met haar blik, in tegenstelling tot de andere deelnemer die betrokken bleef bij de afronding.

Verbale associatie

De studentonderzoeker heeft tweemaal haar associatie met de geluiden benoemd. Bij één deelnemer riep dit geen reactie op. De andere deelnemer reageerde verbaal, betrokken, lachend, maakte oogcontact en opzettelijke lichaamsbewegingen.

Tabel 6*Uitgevoerde (muziektherapeutische) technieken*

Categorie	(Muziektherapeutische) technieken					
Empathische technieken	Imitating	Synchro-nizing	Pacing	Reflecting	Exag-gerating	
Ontlokkende technieken	Repeating	Modelling	Making spaces			
Technieken om een nieuwe richting in te slaan	Introducing change	Intensi-fying	Calming			
Technieken betreffende intimiteit	Making transitions					
Gespreks-technieken	Connecting	Summar-izing	Feedback	Reinfor-cing		
Overig uitgevoerde technieken	Humor	Objectieve verba-lisatie	Ontlok-kende vraag	Uitnodigen	Verbale afronding	Verbale associa-tie

7. Conclusie

Dit onderzoek is gericht op het beantwoorden van de hoofdvraag:

'Hoe kan het gebruik van de CRDL als muziektherapeutische interventie contact stimuleren bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie die in een verpleeghuis verblijven?'

Middels kwalitatief onderzoek via de Delphi-methode met muziektherapeuten (deelvraag 1) en half gestructureerde open interviews met CRDL-ervaringsdeskundigen is een *consensus-based* interventieopzet ontstaan, gericht op het contact maken bij mensen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie. De interventieopzet bevat randvoorwaarden en handelingen voor het gebruik van de CRDL bij ouderen met gevorderde dementie en vastgestelde apathie. Daarnaast bevat de interventieopzet (muziektherapeutische) technieken die toegepast kunnen worden.

Daarnaast zijn belangrijke aandachtspunten in het gebruik van de CRDL bij mensen met dementie naar voren gekomen. Kennis over de persoonlijke behoeften en het leven van de cliënt is belangrijk, op die manier kan er tijdens de sessie afgestemd worden op mogelijkheden, levensgeschiedenis, mobiliteit en muzikale voorkeur. Verschillende bronnen (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013; Verenso, 2018) bevestigen dat in een psychosociale behandeling afstemmen op de wensen, mogelijkheden van een persoon met dementie van belang is. Maatwerk bieden met de CRDL is essentieel. Dit is realiseerbaar door geluiden te selecteren op voorkeur en geschiedenis van een cliënt, maar ook zoals in de evaluatiefase is gebleken, door (muziektherapeutische) technieken toe te passen die bij een cliënt positief effect hebben op het maken van contact. Beide ervaringsdeskundigen raden aan familie en zorgverleners te benaderen om een beeld te krijgen van de cliënt. In meerdere onderzoeken (Gerdner, 2000; Garland 2007; Hicks-Moore 2008, in Verenso 2018), beschreven in 'Richtlijn Probleemgedrag bij Mensen met Dementie', wordt familie betrokken in het bepalen van muzikale voorkeur bij muzikale interventies. Daarnaast is rust uitstralen en de tijd nemen vaak benadrukt door beide ervaringsdeskundigen. Van der Plaats en Kits (2016) benoemen dat naar mate de dementie vordert het steeds ingewikkelder wordt om keuzes te maken, na te denken, prikkels te verwerken en betekenis te geven aan prikkels. Om daar op in te spelen kan tijd nemen en rust uitstralen helpend zijn. Tenslotte kan een sessiereeks volgens de ervaringsdeskundigen van meerwaarde zijn door herkenning, leerbaarheid en het opbouwen van een relatie.

Middels kwalitatief onderzoek is de interventie geëvalueerd door deze driemaal uit te voeren in de praktijk bij twee deelnemers met dementie en vastgestelde apathie (deelvraag 2). Alle gebruikte (muziektherapeutische) technieken beschikken over potentie om het maken van contact te stimuleren bij mensen met dementie en apathie, aangezien de deelnemers overwegend positief reageerden. Ook voor de inzet van technieken geldt dat afstemming per individu belangrijk is, omdat ieder persoon op een eigen manier reageert. Wel is er bij beide deelnemers een duidelijke groei te zien in het aantal positief non-verbale reacties tijdens de inzet van de muziektherapeutische technieken: *Imitating, Synchronizing, Modelling, Repeating, Calming, Introducing change, Enabeling, Receding* en *Making transitions*. Dat maakt met name deze muziektherapeutische technieken, in het kader van dit onderzoek, geschikt om toe te passen in het stimuleren van contact middels de CRDL. Empathische technieken en ontlokkende technieken staan ook in de literatuur onderbouwd met als toepassing het ontlokken van interactie (Bruscia, 1987/1997). De technieken *Imitating*,

Synchronizing, Modelling en *Repeating* vallen onder deze categorieën. Gesprekstechnieken leverden wisselende reacties op. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij mensen met gevorderde dementie taalproblemen en moeite met nadenken optreden (Sifton, 2011; Van der Plaats & Kits, 2016). Non-verbale communicatie wordt om deze redenen belangrijker in het maken van contact (Sifton, 2011). Technieken betreffende intimiteit zijn zelden toegepast of het was moeilijk in te schatten welke reactie uit de techniek voortvloeide bij de deelnemers. Technieken uit de categorie overige technieken zijn niet frequent ingezet, maar hebben veelal positieve reacties opgeleverd.

Er kan voorzichtig gesteld worden dat de ontwikkelde *consensus-based* interventieopzet potentie heeft om het maken van contact te stimuleren bij ouderen met dementie en vastgestelde apathie. Mits omschreven aandachtspunten zoals kennis over de cliënt, afstemmen op de cliënt, een sessiereeks aanbieden, rust uitstralen en de tijd nemen in acht worden genomen door de therapeut. Eveneens wordt in de interventie aangeraden gebruik te maken van de volgende muziektherapeutische technieken: *Imitating, Synchronizing, Modelling, Repeating, Calming, Introducing change, Enabeling, Receding* en *Making transitions*.

8. Discussie

8.1 Kritische reflectie

In de onderzoeksopzet is op verschillende manieren aandacht besteed aan de validiteit en betrouwbaarheid. Zo zijn in dit onderzoek de sessies gezamenlijk geobserveerd en gedeeltelijk samen gecodeerd, zijn er gegevens verzameld vanuit meerdere perspectieven (triangulatie), zijn er opnames gemaakt van zowel de interviews als observaties en zijn tot slot de interviews en vragenlijsten voor afname van feedback voorzien door de onderzoeksbegeleider. Tevens is de methode onderbouwd vanuit onderzoeksliteratuur, wat maakt dat de meetinstrumenten zorgvuldig samengesteld zijn, gericht op validiteit (meten wat je wilt meten). Toch zijn er enkele zaken anders gelopen dan van te voren gepland, wat inherent is aan praktijkonderzoek. De volgende onderdelen zijn voor verbetering vatbaar.

8.1.1 Delphi-methode

Bij de Delphi-methode is er uit gegaan van een meerderheidsprincipe. Wanneer er 100% consensus was geweest in de interventie, maakte dat de interventieopzet krachtiger. Nu is dit met name door tijdsdruk van het onderzoek niet gelukt. Daarnaast gaf één van de muziektherapeuten aan niet goed te weten wat de mogelijkheden van de CRDL waren, daardoor ervoer de persoon moeite bij het invullen van de vragenlijst. De muziektherapeuten hadden beter voorbereid kunnen worden middels uitleg over de CRDL. Sommige muziektherapeuten gaven aan dat stellingen moeilijk te beantwoorden waren met een eens of oneens, omdat de stelling voor sommige cliënten wel kan gelden en voor sommigen niet. De kunst van muziektherapie is afstemmen op het individu. Afstemmen op de wensen en (on)mogelijkheden. Muzikale afstemming verwezenlijkt sociale wederkerigheid (Geretsegger et al. 2015, in Tachelet, 2017). Het kan daardoor ook ingewikkeld zijn voor muziektherapeuten om in een vragenlijst aan te geven of ze bepaalde handelingen/technieken voor een bepaalde doelgroep zouden gebruiken of niet. Men dient ook te anticiperen op variabelen als persoonlijkheid, het cognitieve vermogen en de huidige gemoedstoestand. Het analoge procesmodel verklaart dat de eigenschappen zoals persoonlijkheid en gemoedstoestand van een persoon in het hier en nu weerspiegeld worden in de muziek (Smeijsters, 2006). Het afstemmen van interventies op de cliënt en diens analogie middels muzikale uitingen, versterkt de therapeutische relatie wat ten goede komt aan het therapeutische proces (Van Sprang, 2015). Dat maakt de afstemming in muziektherapie essentieel. Doordat er geen marge tussen eens en oneens zat, werden er beslissingen gemaakt die wellicht wat meer nuance nodig hadden gehad. Een mogelijk alternatief is het scoren van stellingen middels de *Likert Scale*, waar je van één tot en met vijf kunt antwoorden of je het eens of oneens bent met de stelling. Keeney et al. (2010) beschouwen de *Likert Scale* als een geschikte schaal voor de Delphi-methode.

8.1.2 Half gestructureerde open interviews

De interviews met CRDL-ervaringsdeskundigen hebben belangrijke aandachtspunten opgeleverd ten aanzien van het gebruik van de CRDL. Eén van de interviews is telefonisch afgenomen omwille van praktische redenen. Het was beter geweest als dit gesprek *face-to-face* had plaatsgevonden. In een *face-to-face* interview ontstaat de mogelijkheid om non-verbaal gedrag waar te nemen, wat effect heeft op de interpretatie van het interview (Saunders, Lewis, Thornhill, Booi, & Verckens, 2011). Tevens is het verkrijgen van vertrouwen bij de deelnemer telefonisch ingewikkelder, wat een nadelige invloed kan hebben op het verkrijgen van eerlijke antwoorden (Saunders et al., 2011). In dit onderzoek is nog

onvoldoende saturatie bereikt, aangezien er twee interviews zijn afgenomen waarbij het tweede interview verschillende nieuwe thema's opleverde. Wanneer interviews van nieuwe deelnemers geen nieuwe thema's meer opleveren, is saturatie bereikt (Poelman, 2015). Saturatie is een belangrijk aspect van kwalitatief onderzoek. Door interviews af te nemen bij meerdere CRDL-ervaringsdeskundigen tot saturatie was bereikt, was het onderzoek vollediger en krachtiger geweest.

8.1.3 Gestructureerde observaties

Tijdens de selectie zijn niet alle inclusie- en exclusiecriteria in acht genomen. Tevens zijn de gegevens van de deelnemers zijn wegens tijdgebrek pas na de start van de interventie verkregen, waardoor te laat opgemerkt werd dat één deelnemer geen gevorderde dementie bleek te hebben, maar één fase lager zat conform ik-beleving (zie Tabel 4). De mogelijkheid bestaat dat mevrouw minder problemen ondervindt dan ouderen met gevorderde dementie volgens de definiëring in de inleiding. Mevrouw kan hierdoor anders op de interventie gereageerd hebben dan ouderen met gevorderde dementie. Wel is bij deze mevrouw apathisch gedrag geconstateerd wat zij uit in: geen contact maken met medebewoners, in een eigen leefwereld zitten en het hebben van moeilijk zichtbare emoties. Mevrouw kwam echter wel in aanmerking voor de interventie, omdat het, gezien haar probleemgedrag, voor haar noodzakelijk is om gestimuleerd te worden in het maken van contact. Tevens zijn de deelnemersgegevens wegens tijdgebrek gedeeltelijk niet door de agogisch hulpverlener geworven, maar waren we genooddaakt dit door de muziektherapeut van de betreffende locatie uit te laten voeren. Er bestond geen andere mogelijkheid, maar dat zorgt wel voor een ethisch kritische kantlijn. Via het cliëntendossier kon de muziektherapeut meer gegevens inzien dan de vereiste gegevens voor dit onderzoek, wat de privacy van cliënten kan schaden. De muziektherapeut is echter zorgvuldig te werk gegaan door gericht te zoeken en alleen relevante informatie te documenteren.

De resultaten kunnen vertekend zijn door het feit dat er 15 minuten per sessie geobserveerd is in plaats van de hele sessieduur (zie Tabel 5). Het geselecteerde kwartier is niet altijd representatief voor de gehele sessie, het beloop van een sessie en het energieniveau spelen een rol in hoe iemand reageert. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de deelnemers aan het einde van de sessie negatiever hebben gereageerd, omdat ze uitgeput zijn geraakt van 20 minuten activering. Bij één deelnemer is in de derde sessie een lichte toename in negatieve reacties zichtbaar, mogelijk is dat door deze kritische kanttekening te verklaren.

Het geselecteerde meetinstrument, de PRS voor het beoordelen van de observaties, bevat verscheidene categorieën van positieve gedragingen. Deze hebben veel inzicht gegeven in hoe mensen contact kunnen maken. Wel hebben de observatoren geconcludeerd dat het meetinstrument een schaal mist. Geagiteerd gedrag kwam enkele keren zichtbaar naar voren in de sessies van één deelnemer. Gedragingen als gespannen slaan, negatieve opmerkingen maken en een gespannen mimiek behoorden onder bestaande categorieën van de PRS toegevoegd te worden. Wanneer een persoon met dementie geagiteerd is, is dat mogelijk een wijze van communicatie/contact om duidelijk te maken dat er iets aan de hand is. Geagiteerd gedrag ontstaat wanneer de waargenomen prikkels bij een persoon met dementie boven de stressdrempel uitstijgen, dit maakt het van belang om tekenen van prikkelbaarheid te signaleren (Werken in de ouderengeneeskunde, z.d.). Het is enerzijds begrijpelijk dat deze categorie niet beschreven staat in een lijst die positief contact meet, anderzijds staan verdriet en angst wel beschreven in de PRS. De observatoren vinden agitatie een waardevolle toevoeging aan dit meetinstrument.

De studentonderzoeker heeft de sessies zelf uitgevoerd, wat de resultaten beïnvloed kan hebben. Spanning en welzijn van de studentonderzoeker hebben wellicht invloed gehad op de reacties van deelnemers. Zenuwen voor de reacties van deelnemers op de interventie speelden voornamelijk in de eerste sessies een rol. Ook kan de betrouwbaarheid geschaad worden als de student zowel sessies uitvoert als onderzoekt (Migchelbrink, 2016). Een mogelijk nadelig effect is het niet opmerken van interacties doordat ze vanzelfsprekend lijken, tevens kan objectief observeren belemmerd worden door gevoelsmatige betrokkenheid (Celestin-Westreich & Celestin, 2012). Om dit te corrigeren is een medeobservator ingezet. Aan de andere kant heeft de studentonderzoeker kennis en ervaring met de CRDL, waarbij zij zich speciaal verdiept heeft in de muziektherapeutische mogelijkheden. Dit kan ook een positief effect hebben gehad op de uitgevoerde sessies, omdat de studentonderzoeker de mogelijkheden van de CRDL kende. Wanneer een andere muziektherapeut in de organisatie de sessies had uitgevoerd, had hij/zij eerst de CRDL moeten leren kennen. Een alternatieve mogelijkheid in de toekomst is het benaderen van muziektherapeuten die met de onderzoeksdoelgroep werken met de CRDL, om daar niet-participerende observaties uit te voeren.

Er kan niet per definitie gesteld worden dat contact gestimuleerd is door de interventie, wellicht beïnvloeden factoren als gemoedstoestand, comorbiditeit, persoonlijkheid en energieniveau de reacties van deelnemers. Zoals eerder beschreven is, speelt analogie in het hier en nu een rol in therapie. Eigenschappen van een persoon in het hier en nu worden weerspiegeld in de muziek (Smeijsters, 2006). Wanneer iemand bijvoorbeeld vlak voor de therapie geagiteerd is geraakt, uit zich dit mogelijk in de muziek door harde en snelle bewegingen. Dit kan voortkomen uit de gemoedstoestand in plaats van uit de interventie. Ditzelfde geldt voor getoonde reacties op (muziektherapeutische) technieken, waarvan ook niet definitief te stellen is dat de reactie voortvloeit uit de voorafgaande techniek. Reacties kunnen ook voortkomen uit een opstapeling van technieken of handelingen. Bij de technieken *Sharing instruments* en *Pacing* was dit voornamelijk lastig te meten. *Sharing instruments* werd zowat de gehele sessie toegepast, in combinatie met andere technieken. Het afstemmen op energieniveau (*Pacing*) en daaruit volgende reacties zijn niet altijd tastbaar, vooral in combinatie met andere technieken. Door de interventie in een langere sessiereeks aan te bieden, is in het kader van onderzoek uitsluitel van toeval en momentopnames makkelijker te maken.

Door de exclusie en het overlijden van deelnemers zijn er minder sessies uitgevoerd bij minder deelnemers, wat maakt dat de conclusies uit dit onderzoek gering zijn en voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden.

8.2 Betekenisgeving van uitkomsten

In de literatuur zijn geen vergelijkbare studies vindbaar. Wel blijkt uit diverse studies dat aanraking en multisensorische stimulatie het contact kan bevorderen bij mensen met dementie (Nicholls, Chang, Johnson, & Edenborough, 2013; Weert et al., in Sánchez, Millán-Calenti, Lorenzo-López, & Maseda, 2012). Daarnaast bevestigen verschillende onderzoeken (Tang et al., 2018; Goris, Ansel, & Schutte, 2016) dat apathie te verminderen is door de inzet van muziekinterventies en muziektherapie.

Uit dit onderzoek blijkt dat verschillende categorieën van muziektherapeutische technieken in een reeks van drie sessies een stimulerende werking hebben gehad op het maken van contact bij twee deelnemers met dementie en apathie. Ook is zichtbaar dat op alle gebruikte

technieken overwegend positief is gereageerd. Dat de interventie potentie heeft in het stimuleren van contact, komt bij mensen met dementie en apathie ten goede aan hun kwaliteit van leven en welzijn. De combinatie van de uitkomsten van de observaties, de opgestelde interventiebeschrijving en de verkregen aandachtspunten van CRDL-ervaringsdeskundigen uit de interviews, kunnen een basis bieden in het werken met de CRDL in muziektherapie op de praktijkplek en in muziektherapie in het algemeen. De muziektherapeutische technieken hebben in combinatie met de CRDL een groei in contact uitgelokt, wat de toevoeging van muziektherapeutische technieken in het gebruik van de CRDL waardevol maakt. Dit maakt het voor muziektherapeuten interessant om de inzet van de CRDL te overwegen. Doordat de interventie bij een laag aantal deelnemers uitgevoerd is, biedt dit onderzoek geen harde bewijzen over de effectiviteit van de interventie. De twee personen met dementie hebben echter overwegend positief gereageerd, wat dit onderzoek waardevol maakt voor de praktijk, de deelnemers met dementie en hun familie. Vervolgonderzoek is gewenst, aangezien dit onderzoek verschillende vragen heeft opgeroepen. Deze vragen worden behandeld in 9.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

9. Aanbevelingen

9.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek heeft de studentonderzoeker een dubbele rol gehad, de rol van onderzoeker en de uitvoerende rol van muziektherapeut. Om betrouwbaarheid te vergroten, wordt in vervolgonderzoek aangeraden deze rollen niet door dezelfde persoon uit te laten voeren.

In een vervolgonderzoek is het aan te raden om de effectiviteit van de interventie bij een grotere populatie voor langere duur te testen middels kwantitatief onderzoek. Nu is de interventie bij twee deelnemers uitgevoerd in drie sessies. Met grotere aantallen kan daadwerkelijk gemeten worden of de interventie effectief is op het stimuleren van contact bij ouderen met gevorderde dementie en apathie. Wellicht heeft de combinatie van aanraking met geluid/muziek die de CRDL biedt op meerdere soorten probleemgedrag bij dementie een positieve invloed, bijvoorbeeld bij angst of agitatie. Het is interessant om hier een kwantitatieve effectstudie op uit te voeren.

In dit onderzoek is alleen gekeken naar de inzet van de CRDL in combinatie met muziektherapeutische technieken beschreven door Bruscia (1987/1997), bij de doelgroep ouderen met dementie en apathie. Om te kijken welke opties muziektherapie nog meer toe kan voegen aan het professioneel gebruiken van de CRDL, is een inventarisatie onderzoek op grote schaal onder muziektherapeuten wenselijk. Zo wordt in kaart gebracht welke muziektherapeuten al werken met de CRDL en met welke muzikale elementen/werkvormen. Deze expertise kan vervolgens ingezet worden in de professionalisering van het gebruik van de CRDL in muziektherapie.

In dit onderzoek zijn geen duidelijke conclusies te trekken over de rol van muziektherapeuten. Wel dat muziektherapeutische technieken een waardevolle toevoeging kunnen zijn in het maken van contact bij mensen met dementie en apathie. Om kritisch te kijken of de inzet van muziektherapeuten van toegevoegde waarde is, kan middels een vergelijkingsonderzoek vergeleken worden of de CRDL als muziektherapeutische interventie andere reacties oproept dan regulier gebruik van de CRDL. Pas dan is het beter te verantwoorden waarom muziektherapeuten wel of niet met de CRDL dienen te werken.

Het is wenselijk om te onderzoeken of betrokken familieleden/mantelzorgers middels ondersteuning van muziektherapeuten de ontwikkelde interventie kunnen uitvoeren in de praktijk. Familieleden/mantelzorgers hebben rijke kennis over de levensgeschiedenis van een cliënt, waardoor het associëren van de cliënt op geluiden een prominentere rol kan krijgen in de interventie. Tevens hebben zij een intieme relatie met de cliënt wat aanraking en contact makkelijker en betekenisvoller kan maken voor beiden. Dit maakt dat familieleden/mantelzorgers een waardevolle toevoeging kunnen bieden in het werken met de CRDL. Middels *mixed method* kan effectiviteit van de interventie op het stimuleren van contact kwantitatief getest worden, maar kunnen tevens ervaringen van familieleden/mantelzorgers kwalitatief worden beoordeeld.

9.2 Aanbevelingen voor de beroepspraktijk

Aan muziektherapeuten is aan te bevelen de ontwikkelde interventie veelvuldig te testen bij mensen met gevorderde dementie en apathie. Door veelvuldig met de interventie te werken ontstaat er een duidelijker beeld over wat de interventie in het algemeen oproept bij de betreffende doelgroep. Op deze wijze worden verbeterpunten zichtbaar en kan de interventie

doorontwikkeld worden. Naast de doelgroep ouderen met dementie en apathie kan de interventie ook werkzaam zijn voor andere gedragsproblematiek waar het stimuleren van contact gewenst is. Door dit in de praktijk te ondervinden kan de CRDL in verschillende situaties op professionele wijze ingezet worden.

Wanneer de CRDL toegepast wordt door muziektherapeuten, is het aan te raden familie te betrekken om voorkeursgeluiden te selecteren. Zij weten welke geluiden contact en herinneringen kunnen ontlokken. De volgende muziektherapeutische technieken worden aangeraden in gebruik met de CRDL: *Imitating, Synchronizing, Modelling, Repeating, Calming, Introducing change, Enabeling, Receding* en *Making transitions*. Deze technieken lieten een duidelijke toename in contact tussen de studentonderzoeker en persoon met dementie zien, waar de interventie ten slotte voor dient. Het blijft een aandachtspunt om af te stemmen per cliënt en per moment.

Tevens kunnen familieleden/mantelzorgers van toegevoegde waarde zijn in de uitvoering van de interventie met de CRDL, zoals bij 9.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek staat beschreven. Wanneer familieleden/mantelzorgers op geschikte wijze met de CRDL kunnen werken, ontstaat er tijdwinst bij muziektherapeuten voor het behandelen van andere cliënten. Muziektherapeuten zouden familieleden/mantelzorgers kunnen adviseren, bijvoorbeeld middels het aanbieden van workshops waarin muzikale technieken in het werken met de CRDL worden uitgelegd en getraind met familieleden/mantelzorgers. Zo krijgen zij een gedegen basis in het professioneel aanbieden van een activiteit, waarmee zij de kwaliteit van leven van hun dierbaren kunnen versterken en tevens de onderlinge persoonlijke relatie.

Aan muziektherapeuten is het advies om ervaringen met de CRDL te registreren en te delen met vakgenoten zodat deze kennis niet verloren gaat en gebruikt kan worden in vervolgonderzoek. Dit kan bijdragen aan de professionalisering van de CRDL in muziektherapie. Dit kan bijvoorbeeld gewaarborgd worden door de Nederlandse Vereniging van Muziektherapie, aan wie leden ervaringen beknopt kunnen doorgeven ter registratie. Het is aan te raden de volgende zaken mee te nemen in de registratie: het benoemen van de doelgroep, de doelen en de werkwijze, met ruimte voor geobserveerde effecten en professionele meningen.

10. Literatuurlijst

- Aafje. (z.d.) *Muziektherapeut*. Geraadpleegd op 13 februari, van <https://www.aafje.nl/zorg-van-aafje/onze-specialisten/muziektherapeut>
- Allewijn, M. (Red.). (2010). Apathie; laat maar zitten.... In M. Allewijn, & B. Miesen (Reds.), *Basisboek zorg om ouderen* (pp. 21-29). https://doi.org/10.1007/978-90-313-7872-2_2
- Alzheimer Nederland. (z.d.). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 12 februari 2019, van <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-cijfers>
- Alzheimer Nederland, & Vilans. (2013). *Zorgstandaard Dementie*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-dementie.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5®* (M. W. Hengeveld, Supervisie vert.). Amsterdam: Boom.
- Bruscia, K. E. (1997). *64 Behandeltechnieken voor Improvisatorische muziektherapie* [Improvisational Models of Music Therapy] (P. Van den Berk, Vert.). Springfield: Charles C. Thomas. (Origineel werk gepubliceerd in 1987)
- Carrol, D., & Lefebvre, C. (2013). *Clinical Improvisation Techniques in Music Therapy: A Guide for Students, Clinicians and Educators*. Geraadpleegd op 30 april 2019, van https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=mxzmCAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=bruscia+64+clinical+techniques&ots=6FpkYnsHwD&sig=NYdaf_zzfvdAQRXTfHPT9Ap5sg#v=onepage&q=bruscia&f=false
- Celestin-Westreich, S., & Celestin, L-P. (2012). *Observeren en rapporteren* (2de editie). Geraadpleegd op 31 mei 2019, van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=lang_nl&id=UAZP2nN-RZkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=observeren&ots=OmA6HXY_Gr&sig=zBrwqlKV92fDNXID3ZTdy18R-Ks#v=onepage&q=partici&f=false
- Claassen, J. A. H. R. (Red.). (2016). Dementie. In M. Visser, D. J. H. Deeg, D. Z. B. Van Asselt, & R. Van der Sande (Reds.), *Inleiding in de Gerontologie en Geriatrie* (pp. 145-150). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- CRDL. (z.d.) *Geluid door aanraking*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://crdl.com/crdl>
- CRDL. (z.d.) *Wat is de CRDL* [Screenshot]. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://crdl.com/crdl>
- CRDL. (2016). *CRDL Gebruikshandleiding*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van https://crdl.nodum.io/static/files/CRDL_manual%20NL_1116.pdf
- CRDL. (2018). *CRDL wint Nationale ZorgInnovatieprijs 2018*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://crdl.com/static/pers/crdl-wint-nationale-zorginnovatieprijs-2018.pdf>
- Demarteau, J., & Bautmans, I. (z.d.). *Dementie & motoriek: Motorische veranderingen in een cognitief proces* [PowerPoint]. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van http://www.vub.ac.be/GERO/Docs_Gero/Demarteau-Gymna2011.pdf
- De Vugt, M.E. (Red.). (2016). Gedragsproblematiek bij dementie. In M. Visser, D. J. H. Deeg, D. Z. B. Van Asselt, & R. Van der Sande (Reds.), *Inleiding in de Gerontologie en Geriatrie* (pp. 151-155). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Ekkerink, J. (Red.). (2010). Omgaan met mensen met dementie: zoveel hoofden, zoveel zinnen. In M. Allewijn, & B. Miesen (Reds.), *Basisboek Zorg om ouderen* (pp. 173-188). https://doi.org/10.1007/978-90-313-7872-2_2
- Goris, E.D, Ansel, K.N., & Schutte, D.L. (2016). Quantitative systematic review of the effects of non-pharmacological interventions on reducing apathy in persons with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2612-2628. <https://doi.org/10.1111/jan.13026>
- Hakvoort, L., Aalbers, S., Damen, O., Roefs, G., Tissen, J., & Zantopp, J. (2017). Beroepscompetentieprofiel: Muziektherapeut. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie.
- Juslin, P. N. (2012). Emotional responses to music. In S. Hallam, I. Cross, & M. Thaut (Reds.), *The Oxford Handbook of Music Psychology* (reprinted ed.) (pp. 131-140). Oxford: Oxford University.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2010). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- Kieft, M. (2011). *De Delphi-methode nader bekeken*. Geraadpleegd op 26 februari 2019, van <http://www.samenspraakadvies.nl/publicaties/Handout%20delphi%20onderzoek.pdf>
- Kruijssen, I. (Red.). (2014). Muziektherapie in verpleeghuizen: Communicatie in stand houden door middel van muziek. In J. Van Hoof, & E. J. M. Wouters (Reds.), *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis* (159-161). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0693-0_43
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken* (3de gewijzigde druk). Amsterdam: SPW.
- Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, 17(5), 571-578. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.751581>
- Nobis, L., & Husain, M. (2018). Apathie in Alzheimer's disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.007>
- NVvMT. (z.d.). *Wat is muziektherapie?* Geraadpleegd op 13 februari 2019, van <https://www.nvvmt.nl/muziektherapie/muziek-en-therapie>
- Perrin, T. (1997). The positive response schedule for severe dementia. *Aging & Mental Health*, 1(2), 184-191. <https://doi.org/10.1080/13607869757290>
- Peters-Scheffer, N., Tuenter, L., & Frankena, Y. (2017). *Aanraking, geluid, contact: Het Effect van de CRDL op Alertheid, Initiatief, Probleemgedrag en Stemming van Personen met een Ernstig Meervoudige Beperking tijdens Interacties met hun Begeleiders* (Onderzoeksrapport).
- Poelman, T. (2015). Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva*, 14(2), 24. Geraadpleegd op 30 mei 2019, van [file:///C:/Users/Kimberley/Downloads/Minerva-pdf_NL_14_2_24-24%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kimberley/Downloads/Minerva-pdf_NL_14_2_24-24%20(1).pdf)
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1-2. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.fhca.org/members/qi/clinadmin/global.pdf>

- Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2012). Multisensory Stimulation for People With Dementia: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J.P. (2011). *Methoden en Technieken van Onderzoek* (5de editie) [Research Methods for business students] (P. Smitt, K. Ulsda, & I. Smeets Vert.). Geraadpleegd op 31 mei 2019, van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=lang_nl&id=hBqKLhtNpVEC&oi=fnd&pg=PR9&dq=kwalitatief+onderzoek&ots=vmN5eK_XDt&sig=SZ2dMSpFWz85ySKOc9ITxOICcAs#v=onepage&q=vertrouwen&f=false
- Scherder, E. (2017). *Singing in the brain: Over de unieke samenwerking tussen muziek en de hersenen*. Amsterdam: Athenaeum – Polak & Van Gennep.
- Sifton, C.B. (Red.). (2011). Alzheimer's Disease and Related Dementias. In S. Davidson (Ed.), *Living with Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Manual of Resources, References and Information* (2nd edition) (pp. 3-23). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Smeijsters, H. (Red.). (2006). *Handboek Muziektherapie: Evidence based practise voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sprangers, M. (2019). *Muziektherapie*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.vgn.nl/artikel/27255>.
- Tachelet, E. (2017). *De Kracht van Dans en Theater: Een Onderzoek naar de Effecten van Dans- en Theatertherapie bij Kinderen met een Autismespectrumstoornis en Sociaal-emotionele problemen* (Masterproefschrift). Geraadpleegd op 30 mei 2019 van, https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/351/733/RUG01-002351733_2017_0001_AC.pdf
- Tang, Q., Zhou, Y., Yang, S., Thomas, W.K.S., Smith, G.D., Yang, Z., . . . Chung, J.W.Y. (2018). Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. *Geriatric Nursing*, 39(4), 471-476. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.003>
- Teunissen, L., Luyten, T., & De Witte, L. (Reds.). (2017). Reconnecting People with Dementia by Using the Interactive Instrument CRDL. In P. Cudd, & L. De Witte (Eds.), *Harnessing the Power of Technology to Improve Lives* (pp. 9- 15). <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-798-6-9>
- Van der Plaats, A., & Kits, D. (2016). *De dag door met dementie* (2^e druk). Gorinchem: Kroese Kits
- Van Halem, N., Van Herpen, C., & Van Rooyen, M. (Reds.). (2011). *Zakboek Psychogeriatric*. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8725-0_2
- Van Hesseligen, J. (z.d.). *De CRDL krijgt hoge waarderingen van familieleden, verzorgers en specialisten*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://crdl.com/ervaringen>
- Van Marum, R. J. (Red.). (2016). Polyfarmacie. In M. Visser, D. J. H. Deeg, D. Z. B. Van Asselt, & R. Van der Sande (Reds.), *Inleiding in de Gerontologie en Geriatric* (pp. 221-225). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Van Nes, F., Satink, T., & Kinébanian, A. (Reds.). (2012). Architectuur van Kwalitatief Wetenschappelijk Onderzoek. In R. W. J. G., Ostelo, A. P. Verhagen, & H. C. W. De Vet (Reds.), *Onderwijs in Wetenschap* (3e druk, pp. 60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Rooij, C. (2019, 10 februari). "Ik ben benieuwd of iemand hier vanuit de Muziektherapie iets mee doet?" [Facebook]. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.facebook.com/groups/muziektherapeuten/>
- Van Sprang, I. (2015). De Gezonde Volwassene in muziektherapie. In A. Claassen, & S. Pol (Reds.), *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve Technieken uit de Praktijk* (pp. 192-203). https://doi.org/10.1007/978-90-368-0951-1_13
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde. (2018). *Probleemgedrag bij mensen met dementie* [richtlijn]. Gedownload op 20 februari 2019, van <https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Werken in de ouderengeneeskunde. (z.d.). *Probleemgedrag bij Dementie*. Geraadpleegd op 31 mei 2019, van <https://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/probleemgedrag-bij-dementie/>
- Zhao, Q., Tan, L., Wang, H., Jiang, T., Tan, M., Tan, L., . . . Yu, J. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.069>

11. Bijlagen

11.1 Bijlage 1: Eerste basis interventieopzet

Doelgroep:	Ouderen met gevorderde dementie en apathie.
Doel interventie	Contact maken en interactie ontlokken.
Randvoorwaarden:	Een prikkelarme ruimte afgezonderd van de woongroep waar minstens drie stoelen aanwezig zijn. Een voorwerp waar de camera op kan staan (bijv. een tafel). De CRDL is voor gebruik opgeladen.

Uitvoering:

- Voorkeursgeluiden zijn besproken en geselecteerd met naasten van de cliënt om aan te sluiten op de belevingswereld.
- De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.
- De therapeut toont de CRDL aan de cliënt en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe prikkels te verwerken.
- De therapeut demonstreert het instrument aan de cliënt, met als eerste stap zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen.
- Vervolgens verzoekt de therapeut de cliënt om één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan.
- De therapeut neemt de tijd om samen met de cliënt met het instrument te experimenteren door verschillende soorten aanraking (tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden).
- Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer de therapeut dit als waardevol inschat (bijvoorbeeld als de aandacht verloren lijkt te gaan).
- Het energieniveau van de cliënt wordt als maatstaf aangehouden in de duur en intensiteit van de sessie en de houding van de therapeut. De sessie duurt maximaal 30 minuten.

Om het contact te bevorderen en interactie te ontlokken kunnen de volgende Bruscia (1987/1997) technieken ingezet worden: *Alleen technieken die op het CRDL instrument uitgevoerd kunnen worden of technieken met lichaamshouding, zullen geselecteerd worden. Dus geen technieken die ander instrumentarium vereist zoals percussie of zang.

Techniek	Uitvoering	Doel
<u>Empatische technieken</u> <i>Imitating</i> (imitatie): Het imiteren van geluid, ritme, beweging, gezichtsuitdrukking die de cliënt uit.	De techniek wordt na de uiting van de cliënt ingezet.	Deze techniek wordt ingezet om: - reactie en communicatie te stimuleren van de cliënt; - de cliënt geaccepteerd te laten voelen; - interactie te bieden door beurtspel; en - een vorm van leiding te geven aan de cliënt.
<i>Pacing</i> (het overeenstemmen): Het afstemmen op energieniveau door aan te sluiten op het tempo en volume van de cliënt.	Dit kan muzikaal, in beweging en in taal	Deze techniek wordt ingezet om - contact met de omgeving en de therapeut te stimuleren; en - om de cliënt aan te moedigen.
<u>Ontlokkende technieken</u> <i>Repeating</i> (het herhalen): Het aanbieden van eenzelfde ritme of melodie.	Herhaling wordt geboden en structureel geëindigd met een rustpunt waar de cliënt op kan reageren.	Muzikaal antwoord ontlokken.
	Het motief wordt telkens op dezelfde manier herhaald of er wordt structureel één element gewijzigd.	Verwachting en voorspelbaarheid oproepen.
<i>Modelling</i> (model staan): Een bepaald doelgedrag of gevoel demonstreren om bij de cliënt een specifieke reactie uit te lokken.	Deze techniek kan bijvoorbeeld geboden worden om een instrument te demonstreren of om bepaald gedrag te oefenen. Dit kan een muzikale reactie zijn, of een beweging.	Deze techniek wordt ingezet om bij de cliënt een specifieke reactie uit te lokken.
<i>Making spaces</i> (het ruimte maken): Het bieden van ruimte om de cliënt de tijd te geven om te antwoorden.	Deze techniek kan in muziek, beweging, drama en taal uitgedrukt worden. De ruimte kan stilte zijn of ondersteunende tonen.	Deze techniek wordt ingezet om interactie te ontlokken.

11.2 Bijlage 2: Vragenlijst ronde 1

Voordat u start aan de vragenlijst ontvang ik graag op mijn e-mailadres een bevestiging van deelname, mijn e-mailadres is: [REDACTED]. In onderstaande vragenlijst kunt u digitaal uw mening geven over bepaalde handelingen en technieken uit de ontwikkelde interventieopzet. U kruist 'eens' of 'oneens' aan en typt uw argumentatie in het vak 'argumentatie'. Ook is er ruimte om eigen ideeën toe te voegen waarvan u vindt dat ze ontbreken in de interventieopzet. Houdt bij deze beslissing in het achterhoofd: de doelgroep (ouderen met gevorderde dementie en apathie), het doel (contact maken/interactie stimuleren) en de mogelijkheden van het instrument. Alleen technieken die op het CRDL instrument uitgevoerd kunnen worden of technieken met lichaamshouding, zullen geselecteerd worden. Dus geen technieken die ander instrumentarium vereist zoals percussie of zang. Hier is voor gekozen om puur te kunnen kijken naar mogelijkheden die de CRDL 'an sich' biedt. Graag bij eigen ideeën ook de uitvoering van de techniek/handeling concreet beschrijven. Naast deze vragenlijst zou het fijn zijn als u het bijgevoegde toestemmingsformulier in de mail wilt tekenen en per mail retourneert. Deelname is geheel vrijwillig en u mag zich op elk moment bedenken om af te zien van het onderzoek. De data en resultaten die uit de vragenlijsten naar voren komen, zullen anoniem worden weergegeven in het onderzoeksverslag. Dit verslag wordt ingezien door docenten van de HAN en wordt daarnaast ter beschikking gesteld aan Aafje. In Bijlage 1 staat de gehele interventieopzet met manieren van uitvoering van beschreven Bruscia technieken, met daarbij het beoogde doel vanuit Bruscia. In de mail staat het Nederlandstalige document van de 64 behandeltechnieken van Bruscia toegevoegd, waarin een korte samenvatting van de technieken op pagina 25 en 26 te vinden zijn ter geheugensteuntje. Schroom niet om het document te raadplegen tijdens het invullen van de vragenlijst. Zoals eerder gezegd worden resultaten geanalyseerd en anoniem teruggekoppeld in de tweede ronde, waarin jullie nogmaals mening geven en definitief de knoop doorgehakt wordt welke technieken consensus hebben en in de definitieve interventieopzet terecht komen. Bij voorbaad hartelijk dank voor uw deelname. Graag het toestemmingsformulier en de ingevulde vragenlijst retourneren op mijn e-mailadres.

Deze handeling is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens	Argumentatie
Voorkeursgeluiden zijn besproken en geselecteerd met naasten van de cliënt om aan te sluiten op de belevingswereld.			
De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.			
De therapeut toont de CRDL aan de cliënt en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe prikkels te verwerken			
De therapeut demonstreert het instrument aan de cliënt, met als eerste stap zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen.			
Vervolgens verzoekt de therapeut de cliënt om één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan.			
De therapeut neemt de tijd om samen met de cliënt met het instrument te experimenteren door verschillende soorten aanraking (tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden).			
Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer de therapeut dit als waardevol inschat (bijvoorbeeld als de aandacht verloren lijkt te gaan).			
Het energieniveau van de cliënt wordt als maatstaaf aangehouden in de duur en intensiteit van de sessie en de houding van de therapeut.			

Deze handeling(/handelingen) ontbreekt(/ontbreken) in bovenstaande lijst, maar zijn naar mijn mening een essentiële toevoeging in de interventieopzet:

--

Deze muziektherapeutische techniek is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens	Argumentatie
<i>Imitating (imitatie):</i> Het imiteren van geluid, ritme, beweging, gezichtsuitdrukking die de cliënt uit.			
<i>Pacing (het overeenstemmen):</i> Het afstemmen op energieniveau door aan te sluiten op het tempo en volume van de cliënt.			
<i>Repeating (het herhalen):</i> Het aanbieden van eenzelfde ritme of melodie.			
<i>Modelling (model staan):</i> Een bepaald doelgedrag of gevoel demonstreren om bij de cliënt een specifieke reactie uit te lokken.			
<i>Making spaces (het ruimte maken):</i> Het bieden van ruimte om de cliënt de tijd te geven om te antwoorden.			

Deze muziektherapeutische techniek(en) ontbreekt(/ontbreken) in bovenstaande lijst, maar zijn naar mijn mening een essentiële toevoeging in de interventieopzet:

--

11.3 Bijlage 3: Vragenlijst ronde 2

Enkele vragen hebben een toevoeging gekregen, deze toevoegingen zijn onderstreept.

Deze handeling is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens
1. De therapeut toont de CRDL aan de cliënt, <u>geeft verbale uitleg</u> en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe prikkels te verwerken.		
2. Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer de therapeut dit als waardevol inschat. <u>Deze momenten zijn: wanneer het contact en de interactie stagneert en wanneer de geluidsbibliotheek geen respons oproept. Er wordt gewaakt voor het maken van niet te veel wisselingen van geluidsbibliotheek.</u>		

"Het energieniveau van de cliënt wordt als maatstaf aangehouden in de duur en intensiteit van de sessie en de houding van de therapeut."

Bovenstaande handeling vereiste wat aanpassing en is gesplitst in de volgende handelingen:

Deze handeling is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens
3. In het begin van de sessie sluit de therapeut aan op het energieniveau van de cliënt, waarna er toegewerkt wordt naar het aanbieden van meer prikkels om contact en interactie te bewerkstelligen.		
4. De duur van de sessie is afhankelijk van de aandacht, concentratie en motivatie van de cliënt.		

"De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot."

5. Bovenstaande handeling is aangepast en in een meerkeuze mogelijkheid terecht gekomen. Graag dikgedrukt aangeven voor welke mogelijkheid je kiest.

- A. De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.
- B. De therapeut gaat dichtbij naast de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.
- C. De therapeut kiest in het moment op basis van de reactie van de cliënt of tegenover de cliënt zitten goedgekeurd wordt. Bij een negatieve reactie gaat de therapeut naast de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.

"De therapeut demonstreert het instrument aan de cliënt, met als eerste stap zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen."

6. Bovenstaande handeling is aangepast en in een meerkeuze mogelijkheid terecht gekomen. Graag dikgedrukt aangeven voor welke mogelijkheid je kiest.

- A. De therapeut demonstreert het instrument aan de cliënt, met als eerste stap zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen. Vervolgens verzoekt de therapeut de cliënt om één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan.
- B. De therapeut verzoekt de cliënt één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan. Bij een negatieve reactie van de cliënt demonstreert de therapeut het instrument door zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen. Hierna stimuleert de therapeut de cliënt om te participeren.

Toevoegingen

Twee muziektherapeuten gaven aan dat afbouw- en afronding ontbreekt, één van hen gaf een suggestie. Deze suggestie is verwerkt in onderstaand idee met toevoegingen van de studentonderzoeker.

Deze handeling is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens
Aan het eind van de sessie ' <u>Calming</u> ' van Bruscia (1987/1997) toepassen, door in ritme van bewegingen en door klanken uit de geluidsbibliotheek van de CRDL naar ontspanning toe te werken en uiteindelijk te stoppen met spelen. Hierna verbaal nabespreken en een volgende afspraak maken.		

Muziektherapeutische technieken

Alle voorgestelde muziektherapeutische technieken hebben een 75% of 100% consensus gekregen. Wel zijn er toegevoegde suggesties waar over gestemd dient te worden.

Toevoegingen

Tussen haakjes staat de definitie volgens Bruscia (1987/1997). Vervolgens de wijze waarop/wanneer de muziektherapeut de uitvoering hiervan ziet in de werkvorm met de CRDL.

Deze muziektherapeutische techniek is van toegevoegde waarde in de interventie voor de beoogde doelgroep.	Eens	Oneens
<u>Intensifying</u> (dynamiek, tempo ritmische en/of melodische spanning verhogen) (zolang de CRDL dit muzikaal gezien toelaat): Fysiek contact vast houden waardoor de CRDL luider wordt. <i>Opmerking studentonderzoeker: Bij enkele geluidsbibliotheken heb ik ervaren dat er een lichte opbouw zit in dynamiek wanneer je lang vast houdt. Ook zijn ritme- en tempovariaties op het instrument mogelijk.</i>		
<u>Reflecting</u> (dezelfde stemming of gevoelens uitdrukken): Gezichtsuitdrukking reflecteren.		
<u>Exaggerating</u> (overdrijven van een kenmerk of wat de cliënt doet): Gezichtsuitdrukking overdrijven.		
Tijdens de werkvorm ben je bezig met <u>Sharing instruments</u> (hetzelfde instrument bespelen).		
Tijdens de werkvorm ben je bezig met <u>Enabling</u> (geeft de cliënt: opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies).		
Tijdens de werkvorm ben je bezig met <u>Receding</u> (terugtrekken zodat cliënt kan leiden).		
<u>Reporting</u> (de cliënt verslag laten doen van de gebeurtenis): naderhand.		
<u>Making transitions</u> (cliënt laten ontdekken hoe hij/zij geleidelijke overgang kan maken): Uitdrukkelijk verschillende speelwijzen gebruiken.		
<u>Connecting</u> (verwoorden, verbanden leggen): Bespreken wat de ene techniek aan soorten geluiden oplevert in vergelijking met andere techniek (bijvoorbeeld tikken en wrijven).		
<u>Summarizing</u> (belangrijkste gebeurtenissen verbaal samenvatten): Van belang wanneer de cliënt daadwerkelijk iets meer contact of interactie heeft laten zien.		
<u>Feedback</u> (vertellen hoe de client overkomt/klinkt): Van belang wanneer de cliënt daadwerkelijk iets meer contact of interactie heeft laten zien.		
<u>Interpreting</u> (bieden van verklaringen/betekenis voor ervaringen): Van belang wanneer de cliënt daadwerkelijk iets meer contact of interactie heeft laten zien.		
<u>Reinforcing</u> (belonen om bepaald gedrag te doen toenemen): Kan van waarde zijn wanneer een cliënt eerst geen contact wilde maken en dit toch heeft gedaan.		
<u>Calming</u> (de muziek ontspannen door gebruik van parameters): Zolang de CRDL dit muzikaal gezien toelaat. <i>Opmerking studentonderzoeker: Sprekend uit mijn ervaring is het verlagen van dynamiek in bewegingen niet mogelijk. Wel heb je zelf in de hand hoe je tempo en ritme vertraagt en kun je klanken van bewegingen bewust inzetten om de muziek te ontspannen.</i>		
<u>Symbolizing</u> (cliënt laten associëren voorafgaand aan de improvisatie/werkvorm).		
<u>Introducing change</u> (nieuwe richting geven door nieuw thematisch materiaal).		

Graag de ingevulde vragenlijst retourneren op mijn e-mailadres: [REDACTED] op uiterlijk woensdag 27 maart. Hartelijk dank voor het participeren aan dit onderzoek. De gegevens worden geanalyseerd en de definitieve interventieopzet zal per mail toegestuurd worden.

Met vriendelijke groet,

Kimberley Janssen-Bouwmeester

11.4 Bijlage 4: Toestemmingsverklaring (informed consent) Muziektherapeuten

Titel onderzoek: CRDL in muziektherapie

Verantwoordelijke onderzoeker: Kimberley Janssen-Bouwmeester

In te vullen door de onderzoekspersoon (Muziektherapeut)

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- O Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om schriftelijke gegevens te verzamelen vanuit een door mij ingevulde vragenlijst betreffende de interventieopzet. Ik geef goedkeuring dat deze gegevens uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De ruwe data zal direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Respondenten nummer:	
---------------------------------	--

11.5 Bijlage 5: Interviewguide

Tabel 11

Interviewguide

Onderwerp	Beknpte vraag	Voorbeeldvraag + mogelijke doorvragen
Ervaring respondent	Functie?	Wat is uw functie?
Ervaring respondent	Ervaring ouderenzorg?	Heeft u ervaring in de ouderenzorg?
Ervaring respondent	Ervaring CRDL?	Heeft u ervaring in het werken met de CRDL?
Opzet onderzoek	Opzet van het onderzoek?	U heeft deel uitgemaakt van een onderzoeksteam in een onderzoek naar de CRDL bij mensen met dementie. Kunt u in het kort iets vertellen over de opzet van het onderzoek?
Opzet onderzoek	Uw rol onderzoek?	Wat was uw rol in het onderzoek?
Opzet onderzoek	Betrokkenheid CRDL onderzoek?	Op welke manier bent u betrokken geweest in de uitvoering/evaluatie van de CRDL?
Opzet onderzoek	Onderscheid probleemgedrag doelgroep?	Dementie kent vele uitingsvormen, is er in het onderzoek onderscheid gemaakt in probleemgedrag bij deelnemers met dementie en de reactie van deze deelnemers op de CRDL?
Opzet onderzoek	Wijze inzet CRDL?	Op welke wijze is de CRDL ingezet in het onderzoek? CRDL op schoot of op tafel? Rekening gehouden met geluidsbibliotheken van voorkeur? Is er een bepaalde opbouw in een sessie of een sessiereeks? Duur van de sessies?
Reactie deelnemers onderzoek	Reactie doelgroep op CRDL?	Kunt u globaal vertellen hoe de deelnemers (evt met verschillend probleemgedrag) reageerden op de uitvoering met de CRDL?
CRDL effect	Geluidsbibliotheken contact/interactie?	Heeft u verschillen ontdekt in geluidsbibliotheken van het instrument qua stimuleren van contact en interactie? Springen sommige geluidsbibliotheken er boven uit of zijn er geluidsbibliotheken die niet zo effectief bleken?
Handelingen CRDL	Handelingen stimuleren van contact/interactie?	Heeft u handelingen ontdekt wat het contact maken/interactie ontlokken stimuleert bij het aanbieden van de CRDL? Welke handelingen vindt u belangrijk om te doen in het aanbieden van de CRDL om contact te maken/interactie te ontlokken?
Handelingen CRDL	Af te raden handelingen?	Heeft u handelingen ontdekt die niet of minder goed aanslaan bij de doelgroep in het maken van contact? Zijn er handelingen die u afraadt om te doen in het aanbieden van de CRDL om contact te maken/interactie te ontlokken? Waarom raadt u deze af? Wat vindt u dat mensen moeten doen i.p.v. deze handeling?
Handelingen CRDL	Aandachtspunten door wijze van inzet?	Zijn er vanuit de wijze van inzet van de CRDL aandachtspunten ontdekt in de manier van het werken met de CRDL?

		Waarom zijn dit aandachtspunten?
Handelingen CRDL	Aandachtspunten door reacties doelgroep?	Zijn er vanuit de reacties van deelnemers aandachtspunten ontdekt in de manier van het werken met de CRDL? Waarom zijn dit aandachtspunten?
Handelingen CRDL Handelingen CRDL	Zou u CRDL anders aanbieden dan vooraf bedacht?	Heeft u na uw onderzoek bepaalde handelingen in het aanbieden van de CRDL die u anders zou doen dan in uw onderzoek werd uitgevoerd? Hoe zou u het ditmaal anders doen? Waarom zou u het ditmaal anders doen?
Houdingsaspecten	Welke houdingsaspecten belangrijk?	Welke houdingsaspecten spelen volgens u een rol in het werken met de CRDL?
Sessiereeks	Sessiereeks of eenmalig werken met CRDL?	Vindt u het van toegevoegde waarde om de CRDL in een reeks sessies aan te bieden i.p.v. eenmalig? Zijn er dan verschillen in werkwijze per sessie? Zijn er bijvoorbeeld handelingen die u in het begin van de sessiereeks nog niet doet of juist wel, ten opzichte van latere sessies? Of doet u in latere sessies andere handelingen dan in het begin?
Contra indicaties	Contra indicaties voor CRDL met doelgroep?	Vindt u dat er contra indicaties zijn in het aanbieden van de CRDL bij deze doelgroep? Voor welke mensen met dementie raadt u het af om met de CRDL te werken? Waarom?
Onderzoek	Aandachtspunten uw onderzoek naar CRDL?	Welke aandachtspunten heeft u ontdekt in het onderzoek doen naar de CRDL?
Onderzoek	Aandachtspunten mijn onderzoek naar CRDL?	Waar moet ik volgens u rekening mee houden in de testperiode van de CRDL in mijn afstudeeronderzoek?
Interview	Belangrijke toevoeging interview?	Is er een belangrijk onderwerp nog niet aan bod gekomen in dit interview die u nog wilt belichten?

11.6 Bijlage 6: Toestemmingsverklaring (informed consent) Ervaringsdeskundige CRDL

Titel onderzoek: CRDL in muziektherapie

Verantwoordelijke onderzoeker: Kimberley Janssen-Bouwmeester

In te vullen door de onderzoekspersoon (Ervaringsdeskundige CRDL)

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.
- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen de faculteit GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Respondenten nummer:	
---------------------------------	--

11.7 Bijlage 7: Inclusie- en exclusiecriteria deelnemers

Tabel 12

Inclusie- en exclusiecriteria deelnemers

Inclusie criteria	Exclusie criteria
De cliënt heeft een diagnose van dementie, deze diagnose staat op de voorgrond in de problematiek van de cliënt.	De cliënt komt niet in aanmerking met een diagnose Fronto-temporale dementie, aangezien ongeremd gedrag hier op de voorgrond kan staan
Bij de cliënt is apathie gesignaleerd en een actueel probleemgedrag.	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij belemmerende diagnoses heeft die het contact en de meting kunnen beïnvloeden zoals psychische stoornissen (bijvoorbeeld depressie).
De cliënt heeft een redelijk gehoor.	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij doof of hardhorend is.
De cliënt is 65 jaar of ouder. Dit om jong dementerenden uit te sluiten.	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij bedlegerig is.
De levensverwachting van de cliënt wordt geschat meer te zijn dan 10 weken, om beëindiging door overlijden zo veel mogelijk te uit te kunnen sluiten.	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij een tactiel- lichamelijke aandoening die het gevoel van aanraking bemoeilijkt zoals doofheid in de ledematen.
De cliënt wordt geschat zich in het 5de of 6de stadium (<i>Moderately Severe Dementia</i>) van de GDS (Global Deterioration Scale) te bevinden.	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij problemen ervaart met aanraking/ dit als vervelend ervaren. Mogelijk door vroeger opgelopen trauma's.
	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij zich in het stadium 7 van de GDS bevindt, gezien deze fase het maken van contact ernstig bemoeilijkt is en er nog weinig reactie ontstaat op prikkels.
	De cliënt komt niet in aanmerking wanneer hij/zij zich in de stadia 1 t/m 4 van de GDS bevindt, gezien deze stadia niet bij gevorderde dementie behoren.
	Wettelijk vertegenwoordiger heeft een barrière in taal of niveau waardoor uitleg geven over het onderzoek en toestemming vragen wordt bemoeilijkt.

11.8 Bijlage 8: Toestemmingsverklaring (informed consent) wettelijk vertegenwoordigers

Titel onderzoek: CRDL in muziektherapie

Verantwoordelijke onderzoeker: Kimberley Janssen-Bouwmeester

Functie: Studentonderzoeker/stagiaire voor afstudeeronderzoek muziektherapie

In te vullen door de wettelijk vertegenwoordiger van de onderzoebspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Omcirkel alstublieft wat van toepassing is.

- Ik geef **wel/geen** toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.
- Ik geef **wel/geen** toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen de faculteit GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Na het behalen van het tentamen (onderzoeksverslag/presentatie) worden de opnames direct verwijderd.
- Ik geef **wel/geen** toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor een promotiefilmpje over de CRDL die uitsluitend in presentaties wordt getoond aan: medewerkers van zorginstelling Aafje en familieleden van klanten van zorginstelling Aafje. Het promotiefilmpje wordt na hooguit 2 jaar vernietigd.
- Ik geef **wel/geen** toestemming aan de onderzoeker om relevante persoonsgegevens die nodig zijn voor dit onderzoek op te vragen bij de agogisch hulpverlener. Onder relevante persoonsgegevens wordt onder andere verstaan: diagnose voor dementie, geboortedatum en gebruik van psychofarmaca (medicijnen die de psyche beïnvloeden).

Naam onderzoebspersoon:

Naam wettelijk vertegenwoordiger:

Relatie tot deelnemer:

Datum: Handtekening wettelijk vertegenwoordiger :

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

**Respondenten
nummer:**

11.9 Bijlage 9: Informatiebrief afstudeeronderzoek CRDL en muziektherapie Aafje

Bij Aafje hebben ze sinds kort een CRDL, dat is een instrument dat aanraking omzet in geluid. Je kunt op verschillende manieren aanraken, waardoor er verschillende geluiden uitkomen. Dus bijvoorbeeld tikken, aaien of vasthouden wat voor geluiden zorgt als een tokkende kip of een spinnende poes. Er zitten 15 verschillende geluidsbibliotheken in de CRDL waardoor je geluiden/thema's uit kunt kiezen die het beste herinneringen oproepen, of er het meest voor zorgen dat er contact kan ontstaan, zoals thema zee of boerderij. Het instrument is in eerste instantie gemaakt met de gedachte om mensen met dementie te helpen in het maken van contact. Omdat ik dit instrument zo mooi vind, wil ik kijken hoe ik dit instrument kan gebruiken in muziektherapie. Muziektherapie is kort gezegd met muziek werken aan bepaalde doelen of moeilijkheden, zoals bij dit onderzoek het maken van contact en interactie ontlocken bij mensen die wat moeilijker contact maken.

Het doel van mijn afstudeeronderzoek is een interventie maken waar technieken van muziektherapie in verwerkt zijn en in de praktijk kijken hoe de doelgroep op de interventie reageert. Ik ben op dit moment bezig om met de muziektherapeuten van Aafje op papier te zetten hoe ik de CRDL het beste in kan zetten om contact te maken. Vanaf 2 april wil ik graag op 4 dinsdagen deze ontwikkelde interventie uitproberen bij 3 deelnemers om te kijken hoe de deelnemers er op reageren. Dit ga ik wekelijks in sessies van een half uur doen. Mijn plan is dat ik de interventie ga uitvoeren met uw moeder op haar slaapkamer. Ik ga kijken of het lukt om met deze interventie het contact te verbeteren en interactie te bevorderen. Contact verbeteren kan al zijn dat er meer oogcontact is of meer blikken gericht op mij i.p.v. de omgeving. Interactie gaat echt over het zelf bespelen van het instrument, dus tikt uw moeder mij terug op mijn handen als ik haar daar de ruimte voor geef.

De muziektherapeut van Aafje is aanwezig op de achtergrond om mee te kijken en om te bepalen of de sessie wordt gestaakt bij tekenen van verzet. Omdat uw moeder dementie heeft en daardoor moeilijker kan laten merken dat ze iets niet wil, is het voor mij belangrijk om vooraf een grens af te spreken bij welk gedrag ik moet stoppen in een sessie. Wanneer het verzet duidelijk zichtbaar is, zal ik stoppen met de sessie, wanneer het twee sessies op rij gebeurt zal ik stoppen met het onderzoek bij uw moeder aangezien ze duidelijk aangeeft het niet te willen.

De sessies wil ik filmen zodat ik het complete beeld weer voor me heb tijdens het observeren i.p.v. de flarden die je onthoudt tijdens het uitvoeren zelf. Ook kun je met filmfragmenten terugspoelen als je niet zeker weet of je iets goed gezien hebt. Ik ga deze beelden samen met een muziektherapeut van een andere organisatie bekijken, omdat zij ook de deelnemers niet kent en het daardoor objectiever is. Samen observeren is beter dan als ik het alleen doe, want ik kan ook een gekleurd beeld geven doordat het mijn onderzoek is. Ook kies ik enkele fragmenten uit om in mijn presentatie te verwerken voor Aafje en voor mijn school (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen). Wanneer ik mijn scriptie en presentatie gehaald heb, zal ik de video's verwijderen. Daarnaast wilt Aafje een promotievideo over de CRDL om mensen te laten zien wat de CRDL is, hoe je hem gebruikt en hoe mensen er op reageren. De fragmenten die ik hiervoor gebruik mag Aafje 2 jaar houden, daarna dienen zij het ook te vernietigen. Officieel moet je voor deze handelingen toestemming vragen, vandaar het toestemmingsformulier.

Ik heb enkele gegevens nodig over je moeder om te kunnen bevestigen dat zij in aanmerking komt voor mijn onderzoek en om eventuele reacties te kunnen verklaren, zoals mogelijk andere ziektes of beperkingen die in de sessie van invloed kunnen zijn. Deze gegevens vraag ik op bij de agogisch hulpverlener, maar ook daar heb ik toestemming voor nodig. Alleen op de toestemmingsverklaring die u zelf invult komt straks de volledige naam te staan. Wanneer ik aan de slag ga met gegevens, ga ik respondenten nummers gebruiken waarvan alleen ik weet bij wie ze horen, dus er zal geen privacygevoelige informatie in het verslag komen. Het verslag wordt door docenten van mijn school gelezen en door medewerkers van Aafje. Mocht je de toestemming later in willen trekken is dit mogelijk. Wanneer er nog vragen zijn kunt u mij altijd mailen.

Hopende u op deze wijze voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Kimberley Janssen-Bouwmeester

11.10 Bijlage 10: Positive Response Schedule for Severe Dementia

Te observeren gedragscategorieën

1. Opzettelijke lichaamsbeweging
Elke opzettelijke beweging van de romp of ledematen, inclusief beweging van de houding. Onwillekeurige of automatische bewegingen zoals tics en tremor worden niet meegenomen.
2. Opzettelijk hoofdbeweging
Elk opzettelijke beweging van het hoofd, onwillekeurige en automatische bewegingen worden buiten beschouwing gelaten.
3. Vocalisatie
Elke verbale of vocale uitdrukking, inclusief spraak, zingen of niet te identificeren geluiden.
4. Blick op de omgeving
Elke opzettelijke blik op te observeren stimuli in de omgeving. Dit dient onderscheiden te worden van 'vacant gaze'.
5. Blick op de zorgprofessional
Elke opzettelijke blik naar de zorgprofessional, die betrokken is bij de interventie met de persoon met dementie (een blik naar andere personen dienen bij nr. 4 geregistreerd te worden). Voorbeeld: een verzorger roept de naam van de persoon met dementie en zijn/haar ogen bewegen naar de verzorger toe.
6. Initieert interactie
Elke poging om interactie te initiëren of aandacht te krijgen op vocale of non-vocale wijze.
7. Betrokkenheid
Elke betrokkenheid (actief of passief) bij een activiteit. Voorbeeld: zingen, de beweging van een hand volgen, deelnemen aan een oefening, een gesprek hebben.
8. Blij
Glimlachen, geanimeerde gezichtsuitdrukking in de afwezigheid van tekenen van ongeluk. Deze of de volgende twee categorieën dienen niet meegenomen te worden als er geen verandering is ten opzichte van de norm.
9. Verdrietig
'Down cast' gezichtsuitdrukking, dat wil zeggen mondhoeken naar beneden, ogen neergeslagen, 'tearfulness'
10. Angst
Angstige gezichts- of lichaamsuitdrukking, dat wil zeggen grotere ogen opzetten, snelle hoofd/oogbewegingen, flinke ademhaling, 'bodily jumping'

11.11 Bijlage 11: Logboek

Sessie 1 deelnemer 1

- Mevrouw maakte deze sessie veel contact en interactie, had hierbij een hoge dosis zelfinitiatief. Dit maakt dat ik de volgende sessie veel gebruik kan maken van de technieken: 'Making spaces' en 'Receding' in het ontlocken van initiatief.
- Mevrouw gaf verschillende keren verbaal aan dat ze mij niet kon verstaan, ik neem mij voor in de volgende sessie harder te praten.
- Mevrouw heeft zelf verschillende spelvormen bedacht, ik neem mij voor deze spelvormen in de volgende sessie te imiteren.
- Mevrouw is cognitief verbaal nog erg sterk, in de volgende sessie test ik meer verbale technieken uit om te kijken hoe zij daar op reageert.
- Geluidsbibliotheken 'zee' en 'boerderijdieren' gaven veel respons en enthousiasme.
- Bij geluidsbibliotheek 'muziekinstrumenten' ontstond er meer rust bij mevrouw Deze ga ik de volgende sessie aan het eind bewust inzetten om de sessie af te kunnen bouwen.

Sessie 1 deelnemer 2

- Van te voren hebben we mevrouw rechter in haar stoel laten zitten zodat het oogcontact makkelijker te maken was en mevrouw wellicht een actievere houding aan kon nemen. Mevrouw was deze houding niet gewent en het zag er uit alsof mevrouw dit niet prettig vond. In de volgende sessie laten we mevrouw in kiepstand zitten.
- In deze sessie heb ik veel wisselingen gemaakt van geluidsbibliotheek omdat ik van haar negatieve verbale reacties uit ben gegaan i.p.v. haar positieve non-verbale reacties. In de volgende sessie gebruik ik maximaal drie geluidsbibliotheken en let ik meer op haar non-verbale reacties. De negatieve verbale uitspraken leken uit het niets te komen en kwamen niet overeen met haar non-verbale houding.
- Mevrouw heeft haar vrije hand niet gebruikt in deze sessie, daardoor kon er weinig initiatief vanuit haar komen. In de volgende sessie ga ik anders zitten zodat mevrouw meer interactie met de CRDL en mij kan hebben.

Sessie 2 deelnemer 1

- Mevrouw sloeg in deze sessie in fases enthousiast op mijn hand, deze beweging kwam erg vaak voor. Ik probeerde deze sessie meer 'Modelling' toe te passen om duidelijk te maken dat mevrouw ook andere bewegingen kan maken dan slaan of tikken. Dit leek effectief.
- Het inbouwen van rust door 'Calming' te gebruiken werkt goed, maar na een tijd dwaalt mevrouw af, of wordt ze soms ongeduldig. In de volgende sessie probeer ik bewust om te gaan met de duur van het inbouwen van rust.

Sessie 2 deelnemer 2

- Ik heb het idee dat mevrouw erg schrok van de geluidsbibliotheek 'zee'. Wellicht kon mevrouw niet plaatsen waarom er geluiden van de zee in haar slaapkamer waren en zorgde dat voor negatieve verbale en non-verbale reacties. Daarom ga ik de volgende sessie alleen gebruik maken van geluidsbibliotheken met muziek.
- Mevrouw lijkt haarzelf op momenten te overprikkelen als ze snel op de CRDL slaat en er dan snelle geluiden uitkomen. Deze sessie heb ik enkele keren contact verbroken om de muziek te laten ontspannen. Ik had het idee dat dit effect had.
- Mevrouw reageerde verbala vaak afwijzend terwijl ze wel non-verbaal betrokkenheid en nieuwsgierigheid toonde naar het instrument. Daarom ben ik meer non-verbaal interactie gaan ontlocken en heb ik de verbale uitnodiging minder gebruikt. Dit leek effectief.

11.12 Bijlage 12: Definitieve interventieopzet

Doelgroep:	Ouderen met gevorderde dementie en apathie.
Doel interventie:	Contact maken en interactie ontlocken.
Individueel of groep:	Individuele sessie
Randvoorwaarden:	Een prikkelarme ruimte afgezonderd van de woongroep waar minstens drie stoelen aanwezig zijn. Dit kan de eigen kamer zijn of een rustige hoek in de woonkamer. Een voorwerp waar de camera op kan staan (bijv. een tafel). De CRDL is voor gebruik opgeladen.

Uitvoering:

- Voorkeursgeluiden zijn besproken en geselecteerd met naasten van de cliënt om aan te sluiten op de belevingswereld en achtergrond van de cliënt.
- De therapeut gaat dichtbij tegenover de cliënt zitten met de CRDL bij de therapeut op schoot.
- De therapeut toont de CRDL aan de cliënt, geeft verbale uitleg en neemt de tijd voor de cliënt om de nieuwe prikkels te verwerken.
- De therapeut verzoekt de cliënt één hand op het aanraakvlak te leggen. Wanneer er geen reactie komt, benoemt de therapeut dat hij/zij de hand van de cliënt op het aanraakvlak gaat leggen en voert deze handelingen uit. De vrije handen van therapeut en cliënt houden elkaar vast om geluid te laten ontstaan. Bij een negatieve reactie van de cliënt demonstreert de therapeut het instrument door zelf het instrument met twee handen te bedienen om klanken te laten horen. Hierna stimuleert de therapeut de cliënt om te participeren.
- De therapeut neemt de tijd om samen met de cliënt met het instrument te experimenteren door verschillende soorten aanraking (tikken, strelen, vasthouden, kriebelen en kneden). Het ritme van de CRDL wordt gevolgd, waarin afhankelijk van de interactie van de cliënt gestart wordt vanuit het initiatief van de therapeut.
- De therapeut kijkt welk effect de geluidsbibliotheek oproept. Tijdens de uitvoering kan er van geluidsbibliotheek gewisseld worden wanneer het contact en de interactie stagneert en wanneer de geluidsbibliotheek geen respons oproept. Er wordt gewaakt voor het maken van niet te snel en niet te veel wisselingen van geluidsbibliotheek.
- In het begin van de sessie sluit de therapeut aan op het energieniveau van de cliënt, waarna er toegewerkt wordt naar het aanbieden van meer prikkels om contact en interactie te bewerkstelligen.
- De sessieduur is afhankelijk van de aandacht, concentratie en motivatie van de cliënt. De sessie duurt maximaal 30 minuten.
- Aan het eind van de sessie 'Calming' van Bruscia (1987/1997) toepassen, door in ritme van bewegingen en door klanken uit de geluidsbibliotheek van de CRDL naar ontspanning toe te werken en uiteindelijk te stoppen met spelen. Hierna verbaal nabespreken en een volgende afspraak maken.

Om het contact te bevorderen en interactie te ontlocken kunnen de volgende Bruscia (1987/1997) technieken ingezet worden:

Bruscia technieken
<i>Imitating (imitatie):</i> Het imiteren van geluid, ritme, beweging, gezichtsuitdrukking die de cliënt uit.
<i>Pacing (het overeenstemmen):</i> Het afstemmen op energieniveau door muzikaal, in beweging of in taal aan te sluiten op het tempo en volume van de cliënt.
<i>Repeating (het herhalen):</i> Het aanbieden van eenzelfde ritme of melodie. Keuzemogelijkheid om structureel een rustpunt in de herhaling te bieden voor reactie, of telkens dezelfde manier herhalen of telkens één element wijzigen.

<i>Modelling (model staan):</i> Een bepaald doelgedrag of gevoel demonstreren om bij de cliënt een specifieke reactie uit te lokken. Dit kan het demonstreren van een instrument zijn, of bepaald gedrag oefenen in muziek of in beweging.
<i>Making spaces (het ruimte maken):</i> Het bieden van ruimte in muziek, beweging drama of taal om de cliënt de tijd te geven om te antwoorden.
<i>Intensifying (het intensiveren):</i> Dynamiek, tempo, ritmische en/of melodische spanning verhogen. Op dit instrument voornamelijk ritme en tempo variaties, aangezien alleen bij enkele geluidsbibliotheken de dynamiek deels te vergroten is.
<i>Reflecting (het reflecteren):</i> Dezelfde stemming of gevoelens uitdrukken door bijvoorbeeld de gezichtsuitdrukking te reflecteren.
<i>Sharing instruments (het delen van hetzelfde instrument):</i> Samen hetzelfde instrument bespelen.
<i>Enabling (het in staat stellen):</i> Het geven van: opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies aan de cliënt.
<i>Receding (het terugtrekken):</i> Terugtrekken zodat de cliënt kan leiden.
<i>Making transitions (overgangen maken):</i> De cliënt laten ontdekken hoe hij/zij geleidelijke overgang kan maken. Door bijvoorbeeld uitdrukkelijk verschillende speelwijzen te gebruiken.
<i>Connecting (verbanden leggen):</i> Het verwoorden van verbanden, onder andere tussen muzikale elementen door te bespreken wat de verschillen zijn tussen bewegingen en geluiden.
<i>Summarizing (het samenvatten):</i> De belangrijkste gebeurtenissen verbaal samenvatten na de improvisatie.
<i>Feedback (het terugkoppelen):</i> Vertellen hoe de cliënt objectief overkomt of klinkt.
<i>Interpreting (het interpreteren):</i> Het bieden van verklaringen/betekenenissen voor ervaringen van de cliënt. Door bijvoorbeeld de geluiden te benoemen en te verklaren hoe deze ontstaan.
<i>Reinforcing (versterken):</i> De cliënt belonen om bepaald gedrag te versterken of af te zwakken.
<i>Calming (het kalmeren):</i> De muziek laten ontspannen door gebruik van parameters. Op dit instrument te realiseren door tempo en ritme te vertragen en bewust klanken van bewegingen inzetten om tot ontspanning te komen.
<i>Introducing change (het introduceren van verandering):</i> Nieuwe richting geven door nieuw thematisch materiaal aan te bieden.

Bruscia, K. E. (1997). *64 Behandeltechnieken voor Improvisatorische muziektherapie*[Improvisational Models of Music Therapy] (P. Van den Berk, Vert.). Springfield: Charles C. Thomas. (Origineel werk gepubliceerd in 1987)