

Eindverslag:

Muziek bij logopedische behandelingen voor mensen met dementie: een valse noot of de juiste toon?

Een verkenning onder logopedisten in Nederland

Naam:	Ingrid Swart
Studentnummer:	0956858
Klas:	LOG-4A
Hogeschool:	Hogeschool Rotterdam
Instellingsinstituut:	Gezondheidszorg
Studierichting:	Logopedie
Periode:	Jaar 4, kwartaal 3
Datum:	31 mei 2020
Naam cursus:	Afstuderen
Code cursus:	LOGAPT02P4
Naam en adres praktijk:	Logopediepraktijk Ommoord
Naam stagebegeleider:	Feikje Nassy
Naam 1 ^e beoordelaar:	Maris van Sluijs
Naam 2 ^e beoordelaar:	Petra Slood

Voorwoord

*Door achter te laten wat je niet meer nodig hebt,
creëer je ruimte om te vinden wat jou vooruit brengt*
www.ingspire.nl

Dit onderzoeksverslag is tot stand gekomen in een periode waarin de wereld werd opgeschrikt door een pandemie. Voor de samenleving heeft het enorme gevolgen gehad. In rap tempo kregen veel mensen het Coronavirus en raakten de IC's overvol. Wij werden door de regering verzocht om 1,5 meter afstand van elkaar te houden, zoveel mogelijk thuis te blijven en alleen naar buiten te gaan, als het echt nodig was. De scholen gingen dicht, verpleeghuizen werden gesloten voor bezoek en de logopediepraktijk waar ik stage liep, ging tijdelijk over op telelogopedie.

De Coronacrisis had ook effect op de invulling en uitvoering van mijn toegepast wetenschappelijk onderzoek. Een casestudy over een experimentele interventie in een verpleeghuis werd een onderzoek naar de ideeën en ervaringen van logopedisten. Het onderwerp, zij het in bredere context, heb ik kunnen handhaven: muziek bij logopedische behandelingen voor mensen met dementie.

Dankwoord

In deze bijzondere periode heb ik veel steun gehad van Feikje Nassy, logopedist en praktijkhouder bij Logopediepraktijk Ommoord. Op deze plek wil ik graag mijn dank aan haar uitspreken. Zij durfde het aan om samen met mij dit avontuur aan te gaan. Ik kijk met plezier en waardering terug op onze samenwerking.

Ook wil ik op deze plek mijn waardering en dank uitspreken voor de begeleiding van Maris van Sluijs, kerndocent bij de Hogeschool Rotterdam. Haar luisterend oor heb ik zeer gewaardeerd. Haar vakkennis, onze discussies en haar feedback op mijn stukken waren zeer waardevol. Deze waardering en dank ben ik ook verschuldigd aan Petra Sloot, mijn tweede beoordelaar en eveneens kerndocent van de Hogeschool Rotterdam. Haar kritiek was scherp, daagde me uit tot kritisch nadenken en hebben mijn stukken naar een hoger niveau getild.

Zonder de antwoorden op vragenlijsten van logopedisten en de muziektherapeut had ik mijn onderzoek niet kunnen uitvoeren. Hun ideeën en ervaringen zijn de belangrijkste input geweest voor dit onderzoek. Dat geldt ook voor de inzichten van een muziektherapeut. Graag wil ik op deze plek deze personen bedanken voor hun medewerking.

Tot slot ben ik dank verschuldigd aan mijn man, Martin Tulen. Ondanks al onze uitdagingen bleef en blijft hij rotsvast in mij geloven. Zonder zijn steun en geloof in mij had ik niet kunnen zijn, waar ik nu ben.

Rest mij u veel leesplezier toe te wensen.

Ingrid Swart
Hoek van Holland, 31 mei 2020

Samenvatting

Inleiding

Dementie, één van de meest voorkomende ziektes in Nederland, veroorzaakt stoornissen in het geheugen, waardoor taal- en spraakproblemen en/of dysfagieklachten kunnen ontstaan. Voor behandeling van deze problematiek kunnen personen met dementie en hun omgeving terecht bij de logopedist. Mogelijk kan de logopedist bij de behandeling gebruik maken van muziek. Voor vijftien tot zeventien procent van de bevolking is muziek plezierig. Hoewel er de laatste jaren veel is gepubliceerd over de toegevoegde waarde van muziek bij personen met dementie, is het aantal gevonden wetenschappelijke publicaties over effect van muziek op het verminderen van logopedische klachten van personen met dementie beperkt. Dit onderzoek brengt in kaart hoe logopedisten in Nederland denken over het inzetten van muziek bij logopedische interventies bij personen met dementie, of en welke ervaringen zij ermee hebben en aan welke kennis zij behoefte hebben.

Methode

Er is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. De ideeën, ervaringen en kennisbehoeften van logopedisten die personen met dementie behandelen of hebben behandeld, zijn verzameld met een vragenlijst. De logopedisten zijn geworven door diverse verpleeghuizen en de NVLF-werkgroep Logopedie en Dementie aan te schrijven. Daarnaast is een oproep met de link naar de vragenlijst geplaatst op de NVLF-facebookpagina en op LinkedIn.

Resultaten

In totaal hebben 21 logopedisten, voornamelijk werkzaam in een verpleeghuis en variërend in aantal jaren werkervaring aan het onderzoek deelgenomen. Zij hebben hun ideeën gegeven over het inzetten van muziek in het algemeen en specifiek tijdens interventies gericht op het verbeteren van contact, communicatie en het verminderen van dysfagieklachten. Daarnaast hebben zij hun ervaringen in de praktijk en hun kennisbehoefte gedeeld.

Conclusie

De respondenten staan over het algemeen open voor het inzetten van muziek bij logopedische interventies. Op zeer beperkte schaal passen zij muziek toe bij logopedische interventies bij personen met dementie. De toegevoegde waarde zien zij voornamelijk op het gebied van de stimulatie van contact en communicatie tussen de personen met dementie en anderen. Over het (therapeutisch) inzetten van muziek bij dysfagieklachten zijn twijfels over de werking. De wens om wetenschappelijke onderbouwing van de werking van muziek als onderdeel van de logopedische interventie voor PMD en de ontwikkeling van een methode klinkt bij de meeste respondenten door.

Aanbevelingen

Logopedisten worden geadviseerd om, waar mogelijk, bij de behandelingen van personen met dementie samen te werken met een muziektherapeut. Vervolgonderzoek naar het effect van muziek bij logopedische interventies bij personen met dementie wordt aanbevolen. Er is weinig kennis beschikbaar. Logopedisten staan open om met een dergelijk methode te werken. Er zijn enkele positieve ervaringen met een dergelijke interventie en logopedisten hebben baat bij een effectieve methode om de groeiende populatie met dementie te kunnen behandelen. Om het onderzoek een extra impuls te geven wordt geadviseerd om met de NVLF te overleggen of het onderwerp op de Kennisagenda Logopedie opgenomen kan worden.

Summary

Preface

Dementia, one of the most common diseases in the Netherlands, causes memory disorders, which can result in language- and speech difficulties and/or dysphagia. For treatment of these disorders people can go to the speech and language therapist. Music might be very useful in the speech and language therapy. 95-97 percentage of the people like music. In the recent years lots of research is published about the benefits of music for people with dementia. Research about the effect of using music in speech and language therapy for people with dementia is limited. This research is collecting the ideas, experiences and needs of knowledge of speech and language therapists in the Netherlands regarding this subject.

Method

A qualitative research is conducted. The ideas, experiences and need for knowledge from speech and language therapists who treat or treated persons with dementia, are collected with a questionnaire. Speech and language therapists were recruited by contacting various nursing homes and the workgroup *Logopedie en Dementie* from the NVLF. In addition, an invitation with a link to the questionnaire was put on the NVLF-Facebook page and LinkedIn.

Results

In total 21 speech and language therapists responded. Most of them worked in a nursing home and their work experience varied. They shared their ideas about using music with people with dementia in general and specific during interventions focused on improving contact, communication and reducing dysphagia. They also shared their experiences and their need for knowledge.

Conclusion

The respondents are basically open for using music as part of speech and language therapy. On a limited scale they use music in speech and language interventions for people with dementia. They see the added value of using music with the stimulation of contact and communication between persons with dementia and others. They however have doubts about the effect of music on reducing dysphagia problems. The respondents ask for more scientific substantiation of the effect of using music as part of the speech and language interventions for people with dementia and ask for the development of a treatment method.

Recommendations

Speech and language therapists are advised to, if possible, work together with music therapists during the interventions of people of dementia. A supplementary research on the effect of using music with speech and language interventions for people with dementia is recommended. There is a lack of knowledge on this topic. Speech and language therapists are willing to use a treatment method which involves using music. Speech and language therapists benefit of effective treatment methods as the population with dementia will increase the coming years. In order to boost the research, it is advised to consult the NVLF whether this topic can be added to the Knowledge agenda speech and language therapy.

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
1. Inleiding	7
1.1 Dementie	7
1.2 Dementie en muziek	7
1.3 Toegevoegde waarde van muziek bij logopedische klachten van PMD	9
1.4 Doelstellingen en vraagstelling van het onderzoek	9
1.5 De waarde voor de logopedische praktijk	10
2. Methode	11
2.1 Onderzoeksopzet	11
2.2 Onderzoekspopulatie	11
2.3 Het meetinstrument: de vragenlijst	11
2.4 Analyse van de data	11
2.5 Wet Medische Wetenschappelijk Onderzoek en ethiek	12
3. Resultaten	13
3.1 Algemene gegevens	13
3.2 Ideeën over muziek bij logopedische behandelingen bij PMD	13
3.3 Ervaringen met muziek in de logopedische praktijk	17
3.4. Kennisbehoeften	19
4. Discussie	20
4.1 Ideeën en ervaringen over muziek logopedische interventies	20
4.2 Belang van voorkeursmuziek	20
4.3 Kennisbehoeften	21
4.4 Methodologische beperkingen	21
5. Conclusie en aanbevelingen	22
5.1 Conclusies	22
5.2 Aanbevelingen	22
Literatuurlijst	23

Bijlage 1: De vier fasen van dementie	25
Bijlage 2: Mail aan het werkveld	26
Bijlage 3: Vragenlijst logopedisten in het werkveld	27
Bijlage 4: Kennisbehoeften van de respondenten	31

1. Inleiding

*"Muziek raakt iets aan, waar een ziekte als dementie geen vat op heeft",
neuropsycholoog Erik Scherder (Voermans, 2016)*

Dementie, één van de meest voorkomende ziektes in Nederland, veroorzaakt stoornissen in het geheugen, waardoor taal- en spraakproblemen kunnen ontstaan (RIVM, 2020; Prins, Prins & Visch-Brink, 1999). Daarnaast heeft ongeveer vijftig procent van de personen met dementie (verder: PMD) dysfagieklachten (Wasson, Tate, & Hayes, 2001). Voor behandeling van deze problematiek kunnen PMD en hun omgeving terecht bij de logopedist. Voor de PMD zijn de behandeldoelen gericht op het aanleren van een effectieve wijze van communiceren en het verminderen en/of verhelpen van de dysfagieklachten (NVLF De Bodt, Guns, D'Hondt, Vanderwegen & Van Nuffelen, 2015). Naast voorlichting kan de logopedist de omgeving handvatten en adviezen geven om de communicatie met de PMD in stand te houden (NVLF, z.d.). Wellicht kan muziek de logopedist bij deze interventies ondersteunen. Verschillende onderzoeken tonen aan dat muziek de alertheid, het omgevingsbewustzijn door de PMD en de mogelijkheden voor contact met de PMD kan doen toenemen en zelfs mogelijk dysfagieklachten kan doen afnemen (Götell, Brown, Ekman, 2004; McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; Van Hoof & Wouters, 2014; Van den Berg, 2014; Cohen, Post, Lo, Lombardo & Pfeffer, 2018). Daarbij vindt vijftien tot zeventien procent van de bevolking muziek plezierig (Abhat (2017) en Mas-Herrero, Zatorre, Rodriguez-Fornells, & Marco-Pallare´s (2014) in Cohen, Post, Lo, Lombardo & Pfeffer, 2018). Dit onderzoek zet een eerste stap in de verkenning of en hoe muziek een bijdrage kan leveren aan logopedische interventies voor PMD. Voordat verder wordt ingegaan op het doel en de vraagstelling van dit onderzoek, wordt de theoretische context geschetst.

1.1 Dementie

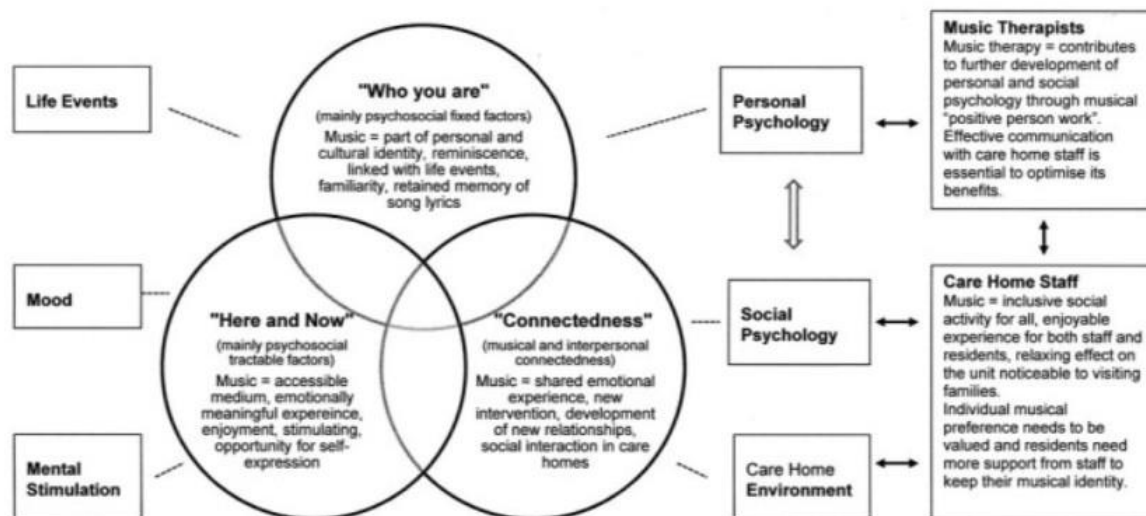
Dementie wordt gedefinieerd als "het bestaan van geheugenstoornissen in combinatie met stoornissen in taal (afasie), handelen (apraxie) en/of kennen en herkennen (agnosie)" (Cras, 2009). Het beïnvloedt het dagelijks functioneren door verstoringen in bijvoorbeeld het denken, het geheugen, de spraak, het schrijven, de taalfunctie, het gedrag, de motoriek, het plannen, de oriëntatie van de tijd en organiseren (Dirkse, Kessels, Hoogeveen & Van Dixhoorn, 2013). Dementie heeft een progressief karakter. Het functioneren van cliënten gaat in de loop van de tijd steeds verder achteruit (Alzheimer Nederland, z.d.). Daarbij zijn vier fasen te onderscheiden die in bijlage 1 worden toegelicht. Wat, naast de afnemende cognitieve en functionele vaardigheden, het meest opvalt, is het verminderen van het bewustzijn van de cliënt, waardoor het maken van contact met de PMD steeds moeilijker wordt (Van Hoof & Wouters, 2014).

1.2 Dementie en muziek

Wat geldt voor het maken van contact, geldt niet voor muziek. Muziek dringt in alle fasen van de dementie door (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; Van Hoof & Wouters, 2014). Om te begrijpen waarom en hoe muziek toegevoegde waarde bij een PMD kan bieden wordt het psychosociaal model van McDermott, Orrell & Ridder (2014) geïntroduceerd. Hoewel het model in de context van een verpleeghuis met muziektherapeuten is gemaakt, biedt het voor dit onderzoek belangrijke inzichten. Deze inzichten worden aan de hand van de uitleg van het model uiteengezet.

In het model, weergegeven in figuur 1, worden de persoonlijke elementen van een PMD geïllustreerd door de cirkels wie jij bent ("*who you are*"), hier en nu ("*here and now*") en verbondenheid ("*connectedness*"). De psychosociale factoren staan in de rechthoeken. De factoren stemming ("*mood*"), mentale stimulatie ("*mental stimulation*"), de cognitieve emotionele factor ("*personal psychology*"), de sociale factor ("*social psychology*") en de sfeer in het verpleeghuis ("*care home environment*") kunnen direct door derden beïnvloed worden. Dat geldt niet voor *life events* (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014).

Aan de hand van de verdieping van de persoonlijke elementen wordt de wijze waarop de factoren de PMD kunnen beïnvloeden toegelicht, te beginnen met wie jij bent.



Figuur 1: Het psychosociaal model van McDermott, Orrell, & Ridder (2014)

Wie jij bent

De muziekvoorkeuren van een PMD zijn zeer persoonlijk (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014) en worden beïnvloed door factoren zoals het land en soms zelfs de streek van herkomst, religie, de muziekvoorkeur binnen het gezin, hobby's zoals het bespelen van een instrument of sportevenementen waarbij muziek een rol speelde (De Langen, 2007). De voorkeur wordt mede bepaald door belangrijke gebeurtenissen in iemands leven (rechthoek *life events*) (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). De meeste bepalende gebeurtenissen die in de regel gepaard gaan met veel emoties, vinden rond het twintigste levensjaar plaats (Hoogeveen, Groenendaal, Van den Berg, Mulder, Bakker & Swinkels, 2014). Omdat tussen muziek en emoties een diepe verbondenheid is, is de muziek die die periode populair was, vaak belangrijk voor iemand (Hoogeveen, Groenendaal, Van den Berg, Mulder, Bakker & Swinkels, 2014; De Langen, 2007). De verbondenheid tussen muziek en emoties kan ook zorgen voor het ophalen van herinneringen. Voorzichtigheid is hierbij geboden. Door muziek kan een PMD een nieuwe identiteit vinden, maar hij kan door de herinneringen ook de eigen identiteit terugvinden en beseffen wat hij is verloren. Dat kan gepaard gaan met verdriet (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). Observatie van de PMD tijdens het draaien van muziek is belangrijk omdat een PMD vaak moeilijk zelf kan aangeven wanneer muziek een negatieve ervaring is (De Langen, 2007).

Tot slot speelt het stadium van dementie een rol bij de herkenning van de muziek. Dementie tast het geheugen aan. Een PMD raakt daardoor de meest recente herinneringen het eerst kwijt en de oudste herinneringen blijven het langst bewaard. Dit wordt het oprollend geheugen genoemd (Hoogeveen, Groenendaal, Van den Berg, Mulder, Bakker & Swinkels, 2014). Muziek dat aansluit bij de levensfase waar de PMD zich op dat moment in bevindt, is voor hem herkenbaar. Voor onherkenbare muziek heeft een PMD verminderd of zelfs geen belangstelling, ook als het voor die periode zijn favoriete muziek is geweest ((McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; De Langen, 2007).

Hier en nu

De ontvankelijkheid van PMD voor muziek komt door de verwerking van muziek in het associatie- en emotiegeheugen. Dit deel van het geheugen wordt vrijwel niet door de dementie aangetast. In dit deel van het geheugen worden ook de *life events* met inbegrip van de emoties die iemand op dat moment voelde, opgeslagen (Hoogeveen, Groenendaal, Van den Berg, Mulder, Bakker & Swinkels, 2014).

De rechthoek *mental stimulation* omvat de emoties, die door de herinneringen die aan de muziek gekoppeld zijn naar boven kunnen komen en geuit worden (De Langen, 2007; Dirkse, Kessels, Hooijveen & Van Dixhoorn, 2013; McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). De juiste muziekkeuze zorgt niet alleen voor een verbetering van het humeur, maar ook voor alertheid en interesse in de omgeving (de rechthoek *mood*) (Götel, Brown, Ekman, 2004). Dit beïnvloedt direct de rechthoek *care home environment* (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; De Langen, 2011).

Verbondenheid

Naast een goed humeur, alertheid en interesse in de omgeving bij de PMD, creëert de juiste muziekkeuze voor de PMD een veilige en vertrouwde omgeving. Een dergelijke omgeving ondersteunt hem in zijn functioneren. Het kan zijn zelfredzaamheid verhogen (Van den Berg, 2014). Deze omgeving nodigt een PMD ook uit tot het aangaan van sociale interacties met anderen (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). Gesprekken of het ophalen van herinneringen worden hierdoor mogelijk (Van den Berg, 2014). Een verkeerde muziekkeuze heeft het tegenovergestelde effect. De negatieve prikkel leidt tot agitatie of onrust bij de PMD. Hij kan zich in zichzelf terugtrekken en de verbinding met zichzelf verliezen (De Langen, 2007; De Langen, 2011). Kortom, het maken van de juiste muziekkeuze is bij een PMD cruciaal.

1.3 Toegevoegde waarde van muziek bij logopedische klachten van PMD

In de vorige paragraaf zijn de positieve effecten op een PMD door muziek besproken. Muziek kan van toegevoegde waarde zijn voor het verminderen van logopedische klachten van PMD. De taalproductie en de vloeiendheid van het spreken bij PMD wordt door muziektherapie positief beïnvloed. De aangeboden muziek was door de onderzoekers geselecteerd en had een relatie met het onderwerp van gesprek (Brotons (2000) in Raglio et al., 2012). Het zingen van bekende liedjes stimuleerde zes PMD's in fase 2 en 3 tot het aangaan van spontane gesprekken (Dassa & Amir, 2014). Door het draaien van kalmerende muziek kon agitatie of onrust bij PMD tijdens de maaltijd verminderen waardoor voedselinname verbeterde (Wasson, Tate & Hayes, 2001; Vink, 2013). Cohen, Post, Lo, Lombardo en Pfeffer (2018) vonden dat de juiste muziekkeuze, aangeboden via een individuele iPod, aan een verbeterde sliktechniek, voedingstoestand en verminderde aspiratie bij PMD kon bijdragen.

Hoewel er de laatste jaren veel is gepubliceerd over de toegevoegde waarde van muziek bij PMD, is het aantal gevonden wetenschappelijke publicaties over effect van muziek op logopedische klachten van PMD beperkt. De gevonden onderzoeken betroffen casestudies met een beperkte onderzoekspopulatie. Harde conclusies over het effect van muziek op het verminderen van logopedische klachten mogen daarom niet getrokken worden (Kalf en De Beer, 2011). Dit onderzoek hoopt een stap te zetten in het vergroten van de kennis met betrekking tot het inzetten muziek bij logopedische behandelingen voor PMD. Het brengt in kaart hoe logopedisten in Nederland denken over het inzetten van muziek bij logopedische interventies bij PMD, of en welke ervaringen zij ermee hebben en aan welke kennis zij behoefte hebben.

1.4 Doelstellingen en vraagstelling van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de ideeën over en de ervaringen met het inzetten van muziek bij logopedische interventies voor PMD.

De onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt als volgt: Welke ideeën en ervaringen hebben logopedisten over en met het inzetten van muziek bij logopedische interventies van PMD?

De deelvragen

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- a. Welke ideeën hebben logopedisten over het inzetten van muziek bij interventies voor PMD?
- b. Welke ervaringen hebben logopedisten wanneer zij muziek bij de interventie van PMD inzetten?
- c. Aan welke kennis over het inzetten van muziek tijdens behandelingen hebben zij behoefte?

1.5 De waarde voor de logopedische praktijk

Het eindproduct geeft inzicht in het gebruik van muziek bij interventies bij PMD door logopedisten en de mogelijke meerwaarde daarvan. Daarnaast wordt inzicht verkregen in de kennisbehoefte van logopedisten in relatie tot dit onderwerp.

2. Methode

2.1 Onderzoekopzet

Om de ervaringen, ideeën en kennisbehoeften van logopedisten met en over muziek bij logopedische behandelingen van PMD in kaart te brengen is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, Rosendaal, 2019). De data zijn met een vragenlijst verzameld. De respondenten ontvingen via de email of zagen in een oproep op de facebookpagina van de NVLF of LinkedIn een uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. In de uitnodiging werden de inclusiecriteria benoemd. Via een openbare link kon de vragenlijst geopend worden.

De respondenten werden op één moment gevraagd de vragenlijst in te vullen. Omdat herhaling van het onderzoek niet plaatsvond, was er sprake van een crosssectioneel onderzoek (Kuiper, Verhoef & Munten, 2016).

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit de logopedisten die PMD behandelden of hebben behandeld. Aan het aantal jaren werkervaring zijn geen eisen gesteld.

Logopedisten werden geworven door diverse verpleeghuizen en de NVLF-werkgroep logopedie en dementie aan te schrijven. Daarnaast is een oproep met de link naar de vragenlijst geplaatst op de NVLF-facebookpagina en op LinkedIn.

2.3 Het meetinstrument: de vragenlijst

De vragenlijst was opgesteld aan de hand van de criteria van Baarda & De Goede (2006) en Janssens (2006). De vragen waren op het verwachte kennisniveau en referentiekader van de logopedist die PMD behandelt, afgestemd. De vragen bevorderden volledige en nauwkeurige antwoorden. De vragen waren neutraal en eenduidig geformuleerd. Tot slot was de vragenlijst logisch opgebouwd.

De vragenlijst startte met een inleiding waarin kort het doel van het onderzoek en de privacy waarborgen werden toegelicht. Na de toestemmingsverklaring werd een aantal algemene vragen gesteld. Daarna werden de vragen steeds specifieker (Baarda, Kalmijn & De Goede, 2015). Vervolgens konden respondenten aangeven of zij een afschrift van het onderzoeksverslag wensten. De vragenlijst eindigde met dankzegging aan de respondent.

De vragenlijst is opgesteld in Microsoft Forms waardoor de vragenlijst anoniem ingevuld kon worden door de logopedist. Voordeel hiervan was dat de respondenten minder snel sociaal wenselijk antwoorden zouden geven (Baarda, 2019). Een nadeel hiervan was dat de onderzoeker niet kon controleren of de respondent aan de inclusiecriteria voldeed en vertrouwd moest worden op de respondent.

Soorten vragen en antwoordmogelijkheden

De vragenlijst kende gesloten en open vragen. Qua inhoud bevatten de gesloten vragen inhoudelijke vragen en meningen. Bij de antwoordmogelijkheden bij de opinievragen werd gebruik gemaakt van Likert-schalen, waarbij de respondent een keuze kon maken uit vijf antwoordmogelijkheden: positief, enigszins positief, neutraal, enigszins negatief en negatief. Vrijwel alle open vragen hadden tot doel de antwoorden op gesloten vragen nader te onderbouwen met uitzondering van één vraag, waarin logopedisten werd gevraagd naar hun kennisbehoeften.

2.4 Analyse van de data

Microsoft Forms telde de antwoorden van de gesloten vragen automatisch op. Deze konden direct als resultaten in het eindverslag verwerkt worden. De antwoorden op de open vragen werden afzonderlijk weergegeven. Deze antwoorden onderbouwden de gegeven antwoorden van de gesloten vragen. In totaal hebben 21 logopedisten de vragenlijst ingevuld. Om de boodschap uit de antwoorden overzichtelijk te houden is er een analyse van de antwoorden in het verslag opgenomen.

Analyse van de antwoorden op de open vragen

Voor de analyse van de antwoorden op de open vragen is gebruik gemaakt van achtereenvolgens open, axiaal en selectief coderen. Per vraag en antwoordoptie zijn alle antwoorden gelezen. Op basis van deze eerste indruk zijn de codes bepaald en zijn alle antwoorden gecodeerd. Alle antwoorden met dezelfde code zijn vervolgens gegroepeerd. Daarna was de groep voldoende klein om de antwoorden die onder dezelfde code vallen, met elkaar in verband te brengen. De verbindingen en relaties die daarmee tot stand kwamen, zijn opgenomen in de resultaten (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, Rosendaal, 2019)

2.5 Wet Medische Wetenschappelijk Onderzoek en ethiek

Een onderzoek was WMO-plichtig als het voldeed aan de volgende voorwaarden: "er was sprake van een medische wetenschappelijk onderzoek én personen werden aan handelingen onderworpen of hen werden gedragsregels opgelegd" (CCMO, z.d.).

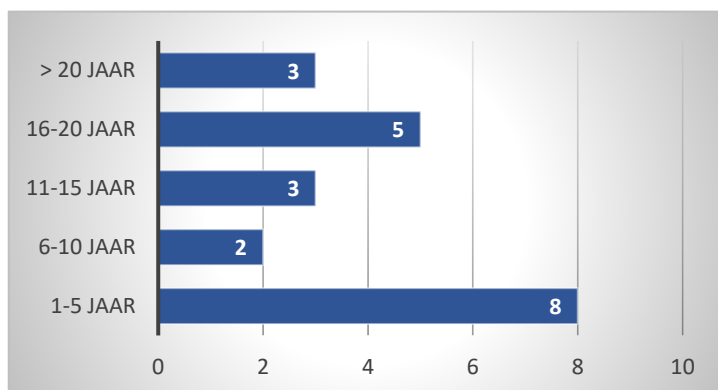
De vragenlijst die onder logopedisten is uitgezet, voldeed niet aan beide voorwaarden. Er was sprake van een medisch wetenschappelijk onderzoek, maar aan de aangeschreven logopedisten zijn geen gedragsregels of handelingen opgelegd. Daarmee was het onderzoek niet WMO-plichtig.

De vragenlijst kon anoniem ingevuld worden en voor zover de respondent toch zijn identiteit kenbaar maakte, dan was deze alleen bij de onderzoeker bekend. In het onderzoek werden de resultaten en de analyse van de antwoorden op de vragenlijsten gedeeld. Mening van individuele logopedisten zijn geanonimiseerd weergegeven. Er waren geen ethische dilemma's.

3. Resultaten

3.1 Algemene gegevens

Eenentwintig logopedisten hebben de vragenlijst ingevuld. Vijftien respondenten behandelen regelmatig PMD en zes respondenten soms. Het aantal jaren werkervaring van de participanten is opgenomen in figuur 2.



Figuur 2: jaren werkervaring van de respondenten

Figuur 3 geeft een beeld van de werkplekken van de respondenten. Wat opvalt, is dat zij vrijwel allemaal werkzaam zijn in een verpleeghuis.

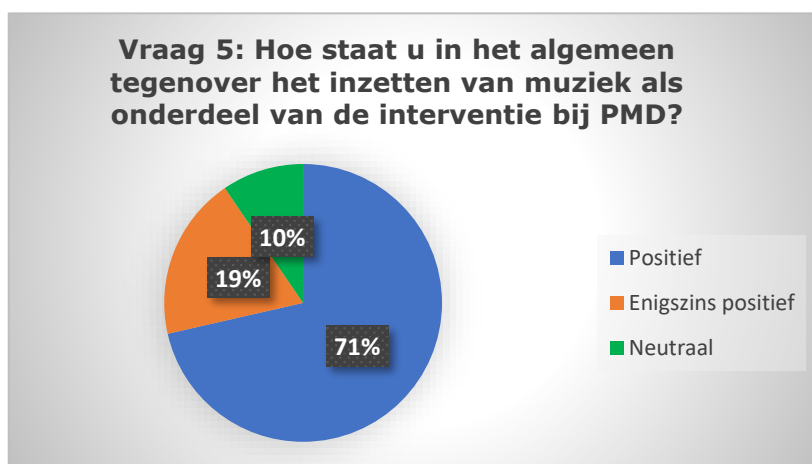
Werkomgeving	Aantal Respondenten
Verpleeghuis	12
Verpleeghuis en vrije vestiging	6
Verpleeghuis en dagbehandeling	1
Verpleeghuis en geriatrische revalidatie	1
Vrije vestiging	1
Totaal	21

Figuur 3: Overzicht van de werkplekken van de participanten

In de volgende paragrafen worden de ideeën over, ervaringen met en de kennisbehoeften aan het inzetten van muziek bij logopedische interventies van PMD besproken.

3.2 Ideeën over muziek bij logopedische behandelingen bij PMD

Over het algemeen reageerden de respondenten positief op het inzetten van muziek bij logopedische interventies.



Figuur 4: Mening over muziek tijdens behandelingen van PMD

Negentien respondenten hebben hun antwoord gemotiveerd. De twee respondenten die neutraal hebben ingevuld, hadden weinig tot geen ervaring met het inzetten van muziek tijdens logopedische interventies, maar stonden er wel open voor. Vier respondenten waren enigszins positief. Zij gaven aan open te staan voor het inzetten van muziek, mits het therapeutische zinvol evidence based is. Positief is geantwoord door vijftien respondenten. Ter onderbouwing gaven zij aan positieve ervaringen te hebben met muziek bij PMD. De ervaringen verschilden van een positieve uitwerking op communicatie en taal van de PMD, het in verbinding met een ander kunnen komen door de PMD en het ervaren van positieve emoties bij PMD. Drie van deze vijftien respondenten gaven aan dat muziek het brein stimuleert.

"Zelf eenmaal uitgetprobeerd bij iemand met dementie met dysfagie, daarbij hielp het destijds. Verder nooit uitgetprobeerd, maar sta er zeker voor open" (respondent 16 - neutraal).

"Positief, mits er meer onderbouwde theorie is m.b.t. het gebruik van muziek bij logopedische interventie" (respondent 5 - enigszins positief).

"Muziek kan een positief effect hebben op de stemming van een cliënt. Liedjes helpen om taal te stimuleren. Het is een middel voor contact" (respondent 18 - positief).

"Muziek roept herinneringen aan vroeger op, waardoor mensen met dementie in een andere mindset komen. Daarnaast zit het geheugen voor melodie en ritme in de hersenhelft waar deze mensen soms makkelijker bij kunnen komen" (respondent 3 - positief).

"Het onderdeel van het brein dat op muziek reageert blijft het langste en beste in tact" (respondent 9 - positief)

Muziek en stimulering van communicatie van PMD

Alle respondenten reageerden positief op het stimuleren van contact en communicatie van de PMD door muziek.



Figuur 5: Mening over stimuleren van communicatie bij PMD met muziek

76 procent van de respondenten stonden positief en 24 procent enigszins positief tegenover het stimuleren van de communicatie met behulp van muziek. Twee respondenten hebben hun antwoord niet onderbouwd. Beide opties werden onderbouwd met de ervaringen van respondenten met PMD die in staat waren tot contact en communicatie door de ondersteuning van muziek. In beide opties werd aandacht gevraagd voor de verantwoordelijkheden en rollen van logopedisten en muziektherapeuten.

In beide opties werd een kritische kanttekening geplaatst dat dit mogelijk niet voor alle PMD een geschikt kanaal hoeft te zijn. Eén van de respondenten die enigszins positief was, legde de nadruk op de tijdelijkheid van de interventie. Drie positieve respondenten legden in hun antwoord een verband met de logopedische interventies. Tot slot onderstreept één respondent het belang van kennis over de muziekvoorkeuren van de PMD.

"Ik kan me goed voorstellen dat muziek het sociale contact vergroot bij mensen met dementie. Regelmatig gezien in de verpleeghuizen dat mensen dan opbloeien, alerter zijn en oogcontact maken" (respondent 16 – enigszins positief).

"Alle effecten zijn positief en mooi meegenomen. Maar wie draagt de verantwoordelijkheid met welk doel?" (respondent 12 -enigszins positief).

"Zelfredzaamheid verhogen zal niet door de muziek komen, maar door de juiste alertheidsfase (fase 3 gericht alert is nodig voor beleven). Als je gericht alert bent kun je zelfstandiger zijn dan wanneer je laag alert of overprikkeld bent. Herinneringen ophalen en hierover communiceren, waarschijnlijk zeer beperkte doelgroep, voor weinig mensen bruikbaar. Voor familieleden kan muziek heel prettig zijn, sommige familieleden kunnen zich geen houding geven, blijven alsmaar testvragen stellen "je weet toch wel wie ik ben/hoe hij heet?" Dan is samen contact maken via muziek een goed alternatief" (respondent 10 – enigszins positief).

"Het lijkt mij een mooie aanvulling op bijvoorbeeld een opgesteld communicatieadvies" (respondent 5 - positief).

Muziek en dysfagieklachten

Figuur 6 laat zien dat mening van de respondenten over dit onderwerp verdeeld is.



Figuur 6: Mening over muziek bij dysfagiebehandelingen bij PMB

43 procent van de respondenten staat enigszins positief tot positief, achtendertig procent neutraal en negentien procent enigszins negatief tegenover het gebruiken van muziek als ondersteuning bij het verminderen van dysfagieklachten. In de motivatie van de respondenten die neutraal tot positief hebben ingevuld is vooral een behoefte aan nadere wetenschappelijke onderbouwing zichtbaar. De meer positieven zien een voordeel: een PMD eet bij een fijne ambiance met meer smaak. De meerderheid stipt vooral de muziek als mogelijke afleider aan met mogelijke consequenties zoals vergeten te eten door het ophalen van herinneringen of het verslikken door zingen. Ook wordt het eten in groepen als tegenargument ingebracht. Voor een groep zou achtergrondmuziek niet rustgevend zijn.

"Op basis van eenmalige ervaring en de wetenschappelijke onderbouwing"
(respondent 16 - positief).

"Als het effect heeft en er voor zorgt dat mensen beter kunnen slikken dan zeg ik Doen! Of in elk geval proberen" (respondent 11 - positief).

"Het kan ook voor teveel afleiding zorgen wat weer verslikken in de hand werkt. Het moet in goede balans zijn. Aan de andere kant, muziek zorgt voor een fijne sfeer tijdens maaltijden wat ervoor kan zorgen dat men meer eet en met meer smaak. Ambiance is zeker zo belangrijk" (respondent 13 - enigszins positief).

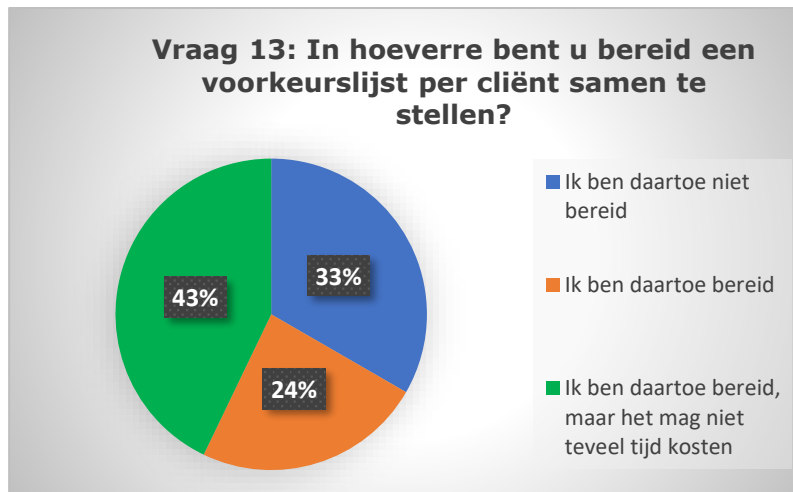
"Ik zou hier meer wetenschappelijke onderbouwing en bewijs voor willen zien voordat ik het in zou zetten" (respondent 5 - neutraal).

"Dit zijn allemaal stellingen die een sterke relatie hebben met prikkelverweking en met de alertheid fases. Eten, drinken en slikken gaan natuurlijk beter bij goede alertheid. Je zult maar een kleine groep dementerende hebben die alerter worden door muziek. Je wilt natuurlijk al helemaal niet dat ze gaan meezingen tijdens het eten, want dan lokt het juist weer verslikken uit" (respondent 10 - neutraal).

"Naar mijn gevoel leidt het af, vaak vervallen cliënten dan weer in de herinnering en vergeten ze het eten" (respondent 21).

"De dysfagiebehandeling bij een patiënt met dementie bestaat in de praktijk met name uit het aanpassen van voedingsconsistenties. De patiënt blijft op de afdeling en eet met de groep, en het zou voor de groep niet rustgevend zijn om muziek te draaien tijdens het eten" (respondent 6 - enigszins negatief).

Bepalen van de voorkeursmuziek

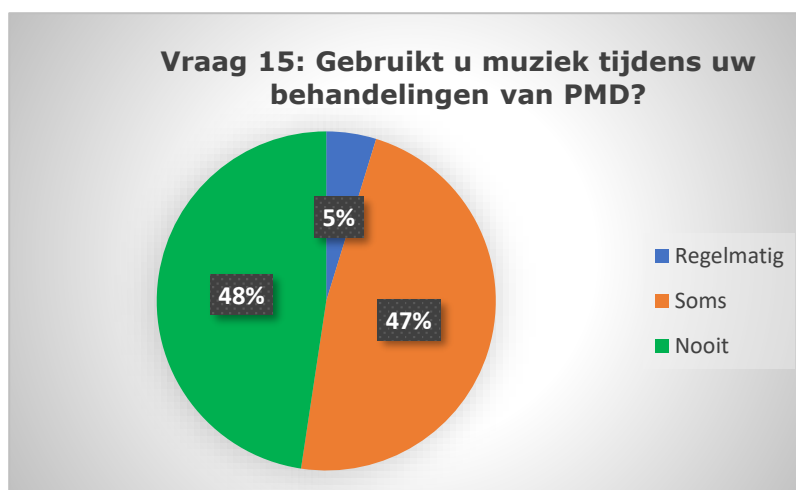


Figuur 7: Bereidheid om voorkeursmuziek te achterhalen

Een ruime meerderheid van de respondenten is bereid om een voorkeurslijst voor een PMD op te stellen. 43 procent vindt echter dat het niet te veel tijd mag kosten. Eén respondent merkte in de motivering op het antwoord bij de vraag over het inzetten van muziek om communicatie te stimuleren het volgende op:

"Het is wel belangrijk om de persoon met dementie goed te kennen en zijn/haar muziek voorkeuren te weten" (respondent 14 – bij vraag 9/ positief).

3.3 Ervaringen met muziek in de logopedische praktijk



Figuur 8: Toepassing van muziek bij interventies van PMD in de praktijk.

Zoals uit figuur 8 duidelijk wordt past een krappe meerderheid van de respondenten muziek toe tijdens de logopedische behandelingen van PMD. Dat doen zij om contact te maken of de relatie met de PMD te verbeteren.

"Muziek geeft extra ingang en mogelijkheden in de behandeling. Je kunt ook d.m.v. muziek luisteren, samen zingen werken aan de band met een cliënt die logopedie te confronterend vindt" (respondent 11 - regelmatig)

"Ik gebruik middel om beleving op te roepen of contact te maken" (respondent 1 - soms).

Twee respondenten overleggen met een muziektherapeut of en welke muziek bij een behandeling van een PMD wordt gebruikt.

"In overleg met muziektherapeut. Zij stellen eerder genoemde lijsten samen (music and memory)" (respondent 19 - soms).

Of muziek ingezet wordt is vaak afhankelijk van de middelen die voorhanden zijn en de ruimte die beschikbaar is. Zeker wanneer er andere cliënten in de ruimte aanwezig zijn, is het niet altijd mogelijk om muziek toe te passen. Ook ontbreekt de tijd.

"Afhankelijk van de middelen die voorhanden zijn, welke ruimte er beschikbaar is en wat het doel is van de behandeling" (respondent 2 - soms)

"Kost heel erg veel tijd, terwijl die er helaas niet is..." (respondent 13 - soms)

Tien respondenten gebruiken geen muziek tijdens hun interventies. Eén respondent heeft geen motivatie gegeven. Twee respondenten geven aan er te weinig ervaring of kennis over te hebben. Ook is de ruimte waar de interventie plaatsvindt, niet altijd geschikt omdat in deze ruimte ook andere cliënten aanwezig zijn. Vier respondenten zeggen dat muziek bij de taak van de muziektherapeut hoort. Ook kan het ontbreken van affiniteit een reden zijn.

"Daar hebben we de muziektherapeut voor. Ik zie ons meer als adviserend naar de omgeving" (respondent 18 - nooit).

"Ik behandel mensen met dementie op hun woongroep, waar ik niet zomaar de muziek kan aanpassen. Daarnaast gaat de behandeling van mensen met dementie helaas maar al te vaak voornamelijk over de basale communicatie met het personeel en de veiligheid van het slikken en reikt niet veel verder dan dat" (respondent 6 - nooit).

"Te weinig kennis over de daadwerkelijke effecten in de praktijk" (respondent 5 - nooit)

3.4. Kennisbehoeften

Achttien van de twintig participanten hebben de vraag over de kennisbehoefte ingevuld. De antwoorden waren divers van aard. Niet alle antwoorden hadden een directe relatie met de onderzoeksvraag. Hieronder worden antwoorden weergegeven die een directe relatie hadden met de rol en de verantwoordelijkheden van de logopedist, de toepassing van muziek in een logopedische interventie en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan. Om een compleet beeld te schetsen van de kennisbehoeften van de respondenten zijn alle antwoorden opgenomen in bijlage 4.

Rollen en verantwoordelijkheden

- *"Waar ligt de rol van de logopedist en die van de muziektherapeute?" (respondent 11).*

Logopedische interventie

- *"Het zou prettig zijn als er een handleiding zou komen voor het behandelen met muziek als onderdeel van de behandeling" (respondent 4).*
- *"Is het belangrijk dat de mensen met dementie dan apart behandeld worden of juist in een setting waar meer mensen aanwezig zijn? Is het handig als er ook familie bij is? Beklijft dit als je het gebruikt of moet je dit, bij wijze van spreken, een jaar lang wekelijks toepassen?" (respondent 3)*
- *"Hoe ik snel een passende lijst kan maken met een eenvoudig te bedienen apparaat waar de muziek op wordt afgespeeld (senior proof, dementieproof en ook bruikbaar door digibeeet-verzorgend personeel en familieleden... ook handig om rekening mee te houden)" (respondent 14)*

Wetenschappelijke onderbouwing

- *"Hoe kan ik muziek gebruiken op een onderbouwde wijze? Bij welke interventies is het gebruik van muziek nuttig? Voor mijn verantwoording, met welke bewijslast is de effectiviteit bewezen? Wat zou het beoogde effect zijn?" (respondent 6)*
- *"Eventuele nadelen/risico's. Over het algemeen zou ik meer informatie willen krijgen over het gebruik hiervan bij logopedische interventie, ook met resultaten uit de praktijk" (respondent 7).*
- *"Eventuele richtlijnen, handvatten voor het opstarten. Meer wetenschappelijk onderbouwde informatie over de resultaten in de praktijk" (respondent 5)*
- *"Hoe effectief en wanneer wel of niet te gebruiken alhoewel ik denk dat je dat per casus steeds moet ondervinden" (respondent 18)*

4. Discussie

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de ideeën over en de ervaringen met het inzetten van muziek bij logopedische interventies voor PMD.

4.1 Ideeën en ervaringen over muziek logopedische interventies

Hoewel een aantal respondenten twijfelt of muziek voor alle PMD de juiste ingang is, staan alle respondenten minimaal enigszins positief tegenover het stimuleren van communicatie en contact met muziek. Vrijwel alle respondenten hebben ervaring met PMD die door muziek in staat waren om verbinding met een ander te maken of zelf tot productie in staat waren.

De respondenten waren minder enthousiast over het inzetten van muziek om dysfagieklachten bij PMD te verminderen. Slecht één respondent gaf aan hiermee een positieve ervaring in de praktijk te hebben opgedaan. Mogelijk zou het een PMD kunnen afleiden waardoor hij vergeet te eten of zich verslikt door meezingen. Beide effecten zijn niet beschreven in de onderzoek van Cohen, Post, Lo, Lombardo & Pfeffer (2018) waarbij opgemerkt wordt dat het onderzoek een zeer beperkte casestudie was. Harde conclusies kunnen er niet uitgetrokken worden en meer onderzoek is nodig om de resultaten te bevestigen of te ontkrachten.

Waar in de praktijk vaak tegenaan gelopen wordt, is dat PMD in groepen eten. Muziek die de PMD met dysfagieklachten goed helpt, kan mogelijk voor een andere PMD een negatieve prikkel zijn en leiden tot agitatie, onrust of zelfs in het ergste geval het verliezen van zichzelf (De Lange, 2007; De Lange 2011). Mogelijk lost het gebruik van iPods zoals in het onderzoek van Cohen, Post, Lo, Lombardo & Pfeffer (2018) deze problematiek op.

De meeste ervaring met het inzetten van muziek bij logopedische interventies bij PMD is opgedaan op het gebied van communicatie. Een krappe meerderheid van de respondenten zet muziek in om contact te maken met een PMD of een vertrouwde en veilige omgeving voor een PMD te creëren zodat logopedische therapie mogelijk wordt. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van McDermott, Orrell, & Ridder (2014) en Van den Berg (2014).

4.2 Belang van voorkeursmuziek

Slechts één van de respondenten benadrukte terecht dat het kennen van de muziekvoorkeur van een PMD essentieel is. De verkeerde muziekkeuze kan bij de PMD leiden tot agitatie, onrust of het verliezen van de verbinding met zichzelf (De Langen, 2007; De Langen, 2011). Wat in geen van de antwoorden van de respondenten naar voren is gekomen is dat de muziekvoorkeur in de loop van dementie kan verschuiven. Dat houdt verband met de fase waarin de PMD zich bevindt. Een PMD moet in staat zijn om de muziek te herkennen (De Lange, 2007). Daarmee is het essentieel om regelmatig de muziekvoorkeur van een PMD te herijken. Of logopedisten hiervoor in de praktijk tijd zullen hebben, is de vraag. Eén van de respondenten gaf nu al aan te weinig tijd te hebben voor een interventie met muziek. Hoewel de meerderheid bereid was een muziklijst samen te stellen, gaf negen van de veertien respondenten aan dat het niet te veel tijd mag kosten. In een aantal verpleeghuizen maken muziektherapeuten de muziklijsten voor PMD. Mogelijk kunnen de logopedisten die in die verpleeghuizen werkzaam zijn, bij de interventies gebruik maken van die lijsten.

Als kanttekening wordt op deze plek opgemerkt dat het essentieel blijft om de prikkelverwerking bij een PMD tijdens de muziek scherp in de gaten te houden, ook al is er een persoonlijke lijst samengesteld (De Langen, 2007). Muziek kan een PMD doen realiseren wat hij is kwijtgeraakt (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). Een muziektherapeut is hierin mogelijk meer ervaren dan de logopedist en zou de logopedist hierin ondersteuning kunnen bieden.

4.3 Kennisbehoeften

Logopedisten betrekken bij het voorbereiden en uitvoeren van de behandelingen verschillende elementen: evidence dat een bepaalde interventie werkt, de waarden en de voorkeuren van de cliënten en de mogelijkheden van de context (Kuiper, Verhoef & Munten, 2016). Deze basis wordt ook teruggezien in de kennisbehoefte van de respondenten. Er is behoefte aan bewijs over het effect van muziek wanneer het ingezet wordt bij logopedische behandelingen, ter onderbouwing van hun klinische redenering. Daarbij is als suggestie meegegeven om een richtlijn op te stellen of een therapie te bedenken. Naast evidence hebben de respondenten behoefte aan een handleiding waar in wordt beschreven hoe en waar de therapie gegeven kan worden, wie bij de therapie betrokken moet worden en welke verantwoordelijkheden alle betrokkenen en in het bijzonder de logopedist hebben, welke behandeldoelen eraan gekoppeld zouden kunnen worden, op welke manier rekening gehouden moet worden met de PMD en zijn omgeving en hoe de muziekvoorkeur van een PMD bepaald kan worden. Het wetenschappelijk bewijs wat op dit vlak voorhanden is, is schaars. Dit is paragraaf 1.3 geconstateerd. Gezien de overwegende positieve ervaringen van de respondenten, de positieve resultaten uit de casestudies die voorhanden zijn en het groeiend aantal mensen die in de komende jaren dement zullen worden en daarmee de groei van de cliëntèle en de beperkte groep van het aantal logopedisten, zijn effectieve interventies noodzakelijk (Alzheimer Nederland, 2020; NVLF, 2018). Behandelingen met muziek lijken veelbelovend. Het is aanbevelingswaardig om het wetenschappelijk onderzoek op korte termijn fors uit te breiden.

4.4 Methodologische beperkingen

In totaal hebben eenentwintig logopedisten aan het onderzoek deelgenomen. Dit is een beperkte groep. Mogelijk had een grotere groep of een andere samenstelling van de groep andere resultaten opgeleverd. De vragen stonden vast. Wanneer er semigestructureerde interviews waren afgenomen, had de onderzoeker de mogelijkheid gehad om door te vragen. Dit had mogelijk een verdieping van de antwoorden opgeleverd.

De vragenlijst is op een van te voren bepaald moment gesloten. Antwoorden die na dit tijdstip mogelijk binnen zijn gekomen, zijn niet in de data verwerkt. In hoeverre saturatie is bereikt, is door de onderzoeker niet vast te stellen. De respondenten waren voornamelijk werkzaam in de setting van een verpleeghuis. Wellicht hadden respondenten vanuit andere werkvelden andere ervaringen of ideeën.

Tot slot nog een opmerking over de vragenlijst zelf. In de vragenlijst is onder het kopje ideeën over muziek bij logopedische interventies een aantal vragen gesteld, waarin een theoretische onderbouwing is opgenomen. De theoretische onderbouwing is in een aantal gevallen mogelijk teveel sturend geweest en heeft mogelijk een aantal voor de onderzoeker gewenste antwoorden in de hand gewerkt. Een voorbeeld van zo'n antwoord is "duidelijk verhaal". Daarmee voldoen deze vragen niet aan de criteria van neutraliteit van Baarda en De Goede (2016) en Janssen (2016). Achteraf had dit onderdeel beter volledig met open vragen gesteld kunnen worden. Wellicht had het een ander beeld van de ideeën van respondenten opgeleverd.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag beantwoord en worden aanbevelingen gedaan.

5.1 Conclusies

De eenentwintig respondenten, voornamelijk werkzaam op een verpleeghuis en variërend in aantal jaren werkervaring staan over het algemeen open voor het inzetten van muziek bij logopedische interventies. Op zeer beperkte schaal passen zij muziek toe bij logopedische interventies bij PMD. De toegevoegde waarde zien zij voornamelijk op het gebied van de stimulatie van contact en communicatie tussen de PMD en anderen. Over het (therapeutisch) inzetten van muziek bij dysfagieklachten zijn over de werking twijfels. De wens om wetenschappelijke onderbouwing van de werking van muziek als onderdeel van de logopedische interventie voor PMD en de ontwikkeling van een methode klinkt bij de meeste respondenten door.

5.2 Aanbevelingen

Een aantal respondenten geeft aan dat binnen het verpleeghuis muziek de taak is van een muziektherapeut en de logopedisten zich daar niet mee bezig houden. Een aantal logopedisten past muziek na overleg met de muziektherapeuten toe. Deze verschillen waren aanleiding om aan een muziektherapeut te vragen wat hij vond van het inzetten van muziek bij logopedische interventies. Over de toegevoegde waarde van muziek gaf hij het volgende aan: *"Veiligheid, vertrouwen en aansluiten met de juiste muziek kan er voor zorgen dat PMD soms hun 'eigen wereldje' durven te verlaten. Pas dan komt er vaak ruimte om hun omgeving te (kunnen) betrekken. In de meer 'hier en nu' fase waarin zij even terecht komen maken ze vaak BEWUST een keuze om verder aan te haken of juist niet ...". "...Dat geeft ons twee belangrijke dingen; inzicht en we geven de cliënt maximaal haalbare regie.....al is het vaak voor even"*. De toegevoegde waarde van de samenwerking tussen logopedisten en muziektherapeuten ziet hij als volgt: *"Het is heel mooi om in de praktijk te zien hoe twee disciplines elkaar kunnen aanvullen en versterken. Met name tijdens de SMTA¹ behandelingen zie ik vaak positief effect"*. Hoewel één mening van één muziektherapeut niet alleszeggend is, is het wel een aanmoediging voor logopedisten die muziektherapeuten als collega's hebben. Aan die logopedisten wordt aanbevolen om met de muziektherapeut(en) in gesprek te gaan en samen te verkennen of samenwerking tot de mogelijkheden behoort en op welke manieren die samenwerking vorm zou kunnen krijgen.

Gezien de beperkte onderzoekspopulatie kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat logopedisten open staan voor het ondersteunen van logopedische interventies voor PMD met muziek. Door logopedisten zijn hiermee enkele positieve ervaringen opgedaan. Kennis en ervaring bij logopedisten over de toegevoegde waarde ontbreken. Er is slechts een beperkte aantal wetenschappelijke studies over dit onderwerp gevonden. Het aantal PMD zal de komende jaren ruim verdubbelen met als gevolg dat het aantal PMD die logopedische ondersteuning nodig heeft voor communicatieproblemen en dysfagieklachten ook fors zal toenemen (RIVM, 2020; Alzheimer Nederland, 2020). Het aantal logopedisten groeit niet evenredig mee (NVLF, 2018). Logopedisten zijn daarom extra gebaat bij effectieve methodes voor behandeling van deze doelgroep. Gebaseerd op de positieve houding onder de respondenten, enkele positieve ervaringen van de respondenten en enkele casestudies wordt aanbevolen om meer wetenschappelijk onderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld door het kennisinstituut van de Hogeschool Rotterdam. Om het onderzoek een extra impuls te geven wordt daarnaast geadviseerd met de NVLF te overleggen of dit onderwerp aan de Kennisagenda Logopedie kan worden toegevoegd.

¹ Speech Music Therapy for Aphasia

Literatuurlijst

Alzheimer Nederland (2020). *Mensen met dementie per gemeente*. Op 12 februari 2020 geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>

Alzheimer Nederland (z.d.). *Wat is dementie?* Op 8 maart 2020 geraadpleegd via <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie>

Dassa, A. & Amir, D (2014). The Role of Singing Familiar Songs in Encouraging Conversation Among People with Middle to Late Stage Alzheimer's Disease. *Journal of Music Therapy*, 51(2), p. 131-153

Baarda, R. (2019). *Dit is onderzoek!: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Baarda, B., Kalmijn, M & De Goede, M (2015). *Basisboek Enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen: Noordhoff Uitgevers

Baarda, D. B. & Goede, M.P.M., de (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Groningen: Wolter Noordhoff

Bodt, M. de, Guns, C., D'Hondt, M., Vanderwegen, J. & Nuffelen, G. van (2015). *Dysfagie, handboek voor klinische praktijk*. Appeldoorn: Garant

CCMO (z.d.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Op 8 maart 2020 geraadpleegd via <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>

Cras, P. (2009). Dementie: fysiologische basis en typologie. *Bijblijven*, 25 (8), p.30-39

Dirkse, R., Kessels, R., Hoogeveen, F. & Dixhoorn, I. van (2013). *(Op)nieuw geleerd, oud gedaan. Over het lerend vermogen van mensen met dementie*. Utrecht: Kosmos Uitgevers

Götell, E., Brown, S. & Ekan, S. L. (2004). Influence of Caregiver Singing and Background Music on Posture, Movement, and Sensory Awareness in Dementia Care. *International Psychogeriatrics* 15(4), p. 411-430

Hoof, H. van & Wouters, E.J.M. (2014). *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Hoogeveen, F., Groenendaal, M., Berg, M., van den, Mulder, B., Bakker, M. & Swinkels, S. (2014). Radio Remember effecten van muziek op kwaliteit van leven met mensen met dementie. *ART (Applied Research Today). Centrum voor Lectoraten en Onderzoek - De Haagse Hogeschool, Den Haag*, 6, 78-91

Interzorg (2013). *Informatiebrochure dementie en belevingsgerichte benadering*. Op 5 april 2020 geraadpleegd via <https://www.interzorg.nl/uploads/bestanden/f300ff15-868e-4e94-8e18-42e8e30fa32e>

Janssens, J.M.A.M. (2006). *Ogen doen onderzoek*. Amsterdam: Harcourt

Kalf, H. & Beer, de D. (2011). *Evidence-based logopedie, logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kuiper, C., Verhoef, J. & Munten, G. (2016). *Evidence-based practice voor paramedici; gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Den Haag: Lemma

Langen, M. de (2007). Muziek op maat, Werken met muziek in de psychogeriatric. *Denkbeeld*, 19, p. 221-223

Langen, M., de (2011). Werken met een individueel muziekadvies. *Denkbeeld*, 23(1), p. 6-8.

McDermott, O., Orrell, M. & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging Ment Health*, 18(6), 706-16.

NVLF (2018). *Position paper NVLF*. Geraadpleegd op 8 maart 2020 via <https://www.nvlf.nl/paginas/openbaar/over-de-nvlf/belangenbehartiging/position-paper-nvlf>

NVLF (z.d). *Taal- en spraakproblemen bij dementie*. Geraadpleegd op 6 mei 2020 via <https://www.nvlf.nl/cms/showpage.aspx?id=576>

RIVM (2020). *Ranglijst aandoeningen op basis van vóórkomen*. Geraadpleegd op 12 april 2020 via <https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-v%C3%B3%C3%B3rkomen>

Prins, R., Prins, N. & Visch-Brink, E. (1999). Taalstoornissen bij dementie. *Handboek Stem- Spraak- Taalpathologie*. DOI: 10.1007/978-90-313-8642-0

Raglio, A. Bellelli, G., Mazzolac, P. Bellandi, D. Giovagnoli, A.R., Farinaf, A. R. E., Stramba-Badiale, M., Gentile S., Gianellii, M.V., Ubezioa, M.C. , Zanettii, O. & Trabucchi M. (2012). Music, music therapy and dementia: a review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association. *Maturitas*, 72(4), p. 305-310

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K. Dekker-van Doorn, C & Rosendal, H. (2019). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers

Vink, A.C. (2013). *Music therapy for dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Voermans, E. (2016). *Neuropsycholoog Erik Scherder: Muziek geeft een beter leven*. Geraadpleegd op 2 april 2020 via <https://newscientist.nl/nieuws/neuropsycholoog-erik-scherder-muziek-geeft-een-beter-leven/>

Wasson, K., Tate, H. & Hayes, C. (2001). Food refusal and dysphagia in older people with dementia: ethical and practical issues. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(10).

Bijlage 1: De vier fasen van dementie

Fase van de dementie	Beschrijving van de kenmerken
1. Het bedreigde ik	In deze staan problemen met het geheugen en in het denken centraal. Cliënten krijgen moeite met de organisatie van hun leven en willen dat niet toegeven. Zij zijn voortdurend alert en houden alles in de gaten. De omgeving wordt niet meer vertrouwd. Het krijgt de schuld van alles wat fout gaat of wanneer zij spullen niet meer kunnen vinden. Eten dat verzorgenden geven, kunnen zij afweren uit angst om vergiftigd te worden. Oriëntatiepunten en routine zijn in deze fase erg belangrijk en nieuwe, onbekende situaties moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Taalbegrip en -productie zijn relatief goed intact.
2. Het verdwaalde ik	In deze fase raken cliënten het besef van tijd, plaats en persoon steeds meer kwijt. Voor hen staan het vervullen van de primaire behoeften zoals liefde, eten, intimiteit en seksualiteit centraal. Zij voelen daarbij geen remmingen meer. Decorumverlies is daarom mogelijk. Personen en gebeurtenissen in het heden en verleden kunnen zij niet meer goed onderscheiden. Ook verminderen de aandacht en concentratie. Tijdens de communicatie is het belangrijk om bij de belevingswereld van de cliënt aan te sluiten. Taalbegrip en -productie vertonen kenmerken van een amnestische afasie.
3. Het verborgen ik	In deze fase trekken cliënten zich helemaal terug in hun eigen innerlijke wereld. Zij maken geen tot heel weinig contact met hun omgeving. Zij laten herhalende bewegingen zien en herhalende uitingen horen. Meestal proberen zij zo hun behoeften en emoties te uiten. Daarbij gaat het om zeer basale behoeften zoals koud, warm, prettig, onprettig, honger en pijn. De gezichtsuitdrukkingen, bewegingen en lichaamshouding geven informatie over hoe het met de cliënt gaat. In een rustige en ontspannen sfeer gedijen deze cliënten het best. Sterke omgevingsprikkelers moeten zoveel mogelijk voorkomen worden.
4. Het verzonken ik	In deze laatste fase is alle vorm van contact en doelgericht gedrag bij de cliënt verdwenen. Het achterhalen van emoties van de cliënt is vrijwel onmogelijk. In deze fase ligt de focus op het vervullen van de primaire behoeften van de cliënt. Soms reageert de cliënt op aangeboden zintuigelijke prikkels

Tabel 1: De vier fasen van dementie (Interzorg, 2013)

Bijlage 2: Mail aan het werkveld

Geachte logopedist,

"Muziek raakt iets aan, waar een ziekte als dementie geen vat op heeft", aldus neuropsycholoog Erik Scherder tijdens een interview uit 2016. Steeds meer onderzoeksresultaten tonen aan dat via muziek contact met een persoon met dementie, ook in een vergevorderd stadium mogelijk is (Götel, Brown & Ekan, 2004; McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). Vanuit deze gedachte doe ik onderzoek naar de ideeën over en de ervaringen met het inzetten van muziek als onderdeel van interventie bij logopedische klachten bij personen met dementie van logopedisten in Nederland. Gebruiken logopedisten muziek bij de behandelingen van deze doelgroep? En zo ja, welke ervaringen hebben logopedisten daarmee opgedaan? En zo nee, was het een bewuste keuze om niet met muziek te werken? Welke kennis missen logopedisten op dit gebied?

Wanneer u cliënten of patiënten met dementie behandelt voor logopedische klachten, ben ik benieuwd naar uw mening. Graag wil ik u uitnodigen om een vragenlijst over het inzetten van muziek bij logopedische klachten bij mensen met dementie in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

Uw antwoorden worden geanonimiseerd verwerkt in het verslag en zullen niet tot u herleidbaar zijn. Via de link krijgt u toegang tot de vragenlijst: **vragenlijst logopedie behandelingen bij mensen met dementie**.

U kunt tot en met **22 mei 2020 23:59 uur** vragenlijst invullen.

Mocht deze email vragen oproepen, dan ben ik bereikbaar via telefoonnummer (xxx) en via email (xxx).

Alvast hartelijk dank voor uw bijdrage!

Met vriendelijke groet,

Ingrid Swart
Vierdejaars student Logopedie
Hogeschool Rotterdam

Bijlage 3: Vragenlijst logopedisten in het werkveld

Wanneer u als logopedist mensen met dementie behandelt, nodig ik u graag uit om de onderstaande vragenlijst in te vullen. Daarmee helpt u mij om de ideeën over en de ervaringen met muziek bij logopedische behandelingen voor cliënten met dementie in kaart te brengen. Uw antwoorden worden geanonimiseerd verwerkt in het eindverslag en zijn niet tot u herleidbaar. Meedoen aan dit onderzoek kan tot 20 mei 2020 23:59 uur en is vrijwillig. Hoewel ik hoop dat u deelneemt aan dit onderzoek, kunt u altijd besluiten om u terug te trekken. Dat kan door de vragen niet (verder) te beantwoorden of niet op de verzendknop te drukken. In beide gevallen drukt u op het kruisje rechts bovenin om de vragenlijst af te sluiten.

Vragen over het onderzoek kunt u stellen aan de onderzoeker Ingrid Swart, vierdejaars student logopedie van de Hogeschool Rotterdam. Zij is bereikbaar via email (xxx) of telefoonnummer (xx).

Hartelijk dank voor uw bijdrage!

Ingrid Swart
Vierdejaars student Logopedie
Hogeschool Rotterdam

A. Toestemming deelname onderzoek

1. Ik verklaar hierbij dat ik op voor mij duidelijke wijze schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Ik heb voldoende gelegenheid gehad om vragen te stellen. Als ik vragen had, heb ik daar bevredigende antwoorden op gekregen. Indien dit zo is, verzoek ik beide opties aan te kruisen.
 - ☐ Ik verklaar dat ik geheel vrijwillig aan dit onderzoek meedoe
 - ☐ Ik verklaar dat ik voldoende geïnformeerd ben over dit onderzoek.

B. Algemene vragen

2. Behandelt u logopedische klachten bij mensen met dementie?
 - ☐ Ja, regelmatig
 - ☐ Ja, soms
 - ☐ Nee, nooit. U kunt de vragenlijst afsluiten.
3. Hoeveel jaren behandelt u mensen met dementie?

4. Waar bent u als logopedist werkzaam? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 - ☐ Ziekenhuis
 - ☐ Verpleeghuis
 - ☐ Vrije vestiging
 - ☐ Anders, namelijk

C. Ideeën over muziek bij logopedische interventies

5. Hoe staat u in het algemeen tegenover het inzetten van muziek als onderdeel van de interventie bij patiënten/cliënten met dementie?
 - ☐ Positief
 - ☐ Enigszins positief
 - ☐ Neutraal
 - ☐ Enigszins negatief
 - ☐ Negatief

6. Wat is de motivatie voor uw keuze bij vraag 5?

7. Muziek kan de alertheid en het omgevingsbewustzijn van mensen met dementie bevorderen. De mogelijkheden om contact te maken kunnen worden vergroot (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; Van Hoof & Wouters, 2014). Hoe staat u tegenover het stimuleren van de omgevingsbewustzijn van cliënten met dementie in fase 2 (verdwaalde ik) of fase 3 (verborgen ik) met muziek tijdens de behandelingen?

- ☐ Positief
- ☐ Enigszins positief
- ☐ Neutraal
- ☐ Enigszins negatief
- ☐ Negatief

8. Wat is de motivatie voor uw keuze bij vraag 7?

9. Muziek kan bijdragen aan het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving, wanneer een persoon met dementie de muziek herkent. Een dergelijk omgeving ondersteunt zijn of haar functioneren en kan zijn of haar zelfredzaamheid verhogen (Van den Berg, 2014). Deze omgeving nodigt hem of haar ook uit tot het aangaan van sociale interacties met anderen (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014). Gesprekken of het ophalen van herinneringen worden hierdoor mogelijk (Van den Berg, 2014). Hoe staat u tegenover het stimuleren van contact en communicatie met de persoon met dementie met behulp van muziek?

- ☐ Positief
- ☐ Enigszins positief
- ☐ Neutraal
- ☐ Enigszins negatief
- ☐ Negatief

10. Wat is de motivatie voor uw keuze bij vraag 9?

11. De herinneringen die door muziek loskomen, kan het herkennen van eten en drinken door een persoon met dementie vergemakkelijken. Daarnaast kan muziek ook het kauwen op voedsel en slikken door een persoon met dementie bevorderen (Cohen, Post, Lo, Lombardo & Pfeffer, 2018). Hoe staat u tegenover het draaien van muziek tijdens de dysfagiebehandelingen van deze cliënten?

- ☐ Positief
- ☐ Enigszins positief
- ☐ Neutraal
- ☐ Enigszins negatief
- ☐ Negatief

12. Wat is uw motivatie voor de keuze bij vraag 9?

13. De voorkeursmuziek heeft het meeste effect op mensen met dementie (Götell, Brown, Ekman, 2004; McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; De Langen, 2007; De Langen, 2011). In hoeverre bent u bereid een voorkeurslijst per cliënt samen te stellen?

- ☐ Ik ben daartoe bereid
- ☐ Ik ben daartoe bereid, maar het mag niet te veel tijd kosten
- ☐ Ik ben daartoe bereid maar het mag niet teveel moeite kosten.
- ☐ Ik ben daartoe niet bereid.

D. Ervaringen van logopedisten in de praktijk

14. Gebruikt u muziek tijdens uw behandelingen van mensen met dementie?

- ☐ Ja, altijd
- ☐ Ja, regelmatig
- ☐ Ja, soms
- ☐ Nee

15. Wat is uw motivatie om wel of geen muziek tijdens de behandelingen van mensen met dementie te gebruiken?

E. Kennisbehoefte van logopedisten

16. Wanneer u denkt aan het toepassen van muziek als onderdeel van de interventie bij mensen dementie, wat zou u hierover graag willen weten?

F. Afsluitende vragen

17. Wilt u de samenvatting of het onderzoek na afronding ontvangen?

- ☐ Ja graag, de samenvatting
- ☐ Ja graag, het volledige onderzoek
- ☐ Nee, geen interesse

18. Vul hieronder uw e-mailadres in, indien u de samenvatting of het volledige onderzoek wil ontvangen. Uw e-mailadres wordt alleen voor dit doel gebruikt. Het wordt na ontvangst en voor het analyseren van de antwoorden ten behoeve van het onderzoek meteen gescheiden. Na verzending van samenvatting of het volledige onderzoek worden uw gegevens meteen verwijderd.

19. Wanneer u naar aanleiding van de vragenlijst of het onderzoek iets kwijt wilt, dan kunt u dit hieronder vermelden.

Als boodschap is na het drukken op de verzendknop opgenomen:
Hartelijke dank voor uw bijdrage.

Bijlage 4: Kennisbehoeften van de respondenten

Twee respondenten hebben deze vraag niet beantwoord.

ID	Vraag 16
	Rol logopedist en verantwoordelijkheden
11	Waar ligt de rol van de logopedist en die van de muziektherapeute
	Ik denk zeker dat het positief kan bijdragen, maar vraag me af wie daarvoor
12	verantwoordelijk is en hoe de specifieke rol van de logo eruit zou kunnen zien?
	Behandelingen
2	Inzet bij dysfagie met name.
20	Hoe pas je dit toe bij dysfagie?
	Is het belangrijk dat de mensen met dementie dan apart behandeld worden of juist in een setting waar meer mensen aanwezig zijn? Is het handig als er ook familie bij is? Beklijft dit als je het gebruikt of moet je dit, bij wijze van spreken, een jaar lang
3	wekelijks toepassen?
	hoe ik snel een passende lijst kan maken met een eenvoudig te bedienen apparaat waar de muziek op wordt afgespeeld (senior proof, dementieproof en ook bruikbaar door digibeet-verzorgend personeel en familieleden... ook handig om rekening mee te
14	houden)
	Het zou prettig zijn als er een handleiding zou komen voor het behandelen met muziek
4	als onderdeel van de behandeling.
17	Hoe je dit als logopedist zou kunnen inzetten.
	Wetenschappelijke onderbouwing
	Hoe kan ik muziek gebruiken op een onderbouwde wijze? Bij welke interventies is het gebruik van muziek nuttig? Voor mijn verantwoording, met welke bewijslast is de
6	effectiviteit bewezen? Wat zou het beoogde effect zijn?
	eventuele nadelen/risico's. Over het algemeen zou ik meer informatie willen krijgen over
7	het gebruik hiervan bij logopedische interventie, ook met resultaten uit de praktijk
	Eventuele richtlijnen, handvatten voor het opstarten. Meer wetenschappelijk
5	onderbouwde informatie over de resultaten in de praktijk
	Hoe effectief en wanneer wel of niet te gebruiken alhoewel ik denk dat je dat per casus
18	steeds moet ondervinden
	Overige opmerkingen
8	Algemene activering. Samen even contact
21	meer zinvol voor de ontspanning dan voor de behandeling
	Bij alle problemen met alertheid, wanneer een SI traject gestart wordt bekijk je welke zintuigen bruikbaar zijn om te dempen of te stimuleren. Muziek is hierbij standaard een
10	overweging.
	Overige vragen
	Meer over welke hersenfuncties je stimuleert. Wat doet de stimulatie. En misschien welke
9	doelen passen bij deze vorm van therapie
13	Heeft het invloed op het lerend vermogen?
	Zijn er universele kenmerken in muziek die mensen rust bieden of geruststelling?
	Als die er zijn, welke kenmerken zijn er dan?
1	Zijn er musicologen die met dit onderwerp bezig zijn?
	- Zou het meer effect hebben wanneer iemand al een tijdje naar de muziek zit te luisteren? Of heeft muziek gelijk effect?
	- Heeft muziek ook invloed op het talig functioneren?
	- Zou muziek van een belangrijke gebeurtenis in het leven van de persoon met dementie
16	meer invloed hebben dan 'standaard' oudere muziek?