

De kansen en kunsten van technologie in muziektherapie

Een kwalitatieve survey naar de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij kwetsbare ouderen ter bevordering van kwaliteit van leven.



Auteur: J. van der Ploeg

Studentnummer: 1749498

Opleiding: Bachelor Vaktherapie (muziek)

Instelling: Zuyd Hogeschool te Heerlen

Domein: Gezondheidszorg & Welzijn

Opdrachtgever: Dr. Anna-Eva Prick (KenVaK)

Begeleider: Dieuwertje Abeling-Boselie

Eerste examiner: Marcella ten Vaarwerk

Tweede examiner: Lieke Brauers

Datum van inleveren: 04-07-2022

Verklaring eigen werk

Omslagfoto: ThisIsEngineering, 2020.

Voorwoord

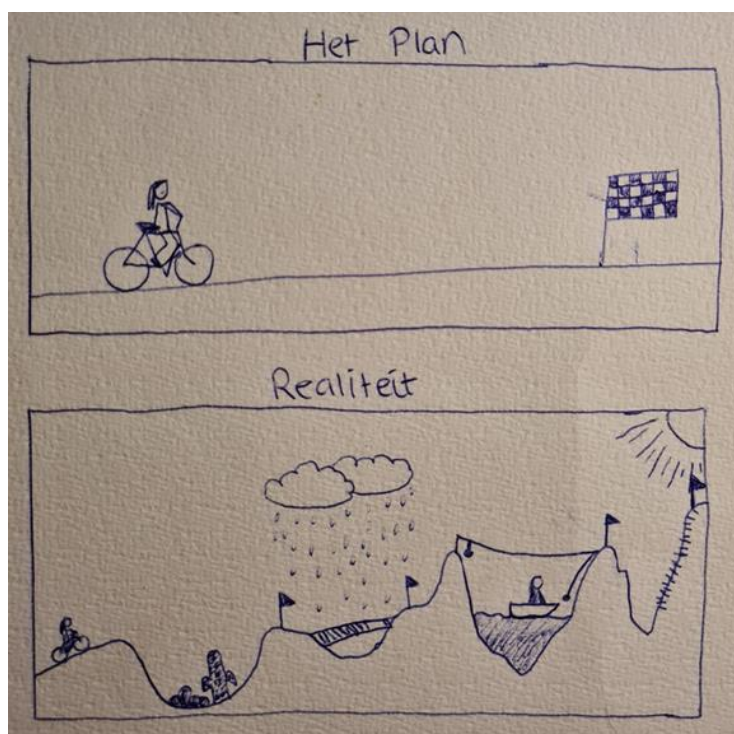
Voor u ligt het afstudeerproject “De kansen en kunsten van technologie in muziektherapie”, ter afsluiting van de bacheloropleiding Vaktherapie, vaktherapeutisch discipline muziek, aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Dit onderzoek is in februari 2022 in start gezet in opdracht van KenVaK en afgerond in juli 2022. Het onderzoek betreft een kwalitatieve survey naar de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van kwaliteit van leven.

De afgelopen studiejaren heb ik, Jolijn van der Ploeg, mezelf ontwikkeld als student, persoon, kunstenaar, muzikant en muziektherapeut en ik ben dankbaar dat ik het afgelopen half jaar mezelf ook heb mogen ontwikkelen als onderzoeker. Binnen het onderzoeksproces zijn er verschillende uitdagingen op mijn pad gekomen die de weg naar het eindresultaat af en toe overweldigend en onzeker maakte.

Dit heeft mijn

doorzettingsvermogen en
veerkracht flink op de proef gesteld
en uiteindelijk alleen maar versterkt.

Wanneer ik door de bomen het bos
niet meer zag, richtte ik telkens
opnieuw mijn aandacht op mijn
passie en enthousiasme voor het
vakgebied muziektherapie en mijn
vertrouwen in de weg. Zo heb ik
uiteindelijk dit afstudeerproject met
nieuwsgierigheid en plezier, hard
werken en ondersteuning van
anderen tot uitvoering gebracht.



Ik wil dan ook graag de volgende mensen bedanken voor hun ondersteuning in het uitvoeren van dit onderzoek:

- Mijn familie en vrienden voor hun onvoorwaardelijke steun en geloof;

- Mijn zus Evy voor haar super ondersteunende analytische blik, feedback en persoonlijke motivatie
- Mijn medestudenten voor inhoudelijke feedback en suggesties, frisse blikken en motivatie;
- Mijn opdrachtgever Anna-Eva Prick voor de fijne samenwerking en begeleiding van het onderzoek;
- Mijn projectbegeleider Dieuwertje Abeling-Boselie voor inhoudelijke begeleiding en ondersteuning in mijn persoonlijke onderzoeksproces.
- De muziektherapeuten die deel hebben genomen aan het onderzoek voor hun authentieke en enthousiaste deelname.

Ik hoop u als lezer met dit afstudeerproject te mogen boeien en tot denken te zetten betreft de kansen en kunsten van technologie in muziektherapie!

Jolijn van der Ploeg

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	8
Inleiding	10
Hoofdstuk 1. Probleemstelling.....	12
1.1 Aanleiding onderzoek	12
1.2 Onderzoekscontext	14
1.3 Zoekstrategie	16
1.4 Bevindingen uit de probleemgebiedverkenning.....	18
1.4.1. Doelgroep beschrijving.....	18
1.4.2. Kwaliteit van leven.....	20
1.4.3. Muziektherapie	21
1.4.4 Muziektherapie en technologie.....	23
1.5. Conclusie probleemstelling	24
1.6 Vraagstelling	24
1.7 Doelstelling en relevantie.....	25
Hoofdstuk 2. Onderzoeksdesign	26
2.1. Onderzoekstype en -methode	26
2.2 Dataverzameling.....	26
2.2.1 Dataverzamelingstechnieken.....	26
2.2.2 Onderzoekspopulatie	28
2.2.3. Informed consent	30
2.3 Datapreparatie	31
2.4 Data-analyse	31
Hoofdstuk 3. Resultaten.....	33
3.1 Schematische opbouw	33
3.2. Doelgroep	34

3.3. KVL.....	39
3.4. Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie	43
3.4.1. Ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in het algemeen.....	43
3.4.2. Ervaringen en perspectieven t.a.v. specifieke MTC middelen	49
Hoofdstuk 4. Discussie	54
4.1 Inhoudelijke interpretatie van resultaten	54
4.1.1. Doelgroep	54
4.1.2. Kwaliteit van leven.....	56
4.1.3. Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie.....	60
4.2 Reflectie met opdrachtgever.....	64
4.3 Kritische reflectie	66
4.3.1 Kwaliteitscriteria	66
4.4 Beroepsproduct.....	69
4.5 Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen.....	76
4.6 Aanbevelingen en conclusie.....	78
4.6.1 Antwoord op de vraag-en doelstelling.....	78
4.6.2 Bijdrage beroepsinnovatie	79
4.6.3 Aanbevelingen opdrachtgever en vervolgonderzoek	79
Literatuurlijst.....	81
Bijlage A: PICO-vraag, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis	88
Bijlage B: Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project opleiding VT Zuyd	99
Bijlage D: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens	101
Bijlage E: De Verklaring Nederlandse Gedragscode en wetenschappelijke integriteit.....	103
Bijlage F: Interviewprotocol, Topiclijst & Formulier generieke analyse	105
Interviewprotocol	105

Bijlage G: Toestemmingsformulier deelname onderzoek	121
---	-----

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van KenVaK met Anna-Eva Prick als opdrachtgever. Door de vergrijzing is er een toenemende vraag naar psychosociale interventies voor kwetsbare ouderen. In dit onderzoek wordt ‘kwaliteit van leven’ afgekort met KVL en ‘kwetsbare ouderen’ met KO. In de gezondheidszorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van technologie ter verbetering van kwaliteit van leven (KVL) van mensen en ontlasting van zorgpersoneel. Er is echter nog weinig onderzoek naar de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten betreft het inzetten van technologie in muziektherapie in relatie tot het verbeteren van KVL van KO. Hieruit ontstond de volgende onderzoeksvraag:

“Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van kwaliteit van leven?”

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten betreft de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. Deze inventarisatie is gedaan a.d.h.v. de hand van een kwalitatieve survey waarbij d.m.v. interviews de ervaringen en perspectieven van verschillende muziektherapeuten in kaart zijn gebracht.

Uit de ervaringen en perspectieven van de geïnterviewde muziektherapeuten blijkt dat sommige respondenten overwegend positief en enthousiast zijn over het inzetten van technologie in muziektherapie terwijl anderen twijfelen en/of niet overtuigd zijn van de meerwaarde van technologie in muziektherapie. Opvallend hierbij is dat sommige respondenten zowel aangeven dat ze technologie als verrijking van en aanvulling op muziektherapie zien en tegelijkertijd aangeven nog niet overtuigd te zijn van de meerwaarde van het inzetten van technologie in muziektherapie.

Verder blijkt dat verschillende muziektechnologische (MTC) middelen al ingezet worden door de respondenten voor verschillende doelgebieden. Om MTC succesvol en waardevol in te kunnen zetten is het van belang dat aan verschillende kenmerken wordt voldaan waaronder kenmerken van het MTC middel, van de muziektherapeut en van de omgeving. Per MTC

middel dat ter sprake kwam in de interviews, is geïnventariseerd of deze wel dan niet voldoet aan de benodigde kenmerken.

Het wordt aanbevolen om nader onderzoek te doen naar de volgende aspecten:

- De ervaringen en perspectieven van meer muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO;
- Het cliëntenperspectief op de inzet van technologie in muziektherapie;
- De doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven van thuiswonende KO met behulp van technologie;
- Welke vaardigheden en kennis benodigd zijn voor het succesvol en waardevol inzetten van technologie in muziektherapie zodat dit geïntegreerd kan worden in muziektherapeutisch onderwijs.

Meer ervaring en kennis zal leiden tot meer positieve ervaringen van muziektherapeuten met technologie in muziektherapie en daarmee meer bereidheid om technologie in te zetten in muziektherapie op succesvolle en waardevolle wijze.

Inleiding

Dit verantwoordingsverslag is ingedeeld volgens een bepaalde opbouw. Om u als lezer een overkoepelend beeld te geven van de onderdelen die in dit verslag aan bod komen, wordt de opbouw per hoofdstuk hieronder worden beschreven.

In hoofdstuk 1 “Probleemstelling” wordt allereerst de aanleiding van het onderzoek toegelicht in paragraaf 1.1. Zowel de aanleiding vanuit de opdrachtgever (KenVaK), als de aanleiding vanuit de literatuur, praktijk en persoonlijk-professionele ervaring is in deze paragraaf beschreven. In paragraaf 1.2 zal vervolgens de context van het onderzoek worden geschetst waarin KenVaK, de doelgroep van het onderzoek, de respondenten en het beroepsdomein muziektherapie kort worden belicht. In paragraaf 1.4: bevindingen uit de probleemgebiedverkenning, zal de doelgroep “ouderen” en specifiek “KO” uitgebreider uiteengezet worden vanuit de literatuur. Ook wordt in deze paragraaf ingegaan op wat vanuit de literatuur wordt verstaan als “KVL” wat er al bekend is betreft het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO. De zoekstrategie die hierbij gehanteerd is staat beschreven in paragraaf 1.3. De vraagstelling die uit de probleemgebiedverkenning is ontstaan, staat beschreven in paragraaf 1.5. In paragraaf 1.6. wordt de doelstelling van het onderzoek beschreven. Dit leidt uiteindelijk naar de relevantie van het onderzoek in paragraaf 1.7.

In hoofdstuk 2 wordt het onderzoeksdesign toegelicht waarbij de keuzes voor het onderzoekstype en -design (2.1), de dataverzameling (2.2), de datapreparatie (2.3) en tot slot de data-analyse (2.4) worden beschreven en beargumenteerd.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven en toegelicht a.d.h.v. stellingen of citaten van de respondenten.

Hoofdstuk 4 betreft de discussie waarin als eerst in paragraaf 4.1 een interpretatie is gemaakt van de resultaten, gekoppeld aan de literatuur uit de probleemgebiedverkenning en eventueel extra onderbouwende literatuur. In paragraaf 4.2 wordt een beschrijving en onderbouwing gegeven van de wijze van reflectie en terugkoppeling van de resultaten met de opdrachtgever van het onderzoek. De kritische reflectie op de waarborging van de kwaliteitscriteria wordt in paragraaf 4.3 beschreven. Paragraaf 4.4 beschrijft de uiteindelijke opbrengst van het onderzoek wat ook wel het “beroepsproduct” wordt genoemd. De vertaling van het

beroepsproduct naar het eigen vaktherapeutisch handelen wordt gemaakt in paragraaf 4.5. Tot slot worden de conclusies en aanbevelingen beschreven en beargumenteerd in paragraaf 4.6.

Hoofdstuk 1. Probleemstelling

In dit hoofdstuk wordt als eerst de aanleiding van het onderzoek toegelicht. Daarna wordt de probleemstelling van het onderzoek uitgewerkt waar logischerwijs de vraagstelling, doelstelling en tot slot de relevantie van het onderzoek uit volgen.

1.1 Aanleiding onderzoek

Aanleiding vanuit de opdrachtgever en de praktijk

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van KenVaK, een lectoraat onder leiding van dr. Anna-Eva Prick. Vanuit opdrachtgever Anna-Eva Prick kwam de vraag om in kaart te brengen wat de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten zijn op het inzetten van technologie in muziektherapie. In overleg met de opdrachtgever is ervoor gekozen om het onderzoek te richten op muziektherapie bij de doelgroep KO. Hier is voor gekozen vanuit zowel persoonlijke, als professionele interesse, maar ook vanuit de nood aan onderzoek rondom psychosociale interventies voor de snel groeiende en ontwikkelende populatie ouderen. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

Aanleiding vanuit de literatuur

De afgelopen decennia is de gemiddelde levensverwachting van de mens toegenomen, net als het aantal ouderen in de samenleving (Centraal Bureau voor de Statistiek, z.d.). Zo was in 1990 het aantal inwoners ouder dan 65 jaar nog 12,8 procent van de gehele Nederlandse bevolking, liep dit op naar 19,8 procent in 2020 en zal dit percentage de komende decennia blijven stijgen; we spreken ook wel van een vergrijzing van de bevolking (CBS, z.d.). Daar waar het aantal ouderen toeneemt, neemt dus ook het aantal mensen toe met chronische aandoeningen zoals dementie, maar ook mensen met psycho-sociale problemen zoals eenzaamheid, depressie en angst (Zantinge et al., 2011). Niet alleen neemt het aantal zorgbehoevenden toe, ook blijkt dat ouderen de afgelopen 10-15 jaar individueel meer gezondheidsproblemen hebben dan voorheen en individueel meer zorg behoeven (Deeg & Boswijk, 2018). Daar bovenop is sinds de coronacrisis de psychische gezondheid van ouderen in verpleeghuizen fors achteruit gegaan als gevolg van de contactbeperkende coronamaatregelen (Hupkens & Reep, 2021). Zo is er bij ouderen in verpleeghuizen een

toename gemeten in eenzaamheid, stemmings- en gedragsproblemen ten opzichte van de periode voor de coronamaatregelen (Trimbos, 2020).

Al deze ontwikkelingen hebben gezorgd voor een toenemende druk op zowel de formele, als informele zorg zoals mantelzorgers. Uit onderzoek blijkt er een dringende behoefte te zijn aan psychosociale interventies die bijdragen aan de KVL van ouderen en aansluiten bij hun persoonlijke behoeften (Moniz-Cook et al., 2011).

Muziektherapie is een psychosociale therapie die ingezet kan worden voor het verbeteren van de KVL van ouderen en het vergroten van het welbevinden van ouderen op zowel sociaal, psychologisch en fysiek gebied (González-Ojea et al., 2022). Zo kan muziektherapie volgens verschillende onderzoeken zorgen voor een verbetering in stemming, vermindering van angst en agressiviteit, versterken van sociale relaties en een vertraging in de cognitieve achteruitgang (Leubner & Hinterberger, 2017; Chu et al., 2013).

De afgelopen decennia wordt er binnen de ouderenzorg steeds meer gebruik gemaakt van technologische innovaties om zorgverleners te ondersteunen en te ontlasten, kwalitatief betere zorg te verlenen en de KVL van mensen te verbeteren (van der Kuil et al., 2021). Ook heeft technologie de afgelopen decennia haar intrede gemaakt in muziektherapie ter verbetering van het vak en om het bereik aan mogelijkheden voor cliënten uit te breiden en daarmee zo goed mogelijk te kunnen aansluiten op wat cliënten nodig hebben (Agres et al., 2021). Door de afstandsbeperkende coronamaatregelen (Rijksoverheid, 2021) werden muziektherapeuten extra aangewezen op het gebruik van technologische, digitale en online middelen in de therapieën om de KVL van cliënten te kunnen blijven waarborgen (Haeyen et al., 2020). Ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten betreft het inzetten van technologie in muziektherapie zijn tot nu toe echter nog relatief weinig onderzocht.

Persoonlijke en professionele aanleiding

Toen ik 13 jaar was kreeg mijn oma de ziekte van alzheimer. Ik heb dus al vanaf jonge leeftijd van dichtbij meegemaakt wat deze ziekte met iemand en zijn of haar omgeving kan doen en heb uit persoonlijke ervaring gemerkt hoe belangrijk goede zorg en ondersteuning is in dit ziekteproces en ook welke rol muziek hier in kan spelen. Want wanneer we samen

muziek maken, licht mijn oma bijna letterlijk op, in muziek kunnen we samen in verbinding zijn zonder dat er per se een beroep wordt gedaan op haar cognitieve vaardigheden. Het geeft mijn oma een gevoel van herkenbaarheid, veiligheid en zelfvertrouwen. Dat is ook voor een groot deel mijn motivatie geweest om andere ouderen te willen helpen om in de breedste zin: gelukkig oud te worden en om ondanks welke beperkingen dan ook, te kunnen leven met kwaliteit.

Tijdens mijn stage bij een verpleeghuis binnen Archipel zorggroep te Eindhoven, in mijn derde jaar van de opleiding muziektherapie, merkte ik dat technologie een mooie aanvulling kan zijn op de muziektherapeutische behandeling van KO. Zo maakt technologie het mogelijk om het muziektherapeutisch effect door te laten werken in het dagelijks leven van cliënten op de woongroep. Naast de meerwaarde die technologie in muziektherapie kan bieden, merkte ik wel dat ik niet over genoeg vaardigheden en kennis beschikte om alle muziektechnologische interventies zelfstandig in te kunnen zetten. Tijdens mijn stage vroeg ik me af welke muziektechnologische middelen er allemaal beschikbaar zijn om in muziektherapie in te zetten ter verbetering van KVL van de cliënten en wat er voor nodig is om technologie succesvol in te kunnen zetten in behandeling.

1.2 Onderzoekscontext

KenVaK

Zoals beschreven in de aanleiding van het onderzoek, is dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van KenVaK. KenVaK staat voor “kennisontwikkeling vaktherapieën” en is een lectoraat waaraan verschillende hogescholen participeren in samenwerkingsverband onder leiding van dr. Anna-Eva Prick. De missie van KenVaK is om de kennis op het gebied van vaktherapie te vergroten om zo de kwaliteit van het onderwijs en het professioneel handelen in de praktijk te verbeteren (KenVak, z.d.). Het onderzoeksprogramma van KenVaK is afgestemd met relevante onderzoeksagenda’s zoals de Onderzoeksagenda voor de Vaktherapeutische beroepen (FVB Projectgroep Strategische Onderzoeksagenda, 2017) en de Onderzoeksagenda GGz (2016). Deze onderzoeksagenda’s zijn opgesteld om de nog missende kennis over de effecten, werking en betekenis van vaktherapie in kaart te brengen, zodat deze wetenschappelijk onderzocht kunnen worden. Het overkoepelende doel hiervan is

om het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport wetenschappelijk onderbouwd aan te tonen dat vaktherapie leidt tot relevante (meer)waarde ten opzichte van behandeling zonder vaktherapie, zodat de minister zal besluiten vaktherapie in de Zorgverzekeringswet te houden.

Doelgroep

De doelgroep die centraal staat in het onderzoek betreft ouderen en specifiek: kwetsbare ouderen. De begrippen “ouderen” en “kwetsbare ouderen” zullen vanuit de literatuur worden toegelicht in de probleemgebiedverkenning in paragraaf 1.4.1.

Respondenten

De respondenten die aan dit onderzoek deelnemen betreffen “muziektherapeuten werkzaam binnen de ouderenzorg”. De inclusiecriteria van de respondenten staan nader beschreven in paragraaf 2.2.2.

Beroepsdomein

Muziektherapie is één van de zes vormen van vaktherapie. Volgens de overkoepelende beroepsvereniging voor vaktherapeuten genaamd: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (afgekort FVB) is vaktherapie een handelings- en ervaringsgerichte behandelvorm voor mensen met psychosociale en/of psychiatrische problematiek (FVB, z.d.).

Muziektherapie heeft ook een eigen beroepsvereniging die aan is gesloten bij de FVB, namelijk de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (afgekort NVvMT). In het beroepscompetentieprofiel van de muziektherapeut wordt muziektherapie gedefinieerd als volgt:

Muziektherapie is het klinisch, op wetenschappelijk, praktijkgericht onderzoek en ervaringskennis gebouwde gebruik van muzikale interventies om individuele doelstellingen te verwezenlijken van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied, vanuit een therapeutische relatie door een professional, die een erkende muziektherapie opleiding heeft afgerond (NVvMT, 2017).

De rol van muziektherapie in relatie tot de behandeling van KO wordt verder toegelicht in de probleemgebiedverkenning in paragraaf 1.4.1. In deze paragraaf wordt ook ingegaan op de rol van technologie in muziektherapie bij KO.

1.3 Zoekstrategie

Ter verkenning van het probleemgebied, is op verschillende manieren gezocht naar relevante informatie. Er is gebruik gemaakt van expertkennis, ervaring uit de praktijk, het eigen methodisch handelen, en van bronnen uit de literatuur middels een systematische bronnenstudie. Voor het verzamelen van relevante literatuur is gebruik gemaakt van de PICO-systematiek (Baarda et al., 2018), zie Bijlage A.

Uit de PICO-vraag zijn verschillende trefwoorden afgeleid met bijbehorende synoniemen in zowel het Nederlands als het Engels. Om het zoekresultaat te vergroten, is gebruik gemaakt van Engelse trefwoorden aangezien de meeste actuele literatuur in het Engels is. Tijdens de literatuurstudie, is Boolean search-methode gebruikt (Kuiper et al., 2012). Hierbij zijn de zoektermen in verschillende combinaties met de zoekoperatoren “OR” “AND” en “NOT” ingevuld. “AND” en “NOT” zijn gebruikt om het zoekgebied te verkleinen. “OR” is gebruikt om het zoekresultaat te vergroten. Een andere manier om de zoekresultaten te vergroten, is door de asterik (*) wildcard te gebruiken. Dit teken is ingezet om alternatieve vormen van een woord in de zoekresultaten te includeren. De wildcard ‘faseren’ is gebruikt om twee losse woorden samen terug te laten komen in de zoekresultaten d.m.v. aanhalingstekens.

Tijdens de bronnenstudie is gebruik gemaakt van databanken zoals de DIZ, ScienceDirect, Pubmed, Embase, SpringerLink en HBO kennisbank. De DiZ heeft een groot bereik aan zowel nationale als internationale wetenschappelijke literatuur, die vanuit verschillende databanken gebundeld is. Hierbij is gebruik gemaakt van de LibGuides ‘Gezondheidszorg’ en ‘Vaktherapie’ (Creatieve Therapie) voor gewenste zoekresultaten. Voor specifiek sociaalwetenschappelijke literatuur, is gebruik gemaakt van ScienceDirect. PubMed is gebruikt voor internationale medisch-wetenschappelijke literatuur. Als aanvulling hierop is de medisch-wetenschappelijke databank Embase gebruikt vanuit een Europese oriëntatie. SpringerLink is gebruikt voor het verzamelen van relevante literatuur uit Nederlandstalige

vaktijdschriften en e-books gericht op zorgprofessional. Om te onderzoeken welke bevindingen er zijn gedaan in vorige afstudeerprojecten met betrekking tot het probleemgebied is HBO kennisbank gebruikt. Tot slot is er tijdens de bronnenstudie gezocht met Google Scholar, gekoppeld aan Zuyd Bibliotheek om het bereik tot full tekst artikelen zo groot mogelijk te maken.

Aanvullend hierop is er gezocht naar literatuur d.m.v. een handsearch, waarbij boeken en artikelen zijn geraadpleegd a.d.h.v. de digitale catalogus van de bibliotheek van Zuyd Hogeschool. Ook is literatuur aangereikt door docenten van Zuyd Hogeschool, de opdrachtgever en andere professionals, zoals muziektherapeuten werkzaam binnen de ouderenzorg. Ook is er naar literatuur gezocht a.d.h.v. de literatuurlijsten van relevante wetenschappelijke artikelen. Deze techniek wordt de ‘Snowball method’ genoemd (Wohlin, 2014).

1.4 Bevindingen uit de probleemgebiedverkenning

1.4.1. Doelgroep beschrijving

Ouderen

Ouder worden is een continu proces dat plaats vindt vanaf de geboorte, maar wanneer we het hebben over “ouderen”, worden meestal de mensen in de latere levensfasen bedoeld (Vink et al., 2017). Deze latere levensfasen kunnen volgens het rapport *Verkenning levensloop* (Ministerie van SZW, 2002) verdeeld worden in een groep actieve ouderen (60-80 jaar) en een groep ouderen die intensieve zorg behoeft (80+). Echter is er té veel diversiteit binnen de doelgroep ouderen om er één leeftijdsgrens, of definitie aan te koppelen (Vink et al., 2017). Deze diversiteit kenmerkt zich o.a. door maatschappelijke factoren zoals verschillen in generatie, geslacht, sociaal-economische status en migratiegeschiedenis, maar ook door individuele verschillen in persoonlijkheid, de individuele levensgeschiedenis en het omgaan met het ouder worden (Liefbroer & Dykstra, 2000). Daarbij draagt een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren ook bij aan een diversiteit in vitaliteit en kwetsbaarheid bij ouderen (Vink et al., 2017). Deze diversiteit maakt dat er dus niet gesproken kan worden over ‘de algemene’ oudere (Vink et al., 2017). Kritische wetenschappers pleiten er dan ook voor om in plaats van ouderdom in kaders van leeftijd uit te drukken, vooral aandacht te besteden aan de inhoudelijke aspecten van het ouder worden als proces (Baars, 2006; Biggs, 2005).

Ouderdomsprocessen vanuit de levenslooppсихologie

Volgens de levenslooppсихologie (Baltes, 1987) vindt het ontwikkelingsproces van ouder worden plaats op zowel fysiek, sociaal, emotioneel als psychisch gebied van welbevinden. Volgens Keyes (2005) vullen de vormen van welbevinden elkaar aan en beïnvloeden ze elkaar onderling. Het ontwikkelingsproces wordt hierbij gezien als een dynamisch proces, waarbij zowel winst als verlies (achteruitgang) op kan treden.

Normale en pathologische ontwikkeling

Een normale ontwikkeling van ouder worden beschrijft de processen die zich gemiddeld voor doen bij het ouder worden. Zo wordt normale ontwikkeling bij ouderen in vergelijking met jongeren meer gekenmerkt door omgang met verlies en behoud van functioneren en minder

door groei (Baltes, 1987). Denk bijvoorbeeld fysieke achteruitgang en achteruitgang in cognitie met geheugenproblemen als gevolg. Daarbij krijgen ouderen te maken met verlies van dierbaren en veranderingen in sociale rollen. Bij sommige ouderen is naast dit normale proces, sprake van verstoringen in de fysieke, psychische, emotionele en/of sociale ontwikkeling wat ook wel een pathologische ontwikkeling wordt genoemd. Dit verwijst naar processen die resulteren in een ziekte of aandoening (Vink et al., 2017). Deze verstoringen kunnen zorgen voor o.a.: schommelende stemmingen, depressiviteit, angst, achterdocht, geagiteerd of agressief gedrag of eenzaamheid (Vink et al., 2017).

Kwetsbare ouderen

Kenmerkend voor de doelgroep ouderen met complexe problematiek waarvan psychische en/of gedragsproblemen onderdeel van uitmaken, is een hoge mate van kwetsbaarheid (GGZ standaarden, z.d.). Risico op kwetsbaarheid kan beschreven worden als “een proces van het opeenstapelen van psychische, lichamelijke en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (zoals functiebeperkingen, opname en overlijden) (GGZ standaarden, z.d.). In een breder perspectief kan kwetsbaarheid gezien worden als een risico op vermindering van het vermogen eigen regie te kunnen voeren en daarmee het verliezen van zelfstandigheid (GGZ standaarden, z.d.; RIVM, z.d.). Aanvullend op deze informatie kan kwetsbaarheid worden beschreven als “een verhoogde gevoeligheid voor stressoren die samengaat met een afname van het vermogen om balans te behouden” (GGZ standaarden, z.d.). Juist deze kwetsbaarheid – dus niet slechts iemands ziektelast of beperkingen – zorgt voor een groter risico op beperkingen in functioneren en vermindering van welbevinden.

Samengevat worden KO in dit onderzoek gedefinieerd als: “mensen vanaf 50 jaar met psychische, lichamelijke en/of sociale verstoringen in het functioneren, een verhoogde gevoeligheid voor stressoren en een afname van het vermogen balans te houden, een vermindering van het vermogen eigen regie te kunnen voeren en daarmee een toename in afhankelijkheid van anderen.”

Er is voor gekozen om een leeftijdsgrens van 50 aan te houden om ook de mensen op ‘jongere’ leeftijd die te maken krijgen met ouderdomsprocessen en kwetsbaarheid te includeren.

Van kwetsbaar naar veerkracht

Daar waar beperkingen en ziekte bij ouderen vaak niet te verhelpen zijn, is kwetsbaarheid in principe wel beïnvloedbaar en kan dus worden verbeterd. Zo blijkt uit onderzoek dat ondanks chronische somatische of psychische ziekten, het welbevinden van ouderen kan worden behouden of vergroot (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Om geestelijke gezondheid te bevorderen is het dus belangrijk om de behandel- en interventiefocus niet alleen te leggen op het voorkomen en verminderen van psychische symptomen, maar ook op het bevorderen en behouden van het welbevinden door de behandeling te richten op de aspecten die een positieve bijdrage leveren aan het ervaren van KVL (Bolier et al., 2013; Huber et al., 2011). Over het algemeen blijkt dat ouderen vaak erg goed in staat zijn om met moeilijke, uitdagende gebeurtenissen om te gaan (Bakker, 2019). Zo blijkt dat naarmate je ouder wordt en meer levenservaring opdoet, de ontwikkeling van emotionele veerkracht, acceptatie en dankbaarheid gemiddeld toeneemt (Bakker, 2019; Baltes et al., 1999).

1.4.2. Kwaliteit van leven

KVL wordt door verschillende onderzoekers in verschillende domeinen uitgedrukt. Momenteel wordt door de meeste onderzoekers psychologisch welbevinden als belangrijkste uitkomstmaat gezien van KVL (Vink et al., 2017).

Volgens de positieve gezondheid van Huber et al. (2011) wordt het concept gezondheid beschreven als: ‘het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven’ (Huber et al., 2011). Volgens de positieve gezondheid van Huber et al. (2011) kunnen mensen tegelijkertijd functioneren met voldoening en een gevoel van welzijn én tegelijkertijd een chronische ziekte of handicap hebben. Oftewel: iemand kan op verschillende gebieden van gezondheid tegelijkertijd gezond en ongezond worden genoemd. Dit maakt dat ook ouderen met klachten en stoornissen KVL

kunnen ervaren (Vink et al., 2017). KVL is volgens Huber et al. (2011) één van de zes dimensies van gezondheid waaronder de volgende aspecten vallen: ‘genieten’, ‘gelukkig zijn’, ‘lekker in je vel zitten’, ‘balans’, ‘je veilig voelen’, ‘hoe je woont’ en ‘rondkomen met je geld’.

In een ander onderzoek komen weer andere aspecten van KVL naar voren. Zo benoemt een groep mensen met dementie en hun mantelzorgers dat ze de volgende aspecten belangrijk vinden voor hun KVL: ‘zelfwaardering/zelfbeeld’, ‘affect’, ‘sociaal contact’, ‘gehechtheid’, ‘gevoel voor esthetiek in de leefomgeving’, ‘plezier beleven aan activiteiten’, ‘zelfbeschikking en vrijheid’, ‘financiële situatie’, ‘lichamelijke en geestelijke gezondheid’, ‘veiligheid en privacy’, ‘nuttig zijn/zingeving’ en ‘spiritualiteit’ (Dröes et al., 2006).

Er is dus niet één duidelijke beschrijving van wat KVL inhoudt. Wel is er binnen de literatuur consensus over het feit dat KVL gaat over ‘de individuele ervaring van het welbevinden’ (Vink et al., 2017). Welke aspecten belangrijk zijn voor het ervaren van KVL is dus per individu verschillend.

1.4.3. Muziektherapie

In muziektherapie wordt gebruik gemaakt van de verschillende werkingsmechanismen van muziek die bewust ingezet worden om aan individuele behandeldoelen te werken (Hakvoort, 2017). Zo beïnvloedt muziek zowel het sociaal, communicatief, cognitief, neurologisch, fysiologisch, motorisch, gedragsmatig en emotioneel aspect van het menselijk welbevinden (Koelsch, 2009).

Sociaal aspect

Muziektherapie is een non-verbale therapievorm. Dit biedt voor ouderen die t.g.v. cognitieve beperkingen moeite hebben met verbale communicatie, de mogelijkheid om zonder woorden, via de muziek, sociale interactie en verbinding met anderen te ervaren (de Backer & Sutton, 2014). D.m.v. ritme, puls en herhalingen is het mogelijk dat mensen in afstemming, synchronisatie en uitwisseling kunnen komen met elkaar wat kan zorgen voor een gevoel van

verbondenheid en vermindering van depressieve gevoelens en eenzaamheid (Hakvoort, 2017; Trondalen, 2016)

Cognitieve en neurologische werking

Zoals in paragraaf 1.4.1 beschreven, krijgen ouderen te maken met verschillende ouderdomsprocessen waarvan de achteruitgang in cognitie. Binnen muziektherapie kan doelgericht gewerkt worden aan het behouden of verbeteren van de cognitie door gebruik te maken van de muzikale eigenschappen “vorm” en “structuur”. Zo kan tijdens het luisteren of actief spelen van muziek, de auditieve prikkel die muziek geeft, bijvoorbeeld van een ritme, een instrument, of juist een moment van stilte, gebruikt worden om te oefenen met het richten van de aandacht, het verbeteren van het geheugen en de executieve functies (Thaut et al., 2009). Daarbij activeert muziek diverse hersengebieden en stimuleert muziek de samenwerking tussen hersengebieden onderling (Hakvoort, 2017). Deze eigenschap kan o.a. worden gebruikt voor vermindering van de gevolgen van afasie (Thaut & Hoemberg, 2016). Zo kan zingen ervoor zorgen dat verbindingen in de hersenen worden gestimuleerd die zorgen voor verbetering van taal- en spraakverwerking (Van der Meulen et al., 2014).

Beweging en motoriek

Een andere eigenschap van muziek, is dat het mensen aanzet tot bewegen wat ingezet kan worden om bijvoorbeeld mensen met apathisch gedrag in beweging te zetten (Hakvoort, 2017). Daarnaast kan muziek helpen bij het structureren, synchroniseren, coördineren en opnieuw aanleren van motorische processen wat ingezet kan worden om bijvoorbeeld looppatronen of de soepelheid van lopen te verbeteren bij o.a. mensen met de ziekte van Parkinson of mensen die een CVA hebben gehad, of om mensen te helpen bij het opnieuw aanleren van bewegingen (Thaut & Hoemberg, 2016).

Stemming en emotie

Muziek kan bewust ingezet worden om emoties op te roepen, te ervaren en te uiten (Juslin et al., 2011). Dit is mogelijk aangezien gevoelens onlosmakelijk verbonden zijn met de muzikale parameters ritme, dynamiek, melodie, harmonie en tempo (Hegi et al., 2011) wat maakt dat muziek als regulator kan dienen voor emoties (Clayton, 2012). Deze eigenschap

kan doelgericht worden ingezet voor het omgaan met gevoelens als boosheid, verdriet, angst of stress, het verwerken van rouw en het verbeteren van de stemming (Hanser, 1993). Ook kan muziek gericht herinneringen oproepen (Thaut & Hoemberg, 2016). Uit onderzoek blijkt dat herinneringen die zijn verbonden met een sterke emotie, na langere periode nog steeds kunnen worden opgeroepen door muziek (Smeijsters, 2006). D.m.v. herbeleving van deze herinneringen, kan opnieuw contact gemaakt worden met emoties i.r.t. verlieservaringen wat uiteindelijk de acceptatie van het verlies kan vergroten. Dit kan vervolgens leiden tot een afname van depressieve klachten (Hanser, 1993).

Het ophalen van herinneringen en emoties d.m.v. muziek kan tevens het geheugen versterken en de KVL verhogen (Woods et al., 2005).

1.4.4 Muziektherapie en technologie

In dit onderzoek wordt technologie in muziektherapie benoemd als ‘muziektechnologie’, afgekort: MTC. Onder MTC wordt in dit onderzoek verstaan: elektronische instrumenten, software, opnameapparatuur en andere elektronische toepassingen die ingezet kunnen worden om muziek actief of receptief uit te kunnen voeren (Werger & Groothuis, 2018). MTC kan worden onderscheiden in verschillende categorieën van MTC die in muziektherapie kunnen worden ingezet, namelijk: aangepaste muziekinstrumenten, opnametechnologie, elektronische muziekinstrumenten, muzieksoftwareprogramma's, medische technologie en ondersteunende technologie voor cliënten met handicaps of beperkingen (Crowe & Rio, 2004; Magee, 2014). Binnen de ouderenzorg bestaan al verschillende MTC middelen om in te zetten in behandeling met positief effect. Zo blijkt de inzet van MTC te kunnen bijdragen aan autonomie, positieve zelfbeleving (Magee, 2014), en vermindering van sociale isolatie en emotionele problemen (Benveniste et al., 2010). Zo maakt technologie het bijvoorbeeld mogelijk om traditionele muziekinstrumenten zo aan te passen zodat ze toegankelijk zijn in gebruik voor mensen met fysieke of cognitieve beperkingen wat de participatie van KO kan vergroten en daardoor ook een gevoel van autonomie en zelfvertrouwen toeneemt (Werger & Groothuis, 2018).

Uit onderzoek blijkt dat muziektherapeuten minder positief zijn over het inzetten van technologie in muziektherapie wanneer ze niet over voldoende vaardigheden en kennis hierin beschikken (Hahna et al., 2012; Magee, 2006). Gebrek aan persoonlijke overtuigingen of vooroordelen blijken hierin ook een rol te spelen (Werger & Groothuis, 2018). Het is daarom belangrijk dat muziektherapeuten een open houding hebben betreft het gebruik maken van vernieuwende technologieën (Werger & Groothuis, 2018).

1.5. Conclusie probleemstelling

Met de toename van het aantal ouderen is er groeiende behoefte aan wetenschappelijk gefundeerde psychologische kennis en methoden om ouderen en hun naasten te begrijpen, problemen te voorkomen en te behandelen, en hun veerkracht te versterken zodat mensen ook op hoge leeftijd een leven van kwaliteit kunnen ervaren. Daar waar ouderdom gerelateerde veranderingen of chronische aandoeningen niet altijd kunnen worden verholpen, kan lijden wel degelijk verlicht worden en KVL worden verbeterd d.m.v. psychologische behandeling, mits aangepast op de persoon. Technologie kan helpen in het verbeteren van KVL van KO in muziektherapeutische behandeling. Er is alleen nog weinig bekend over de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten hiermee. Zo is er nog weinig onderzoek naar welke houding muziektherapeuten hebben t.a.v. technologie in muziektherapie bij KO, wat ze als meerwaarde en beperkingen ervaren, welke interventies worden ingezet in de praktijk en voor welke doelen deze worden ingezet, aan welke kenmerken moet worden voldaan om technologie succesvol in te kunnen zetten in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL en welke ontwikkelpunten hierin liggen.

1.6 Vraagstelling

De vraag waar in dit onderzoek een antwoord op wordt gezocht, is de volgende:

“Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van kwaliteit van leven?”

1.7 Doelstelling en relevantie

Het doel van het onderzoek is het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. Hierbij wordt in kaart gebracht wat de algemene houding van de respondenten is betreft het wel dan niet gebruik maken van technologie in muziektherapie bij KO en welke factoren hierbij een rol spelen. De uitkomsten van dit onderzoek zullen muziektherapeuten in de praktijk handvaten bieden betreft welke MTC middelen waardevol kunnen zijn om in te zetten en welke kenmerken van belang zijn om MTC succesvol in te zetten. Dit is relevant zodat muziektherapeuten uiteindelijk de beste zorg kunnen leveren aan KO. Dit onderzoek leidt tevens tot aanbevelingen voor nader onderzoek voor de opdrachtgever vanuit KenVaK om technologie uiteindelijk zo succesvol en waardevol mogelijk toe te kunnen passen in de muziektherapeutische behandeling van KO voor een optimale KVL. Verder levert dit onderzoek inzichten op betreft het eigen vaktherapeutisch handelen en de visie van de onderzoeker op de inzet van technologie in muziektherapie met daarbij inzicht in eigen kwaliteiten en ontwikkelpunten van het methodisch handelen van de onderzoeker. Dit is relevant voor de professionele ontwikkeling als vaktherapeut om uiteindelijk de best mogelijke zorg te kunnen bieden aan KO in het werken als muziektherapeut.

Hoofdstuk 2. Onderzoeksdesign

2.1. Onderzoekstype en -methode

Uit de probleemstelling is gebleken dat het bij dit onderzoek gaat om het in kaart brengen van de ervaringen, succes- en faalfactoren van de interventie implementatie vanuit het perspectief van de deelnemende muziektherapeuten. Het type van dit onderzoek is inventariserend, aangezien het gaat over het beschrijven en analyseren van een manifestatie, wat kenmerkend is voor een inventariserend onderzoek (Boeije & Bleijenbergh, 2019; Baarda et al., 2021). Er is voor gekozen om de onderzoeksmethode van een kwalitatieve survey te gebruiken. Deze sluit het best op het doel van dit onderzoek aan, daar waar het gaat over het beschrijven van de ervaringen, succes- en faalfactoren van de interventie implementatie. De kwalitatieve survey is de meest gebruikte onderzoeksmethode voor het uitvoeren van een inventariserend onderzoek (Baarda, 2019). Kenmerkend voor een kwalitatieve survey is het verzamelen van gegevens over kenmerken van eenheden, met als doel die kenmerken te beschrijven of verbanden tussen die kenmerken te ontdekken (Baarda, 2019). De kwalitatieve survey is uitgevoerd a.d.h.v. interviews als dataverzamelingstechniek om tot de inventarisatie van de ervaringen, succes en faalfactoren van de interventie implementatie te komen.

2.2 Dataverzameling

2.2.1 Dataverzamelingstechnieken

De data zijn verzameld d.m.v. interviews met verschillende muziektherapeuten; vraaggesprekken waarin de beleving van de geïnterviewde vooropstaat met als doel informatie te verzamelen over de ervaringen en perspectieven van de muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL.

Om het kwaliteitscriteria authenticity te waarborgen is gekozen voor een individuele benadering zodat de geïnterviewden ongeremd en vanuit eigen gedachten kunnen reageren zonder beïnvloed te worden door andere geïnterviewden en dus zonder risico op sociaal wenselijke antwoorden door groepsdruk (Baarda, 2019). Ook kan er tijdens een individueel gesprek dieper op onderwerpen ingegaan worden en komt iedere geïnterviewde evenveel aan het woord, wat meestal niet zo is tijdens een groepsfocusgesprek (Baarda, 2019). Daarnaast is een individueel interview makkelijker te controleren dan een groepsfocusgesprek daar waar

de respondenten binnen een groepsfocusgesprek als groep in kunnen gaan op elkaars reacties en daardoor af kunnen haken van het oorspronkelijke thema (Baarda et al., 2021). Er is gekozen voor een ‘één-moment opname’, wat betekent dat het onderzoek een eenmalige survey betreft waarin zo veel mogelijk informatie wordt verzameld (Baarda, 2019).

De interviews zijn semigestructureerd vormgegeven middels een topiclijst die opgesteld is in samenwerking met KenVak met zowel vastliggende gespreksonderwerpen als vastliggende hoofd- en deelvragen. Hier is voor gekozen zodat er de zekerheid is dat alle belangrijke onderwerpen aan bod komen, maar tegelijkertijd er genoeg ruimte is voor de eigen inbreng van de respondent en dus voor het verkrijgen van tacit knowledge (Baarda et al., 2021). Dit is belangrijk omdat het doel van dit onderzoek gaat om het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van de muziektherapeuten en de respondenten op deze wijze de kans krijgen om vanuit zichzelf informatie in te brengen die voor hen belangrijk is i.r.t. het overkoepelende onderwerp. Daarbij geeft een semigestructureerde interviewvorm de onderzoeker ruimte om verdiepende vragen te stellen en in te spelen op de situatie wat tevens belangrijk is voor het verkrijgen van tacit knowledge (Baarda et al., 2021; Verhoeven, 2014). Het hoofdonderwerp van het interview is de ervaringen en perspectieven van de respondenten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter verbetering van KVL. Om deze inventarisatie van ervaringen en perspectieven betekenis te kunnen geven, is het van belang om allereerst de context in kaart te brengen. Zo wordt eerst het perspectief van de respondenten op de doelgroep KO en KVL bevestigd.

De drie hoofdonderwerpen die de leidraad van de interviews vormen zijn dus:

- Visie op de doelgroep (KO)
- Visie op KVL
- Ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in muziektherapie

De topiclijst staat weergegeven in Bijlage F.

Het interviewprotocol, de topiclijst en het analyse formulier in Bijlage F zijn opgesteld in samenwerking met KenVaK. Het door KenVaK opgestelde interviewprotocol, de topiclijst en het analyse formulier zijn als leidraad gebruikt voor het interview en zijn door de

onderzoeker aangepast en toegespitst op het specifieke onderzoeksproject. Het aangepaste interviewprotocol, de topiclijst en het analyse formulier zijn voorzien van feedback en goedkeuring door zowel de opdrachtgever als door de leden en tutor van de onderzoekskring van de onderzoeker. Er is hierbij gebruik gemaakt van de techniek Peer-reviewing wat zorgt voor het waarborgen van de kwaliteit van het onderzoek (Baarda et al., 2021).

De interviews zijn vastgelegd met audio- en video opname apparatuur met als doel dat de opnames zo vaak als gewenst teruggekeken en -geluisterd kunnen worden en eventueel gedeeld kunnen worden met een collega ter verhoging van de inter-observatorbetrouwbaarheid (Baarda et al., 2021). Door gebruik te maken van audio én video opname apparatuur, kunnen ook non-verbale aspecten van het gesprek meegenomen worden in de analyse. Dit is van belang aangezien gezichtsmimiek en houding bijdragen aan de boodschap die de geïnterviewde overbrengt tijdens het interview (Santrock, 2017).

2.2.2 Onderzoekspopulatie

De respondenten van het onderzoek betreffen verschillende muziektherapeuten en zijn geworven via het netwerk van de onderzoeker en het netwerk van het lectoraat KenVaK. De respondenten die deel uitmaken van dit onderzoek voldoen aan de hieronder beschreven inclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

De respondenten dienen te voldoen aan de volgende criteria:

- Heeft een erkende HBO opleiding tot muziektherapeut afgerond.
- Heeft minimaal één jaar ervaring als muziektherapeut in het werken met ouderen vanaf 50 jaar.
- Is momenteel werkzaam als muziektherapeut met ouderen vanaf 50 jaar met persoonlijke hulpvragen betreft het verbeteren van KVL

Er zijn geen specifieke eisen betreft de behandelsetting van de respondent. De respondent mag zowel zelfstandig werkzaam zijn binnen een eigen praktijk, als binnen een zorginstelling zoals een verpleeghuis.

Er is gestreefd naar zo veel mogelijk diversiteit in de onderzoekspopulatie door muziektherapeuten met verschillende achtergronden en kenmerken te kiezen met als doel om zo veel mogelijk variatie in de onderzoeksgegevens te dekken en daarmee het kwaliteitscriterium dependability te waarborgen (Wheeler & Murphy, 2016). Deze techniek wordt ook wel “thick description” genoemd (Kuiper et al., 2012). Zo is er gekozen om muziektherapeuten te interviewen die ieder werkzaam zijn binnen verschillende werkplekken in verschillende provincies van Nederland. Daarbij zijn alle respondenten opgeleid tot muziektherapeut bij verschillende HBO opleidingen muziektherapie. Hieronder staat een overzicht van de respondenten weergegeven. Om de privacy van de respondenten te waarborgen zijn de locaties van de werkplekken niet vermeld.

Tabel 1*Overzicht respondenten*

Respondenten	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Werkplek en doelgroep
R1	Vrouw	30-40	Bachelor Muziektherapie aan Stenden Hogeschool Master Vaktherapie aan Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Verpleeghuis, Psychogeriatric, gerontopsychiatric, somatic
R2	Vrouw	30-40	Bachelor Muziektherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen	Verpleeghuis, Psychogeriatric, gerontopsychiatric, somatic
R3	Vrouw	30-40	Bachelor Muziektherapie aan Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Master Vaktherapie aan Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Verpleeghuis, Psychogeriatric, gerontopsychiatric, somatic
R4	Vrouw	30-40	Bachelor Muziektherapie aan Hogeschool Utrecht Master Vaktherapie aan Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Verpleeghuis, Psychogeriatric, gerontopsychiatric, somatic

2.2.3. Informed consent

Voorafgaand aan het afnemen van de interviews, zijn alle respondenten op de hoogte gebracht van de onderzoeksinformatie die voor hen relevant is en op basis daarvan hebben zij een geïnformeerde keuze gemaakt om aan het onderzoek deel te nemen en hebben daarmee hun “informed consent” gegeven (Baarda et al., 2021). De respondenten zijn eerst geïnformeerd middels een introductiebrieven en hebben daarna het akkoordformulier betreffende deelname aan het onderzoek (zie Bijlage G) ontvangen en ondertekend. Aan het begin van elk interview is door de onderzoeker opnieuw benoemd dat deelname vrijwillig is en dat de respondent de deelname aan het onderzoek op ieder moment kan intrekken indien gewenst.

2.3 Datapreparatie

Om de uit de interviews verkregen data analyseerbaar te maken, is elk interview in de vorm van een video opname uitgeschreven in een transcript. Aan het begin van het onderzoek heeft de onderzoeker nog geen inschatting kunnen maken van wat belangrijke informatie is en wat niet. Vandaar dat de interviews in eerste instantie omgezet zijn in een integraal transcript. Dat wil zeggen dat het interview letterlijk en volledig is uitgeschreven zodat zo min mogelijk informatie verloren gaat en zodat de data zo authentiek mogelijk blijft, zonder vooroordelen of interpretaties van de onderzoeker met als doel om het kwaliteitscriterium credibility te waarborgen (Baarda et al., 2021).

2.4 Data-analyse

Voor het analyseren van de uit de interviews verkregen data, is gebruik gemaakt van de gefundeerde theoriebenadering; de grounded theory. Hierbij wordt de data-analyse in een cyclisch proces wordt uitgevoerd waarbij de stappen ‘waarnemen’, ‘analyseren’ en ‘reflecteren’ continu worden herhaald (Baarda et al., 2018). Door deze stapsgewijze iteratie van dataverzameling, is gestreefd naar een zo hoog mogelijke graad van verzadiging. Dit houdt in dat de onderzoeker steeds heeft afgewisseld tussen dataverzameling en data-analyse tot dat er zich geen nieuwe informatie of inzichten meer voordoen (Baarda, 2019). Om er voor te zorgen dat het data-analyse proces in de praktijk op cyclische wijze uitgevoerd kan worden, hebben de interviews wekelijks plaats gevonden zodat er voldoende tijd was om de data te analyseren voor het volgende interview plaats vond.

Het complete cyclische proces bestaat volgens Baarda (2019) uit vijf stappen:

Stap 1: ordenen van de gegevens

In deze stap is een eerste ordening gemaakt van de gegevens in informatie-eenheden door de uitgeschreven gegevens in te delen in fragmenten.

Stap 2: vaststellen van de relevantie

In de tweede stap heeft de onderzoeker alle fragmenten op relevantie voor het onderzoek beoordeeld. Hierbij heeft de onderzoeker de onderzoeksvraag altijd centraal gesteld daar waar het gaat om het formuleren van een antwoord op de vraag.

Stap 3: open coderen

Na de eliminatie van irrelevante informatie en het aanbrengen van een grove structuur in de gegevens, heeft de onderzoeker de overgebleven data gereduceerd door ieder fragment samen te vatten in een label. In de eerste fase van het labelingsproces is de onderzoeker zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst van de respondenten gebleven om interpretaties te vermijden. Deze fase wordt ook wel ‘open coderen’ genoemd. Ter verdere datareductie zijn de labels die overeenkomen, samengevoegd, waardoor zicht komt op de frequentie van de labels. Echter is het niet zo zeer van belang hoe vaak een label voor komt, maar is het wel belangrijk om te weten hoe prominent een label is.

Stap 4: axiaal coderen

Daarna heeft de onderzoeker de labels ondergebracht in categorieën waardoor een duidelijk overzicht is ontstaan van de inventarisatie van de data.

Stap 5: selectief coderen

In dit onderzoek zullen de data niet selectief gecodeerd worden gemaakt aangezien het bij selectief coderen gaat om het komen tot een hoger abstractieniveau; het ontwikkelen van een theorie vanuit de data. Bij dit onderzoek gaat het puur om het inventariseren van gegevens en dit wordt bereikt door de eerste 4 stappen uit het analyse proces cyclisch te doorlopen.

Hoofdstuk 3. Resultaten

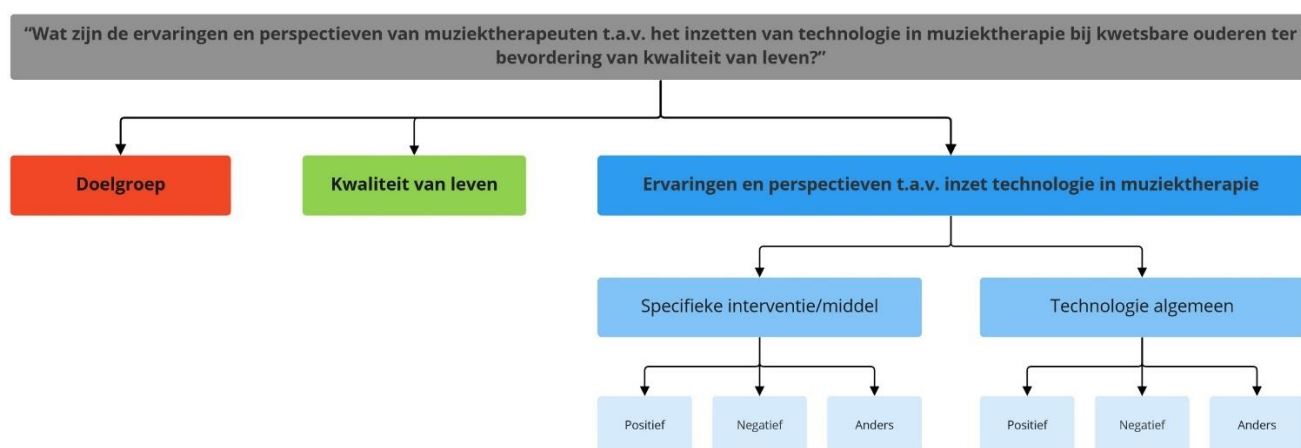
In dit hoofdstuk zijn de resultaten die voortgekomen zijn uit het onderzoek gerapporteerd. De resultaten zijn ontstaan vanuit de overkoepelende onderzoeksvraag: “Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL?”. De resultaten die naar aanleiding van deze onderzoeksvraag zijn ontstaan, zijn in dit hoofdstuk gepresenteerd in schematische weergaven en zijn inhoudelijk toegelicht d.m.v. een schriftelijke rapportage.

3.1 Schematische opbouw

De resultaten die voort zijn gekomen uit de data-analyse zijn opgedeeld in kern- en subcategorieën. Kerncategorieën zijn de overkoepelende categorieën die de verschillende subcategorieën met elkaar verbinden en de belangrijkste thema's van de resultaten weergeven. In figuur 1 zijn de overkoepelende kerncategorieën weergegeven in een schematisch overzicht. De kerncategorieën die uit de data van de respondenten zijn ontstaan, zijn de volgende: “doelgroep”, “KVL” en “ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie”. Deze laatste kerncategorie is verder onderverdeeld in “specifieke interventie/middel” en “technologie algemeen”. De ervaringen en perspectieven die hierbij zijn aangegeven door de respondenten zijn onderverdeeld in de categorieën “positief”, “negatief” en “anders”.

Figuur 1

Schematische opbouw kerncategorieën



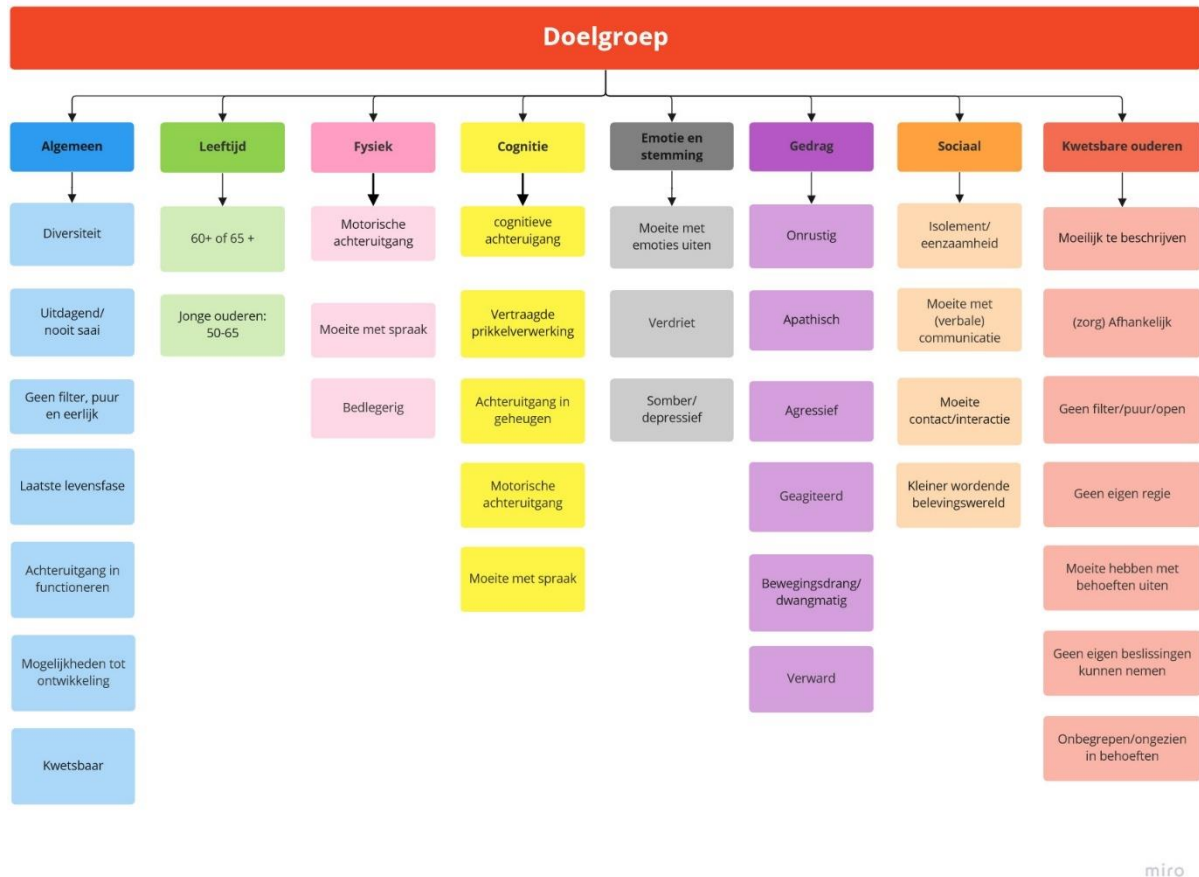
De kerncategorieën zijn in dit hoofdstuk per paragraaf uiteengezet met de daarbij behorende subcategorieën. Per paragraaf worden de kern- en subcategorieën eerst weergegeven in een schema of tabel en vervolgens worden deze weergaven inhoudelijk toegelicht a.d.h.v. een schriftelijke beschrijving van de resultaten. In deze beschrijving wordt gebruik gemaakt van citaten van de respondenten om zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke uitspraken van de respondenten te blijven en daarmee de authenticiteit van de resultaten zo goed mogelijk te waarborgen. Bij het beschrijven van de resultaten is niet specifiek benoemd welke respondent welke uitspraak heeft gedaan. Hier is voor gekozen om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen.

3.2. Doelgroep

Alle respondenten gaven aan te werken met de doelgroep ouderen. Uit de doelgroep beschrijving van de respondenten zijn verschillende subcategorieën gedefinieerd met daarbij kenmerkende elementen die de respondenten benoemden. Figuur 2 geeft een overzicht weer van de doelgroep beschrijving.

Figuur 2

Schematisch weergave “Doelgroep”



Algemeen

De doelgroep ouderen wordt door de respondenten beschreven als een erg diverse doelgroep. Zo zegt een van de respondenten: “De ouderenzorg is vrij breed eigenlijk. Ik vind dat het een hele zorg, ja een hele club aan doelgroep bij elkaar is. Ik kan niet zeggen dé oudere”. Een andere respondent zegt het volgende: “voor mijn gevoel is deze doelgroep juist de meest in beweging zijnde doelgroep, waar het nooit saai is en waar elke dag anders is en waar je als muziektherapeut elke dag iets anders tevoorschijn moet halen uit je kastje om dát doel te bereiken wat je wil bereiken”.

De doelgroep wordt beschreven als mensen in de laatste levensfase waarbij achteruitgang in functioneren en kwetsbaarheid wordt benoemd. Ondanks achteruitgang en kwetsbaarheid, wordt ook gesproken over mogelijkheden. Zo benoemt een respondent: “Er is veel meer mogelijk dan men in het algemeen verwacht.” en zegt een andere respondent: “Het is geen

aflopende zaak, je kunt nog dingen bereiken”. Ook wordt door de respondenten benoemd dat ouderen geen filter hebben, puur en eerlijk zijn. Zo beschrijft een respondent: *“Net zoals bij kleine kinderen, die hebben ook geen filter en dan krijg je dus een heel puur beeld van wie je voor je hebt”*.

Leeftijd

Ook blijkt uit de antwoorden van de respondenten dat er diversiteit is in de leeftijd van de doelgroep. Zo beschrijft één respondent ouderen als mensen met een leeftijd vanaf 60, terwijl een andere respondent een leeftijd vanaf 65 noemt. De “Jonge” ouderen werden door twee respondenten beschreven als mensen vanaf 50 jaar.

Fysiek

De respondenten beschrijven dat fysieke achteruitgang een rol speelt bij ouderen. Zo wordt er bijvoorbeeld gesproken over bedlegerigheid, problemen in spraak en motoriek. Echter kunnen deze problemen ook een cognitieve oorsprong hebben.

Cognitie

Kenmerkend voor de doelgroep ouderen is volgens de respondenten een achteruitgang in cognitie. Ze benoemen hierbij dat ouderen over het algemeen een vertraagde prikkelverwerking hebben en een verminderd geheugen. Ook wordt een achteruitgang in motoriek en spraak genoemd.

De respondenten benoemden dat ouderen een vertraagde prikkelverwerking hebben met onderprikkeling of overprikkeling als gevolg. Een respondent vertelt hierover: *“Bij mensen met dementie komen zó veel prikkels binnen, ze kunnen dat niet filteren en worden onrustig”*. Over onderprikkeling zegt een respondent: *“Als mensen geen prikkels krijgen, dan gaat je hoofd ze zelf zoeken en dan krijg je dus mensen met hallicunaties en wanen en zo, en dat wil je ook niet”*.

Emotie en stemming

Op het gebied van emotie en stemming beschrijven de respondenten dat cliënten soms opgekropte emoties hebben, verdrietig, somber, of depressief zijn. Een van de respondenten

beschrijft het volgende: *“Ik krijg heel veel vragen van somberheid eigenlijk, ja. Dat is wel een heel groot gedeelte, mensen voelen zich somber, of zijn verdrietig...”*

Gedrag

Op het gebied van gedrag beschreven de respondenten dat er bij de ouderen waarmee ze werkzaam zijn, sprake kan zijn van onrustig, apathisch, verward, geagiteerd, agressief en dwangmatig gedrag. Een van de respondenten vertelt over het onrustige, verwarde en dwangmatige gedrag van een cliënt met dementie: *“zij is alleen maar bezig met inpakken, ze denkt echt dat ze aan het verhuizen is waarschijnlijk. Op de vorige locatie waar ze woonde, had ze dat helemaal niet, dus zij is nog echt gewoon haar aarding een beetje kwijt”*.

Een andere respondent vertelt over agressief gedrag dat voor komt: *“in sommige huiskamers is best wel veel ruzie met elkaar en ik merk vooral bij jongere mensen komt dat vaker ook tot fysieke ruzie zeg maar”*.

Sociaal

Op sociaal gebied beschrijven de respondenten dat de doelgroep ouderen vaak een kleinere belevingswereld hebben, in isolement kunnen raken en zich eenzaam kunnen voelen, dat ze moeite kunnen hebben met (verbale) communicatie en met contact en interactie. Ook zijn sommige ouderen bedlegerig wat kan zorgen voor isolement, onderprikkeling en verkleining van de belevingswereld. Ook juist overprikkeling kan zorgen voor isolement. Zo licht een van de respondenten toe: *“Ik merk bij mensen met dementie op jonge leeftijd dat ik vaak, die vinden vaak prikkels te veel en die zitten veel op hun eigen kamer, dus daar is het ook een stukje uit het isolement halen van de persoon dat ze niet alleen maar op die eigen kamer zitten, maar ook nog mensen zien en daarin een stukje eigenheid kwijt kunnen”*.

KO

“Als ik de mensen zie waarmee ik werk, dan is dat wel één van de dingen waar ik als eerst aan denk: aan kwetsbaar” beschrijft een van de respondenten. De respondenten gaven over het algemeen aan dat ze het moeilijk vonden om het begrip KO te beschrijven. Volgens de respondenten is een KO iemand die moeite heeft met het uiten van diens eigen behoeften en onbegrepen, niet gezien of vergeten wordt. Zo beschrijft een respondent: *“Ik denk dat ze vaak*

vergeten worden [mensen die in een diepere fase van dementie zijn, een kleine belevingswereld hebben en onderprikkeld zijn] omdat ze zelf niet tot uiting komen. Je bent dan afhankelijk van anderen die moeten zien dat dat ook een probleem kan zijn, want het ziet er vaak niet uit als een probleem”.

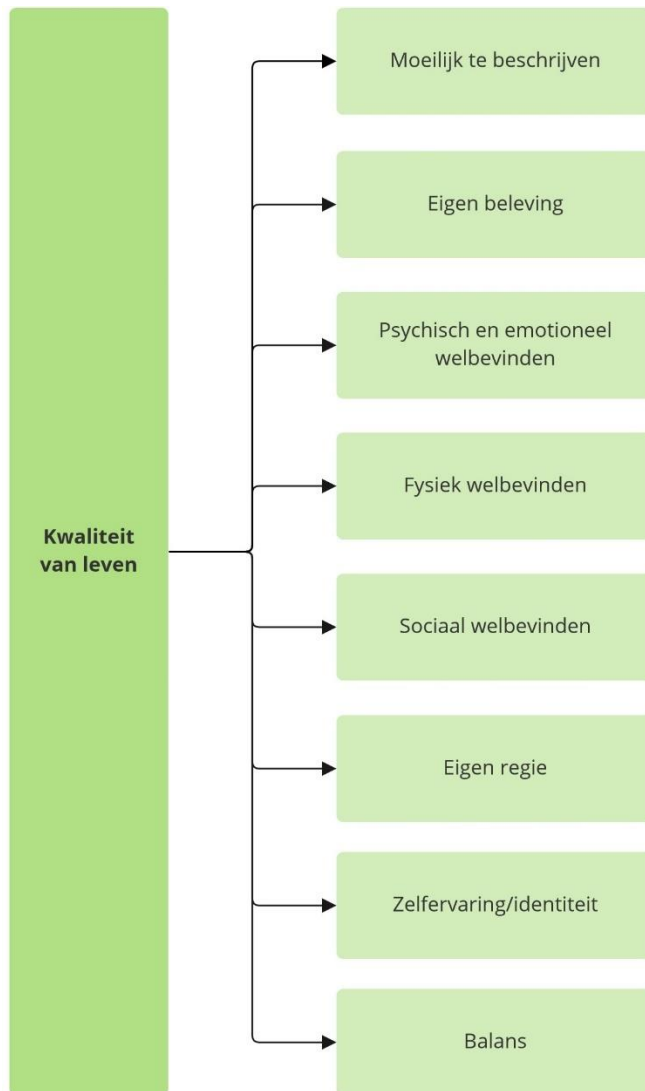
Ook wordt een KO beschreven als iemand die geen eigen beslissingen kan nemen, (zorg)afhankelijk is van anderen en geen regie heeft over het eigen leven. Zo beschrijft een respondent: *“hoe afhankelijker je bent, hoe kwetsbaarder je je voelt, omdat je niet meer de regie over je eigen leven hebt. Hoe veel je ook probeert om die regie wel bij hun te laten, in sommige situaties kan dat niet.”* Twee respondenten gaven aan dat het hebben van ‘geen filter’ en ‘geen conditionering/aangeleerd gedrag’ maakt dat iemand open en puur is en dat dat iemand kwetsbaar maakt. Zo zegt een van de respondenten: *“Ze kunnen zich niet meer verschuilen achter een persoon, of hè, achter bepaald aangeleerd gedrag, want dat is allemaal weggevallen en dat kan inderdaad door dementie zijn, of dat kan inderdaad door een cva zijn of wat dan ook, maar die problematiek die ze hebben, die zorgt er voor dat ze gewoon zo, ja, open en kwetsbaar zijn... En dat is denk ik wat ik zie als kwetsbaarheid eigenlijk. Dat ze gewoon geen filter meer hebben door die ziekte die ervoor zorgt dat alle conditionering die wij hè, als volwassenen helaas toch wel hebben, die is er bijna niet meer en dat maakt dat ze heel kwetsbaar zijn en dat is juist heel prachtig, want ik denk: “nou waren we allemaal maar zo”.*

3.3. KVL

De antwoorden van de respondenten op de vraag wat “KVL” is, zijn onderverdeeld in subcategorieën weergegeven in figuur 3.

Figuur 3

Aspecten van KVL



Tabel 2 geeft een weergave van het perspectief van de respondenten op ‘KVL’. De beschrijving is puntsgewijs weergegeven per subcategorie. Na tabel 2 wordt een inhoudelijke toelichting gegeven per subcategorie.

Tabel 2

Perspectief respondenten op “KVL”

Kwaliteit van leven	
Eigen beleving	- Eigen gevoel/ervaring van kwaliteit van leven en gezondheid - Nadruk op positieve ervaringen en mooie momenten - Ondanks ziektelast een hoge kwaliteit van leven kunnen ervaren
Psychisch en emotioneel welbevinden	- Ruimte voor gevoel hebben - Je prettig voelen - Kunnen genieten - Blij zijn - Lachen om grapjes - Plezier beleven - Positieve ervaringen opdoen
Fysiek welbevinden	- Lichamelijke ontspanning - Gezonde voeding - Minimale pijn - Prettige omgeving
Sociaal welbevinden	- Verbinding met anderen - Activiteiten - Participatie - Contact en interactie
Eigen regie	- Je leven kunnen leven zoals jij dat wilt en gewend bent - Gezien worden als individu - Afstemming op wensen en behoeften
Zelfervaring/identiteit	- Ervaren van eigen identiteit - Houvast - Herinneringen opdoen
Balans	- In rust en activiteit - In prikkelverwerking - Dagstructuur

Volgens de respondenten bestaat KVL uit verschillende onderdelen. Zo zegt één van de respondenten: *“KVL is net als gezondheid denk ik, wat bestaat uit verschillende onderdelen... KVL is meer zo'n overkoepelend begrip voor allemaal dingetjes die daar onder vallen, een soort parapluutje zeg maar...”*.

Hieronder worden de verschillende onderdelen van KVL toegelicht vanuit de respondenten.

Eigen beleving

Volgens de respondenten is KVL *“je eigen gevoel van je eigen gezondheid”*. Alle respondenten benoemden dat je ondanks ziektelast een hoge KVL kan ervaren. Een van de respondenten maakte hierbij de koppeling naar het belang van het benadrukken van positieve ervaringen en het opdoen van mooie momenten: *“Als je kijkt naar het mental health continuum, hè, dan kun je dus inderdaad heel veel ziektelast hebben, maar tóch een hoge KVL ervaren. En andersom ook hè, dus dat je inderdaad fysiek gewoon goed bent, maar dat je gewoon niet goed in je bolletje zit. En ja, dan kun je wel zeggen: ‘Ja, maar je hebt toch een hoge KVL?’ ‘Ja, maar zo ervaar ik het niet’. Op een gegeven moment dan takelt dat lichaam natuurlijk gewoon af, maar doe je heel veel positieve ervaringen op, dan kun je echt gewoon het heel goed hebben. Waar leg jij de nadruk op hè? Als jij alleen bezig bent met het zieke deel van jouw “zijn”, dus jouw lijf en jouw ervaring, dan heb je in mijn optiek denk ik een lage KVL, maar leg jij de nadruk op positieve ervaringen en mooie momenten, dan kun je óndanks dat je lijf niet gezond is bijvoorbeeld, kun je wel een hoge KVL hebben”*.

Plezierbeleving

Naast het opdoen van positieve ervaringen wordt ook benoemd dat ‘kunnen genieten’, ‘blij zijn’, ‘lachen om grapjes’, en ‘je prettig voelen’, belangrijke elementen zijn om KVL te ervaren.

Psychisch en emotioneel welbevinden

De respondenten benadrukken dat het psychisch en emotioneel welbevinden een van de onderdelen is dat bijdraagt aan KVL. Zo beschrijven de respondenten dat het belangrijk is dat er ruimte is voor het gevoel dat iemand ervaart. Zo beschrijft een van de respondenten: *“Muziektherapie kan er ook voor zorgen dat je het eerst even gewoon voelt, voel het eerst*

maar en vervolgens die stap maken naar oké hoe zorgen we nou dat je je minder somber voelt, ja, dat het er mag zijn. Ik denk dat je daarin heel erg bijdraagt aan KVL”.

Fysiek welbevinden

Fysiek welbevinden speelt volgens de respondenten ook een rol in het ervaren van KVL. Zo benoemde ze dat gezonde voeding, minimale pijn, een prettige omgeving en lichamelijke ontspanning belangrijk zijn voor het ervaren van KVL.

“Door meer ontspanning in het lijf, dat iemand zich veel beter in de ruimte voelt, veel beter in z'n eigen lichaam, waardoor ook de kwaliteit weer verbetert”.

Sociaal welbevinden

De respondenten benoemen allemaal de rol van het sociale welbevinden in het ervaren van KVL. Zo benoemen ze het belang van verbinding met anderen, participatie en het doen van activiteiten, contact en interactie met anderen.

“Dat draagt natuurlijk ook bij aan de KVL: én het opdoen van positieve ervaringen én ehm en inderdaad de verbinding met elkaar”

Eigen regie

De respondenten beschreven KVL als “je leven kunnen leven zoals jij dat wilt, zoals je het gewend bent, jouw eigen regie kunnen voeren”. Ook werd het belang van het afstemmen op de individuele behoeftes en wensen van een persoon benadrukt. Zo beschrijft een van de respondenten KVL als volgt: *“dat ieder individu gezien wordt als individu en dat de mogelijkheden bekeken worden van hoe kan jij er naar streven dat je je leven kan leven zoals jij dat wilt. En wat is voor jou van belang daarbij zodat je niet beperkt wordt in je wensen en behoeften”*. Als toevoeging vanuit een andere respondent op dit thema: *“dat de dingen die voor iemand belangrijk zijn in het leven, dat ze die zoveel mogelijk voor iemand kunnen laten doorgaan”*.

Zelfervaring/identiteit

Respondenten gaven aan dat voor het ervaren van KVL het belangrijk is om het ‘zelf’ of de eigen identiteit te ervaren. Dit kan bijvoorbeeld door het opdoen van herinneringen. Het ervaren van herkenning en houvast speelt hierin een rol. Zo beschrijft een van de respondenten het volgende: *“Iets wat iemand gewend is, iets wat, wat een cliënt of bewoner of hoe je iemand noemt, ook houvast geeft, van ohja, dit ben ik. De eigen identiteit zeg maar, ik denk dat dat ja, dat mag wel bovenaan staan in eh KVL”*.

Balans

Tot slot gaven de respondenten aan dat voor het ervaren van KVL het van belang is dat er balans is in prikkelverwerking, in rust en activiteit en dat er een goede dagstructuur is. Zo beschrijft een van de respondenten dat het volgende belangrijk is voor KVL: *“Een goede balans tussen overprikkeling en onderprikkeling, dat je goed gestimuleerd wordt om activiteiten te ondernemen, maar niet een overdosis hebt”*.

3.4. Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie

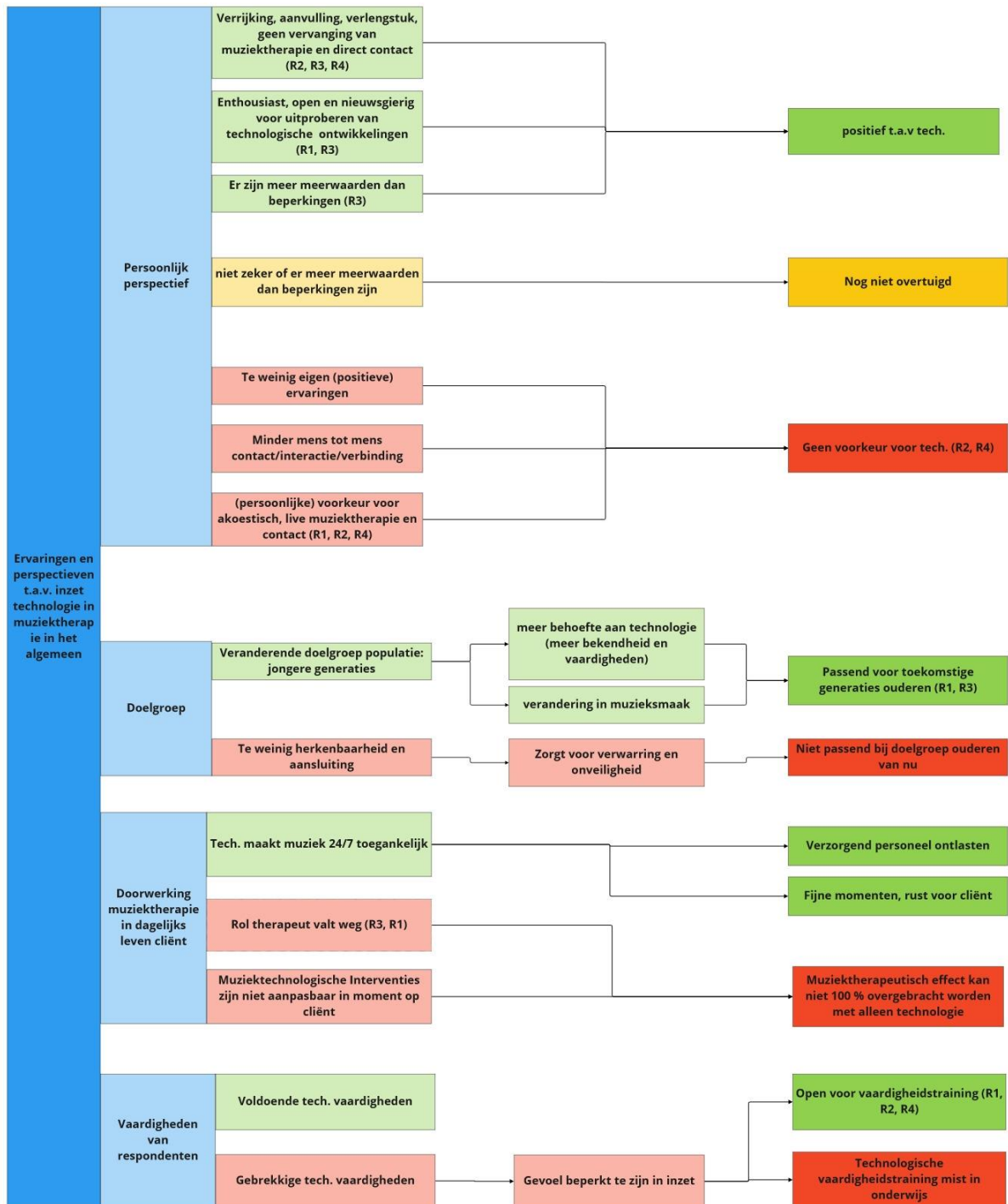
De inventarisatie betreft de ervaringen en perspectieven van de respondenten ten aanzien van de inzet van technologie in muziektherapie, is verdeeld in twee subonderdelen. Als eerst worden de ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in het algemeen beschreven en daarna de ervaringen en perspectieven t.a.v. specifieke MTC middelen.

3.4.1. Ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in het algemeen

De ervaringen en perspectieven van de respondenten t.a.v. de inzet van technologie in het algemeen zijn opgedeeld in een aantal overkoepelende subcategorieën. In figuur 4 zijn de resultaten schematisch weergegeven.

Figuur 4

Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie in het algemeen



De in figuur 4 weergegeven resultaten worden hieronder per subcategorie inhoudelijk toegelicht.

Persoonlijk perspectief t.a.v. inzet technologie

Over het algemeen geven de respondenten aan dat ze technologie ervaren als een verrijking, aanvulling en verlengstuk van muziektherapie en niet als een vervanging van muziektherapie en direct contact. Zo zegt een van de respondenten: *“Het is een verrijking, een verlengstuk van ons werk”*.

Sommige respondenten geven aan enthousiast, open en nieuwsgierig te zijn betreft het uitproberen van technologische ontwikkelingen: *“als ik iets nieuws zie, dan denk ik al: oh dat wil ik wel proberen”*. Volgens hen wegen de beperkingen van technologie niet op tegen de meerwaarde die het biedt: *“die beperkingen, die zijn zo klein volgens mij, dat het geen schade toebrengt aan mensen”*. Andere respondenten beschrijven twijfels te hebben over de meerwaarde van technologie in muziektherapie en geven aan niet zeker te weten of de meerwaarde opweegt tegen de beperkingen. Zo geeft een van de respondenten aan zoekende te zijn naar de rol die technologie in muziektherapie kan spelen. Zo zegt ze: *“wie weet heeft het een meerwaarde als je én én doet, maar ik merk altijd dat ik niet zo voorop loop daarmee... maar ik heb dat nooit gehad, waarom precies weet ik ook niet. Maar ja, ik denk dat het niet nodig is om alleen maar technologie te gebruiken. het kan versterken, maar dan moet het dat ook wel echt doen, dat het effect echt versterkt wordt zeg maar.”*

Twee respondenten geven aan dat ze niet overtuigd zijn van de meerwaarde van het inzetten van technologie in muziektherapie. Ze beschrijven dat dit komt omdat ze nog weinig eigen positieve ervaringen hebben opgedaan met het inzetten van technologie in muziektherapie en dat ze over het algemeen minder mens tot mens contact, interactie en verbinding ervaren wanneer ze gebruik maken van technologie. De meerderheid van de respondenten geeft aan een voorkeur te hebben voor akoestische instrumenten en live muziektherapie en contact. Zo zegt een van de respondenten: *“mijn voorkeur zal altijd zijn: mens tot mens contact en dat een mens kan bepalen van oké wat heb jij nu op dit moment nodig, maar je moet ook realistisch zijn en dan weet je dat dat er niet altijd is en dan zie ik technologie wel als een aanvulling”*. Sommige respondenten geven aan dat persoonlijke voorkeur hierin een rol speelt. Zo zegt een van de respondenten: *“ik hou zelf meer van akoestische vormen en ik denk, doordat ik er misschien zelf ook eh meer mijn emotie in kwijt kan, kan ik ook beter*

aansluiten bij die emotie van die ander of dat meer oproepen". Een van de respondenten benoemt: "Ik denk dat ik bij bepaalde technische overwegingen wel eerst nog overtuigd moet zijn dat dat dan ook de beste werking is, die overtuiging heb ik nog niet helemaal."

Sommige respondenten geven zowel aan dat ze technologie als verrijking van en aanvulling op muziektherapie zien en tegelijkertijd nog niet overtuigd zijn van de meerwaarde van het inzetten van technologie in muziektherapie

Doelgroep

Sommige respondenten gaven aan dat ze technologie niet passend vinden bij de doelgroep ouderen. Zo geven technologische middelen voor ouderen vaak niet genoeg herkenbaarheid wat voor verwarring en een gevoel van onveiligheid kan zorgen. Zo zegt een van de respondenten: *"Ik denk dat deze doelgroep minder bekend is met technologie waardoor de klank voor hen misschien minder herkenbaar is"*. Later zegt deze respondent: *"Ik heb hier een elektronische piano, die is wel elektronisch en daar zit een functiekноп op van een orgel en we hebben hier zusters vanuit de kerk die hier opgenomen zijn en daar gebruik ik wel soms die ene knop van dat orgelgeluid, ook voor de herkenning. Dat gebruik ik wel eens, maar ook dan maak ik die keuze heel bewust omdat ik weet dat er een herinnering is, een stukje herkenbaarheid zit, waardoor ik weer op de veiligheid kan inspelen"*. Naast de herkenbaarheid van de technologische klank, wordt ook gesproken over de herkenbaarheid van de vorm van middelen. Zo beschrijft een respondent waarom ze er voor kiest om geen gebruik te maken van een tablet: *"Ik neem nog steeds gewoon papier mee, voor de herkenbaarheid, zodat de ander weet wat ik doe en wat ik bij me heb"*.

Daarnaast geven de respondenten aan dat technologie "de toekomst is". Zo zegt een van de respondenten: *"Ik denk dat als de doelgroep langzaamaan gaat veranderen, omdat de populatie verandert en omdat mensen die nu 50 zijn, over tien jaar misschien hier zitten, daar veranderen die voorkeuren ook, dan verandert ook de smaak van muziek weer en wat voor hen herkenbaar is. Dus ik denk dat technologie uiteindelijk zelfs veiligheid gaat geven omdat het voor ons bekend is"*. En een andere respondent benoemt: *"ik denk ook dat je met instrumentarium mee moet veranderen, omdat dat geluid herkenbaarder is voor de mensen"*.

Nog een andere respondent zegt: *“laten we dan vooral proberen een beetje in de tijd vooruit te denken, proberen wat meer eh technologie te integreren omdat de doelgroep steeds jonger wordt en dat ze ook steeds makkelijker zijn met connectie maken via bluetooth of met streamen, dus daarin wordt het makkelijker denk ik en hebben mensen meer behoefte om dat soort dingen te gaan doen.”*

Doorwerking muziektherapie in dagelijks leven

Als algemeen voordeel van technologie wordt genoemd dat technologie muziek 24/7 toegankelijk maakt. Dit zorgt ervoor dat een doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven mogelijk is wat helpt met het ontlasten van de zorg en het verbeteren van het leven van de cliënt. Een respondent beschrijft dit als volgt: *“soms is het gewoon wel heel fijn voor de zorg dat je gewoon ten alle tijden iets met muziek kan inzetten als je weet dat het werkt. En dat je ook niet alleen pas iets met muziektherapie doet als iemand onrustig is, maar ook ter voorkoming van onrust. Dat is gewoon heel fijn, dat je, voor zo ver dat lukt, het effect van de muziektherapie gewoon over kan brengen op andere momenten en dat je daarin gewoon nog een fijn moment voor iemand kan creëren.”*

Aan de andere kant beschrijven de respondenten dat het muziektherapeutisch effect niet 100% kan worden overgebracht met alleen technologie. Dit heeft volgens de respondenten te maken met dat de rol van de therapeut weg valt bij het inzetten van MTC waardoor er een afhankelijkheid ontstaat van de rol van de zorgmedewerker die de interventie inzet. Niet-doelbewuste inzet door de zorgmedewerkers kan volgens de respondenten zorgen voor overprikkeling en onrust. Daarnaast zijn de MTC middelen die in het dagelijks leven van cliënten worden ingezet niet aanpasbaar in het moment op de cliënt wat als nadelig wordt omschreven. Zo beschrijft een van de respondenten: *“De andere kant is dus dat je het niet op dat moment kunt aanpassen aan hoe iemand erbij zit, dat is dan altijd afhankelijk van het verzorgend personeel, of zij in kunnen schatten wat ze dan aan moeten zetten of in moeten zetten. Je kunt er gewoon niet altijd bij zijn, dus dat is dan de beperking ervan. Maar ja, dat risico is er dan, dat is dan zo.”*

Vaardigheden van de respondenten

De meeste respondenten geven aan dat ze tot op zekere hoogte over technologische vaardigheden beschikken om technologie effectief in te kunnen zetten. De ene respondent heeft hier meer ervaring mee en kennis over dan de ander. Sommige respondenten ervaren de inzet van technologie als moeizaam: *“Technologie is voor mij ook wel een stuk waarvan ik denk 'ohjee', eigenlijk al dat gevoel van 'daar gaan we weer', even zoeken, hoe werkt het ook alweer, dan lopen we hier tegenaan, dan loopt dit vast... ja, ik zou dan zo graag willen dat dingen soepel blijven lopen in plaats van oh wacht we moeten eerst dit nog oplossen voordat dat gaat werken. mijn ervaring met technologie is vaak dat het toch stagneert ofzo”*.

Alle respondenten geven aan open te staan voor scholing of training in muziek technologische vaardigheden. *“Ja ik denk wel dat ik me dan meer zou laten scholen misschien nog zodat je geen beperkingen voelt”*. Een van de respondenten geeft aan dat ze vindt dat er in de opleidingen muziektherapie meer aandacht moet zijn voor technologie in muziektherapie. Ze zegt: *“We zijn de laatste jaren zo veel vooruit gegaan, dat ik vind dat juist de jongere generatie die nu in muziektherapieland gaat komen, dat die daar ook kennis van moeten hebben en ik merk aan de stagiaires die wij hebben dat dat nog niet echt in de opleidingen zit en dat vind ik wel, ja, dat is wel van deze tijd toch, om het juist wel te doen”*. De respondent geeft aan dat ze een terughoudende houding merkt bij veel muziektherapeuten betreft het inzetten van technologie in muziektherapie. Hierover zegt ze: *“dat is jammer. Er is nog veel werk te gaan, dus niet alleen op de opleiding, misschien ook dat er nog scholingen en trainingen gegeven moeten worden, meer in wat kun je eigenlijk allemaal inzetten en hoe werkt het allemaal”*. Ze benoemt dat dit belangrijk is zodat muziektherapeuten zich niet bedreigd voelen door technologie en juist zien dat het een verrijking en verlengstuk van muziektherapie is.

3.4.2. Ervaringen en perspectieven t.a.v. specifieke MTC middelen

Naast de algemene ervaringen en perspectieven van de respondenten t.a.v. het inzetten van technologie in muziektherapie, benoemden de respondenten ook hun ervaringen en perspectieven t.a.v. de inzet van specifieke MTC en middelen. Deze ervaringen en perspectieven zijn schematisch weergegeven in de tabellen 4 t/m 7. Hierbij is een onderverdeling gemaakt in positieve, negatieve en andere ervaringen en perspectieven per MTC middel

Er is voor gekozen om de kern van de door de respondenten beschreven ervaringen en perspectieven op te schrijven door zo veel mogelijk gebruik te maken van steekwoorden. Om zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke verwoording van de ervaringen en perspectieven te blijven, zijn de woordkeuzes van de respondenten zo letterlijk mogelijk over genomen.

Tabel 4

Ervaringen met de inzet van MTC middelen 1/4

Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet specifieke technologische interventies of middelen in muziektherapie 1/4			
Technologische interventie/middel	Positieve ervaring/perspectief	Negatieve ervaring/perspectief	Andere ervaring/perspectief
Koptelefoon	- Biedt doorwerking muziektherapie in dagelijks leven - Toegang tot voorkeursmuziek van cliënt - Voorkomt overprikkeling en onrust	Onaangename tactiele prikkels voor cliënt	- Is geen muziektherapie - Afstemming op de cliënt is van belang - Muziektherapeutisch advies en overdracht aan zorgpersoneel betreft doelbewuste inzet is van belang
MP3 speler	- Verlengstuk van muziektherapie naar zorg en dagelijks leven cliënt 24/7 kunnen genieten van voorkeursmuziek - Vermindert belastbaarheid zorg - Geeft cliënt een moment voor zichzelf		Muziektherapeutisch advies en overdracht aan zorgpersoneel betreft doelbewuste inzet afspeellijsten is van belang
Speaker	Verplaatsbaar	- Muziek en vorm middel niet altijd herkenbaar - Minder prikkelend en effectief dan akoestische live muziek - Beperkt contact tussen therapeut en cliënt	- kwiteit speaker en geluid van belang voor herkenning muziek - Plaatsing speaker in ruimte van belang voor herkenning muziek
YouTube/Spotify	- Groot bereik aan muziek 24/7 toegang tot voorkeursmuziek - Beter kunnen afstemmen op voorkeursmuziek - Mogelijkheden receptieve muziektherapie: cognitie training - Toegang tot afgestemde digitale drumtrack voor RAS methode		
Muziekkussen	- Stabiliseert dag-nachtritme - verbetert nachtrust en energie overdag - Verbeterd algemeen welzijn - Ontlast de nachtdienst - Mogelijkheden tot afstemmen muziek op cliënt		- Geen muziektherapie, wel muziektherapeutisch effect - Belang van muziektherapeutisch advies, evaluatie en observatie per cliënt
CRDL	- Aanvulling op muziektherapeutisch aanbod - Bevordert contact tussen cliënt en therapeut/zorg/familie - Zet cliënt in beweging	- Betere alternatieven om contact te maken vanuit muziektherapie - Ingewikkeld in gebruik voor cliënten: te veel handelingen	
Muziekkussen: INMU	- Biedt fysieke ontspanning - Biedt mentale ontspanning - Verbeterd proprioceptie - Bevordert verbinding met verzorgend personeel of familie		

Tabel 5

Ervaringen met de inzet van MTC middelen 2/4

Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet specifieke technologische interventies of middelen in muziektherapie 2/4			
Technologische interventie/middel	Positieve ervaring/perspectief	Negatieve ervaring/perspectief	Andere ervaring/perspectief
Qwiek up	• Aanvulling op muziektherapie in dagelijks leven • voorkomt overprikkeling en hallucinaties of wanen • Vergroot belevingswereld door sensorische ervaring • Biedt herkenning • Groot beeld: groot bereik visuele prikkels • Laat mensen genieten		• Rol van muziektherapeut: stimuleren van verzorgend personeel om het in te zetten (afhankelijk van inzet zorg)
Aangepaste muziekinstrumenten		• Niet passend bij doelen en hulpvragen doelgroep • Biedt te weinig herkenning of associatie met oorspronkelijk instrument	• Passend voor gehandicaptenzorg om participatie te verhogen
Elektronische muziekinstrumenten	• Elektrische piano: Mogelijkheid tot inzet specifieke klanken (orgel) voor herkenning en activeren herinneringen wat veiligheid geeft	• Biedt te weinig herkenning • Geeft te weinig emotie • Verwacht: schrikreactie	
Opnames binnen muziektherapie m.b.v. camera, telefoon of muzieksoftware programma's	• Biedt mogelijkheid tot spiegelen cliënt en (zelf)reflectie • Vergroot zelfbewustwording • Vergroot zelfvertrouwen • Voor onderwijs of PR doeleinden Samen vormgeven aan muzikaal product: • Zorg voor gevoel van betekenis te zijn • Draagt bij aan zingeving • Stimuleert contact, verbinding en sociale interactie met anderen • Zelfgemaakt product geeft gevoel van trots en zelfvertrouwen • Bevordert zelfexpressie • Versterkt eigen individualiteit	• Niet passend bij de doelgroep: het terugluisteren van opnames is niet in het moment • Terugluisteren opname spreekt minder het gevoel aan dan live muziek maken • Terugluisteren doet appel op cognitie, daarom geen voorkeur • Inbreuk op gevoel van veiligheid cliënt • Weinig ervaring van respondenten • Opnemen met telefoon is makkelijker dan muzieksoftwareprogramma's • Kost veel werk betreft	
Zelfgemaakte muziekfilmpjes of geluidopnames van muziektherapeut	• Biedt doorwerking effect muziektherapie in dagelijks leven • Biedt herkenbaarheid met therapeut • Biedt rust • Helpt in slaap vallen • Helpt activeren	• Opname van stem muziektherapeut heeft niet altijd effect op cliënten	• Live muziektherapeut is van essentieel belang om in te spelen op de cliënt in het moment
Instructie video's betreft inzet muziektechnologie	• Stimuleert zorgmedewerkers om muziektechnologische interventies effectief en met gemak in te zetten in dagelijks leven cliënt		

Tabel 6

Ervaringen met de inzet van MTC middelen 3/4

Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet specifieke technologische interventies of middelen in muziektherapie 3/4			
Technologische interventie/middel	Positieve ervaring/perspectief	Negatieve ervaring/perspectief	Andere ervaring/perspectief
Tablet	- Eigen gebruiksgemak: digitale liedteksten/bladmuziek meenemen - Toegang tot APPs	- Beperkt persoonlijk contact en interactie - Niet herkenbaar voor doelgroep wat voor onveilig gevoel zorgt - Gebruik van papier geeft mogelijkheden tot betrekken cliënt - Niet nodig	- Goed internet is van belang - Groot formaat en kwaliteit tablet is van belang
Metronoom APP	Makkelijk kunnen aanpassen op looptempo of hartritme van cliënt		
Garageband APP	- Bestaande muziek aanpassen op wensen cliënt - Mogelijkheden tot concentratie oefeningen - Ondersteunt muziektherapeut tijdens sessie - cliënt kan zelf laagdrempelig muziek vormgeven: geen motorische en muzikale vaardigheden nodig - Vergroot gevoel autonomie - Vergroot participatie cliënt - Leuke manier van werken		
Piascore APP			Opslagplek voor digitale bladmuziek
Fysiologische meetinstrumenten (wearables: hartslagmeter/huidgeleiding)	- Hulpmiddel inzichtelijk maken effecten muziektherapie - Mogelijkheden toekomst tot voorspellen van probleemgedrag in combinatie met muziek	Staat behandeling in de weg: cliënten kunnen afgeleid, verward, of geagiteerd raken	- Van toegevoegde waarde, maar niet doorslaggevend voor verbeteren kwaliteit van leven één persoon - Zorgvuldige en kritische data interpretatie is van belang
Virtual Reality	- Nieuwsgierig en geïnteresseerd in effect - Kans voor herbeleven van live concert of jeugdherinneringen	Verwachtingen: - Niet passend bij doelgroep - Zal zorgen voor onduidelijkheid, verwarring en onrust: - Cliënten blijven hangen in verleden - Moeite met terughalen naar realiteit	

Tabel 7

Ervaringen met de inzet van MTC middelen 4/4

Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet specifieke technologische interventies of middelen in muziektherapie 4/4			
Technologische interventie/middel	Positieve ervaring/perspectief	Negatieve ervaring/perspectief	Andere ervaring/perspectief
Muziekstoel	- Aanvulling op muziektherapie biedt ontlasting muziektherapeut en meer ruimte voor behandelen andere vragen - Heeft ontspannend effect - Vermindert of voorkomt overprikkeling - Vermindert loopgedrag - Geeft cliënt momenten van houvast - Biedt mogelijkheid tot voorkeursmuziek - Activerend en prikkelend effect - Alternatief voor koptelefoon: muziek komt dichtbij maar niet direct op de oren		
Muziektherapeutisch waterbed	- Aanvulling op muziektherapie - Kan emoties losmaken - Biedt (fysieke) ontspanning met doorwerkend effect - Mogelijkheid tot koppeling live muziektherapie door aansluiten instrument of microfoon: muziek afstemmen op het moment - Mogelijkheid stemtrillingen familie ervaren - Biedt geborgenheid, herkenbaarheid, verbinding en intimiteit met familie	- Tillift om in het waterbed te komen geeft spanning en kans op overprikkeling (nog) Beperkte mogelijkheden voor therapeut betreft afstemmen op cliënt in moment - Muzikale elementen zijn onveranderbaar	
Cozie	- Geeft gevoel van geborgenheid tijdens slapen - Vermindert gevoel van eenzaamheid - Geeft gevoel van bekendheid en veiligheid - Zacht materiaal - Mogelijkheden tot afstemmen op cliënt: voorkeursmuziek/therapeut of familie inzingen of praten		
Silent disco	- Doorwerking muziek in dagelijks leven - Zelf muziek beleven - Samen muziek beleven: positief contact, verbinding met elkaar, verzorgend personeel, partner - Voorkomt ruzie binnen de groep - Voorkomt onderprikkeling en verveling - Helpt stabiliseren dag-nachtritme		
Wonderfoon		- Niet enthousiast - Te veel handelingen: te moeilijk in gebruik voor cognitieve doelgroep: zorgt voor verwarring	
Bewegingssensor met muziek/geluid als respons	- Maakt woonplek aantrekkelijker - Prikkelt visuele en auditieve zintuigen - Mogelijkheid tot zien van familie: bekendheid - Helpt preventief kwaliteit van leven verbeteren van alle mensen in het verpleeghuis - Voorkomt boosheid - Doorbreekt dwaalgedrag en voorkomt overbelasting van cliënt		
Oerradio	- Laagdrempelig in gebruik: makkelijk te bedienen voor mensen met dementie - Bevordert zelfredzaamheid - bevordert zelfvertrouwen		
Digitale stemmer	Voor eigen gebruiksgemak		

Hoofdstuk 4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de discussiepunten beschreven die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Hierbij worden eerst de resultaten van het onderzoek op kritische wijze geïnterpreteerd waarbij een koppeling wordt gemaakt met literatuur. Vervolgens wordt gereflecteerd op de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten met de opdrachtgever. Ook wordt kritisch gereflecteerd op het onderzoek betreft de waarborging van de kwaliteitscriteria.

4.1 Inhoudelijke interpretatie van resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd en gekoppeld aan de literatuur uit de probleemverkenning. Waar nodig, wordt gebruik gemaakt van aanvullende literatuur om de interpretatie verdiepend te onderbouwen.

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. Om deze inventarisatie van ervaringen en perspectieven betekenis te kunnen geven, is het van belang om allereerst de context te verduidelijken. Zo wordt eerst het perspectief van de respondenten op de doelgroep KO en KVL duidelijk.

4.1.1. Doelgroep

De respondenten beschrijven de doelgroep ouderen als mensen in de laatste levensfase waarbij in algemene zin sprake is van cognitieve en fysieke achteruitgang in het functioneren.

De doelgroep ‘ouderen’ is een hele diverse doelgroep met diverse kenmerken en problematieken waardoor niet gesproken kan worden over “dé oudere”. De leeftijd van de doelgroep die de respondenten noemen, komen niet allemaal met elkaar overeen. Zo wordt er zowel een leeftijd van 50+, 60+ en 65+ genoemd. Vink et al. (2017) beschrijven dan ook dat er té veel diversiteit binnen de doelgroep ouderen is om er één leeftijdsgrens en/of definitie aan te koppelen. Bij het beschrijven van de doelgroep ouderen is het vooral belangrijk om aandacht te besteden aan de inhoudelijke aspecten van het verouderingsproces (Baars, 2006; Biggs, 2005). Volgens de respondenten gaat het hierbij om de aspecten: fysiek, cognitie,

emotie en stemming, gedrag en sociaal. Volgens de respondenten kan er binnen deze aspecten sprake zijn van de volgende kenmerken:

Tabel 8

Kenmerken doelgroep per aspect

Fysiek	- Motorische achteruitgang - Moeite met spraak
cognitie	- Cognitieve achteruitgang - Vertraagde prikkelverwerking - Achteruitgang in geheugen - Motorische achteruitgang - Moeite met spraak
Emotie en stemming	- Verdriet - Somborheid/depressiviteit - Moeite met emoties uiten
Gedrag	- Onrustig - Apathisch - Agressief - Geagiteerd - Bewegingsdrang/dwangmatig gedrag - Verward
Sociaal	- In isolement/eenzaamheid - Moeite met (verbale) communicatie - Moeite met contact/interactie - kleiner wordende belevingswereld

Deze kenmerken komen overeen met de kenmerken die worden benoemd in de probleemstelling. Enkele aanvullende kenmerken uit de literatuur zijn: schommelende stemmingen, angst en achterdocht (Vink et al., 2017).

Zoals beschreven heeft de doelgroep waarmee de respondenten werkzaam zijn diverse problematieken waarvan psychische en/of gedragsproblemen onderdeel van uitmaken. Dit is kenmerkend voor een hoge mate van kwetsbaarheid (GGZ standaarden, z.d.). De respondenten beschrijven hun doelgroep zelf ook als kwetsbaar. “KO” hebben volgens de respondenten ouderen geen filter, zijn puur en open, (zorg) afhankelijk, hebben gebrek aan eigen regie, moeite met het uiten van behoeften, worden onbegrepen en ongezien in behoeften en geen kunnen geen eigen beslissingen nemen. De beschrijving van de respondenten komt overeen met de literatuur uit de probleemgebiedstelling. Als aanvulling

vanuit de probleemstelling is er bij KO “een verhoogde gevoeligheid voor stressoren die samengaat met een afname van het vermogen om balans te houden”.

Tot slot werd door de respondenten benoemd dat het geen aflopende zaak is voor ouderen en dat er mogelijkheden zijn tot ontwikkeling. Zo blijkt dat dat naarmate je ouder wordt en meer levenservaring opdoet, de ontwikkeling van emotionele veerkracht, acceptatie en dankbaarheid gemiddeld toeneemt (Bakker, 2019; Baltes et al., 1999).

4.1.2. Kwaliteit van leven

Uit de literatuur in de probleemverkenning blijkt dat door verschillende onderzoekers KVL op verschillende manier in verschillende domeinen wordt uitgedrukt (Huber et al., 2011; Diener et al., 2006). Zo wordt ook door de respondenten KVL beschreven a.d.h.v. verschillende aspecten die overlappen met de benoemde aspecten in de probleemverkenning.

Tabel 9

Perspectief respondenten op “KVL”

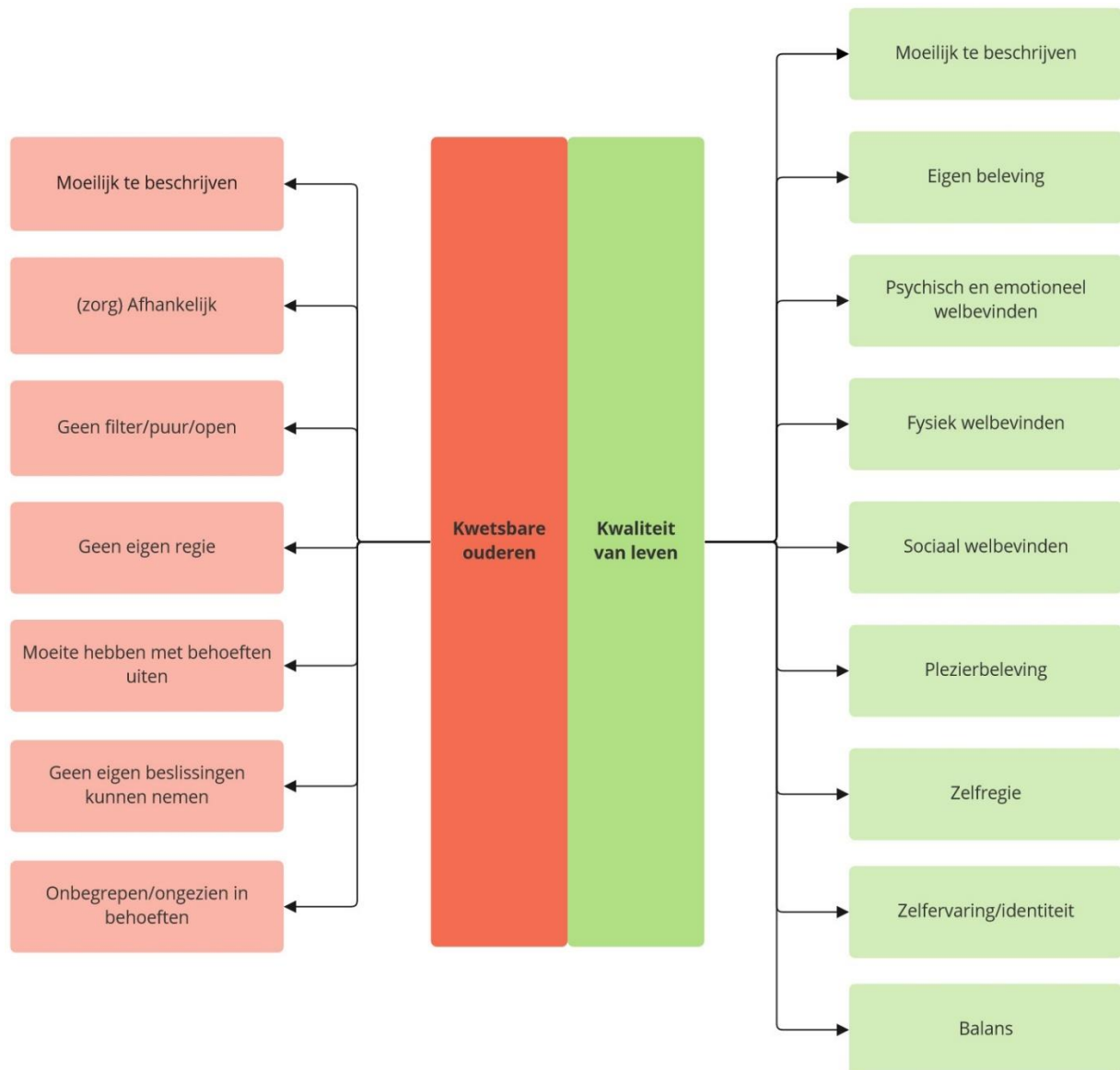
Kwaliteit van leven	
Eigen beleving	- Eigen gevoel/ervaring van kwaliteit van leven en gezondheid - Nadruk op positieve ervaringen en mooie momenten - Ondanks ziektelast een hoge kwaliteit van leven kunnen ervaren
Plezierbeleving	- Je prettig voelen - Kunnen genieten - Blij zijn - Lachen om grapjes - Positieve ervaringen opdoen
Psychisch en emotioneel welbevinden	- Ruimte voor gevoel
Fysiek welbevinden	- Lichamelijke ontspanning - Gezonde voeding - Minimale pijn - Prettige omgeving
Sociaal welbevinden	- Verbinding met anderen - Activiteiten - Participatie - Contact en interactie
Eigen regie	- Je leven kunnen leven zoals jij dat wilt en gewend bent - Gezien worden als individu - Afstemming op wensen en behoeften
Zelfervaring/identiteit	- Ervaren van eigen identiteit - Houvast - Herinneringen opdoen
Balans	- In rust en activiteit - In prikkelverwerking - Dagstructuur

Volgens de respondenten en de literatuur gaat het bij KVL om de eigen beleving van de eigen gezondheid (Vink et al., 2017). Hierbij werd door de respondenten benoemd dat je op verschillende aspecten van gezondheid zowel gezond als ongezond kan zijn en tóch een hoge KVL kan ervaren, wat wordt bevestigd door Vink et al. (2017) en Huber et al. (2011). De respondenten beschrijven KVL als een overkoepelend begrip voor verschillende aspecten. Deze aspecten staan in figuur 5 weergegeven in verhouding tot de aspecten die werden benoemd bij het begrip ‘KO’. Hier is voor gekozen om de twee kanten van gezondheid weer te geven: aan de ene kant van het continuüm wat een oudere kwetsbaar maakt en aan de

andere kant wat juist bijdraagt aan KVL. Daar waar beperkingen en ziekte bij ouderen vaak niet te verhelpen zijn, is kwetsbaarheid in principe wel beïnvloedbaar en kan dus worden verbeterd. Zo blijkt uit onderzoek dat ondanks chronische somatische of psychische ziekten, het welbevinden van ouderen kan worden behouden of vergroot (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009; Weiss et al., 2016). Om geestelijke gezondheid te bevorderen is het dus belangrijk om de behandel- en interventiefocus niet alleen te leggen op het verminderen en voorkomen van psychische symptomen, maar ook op het bevorderen en behouden van het welbevinden door de behandeling te richten op de aspecten die een positieve bijdrage leveren aan het ervaren van KVL (Bolier et al., 2013; Huber et al., 2011).

Figuur 5

Verhouding KO en KVL



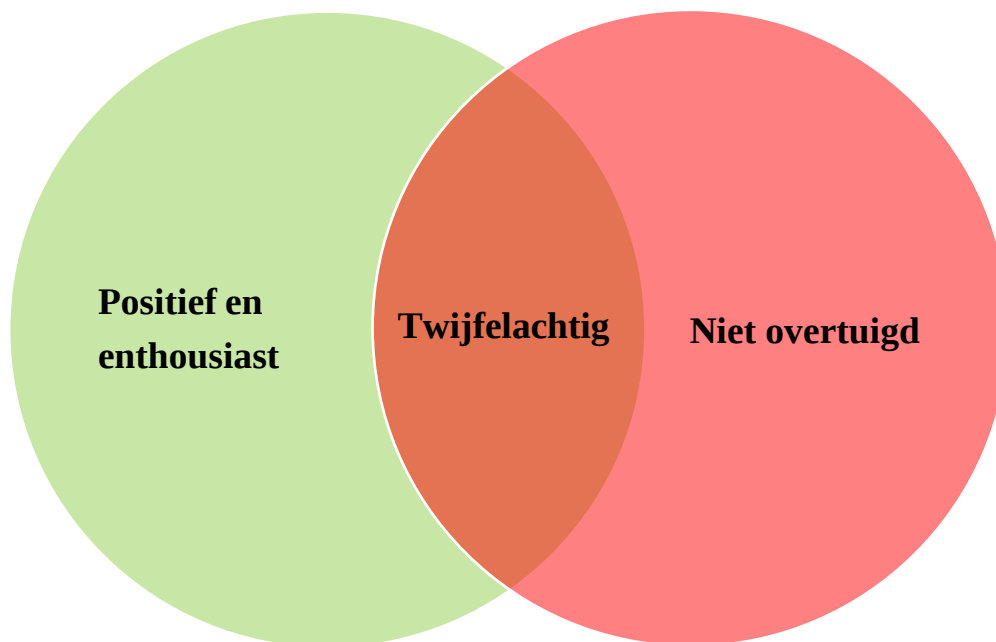
4.1.3. Ervaringen en perspectieven t.a.v. inzet technologie in muziektherapie

Ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in het algemeen

Uit de resultaten blijkt dat de respondenten verschillende ervaringen en perspectieven hebben t.a.v. het inzetten van technologie in muziektherapie in het algemeen. Zo blijkt dat sommige respondenten overwegend positief en enthousiast zijn over het inzetten van technologie in muziektherapie terwijl anderen twijfelen en/of niet overtuigd zijn van de meerwaarde van technologie in muziektherapie.

Figuur 6

Overkoepelende meerwaarde en beperkingen van technologie in muziektherapie bij KO



Opvallend hierbij is dat sommige respondenten zowel aangeven dat ze technologie als verrijking van en aanvulling op muziektherapie zien en tegelijkertijd aangeven nog niet overtuigd te zijn van de meerwaarde van het inzetten van technologie in muziektherapie. Dit laatste komt volgens de respondenten door te weinig eigen positieve ervaringen met technologie, een persoonlijke voorkeur voor niet-technologische middelen en het ervaren van minder interactie en verbinding met de cliënt wanneer technologie wordt ingezet. Uit literatuur blijkt dat het opdoen van positieve ervaring met technologie belangrijk is voor de bereidheid om technologie in te zetten en dat andersom een open houding en bereidheid

nodig is om positieve ervaringen met technologie op te doen (van der Kuil et al., 2021). Wat opvalt in de resultaten is dat de respondenten die aangeven erg enthousiast, positief en nieuwsgierig te zijn t.a.v. technologie, ook meer ervaring hebben met de inzet van MTC in hun therapieën dan de respondenten die aangeven te twijfelen over of niet overtuigd te zijn. Uit de literatuur in de probleemverkenning blijkt dat muziektherapeuten minder positief zijn over het inzetten van technologie wanneer ze hierin onvoldoende vaardigheden en kennis hebben (Hahna et al., 2012; Magee, 2006). De respondenten die een overwegend positief perspectief hebben, geven dan ook aan over het algemeen over voldoende vaardigheden en kennis te beschikken terwijl de respondenten die twijfelen en/of niet overtuigd zijn, aangeven minder ervaring te hebben met de inzet van technologie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat vaardigheden en kennis betreft het inzetten van technologie in muziektherapie van belang zijn voor een positiever perspectief. Dit wordt bevestigd door de literatuur (Werger & Groothuis, 2018).

Naast het persoonlijke perspectief/houding, het opdoen van positieve ervaringen en het beheersen van voldoende technologische vaardigheden en kennis, spelen ook de doelgroep kenmerken een rol in het wel of niet inzetten van technologieën. Zo vinden sommige respondenten dat de inzet van technologie niet bij de doelgroep past daar waar technologie vaak te weinig herkenbaarheid geeft wat zorgt voor verwarring en onveiligheid. Uit onderzoek blijkt ouderen met dementie open staan voor het gebruik van technologische middelen, maar soms moeite hebben met het gebruik wegens cognitieve beperkingen (Talbot & Briggs, 2022). Er is relatief weinig onderzoek naar het perspectief van KO betreft het gebruik van technologie in muziektherapie.

Aangezien de jongere generatie meer bekendheid en vaardigheid heeft met technologie (Peeters et al., 2013), denken de respondenten dat de toekomstige generatie ouderen meer behoefte gaat krijgen aan technologie in muziektherapie waardoor ze ook gemotiveerd zijn om technologie in de toekomst meer in te zetten.

De respondenten geven als positief aspect van technologie aan dat het muziek 24/7 toegankelijk maakt wat de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven van de cliënt mogelijk maakt. Dit heeft als voordeel dat verzorgend personeel ondersteund en ontlast kan worden en op ieder moment van de dag de cliënt ondersteund kan worden in wensen en

behoefden m.b.v. een passende muziektechnologische interventie waardoor de uiteindelijke KVL van de cliënt kan worden bevorderd (van der Kuil et al., 2021).

Een negatief aspect van de doorwerking van muziektherapie m.b.v. technologie in het dagelijks leven van de cliënt is dat de rol van de therapeut weg valt, waardoor niet afgestemd en geïntervenieerd kan worden op het gedrag of de stemming van de cliënt in het moment. De MTC middelen zijn op zichzelf zijn niet in staat om zich aan te passen op het gedrag en/of stemming van de cliënt en hier doelbewust en afgestemd op te reageren wat maakt dat het muziektherapeutisch effect niet 100% kan worden overgebracht. De uitvoering van de interventie is afhankelijk van het verzorgend personeel die moeten kunnen inschatten hoe, met welk doel en op welke momenten de interventie moet worden toegepast. Hierdoor ontstaat de kans dat interventies niet doelbewust worden ingezet wat kan zorgen voor onrust bij de cliënt, of dat interventies helemaal niet worden ingezet. Uit de literatuur blijkt dat zorgmedewerkers de gebruiksvriendelijkheid van technologie als probleem zien en technologieën als onhandig of ingewikkeld zien waarbij te veel handelingen nodig zijn om het makkelijk in te zetten (van der Kuil et al., 2021). Daarbij wordt aangegeven dat ze behoefte hebben aan duidelijke uitleg en aan tijd om technologie te leren gebruiken (van der Kuil et al., 2021).

Ervaringen en perspectieven t.a.v. specifieke MTC middelen

Wat allereerst opvallend is aan de ervaringen en perspectieven van de respondenten t.a.v. de inzet van specifieke MTC middelen in muziektherapie (zie tabel 4 t/m 7), is dat bij bijna ieder MTC middel positieve ervaringen en perspectieven worden benoemd. Dit staat in contrast met de negatieve ervaringen en perspectieven die bij minder dan de helft van alle MTC middelen worden benoemd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat MTC middelen als overwegend positief worden ervaren door de respondenten.

Bij één MTC werden alleen negatieve ervaringen/perspectieven genoemd, namelijk bij de ‘wonderfoon’. Hierbij wordt aangegeven er bij dit middel té veel handelingen verricht moeten worden door de cliënt en daarmee moeilijk in gebruik is en voor verwarring zorgt gezien de beperkte cognitie van de doelgroep. Bij ‘aangepaste muziekinstrumenten’ werden alleen negatieve en andere ervaringen/perspectieven benoemd. Zo passen aangepaste muziekinstrumenten volgens de respondenten niet bij de doelen en hulpvragen van de

doelgroep en bieden ze te weinig herkenning of associatie met het oorspronkelijke instrument. Herkenbaarheid is voor KO erg belangrijk om contact, interactie en veiligheid te ervaren (Buijssen, 2019).

Opvallend bij 'virtual reality', is dat de respondenten een overwegend negatief perspectief hebben op het inzetten van de interventie. Zo wordt verwacht dat de interventie zal zorgen voor onduidelijkheid, verwarring en onrust bij ouderen. Wél zijn de respondenten nieuwsgierig en geïnteresseerd in het effect en wordt er een kans gezien wat betreft het herbeleven van live concerten of jeugdherinneringen.

Vanuit de inventarisatie van ervaringen en perspectieven van de respondenten met specifieke MTC middelen, is een overzicht gemaakt van de doelgebieden waarvoor de MTC middelen ingezet kunnen worden. Dit overzicht sluit niet uit dat sommige MTC middelen voor meerdere, of andere doelgebieden kunnen worden ingezet. Deze tabel staat weergegeven in het beroepsproduct in 4.4.

4.2 Reflectie met opdrachtgever

Gedurende het onderzoeksproces zijn de tussentijdse vorderingen van het onderzoek teruggekoppeld met de opdrachtgever d.m.v. online meetings of meetings op locatie. Dit met als doel om de stappen binnen het onderzoek steeds af te stemmen met de wensen en verwachtingen van de opdrachtgever.

De onderzoeker heeft veel zelfstandigheid getoond door op eigen initiatief de opdrachtgever op de hoogte te houden betreft vorderingen binnen het onderzoek en door organisatorische taken op zich te nemen zoals het inplannen van afstemmingsmomenten met de opdrachtgever en het stellen van informele deadlines. Wegens een drukke planning van de opdrachtgever is het helaas niet gelukt om met regelmaat op vaste momenten af te spreken en het onderzoeksproces te evalueren, waardoor de onderzoeker zelf veel initiatief heeft genomen betreft het maken van bepaalde keuzes binnen het onderzoeksproces. Wanneer de opdrachtgever en onderzoeker samenkwamen voor de procesevaluatie, gaf de opdrachtgever feedback op de vorderingen van het onderzoek en werden de doelen en aanpak van het onderzoek geëvalueerd. Zo hielp de opdrachtgever de onderzoeker richting te geven aan het onderzoek en gaf ze tips betreft literatuur en respondenten. Zo heeft de onderzoeker bijvoorbeeld feedback gevraagd op de topiclijst van de interviews met de vraag of de topiclijst is afgestemd op de wensen en verwachtingen van de opdrachtgever. Wat opviel in de feedback van de opdrachtgever was dat ze de focus van het onderzoek voornamelijk wilde hebben op puur en alleen “de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO”, terwijl de onderzoeker vanuit vaktherapeutisch perspectief, graag ook inzicht wilde krijgen in de visies van de muziektherapeuten op de doelgroep KO en op ‘KVL’ als uitkomstmaat van de behandeling. Als vaktherapeut is namelijk de context van het onderzoek belangrijk voor het klinisch rederneerproces: om de ervaringen en perspectieven van de respondenten betreft technologie in muziektherapie betekenis te kunnen geven in relatie tot hun perspectieven op het verbeteren van KVL en visie op wat kwetsbaarheid inhoudt. Vandaar dat gekozen is om zowel de visies op KO en KVL in kaart te brengen, als natuurlijk het hoofdonderdeel: de ervaringen en perspectieven t.a.v. technologie in muziektherapie.

De onderzoeker heeft de opdrachtgever gevraagd naar de wensen en behoeften betreft de terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek. De opdrachtgever gaf aan de terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek graag te zien in de vorm van een korte video. Het voordeel van een terugkoppeling in de vorm van een video, is dat deze gedeeld kan worden met een grenzeloos bereik aan andere geïnteresseerden. De terugkoppeling met de opdrachtgever is allereerst live via Teams uitgevoerd m.b.v. een Powerpoint zodat eventuele op- en aanmerkingen meegenomen konden worden in de video. De opdrachtgever was erg tevreden met de resultaten van het onderzoek en de conclusie en aanbevelingen van de onderzoeker en gaf aan dat de resultaten tegemoet komen aan de oorspronkelijke onderzoeksvraag, namelijk het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO. De conclusie en aanbevelingen van het onderzoek kan de opdrachtgever gebruiken voor het uitvoeren van nader onderzoek binnen KenVaK om meer inzicht te krijgen in de rol die technologie in muziektherapie kan spelen en welke ontwikkelingen nodig zijn om het succesvol en waardevol in te kunnen zetten. Door de resultaten, conclusie en aanbevelingen van het onderzoek via een video publiekelijk openbaar te zetten, wordt de opbrengst van het onderzoek beschikbaar gesteld voor andere vaktherapeutische organisaties en professionals zoals muziektherapeuten werkzaam in de praktijk, maar ook muziektherapeutische opleidingen. Op deze manier kan de opbrengst van het onderzoek ingebed worden in de praktijk.

Tijdens de tussentijdse evaluatiegesprekken gaf de opdrachtgever aan dat ze erg tevreden was met de zelfstandigheid en kwaliteit en zorgvuldigheid van het werk van de onderzoeker. Ook gaf de opdrachtgever aan de werkhouding van de onderzoeker als erg positief te ervaren. Wanneer de onderzoeker en opdrachtgever voor een obstakel kwamen te staan binnen het onderzoeksproces, werd door beide met een open houding gezocht naar passende mogelijkheden om het onderzoeksproces voort te zetten.

4.3 Kritische reflectie

4.3.1 Kwaliteitscriteria

Bij het uitvoeren van dit onderzoek, heeft de onderzoeker op verschillende manieren gezorgd dat de specifieke kwaliteitscriteria ‘credibility’, ‘dependability’, ‘confirmability’, ‘transferability’ en ‘authenticity’ zijn gewaarborgd. Het waarborgen van deze kwaliteitscriteria draagt bij aan de kwaliteit van het onderzoek (Kuiper et al., 2012).

Credibility

Credibility betreft de geloofwaardigheid van het onderzoek (Kuiper et al., 2012). Ter waarborging van dit criteria is in de datapreparatie eerst integraal getranscribeerd en dus zo letterlijk mogelijk de data uitgewerkt, zonder gebaseerd te zijn op de verwachtingen en interpretaties van de onderzoeker. Dit draagt bij aan een realistische weergave van hetgeen dat onderzocht is in de onderzoeksresultaten (Kuiper et al., 2016). Wegens gebrek aan tijd is helaas geen gebruik gemaakt van ‘member checking’ waarbij de resultaten door de respondenten worden gecheckt op herkenbaarheid om hiermee te waarborgen dat de dataverwerking naar realiteit is uitgevoerd. Als er meer tijd was geweest, was deze strategie uitgevoerd om de credibility van het onderzoek te vergroten (Kuiper et al., 2016). Doordat er geen member checking is uitgevoerd is de geloofwaardigheid van het onderzoek helaas niet optimaal. Wel zijn de resultaten en analyses nagekeken en van feedback voorzien door medestudenten en docent onderzoeker. Deze strategie wordt peerdebriefing genoemd (Verhoeven, 2011) wat tevens een bijdrage levert aan de geloofwaardigheid van het onderzoek. Tot slot heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van triangulatie, door gegevens op verschillende manieren te verzamelen (Kuiper et al., 2012; Verhoeven, 2011). Zo heeft de onderzoeker gegevens verzameld d.m.v. zowel literatuuronderzoek als interviews.

Dependability

Het waarborgen van dependability houdt in dat de resultaten van het onderzoek zo compleet mogelijk zijn (Kuiper et al., 2012). Dit criteria is door de onderzoeker gewaarborgd door thick description toe te passen waarbij het verloop van het onderzoeksproces en de manier waarop de data-verzameling en analyse plaats heeft gevonden uitgebreid is beschreven (Kuiper et al., 2012). Zo zijn de interviews volledig uitgeschreven in een transcript waarbij

ook de non-verbale aspecten zijn meegenomen. Wegens beperkte tijd is het helaas niet gelukt om data te verzamelen tot verzadiging optrad (Baarda et al., 2018). Als de onderzoeker meer tijd had gehad, zouden meer muziektherapeuten zijn geïnterviewd tot dat geen nieuwe data meer optreedt.

Confirmability

Bij confirmability gaat het om de mate waarin de onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op het aandeel van de respondenten en niet op de vooroordelen (bias) van de onderzoeker (Kuiper et al., 2012). Dit is o.a. al gewaarborgd in hoofdstuk 1, door zo veel mogelijk gebruik te maken van betrouwbare literatuur en niet van eigen ervaring en verwachtingen. Om dit criteria te waarborgen, zijn de interviews integraal getranscribeerd waardoor er geen ruimte is ontstaan voor interpretaties van de onderzoeker. Daarnaast is gebruik gemaakt van peer debriefing waarbij experts die niet betrokken waren bij het onderzoek de transcripties en open coderingen hebben gelezen en de keuzes tot bepaalde codes van feedback hebben voorzien. De voornaamste feedback van de experts op de data-analyse van de onderzoeker, was dat de onderzoeker óf te dicht bij de oorspronkelijke tekst van de respondenten bleef, óf juist te snel al een interpretatie maakte van de data. Dankzij de peer debriefing is er voor gezorgd dat de data zo min mogelijk is beïnvloed door de verwachtingen van de onderzoeker.

Transferability

Transferability betreft de overdraagbaarheid van de resultaten van het onderzoek naar een nadere context of setting (Kuiper et al., 2012). Dit onderzoek is een inventariserend onderzoek en kan daardoor binnen verschillende settings worden toegepast. Zo kunnen andere onderzoekers dankzij de thick discription zelf inschatten of de resultaten uit dit onderzoek relevant zijn voor diens onderzoek (Kuiper et al., 2012). Bij het beroepsproduct van het onderzoek is er voor gezorgd dat niet slechts de ervaringen en perspectieven van de 4 respondenten uit dit onderzoek worden benoemd, maar dat de kenmerken inzichtelijk zijn gemaakt die van belang zijn om technologie waardevol in te kunnen zetten in de praktijk. Er is gekozen om dit op visuele en schematische wijze vorm te geven zodat andere muziektherapeuten in een oogopslag kunnen zien welke MTC middelen voor welke doelen kunnen worden ingezet en aan welke kenmerken voldaan moet worden om MTC waardevol

in te kunnen zetten. Gezien dit onderzoek is gericht op de doelgroep ouderen binnen een verpleeghuis behandelsetting, zijn de resultaten voornamelijk bruikbaar voor muziektherapeuten die in dezelfde setting met dezelfde doelgroep werken. Het dataverzameling en -analyse proces is stapsgewijs gerapporteerd waardoor toekomstige onderzoekers

Authenticity

Zoals al eerder beschreven is gekozen voor een individuele benadering tijdens de interviews zodat de geïnterviewden ongeremd en vanuit eigen gedachten kunnen reageren zonder beïnvloed te worden door andere geïnterviewden en dus zonder risico op sociaal wenselijke antwoorden door groepsdruk (Baarda, 2019). Ook kan er tijdens een individueel gesprek dieper op onderwerpen worden ingegaan en komt iedere geïnterviewde evenveel aan het woord, wat meestal niet zo is tijdens een groepsfocusgesprek (Baarda, 2019). Ook is gekozen voor een semigestructureerd interviewvorm zodat er genoeg ruimte is voor eigen inbreng van de respondenten en dus voor het verkrijgen van tacit knowledge (Baarda et al., 2021). Deze keuzes dragen aan de authenticiteit van het onderzoek (Kuiper et al., 2012).

4.4 Beroepsproduct

Uit de onderzoeksresultaten en de interpretatie hiervan en reflectie hierop, is logischerwijs onderstaand beroepsproduct ontstaan; oftewel de opbrengst van het onderzoek. Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. Uit deze inventarisatie is volgend beroepsproduct ontstaan dat bestaat uit 6 onderdelen:

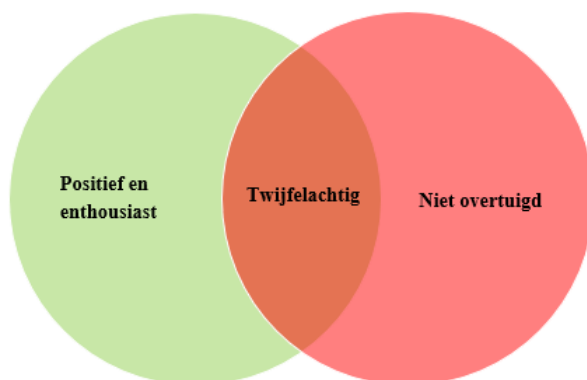
1. Overzicht van de houdingen van de respondenten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO.
2. Overkoepelende positieve en negatieve ervaringen van de respondenten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO.
3. Overzicht van inzet MTC middelen per doelgebieden.
4. Overzicht van kenmerken die bijdragen aan een succesvolle en waardevolle inzet van technologie in muziektherapie bij KO
5. Overzicht van MTC middelen i.r.t. benodigde kenmerken

1. Houding van respondenten

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de respondenten verschillende houdingen hebben t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO:

Figuur 6

Algemene houding muziektherapeuten betreft de meerwaarde van het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO

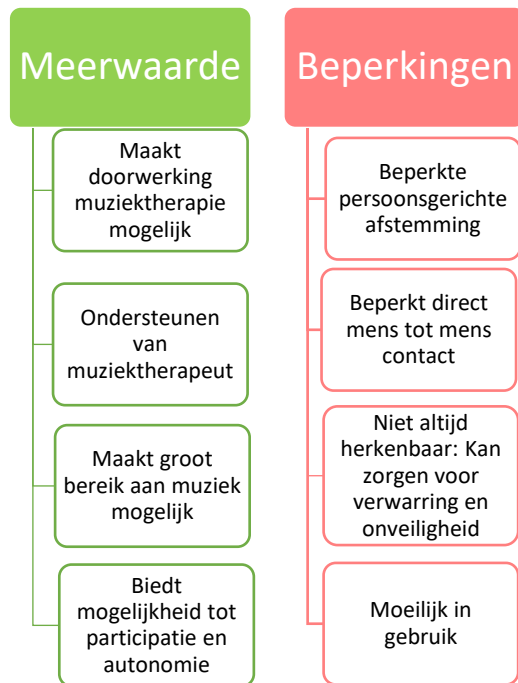


2. overkoepelende meerwaarde en beperkingen

De overkoepelende meerwaarde en beperkingen van de inzet van technologie in muziektherapie zijn volgens de respondenten van het onderzoek de volgende:

Figuur 7

Overkoepelende meerwaarde en beperkingen van technologie in muziektherapie



3. Overzicht van inzet MTC middelen per doelgebieden

Tabel 10

Overzicht van inzet MTC middelen per doelgebieden

Muziektechnologisch middel (MTC)	Setting	Doelgebieden							
		Sociaal	Emotioneel/ stemming	Gedrag	Fysiek	Cognitie	Autonomie	Identiteit/ individualiteit	Ondersteuning muziktherapeut /verzorgend personeel
Koptelefoon	- Woongroep			✓					
MP3 Speler	- Woongroep			✓					
YouTube/Spotify	- Woongroep - Muziektherapie		✓	✓		✓		✓	✓
Muziekkussen	- Woongroep			✓	✓				
CRDL	- Woongroep/ familie - Muziektherapie	✓							
Muziekkussen – INMU	- Woongroep	✓		✓	✓				
Qwiek up	- Woongroep	✓	✓	✓					
Elektronische muziekinstrumenten	- Muziektherapie					✓		✓	
Muziekopname maken m.b.v. camera, telefoon of muzieksoftware	- Muziektherapie	✓					✓	✓	
Muziekopname van muziktherapeut	- Woongroep	✓	✓	✓					
Instructievideo betreft inzet muziektechnologie	- Woongroep								✓
Tablet	- Woongroep - Muziektherapie								✓

App: metronoom	- Muziektherapie								✓
App: Garageband	- Muziektherapie	✓				✓	✓		✓
Fysiologische meetinstrumenten	- Muziektherapie								
Muziekstoel	- Woongroep			✓					
Muziektherapeutisch waterbed	- Woongroep - Muziektherapie	✓	✓	✓	✓				
Cozie	- Woongroep	✓	✓	✓					
Silent Disco	- Woongroep	✓	✓	✓					
Bewegingssensor met muziek/geluid als respons	- Gangen van verpleeghuis	✓	✓	✓	✓				
Oerradio	- Woongroep						✓	✓	
Digitale stemmer	- Muziektherapie								✓

Legenda:

✓	Kan worden ingezet
---	--------------------

Figuur 8

Doelen per doelgebied

Sociaal

- Vergroten belevingswereld
- Vergroten contact en interactie
- Vergroten participatie
- Verminderen eenzaamheid en vergroten gevoel van verbinding (en intimiteit familie)

Emotioneel/stemming

- Verbeteren stemming, plezier en genieten
- Doorwerken emoties
- Gevoel van geborgenheid en veiligheid creëren

Gedrag

- Behouden of vergroten van rust en ontspanning
- Verminderen van agressie
- Verminderen apathie en activeren van energie

Fysiek

- Verbeteren proprioceptie
- Verbeteren motoriek
- Bevorderen fysieke ontspanning
- Zintuiglijke prikkels

Cognitie

- Verbeteren concentratie
- Verbeteren geheugen

Autonomie

- gevoel van autonomie vergroten

Identiteit/individualiteit

- Reflecteren en zelfbewustwording
- Vergroten van zelfvertrouwen
- Gevoel van betekenis te zijn
- Bevorderen zelfexpressie
- Versterken gevoel van eigen individualiteit

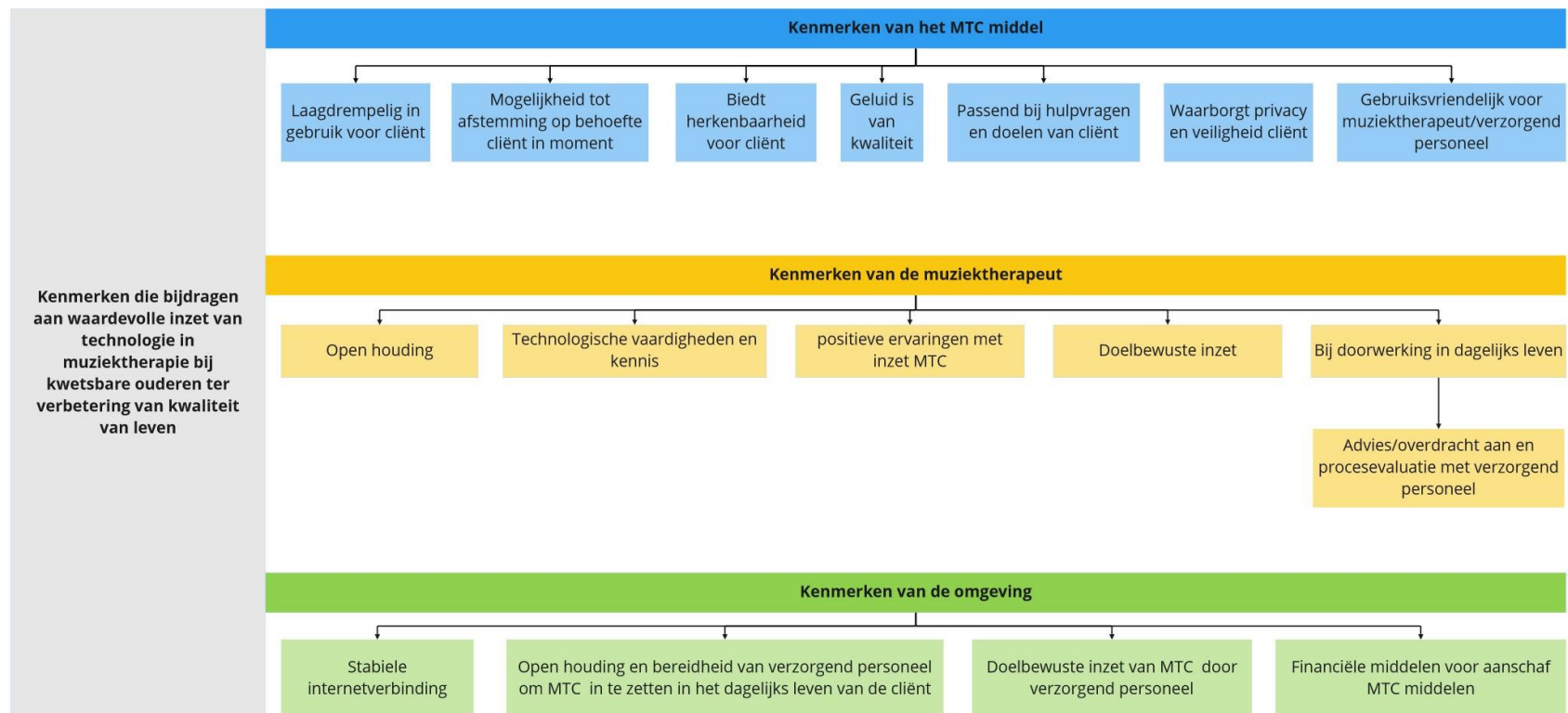
Ondersteuning muziektherapeut/zorg

4. Overzicht van kenmerken die bijdragen aan een succesvolle en waardevolle inzet van technologie in muziektherapie bij KO

Verskillende kenmerken zijn van belang zijn om technologie succesvol in te kunnen zetten bij KO ter bevordering van KVL. Zie figuur 8.

Figuur 8

Kenmerken die bijdragen aan een succesvolle en waardevolle inzet van technologie in muziektherapie bij KO



5. Overzicht van MTC middelen i.r.t. benodigde kenmerken

Tabel 11

Kenmerken van MTC middelen die van belang zijn om MTC waardevol in te zetten bij KO per MTC middel/interventie

MTC middel/interventie	Kenmerken van MTC die van belang zijn om MTC succesvol in te kunnen zetten							
	Laagdrempelig in gebruik voor cliënt	Mogelijkheid tot afstemming op gewenste sensorische prikkels cliënt	Biedt herkenbaarheid voor cliënt	Biedt mogelijkheid tot afstemming Muziekvoorkeur cliënt	Geluid is van kwaliteit	Passend bij hulpvragen en doelen cliënt	Waarborgt privacy en veiligheid cliënt	Gebruiksvriendelijk voor muziektherapeut/ verzorgend personeel
Koptelefoon	–	/	–	–	/	/	–	–
MP3 Speler	–	–	–	✓	–	/	–	–
Speaker	–	–	/	–	/	/	–	–
YouTube/ Spotify	–	–	–	✓	–	–	–	–
Muziekkussen	–	–	–	✓	–	–	–	–
CRDL	/	✓	–	–	–	✓	–	–
Muziekkussen – INMU	–	–	–	–	–	✓	–	–
Qwiek up	–	✓	✓	✓	–	✓	–	–
Aangepaste muziekinstrumenten	–	–	X	–	–	X	–	–
Elektronische muziekinstrumenten	–	–	/	/	–	–	–	–
Muziekopname maken m.b.v. camera, telefoon of muzieksoftware	–	–	/	–	–	/	/	/
Muziekopname van muziektherapeut	–	–	/	✓	–	/	–	–
Instructievideo betreft inzet muziektechnologie	–	–	–	–	–	–	–	✓
Tablet	–	–	/	–	–	–	–	✓
App: metronoom	–	–	–	–	–	–	–	✓
App: Garageband	✓	–	–	✓	–	✓	–	✓
Fysiologische meetinstrumenten	–	–	X	–	–	–	–	–
Virtual Reality	–	–	X	–	–	X	–	–
Muziekstoel	–	✓	–	✓	–	✓	–	–
Muziektherapeutisch waterbed	–	✓	–	✓	–	✓	–	–
Cozie	–	✓	✓	✓	–	✓	–	–
Silent Disco	–	✓	–	✓	–	✓	–	–
Wonderfoon	X	–	–	–	–	–	–	–
Bewegingssens or met muziek/geluid als respons	–	–	✓	–	–	–	–	–
Oerradio	✓	–	–	–	–	✓	–	–
Digitale stemmer	–	–	–	–	–	–	–	✓

Legenda:

✓	Voldoet aan
X	Voldoet niet aan
/	Voldoet soms aan
–	Niet benoemd

4.5 Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen

In deze paragraaf wordt beschreven hoe het ontwikkelde beroepsproduct bijdraagt aan het eigen vaktherapeutisch handelen van de onderzoeker. Dit stuk wordt geschreven vanuit de onderzoeker, dus vanuit de ik-vorm aangezien het om de persoonlijk professionele ontwikkeling gaat.

Onderzoeksproces en ontwikkeling vaktherapeutisch handelen

Allereerst heeft het vormgevingsproces van het beroepsproduct al bijgedragen aan de ontwikkeling van mijn vaktherapeutisch handelen. Zo ben ik in het onderzoeksproces benodigde vaardigheden tegengekomen die ook nodig zijn binnen het vaktherapeutisch handelen. Zo heb ik tijdens het onderzoeksproces geoefend met het filteren van belangrijke en relevante informatie, het prioriteren van hoofd- en bijzaken. Het oefenen hiermee, draagt bij aan mijn vaktherapeutisch handelen aangezien je als vaktherapeut ook telkens de belangrijke en relevante ‘informatie’ aan het filteren bent uit het gedrag van en de interactie met de cliënt om vervolgens bewust een behandelfocus te kunnen kiezen en op basis daarvan interventies te plegen. Daarnaast heb ik tijdens het afnemen van de interviews geoefend met het stellen van open vragen zonder de respondenten een bevooroordeelde richting op te sturen in hun antwoorden. Open vragen stellen is ook belangrijk in het vaktherapeutisch handelen zodat cliënten de kans en ruimte krijgen om volledig vanuit zichzelf tot inzichten te kunnen komen zonder invulling van de vaktherapeut. Natuurlijk helpt de vaktherapeut de cliënt hierbij door verdiepende vragen te stellen, net zoals ik dat als onderzoeker heb gedaan bij de respondenten. Een andere belangrijke ervaring die ik heb opgedaan in het onderzoeksproces die bijdraagt aan de ontwikkeling van mijn vaktherapeutische handelen is dat ik tijdens het onderzoeksproces regelmatig tegen onzekerheden aanliep en niet goed wist of ik het wel ‘goed’ deed. Dit is ten slotte de eerste keer ooit dat ik onderzoek doe. Dit ‘niet weten’ en de onzekerheid die ik voelde, maakt dat ik me kan inleven in hoe het kan zijn voor KO die zich bijna continu in een situatie bevinden die voor hen onbekend en nieuw is wat kan zorgen voor onzekerheid. Dit is als vaktherapeut erg belangrijk naar mijn idee, je oprecht kunnen inleven in een ander, want wanneer je zelf onzekerheden hebt meegemaakt, weet je voor jezelf ook wat je nodig hebt in deze situaties en kan je anderen beter helpen om uit te vinden wat voor diegene helpt om zich veilig en vertrouwd te voelen.

Bijdrage beroepsproduct aan ontwikkeling vaktherapeutisch handelen

Het beroepsproduct maakt inzichtelijk welke meerwaarde en beperkingen technologie in muziektherapie heeft. Dit is allereerst van belang om als muziektherapeut zelf een bewuste keuze te kunnen maken of ik wel dan niet MTC interventies wil inzetten in behandeling. Per MTC interventie is inzichtelijk gemaakt voor welke doelgebieden deze kunnen worden ingezet. Dit geeft mij als muziektherapeut een beeld van de mogelijkheden die er zijn en voor welke behandeldoelen ik deze in zou kunnen zetten. Door allereerst op de hoogte te zijn van de mogelijkheden betreft de inzet van technologie in muziektherapie, kan ik vervolgens ook zelf een bewuste keuze maken of ik wel dan niet gebruik wil maken van deze mogelijkheden. Verder wordt in het beroepsproduct de kenmerken beschreven die nodig zijn om MTC succesvol en waardevol in te kunnen zetten in muziektherapie. Het is voor mij als muziektherapeut belangrijk om op de hoogte te zijn van deze kenmerken zodat ik zo goed mogelijk aan kan sluiten op de behoeften en wensen van de cliënt. Zo weet ik nu dat het belangrijk is om een open houding te hebben betreft het uitproberen van MTC en dat vaardigheden en kennis zal bijdragen aan het opdoen van positieve ervaringen met het inzetten van technologie in muziektherapie. Als ik kijk naar de vaardigheden die ik nu heb met technologie in muziektherapie, dan is dat nog matig. Vanuit ervaring uit de praktijk, kan ik bevestigen dat door mijn gebrekkige vaardigheden en kennis ik technologie weinig inzet in muziektherapeutische behandeling, ondanks de meerwaarde die het kan hebben. Daarom is het voor mijn vaktherapeutisch handelen van belang dat ik meer ervaring en kennis opdoe met de inzet van technologie in muziektherapie zodat ik dit succesvol in kan zetten in muziektherapie. Met mijn open houding weet ik inmiddels wat er allemaal mogelijk is en ik ben bereid om met MTC te experimenteren en mezelf hier verder in te ontwikkelen zodat ik uiteindelijk optimaal kan bijdragen aan de KVL van cliënten. In mijn werk als muziektherapeut wil ik dan ook meer aandacht gaan besteden aan de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven van cliënten aangezien dit bijdraagt aan de algemene KVL van cliënten. Dankzij het beroepsproduct ben ik nu bewust wat er van mij nodig is om deze doorwerking succesvol en waardevol te laten verlopen door aandacht te hebben voor een goede overdracht aan en samenwerking met het verzorgend personeel.

4.6 Aanbevelingen en conclusie

4.6.1 Antwoord op de vraag-en doelstelling

De vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek is: *“Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL?”*. De doelstelling van dit onderzoek is dus het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. In deze paragraaf wordt vastgesteld of de onderzoeksvraag is beantwoord en of de doelstelling van het onderzoek is behaald.

De resultaten van dit onderzoek betreffen een inventarisatie van de ervaringen en perspectieven van 4 muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter verbetering van KVL. Hierbij is in kaart gebracht wat de ervaringen en perspectieven zijn t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij ouderen in het algemeen en per MTC middel. Hieruit is inzichtelijk geworden dat de overkoepelende houding van de respondenten uit het onderzoek varieert van overwegend positief en enthousiast, tot twijfelend en nog niet overtuigd van de meerwaarde van de inzet van technologie in muziektherapie. De voornaamste positieve ervaringen met technologie in muziektherapie zijn dat technologie de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven mogelijk maakt, de muziektherapeut kan ondersteunen tijdens de sessie, dat technologie een groot bereik aan muziek mogelijk maakt en dat het mogelijkheden biedt tot participatie en autonomie voor de cliënt. De voornaamste negatieve ervaringen met technologie in muziektherapie die werden benoemd zijn dat er beperkte mogelijkheden zijn voor persoonsgerichte afstemming, dat het direct mens tot mens contact kan beperken, dat MTC niet altijd herkenbaar is voor cliënten wat kan zorgen voor verwarring en onveiligheid en dat het moeilijk in gebruik kan zijn. De belangrijkste kenmerken die een rol spelen in het succesvol kunnen inzetten van technologie in muziektherapie zijn onder te verdelen in kenmerken van het MTC middel, kenmerken van de muziektherapeut en kenmerken van de omgeving. Bij het MTC middel is het van belang dat het laagdrempelig in gebruik is voor de cliënt, mogelijkheid biedt tot afstemming op de behoeften van de cliënt in het moment, dat het herkenbaarheid biedt, dat het geluid van kwaliteit is, dat de interventie passend is bij de hulpvragen en doelen van de cliënt, dat het de privacy en veiligheid waarborgt van de cliënt en dat het gebruiksvriendelijk is voor

muziektherapeuten en verzorgend personeel. Betreft de kenmerken van de muziektherapeut is een open houding belangrijk, beheersing van technologische vaardigheden en kennis, positieve ervaringen met de inzet van MTC, doelbewuste inzet van MTC middelen en bij de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven is overdracht aan het verzorgend personeel van belang. De kenmerken die van belang zijn van de omgeving zijn: een stabiele internetverbinding, een open houding en bereidheid van verzorgend personeel om MTC in te zetten in het dagelijks leven van de cliënt, doelbewuste inzet van MTC door verzorgend personeel en financiële middelen voor de aanschaf van MTC middelen.

Gezien de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO in kaart zijn gebracht in dit onderzoek, kan worden gezegd dat de doelstelling van het onderzoek is behaald en een antwoord is gevonden op de vraagstelling.

4.6.2 Bijdrage beroepsinnovatie

Technologie is continu in ontwikkeling en er zijn steeds meer mogelijkheden betreft het inzetten van technologie in muziektherapie ter verbetering van KVL van KO. Gezien de toename van KO met psychosociale hulpvragen, kan technologie wellicht een bijdrage leveren aan het al bestaande zorgaanbod. Het is van belang dat muziektherapeuten in de praktijk op de hoogte zijn van deze ontwikkelingen zodat ze bewust een keuze kunnen maken om het wel of niet in te zetten in de behandeling van cliënten. Het beroepsproduct van dit onderzoek kan hierin een bijdrage leveren aangezien het o.a. een overzicht omvat met muziektechnologische interventies die voor verschillende doelgebieden kunnen worden ingezet. Daarnaast geeft het beroepsproduct weer welke kenmerken nodig zijn om technologie succesvol en waardevol in te kunnen zetten in muziektherapie bij KO. Deze informatie is belangrijk zodat muziektherapeuten weten waar ze op moeten letten bij het gebruik maken van technologie in muziektherapie.

4.6.3 Aanbevelingen opdrachtgever en vervolgonderzoek

Aangezien de opdrachtgever van het onderzoek vanuit KenVaK werkt, zijn de aanbevelingen voor vervolgonderzoek, meteen ook de aanbevelingen voor de opdrachtgever. Allereerst wordt op basis van dit onderzoek aanbevolen om aanvullend onderzoek te doen met meer

respondenten om zo een breder en representatiever beeld te krijgen van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten t.a.v. de inzet van technologie in muziektherapie bij KO. Daarnaast wordt aanbevolen om de ervaringen en perspectieven van cliënten in kaart te brengen t.a.v. zowel het gebruik van MTC binnen de muziektherapeutische behandeling, als op het effect van de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven. Dit is belangrijk zodat vanuit cliëntperspectief inzichtelijk wordt wat de meerwaarde is en wat de beperkingen zijn van MTC in muziektherapie en welke aspecten veranderd moeten worden om zo goed mogelijk bij de persoonlijke hulpvraag van de cliënt aan te sluiten. Hierbij wordt aanbevolen om de doelgroep ouderen te specificeren door de ervaringen van mensen met verschillende typen van dementie en verschillende fasen te onderzoeken. Dit onderzoek laat zien dat technologie een rol speelt in de doorwerking van muziektherapie in het dagelijks leven van KO binnen verpleeghuizen. Daarentegen is nog weinig bekend over hoe dit in te zetten om doorwerking te vergroten in het dagelijks leven van thuiswonende KO. Aanvullend onderzoek naar de inzet van MTC interventies in de thuissituatie van KO wordt aangeraden. Tot slot is het belangrijk dat onderzocht wordt welke vaardigheden en kennis betreft MTC nodig is voor muziektherapeuten om MTC doelbewust in te kunnen zetten in muziektherapie. Dit is belangrijk zodat vaardigheidstraining in muziektherapeutisch onderwijs geïntegreerd kan worden, zodat muziektherapeuten allereerst bewustwording krijgen van welke mogelijkheden er zijn betreft het inzetten van MTC middelen in muziektherapie en ten tweede ervaring op doen met het inzetten van MTC in muziektherapeutische behandeling bij KO ter bevordering van KVL. Meer ervaring en kennis zal leiden tot meer succeservaringen, wat weer zal leiden tot meer bereidheid en openheid van muziektherapeuten om technologie in muziektherapie bij KO in te zetten wat uiteindelijk bijdraagt aan de KVL.

Literatuurlijst

- Agres, K. R., Foubert, K., & Sridhar, S. (2021). Music Therapy During COVID-19: Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647790>
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* Noordhoff.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Kostelijk, E., Julsing, M., & Van der Velden, T. (2021). *Basisboek Kwalitatief onderzoek* (5^e druk). Noordhoff.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (4^e druk). Noordhoff.
- Baars, J. (2006). *Het nieuwe ouder worden: paradoxen en perspectieven van leven in de tijd* (2^e druk). SWP.
- Bakker, T. (2019). *Klinisch redeneren bij ouderen* (3de editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). LIFESPAN PSYCHOLOGY: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471–507. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.471>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Benveniste, S., Jouvelot, P., & Péquignot, R. (2010). The MINWii Project: Renarcissization of Patients Suffering from Alzheimer's Disease Through Video Game-Based Music Therapy. *Lecture Notes in Computer Science*, 6243, 79-90. https://doi.org/10.1007/978-3-642-15399-0_8
- Biggs, S. (2005). Beyond appearances: Perspectives on identity in later life and some implications for method. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60(3), S118-S128. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S118>
- Boeije, H. & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, Artikel 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Buijssen, H. (2019). *Het hart wordt niet dement* (1^e druk). Buijssen Training En Educatie.

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). *Ouderen*. Geraadpleegd op 3 maart 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
- Chu, H., Yang, C. Y., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, T. Y., O'Brien, A. P., & Chou, K. R. (2013). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia. *Biological Research For Nursing*, 16(2), 209–217. <https://doi.org/10.1177/1099800413485410>
- Clayton, M. (2012). The social and personal functions of music in cross-cultural perspective. *Oxford Handbooks Online*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199298457.013.0004>
- Crowe, B. J., & Rio, R. (2004). Implications of Technology in Music Therapy Practice and Research for Music Therapy Education: A Review of Literature. *Journal of Music Therapy*, 41(4), 282–320. <https://doi.org/10.1093/jmt/41.4.282>
- De Backer, J., & Sutton, J. (2014). *The Music in Music Therapy: PSYCHODYNAMIC MUSIC THERAPY IN EUROPE: Clinical, Theoretical and Research Approaches*. Jessica Kingsley Publishers.
- Deeg, D., & Boswijk, D. (2018). *Handboek ouderenpsychiatrie* (4^e druk). De Tijdstroom.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61(4), 305–314. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.305>
- Dröes, R. M., Boelens-Van der Knoop, E. C., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T. P., Gerritsen, D. L., Hoogeveen, F., De Lange, J., & Schölz-Dorenbos, C. J. (2006). Quality of life in dementia in perspective. *Dementia*, 5(4), 533–558. <https://doi.org/10.1177/1471301206069929>
- FVB Projectgroep Strategische Onderzoeksagenda (2017). *Strategische Onderzoeksagenda voor Vaktherapeutische Beroepen*. Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- FVB. (z.d.). *Over de FVB*. Geraadpleegd op 6 maart 2022, van <https://fvb.vaktherapie.nl/over-de-fvb>
- GGZ Standaarden. (z.d.). 8. *Ouderen met psychische aandoeningen*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ouderen-met-psychische-aandoeningen/kwetsbare-ouderen-met-complexe-problematiek-de-rol-van-de-gespecialiseerde-ggz>

- González-Ojea, M. J., Domínguez-Lloria, S., & Pino-Juste, M. (2022). Can Music Therapy Improve the Quality of Life of Institutionalized Elderly People? *Healthcare*, 10(2), 310. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020310>
- Hahna, N. D., Hadley, S., Miller, V. H., & Bonaventura, M. (2012). Music technology usage in music therapy: A survey of practice. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.001>
- Hakvoort, L., Aalbers, S., Damen, O., Roefs, G., Tissen, J., Zantopp, J. (2017). *Beroepscompetentieprofiel: muziektherapeut*. Muziektherapie. Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <http://muziektherapie.nl/wp-content/uploads/2017/11/BCP-Muziektherapeut-1.pdf>
- Hanser, S. B. (1993). Music, Health, and Well-Being. *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*, 849–877. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199230143.003.0030>
- Haeyen, S., Kolijn, J., Hoek, P., & Van Hooren, S. (2020). Vaktherapie in coronatijd: uitbraak van innovatie? Over online werken en de inzet van digitale middelen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 16(4), 2-10. Geraadpleegd op 22 februari 2022 van <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=316903>
- Hegi, F., Rudisuli, M., & Rüdüsüli-Voerkel, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur*. Isd.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Gree, L., Horst, H., Van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. V., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, Artikel d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hupkens, C., & Reep, C. (2021, 3 september). *Ervaren impact corona op mentale gezondheid en leefstijl*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 6 maart 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/ervaren-impact-corona-op-mentale-gezondheid-en-leefstijl?onepage=true>
- Juslin, P. N., Sloboda, J., & Patrik, N. (2011). *Handbook of Music and Emotion*. Oxford University Press.

- KenVaK. (z.d.). *Over KenVak*. geraadpleegd op 27 mei 2021 van <https://kenvak.nl/over-kenvak/>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Koelsch, S. (2009). A Neuroscientific Perspective on Music Therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 374–384. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x>
- Kuiper, C., Verhoef, J., & Cox, K. (2012). *Evidence-based practice voor paramedici*. (3e druk). Boom.
- Kuiper, K., Verhoef, J., & Munten, G. (2016). *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Boom.
- Landelijk Platform GGz., Nederlandse Vereniging voor Psychoatrie., GGZNederland., Nederlands Instituut van Psychologen., P3NL., & Beroepsvereniging van zorgprofessionals. (2016). *Onderzoeksagenda GGz: de juiste behandeling op het juiste moment*. <https://www.ontheroadvroegdetectie.nl/wp-content/uploads/2018/11/Onderzoeksagenda-GGz-def-maart-2016.pdf>
- Leubner, D., & Hinterberger, T. (2017). Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109>
- Liefbroer, A. C., & Dykstra, P. A. (2000). *Levenslopen in verandering: Een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970*. Sdu. Geraadpleegd op 5 maart 2022, van <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/34074>
- Magee, W. L. (2006). Electronic technologies in clinical music therapy: A survey of practice and attitudes. *Technology and Disability*, 18(3), 139–146. <https://doi.org/10.3233/tad-2006-18306>
- Magee, W. L. (2014). *Music Technology in Therapeutic and Health Settings*. Macmillan Publishers.

- Ministerie van SZW. (2002). *Verkenning levensloop, achtergronddeel: Analyses van trends en knelpunten*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M., & Network, I. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. *Aging & Mental Health*, 15(3), 283-290.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543665>
- Peeters, J., Wieggers, T., De Bie, J., & Friele, R. (2013). *Technologie in de zorg thuis*. Nivel. Rijksoverheid. (2021, 23 november). *1,5 meter afstand houden is weer verplicht*. Geraadpleegd op 27 mei 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/11/23/15-meter-afstand-houden-is-weer-verplicht>
- RIVM. (z.d.). *KO*. Geraadpleegd op 25 februari 2022, van <https://www.rivm.nl/ouderen-van-nu-en-straks/kwetsbare-ouderen>
- Santrock, J. W. (2017). *Educational Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Talbot, C. V., & Briggs, P. (2022). The use of digital technologies by people with mild-to-moderate dementia during the COVID-19 pandemic: A positive technology perspective. *Dementia*, 21(4), 1363–1380.
<https://doi.org/10.1177/14713012221079477>
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (2016). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford University Press.
- Thaut, M. H., Gardiner, J. C., Holmberg, D., Horwitz, J., Kent, L., Andrews, G., Donelan, B., & McIntosh, G. R. (2009). Neurologic Music Therapy Improves Executive Function and Emotional Adjustment in Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169(1), 406–416. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04585.x>

- ThisIsEngineering. (2020, 12 maart). *Person Holding Prosthetic Arm* [Illustratie]. Pexels. Geraadpleegd op 26 mei 2022, van <https://www.pexels.com/photo/person-holding-prosthetic-arm-3912979/>
- Trimbos. (2020, 25 juni). *Psychische gezondheid in verpleeghuizen fors verslechterd door coronamaatregelen*. Geraadpleegd op 6 maart 2022, van <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/psychische-gezondheid-in-verpleeghuizen-fors-verslechterd-door-coronamaatregelen-2/>
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- Van der Kuil, M., Overbeek, A., Hartstra, E., Prins, M., Van Erp, J., Stobbe, E., Van der Schot, A., & Van der Roest, H. (2021). *Zorgtechnologie en innovatie: Monitor Woonvormen Dementie*. Trimbos. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2021/11/AF1871-Zorgtechnologie-en-innovatie.pdf>
- Van der Meulen, I., Van de Sandt-Koenderman, W., Heijenbrok-Kal, M. H., Visch-Brink, E. G., & Ribbers, G. M. (2014). The Efficacy and Timing of Melodic Intonation Therapy in Subacute Aphasia. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(6), 536–544. <https://doi.org/10.1177/1545968313517753>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4^e druk). Boom Lemma.
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Boom Lemma.
- Vink, M. T., Kuin, Y., Westerhof, G. J., Lamers, S. M. A., & Pot, A. M. (2017). *Handboek ouderenpsychologie*. De Tijdstroom.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*, 11(6), Artikel e0158092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Werger, C. & Groothuis, M. (2018). Mixen & Matchen – 1: Integreren van muziektechnologie in het professioneel handelen van de muziektherapeut. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 14, 2-9. Geraadpleegd op 15 april 2022, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=84801&download=1>

- Wheeler, B. L. K., & Murphy, K. M. (2016). *Music Therapy Research* (3rd Revised edition). Barcelona Publishers.
- Wohlin, C. (2014). Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. *EASE '14*. Artikel 38.
<https://doi.org/10.1145/2601248.2601268>
- Woods, B., Spector, A. E., Jones, C. A., Orrell, M., & Davies, S. P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001120.pub2>
- Zantinge, E. M., Van der Wilk, E. A., Van Wieren, S., & Schoemaker, C. G. (Reds.). (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
<https://rivm.openrepository.com/bitstream/handle/10029/256567/270462001.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Bijlage A: PICO-vraag, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis

Tabel A1

PICO-vraag en zoektermen

PICO-vraag:

“Wat is er bekend over het inzetten van technologie in muziektherapie (I) bij KO (P) ter verbetering van KVL (O)?”

Patiënt: KO

Interventie: Technologie in muziektherapie

Comparison/vergelijking: N.v.t.

Outcome/resultaat: Verbetering van KVL

De Comparison (C) is in dit geval niet van toepassing aangezien er in dit onderzoek geen gebruik wordt gemaakt van een vergelijking.

De PICO-vraag is opgedeeld in sub-vragen om gerichte informatie te verzamelen per onderdeel.

Sub-vragen:

Patiënt: KO

- Hoe worden “ouderen” gedefinieerd?
- Hoe worden “KO” gedefinieerd?

Outcome: KVL

- Hoe wordt “KVL” gedefinieerd?
- Welke elementen dragen bij aan KVL?

Intervention: Technologie in muziektherapie

- (Welke rol kan technologie spelen in muziektherapie bij (kwetsbare) ouderen?)
- Welke MTC worden al ingezet in muziektherapie bij (kwetsbare) ouderen en voor welk doel?’

• (Welke vernieuwende technologieën kunnen worden ingezet in muziektherapie bij ouderen? Of welke zijn in zicht?) • Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten betreft het inzetten van technologie binnen muziektherapie bij (kwetsbare) ouderen ter bevordering van KVL? ○ Welke houding hebben muziektherapeuten? ○ Wat zijn meerwaarden? ○ Wat zijn beperkingen?			
Zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen ENG.	Synonyms
Muziektherapie	- Muziek-therapeutische behandeling - Muziek-therapeutische interventie - Vaktherapie muziek - Creatieve therapie	Music therapy	- Music psychotherapy - Creative music therapy - Music-based therapeutic intervention - Music therapy intervention - Music therapy treatment
Technologie	- Blended - Elektronisch - E-health - Vernieuwende technologieën - Digitale middelen	Technology	- Blended - Electronic - E-health - Emerging technologies - Digital tools
KO	Ouderen Ouderenzorg Senioren	Frail elderly	Elderly Elderly care Seniors

KVL	Levenskwaliteit	Quality of life	Life quality
Ervaring	Beleving	Experience	
Perspectief	Optiek Mening Standpunt Houding Attitude Instelling	Perspective	Outlook View Viewpoint Standpoint Angle Attitude Opinion

Tabel A2

Zoekgeschiedenis literatuurstudie

Boolean Search	Databank	Hits	Bruikbare bronnen
Muziektherapie AND Technolog* OR Digi*	HBO kennisbank	2.833	Het DAW als muziektherapeutisch instrument Een onderzoek naar de mogelijkheden van het gebruik van het Digital Audio Workstation in Muziektherapie
Musictherapy AND Psychogeria* AND Techno* OR Digi* OR Online OR Blended	DiZ (LibGuide vaktherapie)	24475807	Te veel bronnen, waarvan geen bruikbaar, resultaten te breed
Musictherapy AND Technolog* AND Dementia	DiZ (LiBGuide Vaktherapie)	35	Geen bruikbare bron
Technology	Databank Vaktherapie	14	Werger, C. & Groothuis, M, 2018. & Matchen – 1. Integreren van muziektechnologie in het professioneel handelen van de muziektherapeut Tijdschrift voor Vaktherapie
			Werger, C. & Groothuis, M. 2018. Mixen & Matchen - 2. Integreren van muziektechnologie in het professioneel handelen van de muziektherapeut Tijdschrift voor Vaktherapie
			Haeyen, S., Koliijn, J., Hoek, P. & van Hooren, S. (2020). Vaktherapie in coronatijd: uitbraak van innovatie? Over online werken en de inzet van digitale middelen. Tijdschrift voor Vaktherapie, 16(4), 2-10.

			https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=316903
			Luyten, T., Braun, S., Van Hooren, S., & De Witte, L. (2018). How groups of nursing home residents respond to “the CRDL”: a pilot study. <i>Journal of Enabling Technologies</i>, 12(4), 145–154. https://doi.org/10.1108/jet-05-2018-0025
Technology And “Music therapy”	DiZ (Libguide Vaktherapie)	13789	Magee, W. L. (2018). Developing theory for using music technologies in music therapy. <i>Nordic Journal of Music Therapy</i>, 27(5), 334–336. https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1481450
			Koucun, J., & Kantor, J. (2022). PREFERENCES FOR VIRTUAL MUSIC THERAPY AND THE USE OF TECHNOLOGY IN THE PRACTICE OF CZECH MUSIC THERAPISTS – A DESCRIPTIVE CROSS-SECTIONAL STUDY. <i>Education. Innovation. Diversity.</i>, 2(3), 26–33. https://doi.org/10.17770/eid2021.2.6708
			Koucun, J., & Kantor, J. (2016). Modifications of cybernetic musical instrument CYMIS for creative rehabilitation and music education of persons with disabilities. In <i>Proceedings of the 10th International Technology, Education and Development Conference. IATED</i>. Retrieved from https://library.iated.org/view/KANTOR2016MOD
			Berman, A. (2020, December 20). Music Connects Us: The Use of Music and the Role of Music Therapy during a Pandemic Crisis Situation EMTC. Retrieved from . https://www.emtc-eu.com/

			Kantorová, L., Kantor, J., Hořejší, B., Gilboa, A., Svobodová, Z., Lipský, M., Marečková, J., & Klugar, M. (2021). Adaptation of Music Therapists' Practice to the Outset of the COVID-19 Pandemic—Going Virtual: A Scoping Review. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(10), 5138. https://doi.org/10.3390/ijerph18105138
			Knott, D., & Block, S. (2020). Virtual Music Therapy: Developing New Approaches to Service Delivery. <i>Music Therapy Perspectives</i> , 38(2), 151–156. https://doi.org/10.1093/mtp/miaa017
			Lightstone, A.J., Bailey, S.K., & Voros, P. (2015). Collaborative music therapy via remote video technology to reduce a veteran's symptoms of severe, chronic PTSD. <i>Arts health</i> , 7(2), 123-136. https://doi.org/10.1080/17533015.2015.1019895
History AND Music AND Technology	DiZ (LibGuide: Kunsten - > docent muziek)	429.252	Crooke, A. H. D. (2018). Music Technology and the Hip Hop Beat Making Tradition: A History and Typology of Equipment for Music Therapy. <i>Voices: A World Forum for Music Therapy</i> , 18(2). https://doi.org/10.15845/voices.v18i2.996
			<u>Acoustic to Electronic and Public to Private: An Introduction to Music in the Great Expansion (1700–2100 CE).</u> . <u>Re-Connecting to Music Technology: Looking Back and Looking Forward.</u>

			Knight, A., & Krout, R. (2016). Making Sense of Today's Electronic Music Technology Resources for Music Therapy. Music Therapy Perspectives, 35. https://doi.org/10.1093/mtp/miw025
			Frid, E. (2019). Accessible Digital Musical Instruments—A Review of Musical Interfaces in Inclusive Music Practice. Multimodal Technologies and Interaction, 3(3), 57. https://doi.org/10.3390/mti3030057
			Samuels, K., & Schroeder, F. (2019). Performance without Barriers: Improvising with Inclusive and Accessible Digital Musical Instruments. Contemporary Music Review, 38(5), 476–489. https://doi.org/10.1080/07494467.2019.1684061
			Martin, C. P. (2017). Percussionist-Centred Design for Touchscreen Digital Musical Instruments. Contemporary Music Review, 36(1–2), 64–85. https://doi.org/10.1080/07494467.2017.1370794
“Music Therapy” AND Techno*	Pubmed	151	<u>Virtual reality and music therapy as distraction interventions to alleviate anxiety and improve mood states in breast cancer patients during chemotherapy.</u>
			Agres, K. R., Foubert, K., & Sridhar, S. (2021). Music Therapy During COVID-19:

			Changes to the Practice, Use of Technology, and What to Carry Forward in the Future. <i>Frontiers in Psychology</i> , 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647790
Sneeuwbaaleffect : Vaktherapie in coronatijd: uitbraak van innovatie?			Wind, T.R., Rijkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. <i>Internet interventions</i> , 20.
			Hahna, N. D., Hadley, S., Miller, V. H., and Bonaventura, M. (2012). Music technology usage in music therapy: a survey of practice. <i>Arts Psychother.</i> 39, 456–464. doi: 10.1016/j.aip.2012.08.001
			Magee, W. (2013). <i>Music Technology in Therapeutic and Health Settings</i> . Londen: Jessica Kingsley Publishers.
			Partesotti, Peñalba & Manzolli (2018). Digital instruments and their uses in music therapy, <i>Nordic Journal of Music Therapy</i> , 27(5), 399-418, doi:10.1080/08098131.2018.1490919
			Haeyen et al. (2020). Vaktherapie online. Het perspectief van vaktherapeuten. Resultaten van de enquête over online vaktherapie. <i>Tijdschrift voor Vaktherapie</i> , geaccepteerd voor publicatie
			Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. <i>Psychotherapy research</i> , 27(5), 511-524.
			Magee, W. L. (2006). Electronic technologies in clinical music therapy: A survey of practice and

			attitudes. <i>Technology and Disability</i> , 18(3), 139–146
			Magee, W. L. (2013b). Indications and contraindications for using music technology with clinical populations: When to use and when not to use. In W. L. Magee (Ed.), <i>Music technology in therapeutic and health settings</i> (pp. 83–107). London: Jessica Kingsley Publishers.
			Stensæth, K. (2018). Music therapy and interactive musical media in the future: Reflections on the subject-object interaction. <i>Nordic Journal of Music Therapy</i> , 27(4), 312–327.
			Békés, V. & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> , 30(2), 238-247. http://dx.doi.org/10.1037/int0000214 .
Sneeuwbaaleffect op Mixen en Matchen 1			Benviste, S., Jouvelot, P., Pin, B. & Péquignot, R. (2012). The MINWii project: Renarcissization of patients suffering from Alzheimer's disease through video game-based music therapy. <i>Entertainment Computing</i> , 3, 111- 120.
			Bruinsma, M. (2015). Ons. Muziek is emotie. <i>Magazine voor senioren</i> , 1, 16-19. Verkregen van http://issuu.com/kboFbrabantFons/docs/ons1_2015?e=0/11876978
			https://www.vpro.nl/programmas/tegenlicht/kijk/afleringen/2022-2023/digitale-detox.html%20
			The Accessible Music Model: A Framework for Understanding When, How, and Why to Use Music Technology in Music Therapy.

			(2021). Australian Journal of Music Therapy, 32(1), 113–123. https://eds-s-ebscohost-com.zuyd.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=477385fb-0f51-41cf-89b7-c5be926031b1%40redis	
Via LinkedIn	PubMed		González-Ojea, M. J., Domínguez-Lloria, S., & Pino-Juste, M. (2022). Can Music Therapy Improve the Quality of Life of Institutionalized Elderly People? Healthcare, 10(2), 310. https://doi.org/10.3390/healthcare10020310	
Sneeuwbaaleffect op vorig artikel			Leubner, D., & Hinterberger, T. (2017). Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. Frontiers in Psychology, 8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109	
			Chu, H., Yang, C. Y., Lin, Y., Ou, K. L., Lee, T. Y., O’Brien, A. P., & Chou, K. R. (2013). The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia. Biological Research For Nursing, 16(2), 209–217. https://doi.org/10.1177/1099800413485410	
Handsearch		Bruikbare bron		Soort bron
Bibliotheek Nieuw Eyckholt -		Vink, A.C. (2013). <i>Music therapy for</i>		Proefschrift

Zuyd Hogeschool (via catalogus)	<i>dementia: the effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia.</i>	
Bibliotheek Nieuw Eyckholt – Zuyd Hogeschool (via catalogus)	Aldridge, D. (2000). <i>Music therapy in dementia care more new voices.</i>	Boek
Bibliotheek Nieuw Eyckholt – Zuyd Hogeschool (via catalogus)	Jacobsen, S. L., Nygaard Pedersen, I., Ole Bonde, L. (2019). <i>Comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training</i>	Boek
Aangereikt door familielid	Vink, M.T., Kuin, Y., Westerhof, G.J., Lamers, S.M. A., & Pot, A.M. (2017). <i>Handboek Ouderenpsychologie.</i>	Boek
Bibliotheek Nieuw Eyckholt – Zuyd Hogeschool (via catalogus)	Carroll, D. & Claire Lefebvre. (2013). <i>Clinical Improvisation Techniques in Music Therapy - A Guide for Students, Clinicians and Educators</i>	Boek
Aangereikt door Anna-Eva Prick	van Hooren, S., Prick, A., de Witte, M.,(2018). <i>Als woorden tekort schieten, begint de muziek.</i>	Artikel
Aangereikt door Anna-Eva Prick	Prick, A.-E., van Domburg, P., Vink, A., Lumeij, L., Alofs, E., van Hooren, S., (2021). <i>De juiste snaar: muziektherapie bij personen met dementie in het verpleeghuis.</i>	Artikel uit tijdschrift voor vaktherapie

Bijlage B: Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project opleiding VT Zuyd

Tabel B1

Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project opleiding VT Zuyd

Voor + achternaam student	Jolijn van der Ploeg			
Studentnummer	1749498			
Medium student	☐ beeldend	☐ dans	☐ drama	☒ muziek
Onderzoekslijn ¹	☐ Kind & Jeugd ☐ GGZ ☐ Ouderen ☐ Somatiek ☐ Werkingsmechanisme van het medium ☐ Wijkgerichte zorg ☒ Technologie i.d. zorg ☐ Interdisciplinair werken ☐ Meten			
Korte beschrijving van het project (probleem, doelgroep, projectplan, doelstelling, design)	Een kwalitatieve survey naar de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL.			
Onderzoeksdoel	Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten betreft het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden voor het verbreden van de kennis			

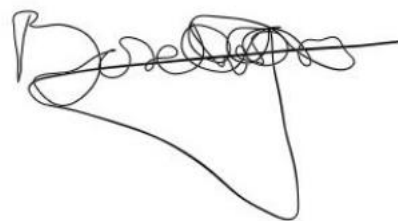
	betreft het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO in de praktijk.
Onderzoeksvraag	Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL?
Naam opdrachtgever of contact persoon	KenVaK: Anna-Eva Prick
Email adres opdrachtgever of contact persoon	anna-eva.prick@zuyd.nl
Naam scriptie begeleider	Dieuwertje Abeling-Boselie

¹ Vink aan binnen welke onderzoekslijn(en) je onderzoeksproject past



15-05-2022

Datum + Handtekening opdrachtgever



11-05-2022

Datum + Handtekening
scriptiebegeleider

Bijlage D: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de data en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de data en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het stappenplan praktijkgericht onderzoek via de website van Zuyd Bibliotheek;

- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 09-02-2022

Plaats: Eindhoven

Naam (indien student ook studentnummer): Jolijn van der Ploeg -
1749498

Academie: Hogeschool Zuyd, Vaktherapie

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, flowing letters that appear to read 'Jolijn van der Ploeg'.

Bijlage E: De Verklaring Nederlandse Gedragscode en wetenschappelijke integriteit



Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek.

Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code hier. Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt o.a. in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt o.a. in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt o.a. in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet

mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt o.a. in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid.

Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt o.a. in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 09-02-2021

Plaats: Eindhoven

Naam (indien student ook studentnummer): Jolijn van der Ploeg, 1749498

Academie: Hogeschool Zuyd, Vaktherapie

Handtekening:

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' and 'P' intertwined, with a horizontal line at the bottom.

Bijlage F: Interviewprotocol, Topiclijst & Formulier generieke analyse

Interviewprotocol

Onderstaand interviewprotocol, topiclijst en analyse formulier is opgesteld in samenwerking met KenVaK. Het door KenVaK opgestelde interviewprotocol, de topiclijst en het analyse formulier zijn als leidraad gebruikt voor het interview en zijn door de onderzoeker aangepast en toegespitst op het specifieke onderzoeksproject. Het aangepaste interviewprotocol, de topiclijst en het analyse formulier zijn voorzien van feedback en goedkeuring door zowel Anna-Eva als door de leden en tutor van de onderzoekskring van de onderzoeker.

Benodigdheden

- Interviewprotocol
- Topiclijst met ruimte voor aantekeningen
- Pen & extra papier
- Formulier generieke analyse interview
- Audiorecorder/telefoon (back-up audio-opname tijdens online interview)
- Klok (tijdbewaking)

Deelnemers

Muziektherapeuten werkzaam binnen de doelgroep ouderen

Interviewer

Jolijn van der Ploeg, vierdejaars bachelor student muziektherapie (vaktherapie)

Onderzoeksvraag:

Wat zijn de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij ouderen?

Doel interview

Inventariseren van de ervaringen en perspectieven van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij ouderen.

Duur interview

Maximaal 1 uur

Omstandigheden tijdens interview

- Online of face-to-face interview
- Rustige ruimte, zonder afleidende factoren
- Topiclijst als rode draad
- Formulering vragen is open, kort en bondig (geen 2 in 1 vragen of vragen met veel achtergrond informatie), neutraal en objectief
- Houding interviewer: respectvol, geïnteresseerd, neutraal en objectief, ruimte gevend (stiltes mogen)
- Kwaliteiten interviewer: luistert actief, stemt af op respondent, reflecteert op interview, bewust van (eigen) bagage als persoonlijkheid, interpretaties, vooroordelen, overtuigingen, normen en waarden etc.

Acties direct na interview

- Formulier generieke analyse van het interview invullen
- Opname interview doorsturen naar Anna-Eva

Introductie interview

Voorstellen & doelstelling interview

Korte introductie van de onderzoeker en het onderzoek (in het kort beschrijven van de aanleiding, het doel en verwachting)

Aanpak

Het interview verloopt a.d.h.v. vooraf opgestelde topics en vragen zodat alle belangrijke onderwerpen aan bod zullen komen, maar de onderzoeker zal af en toe ook doorvragen op de antwoorden van de respondent en ook zal er ruimte zijn voor de eigen inbreng van de respondent.

- Als eerst zullen een aantal persoonlijke & relevante gegevens worden genoteerd: geslacht, leeftijd, functie/achtergrond, relatie/ervaring met doelgroep etc.
- Daarna start het inhoudelijke interview gericht op de ervaringen en het perspectief van de respondent met en op technologie in muziektherapie binnen de doelgroep ouderen.
- De antwoorden van de respondent worden meegenomen in het onderzoek en in de verdere ontwikkeling en implementatie van het project.
- Aan het eind van het onderzoeksproject zal de onderzoeker opnieuw contact opnemen met de respondenten om de resultaten van het onderzoek te delen.

Anonimiteit

Het interview wordt vertrouwelijk en anoniem verwerkt. De respondent kan ten alle tijden stoppen of diens deelname intrekken.

Tijdsduur

Het interview zal circa 1 uur duren.

Opname

De onderzoeker vraagt goedkeuring voor het starten van de opname en zet de opname aan.

Respondenten topiclijst sturen zodat ze zich kunnen voorbereiden , maar geef aan dat dit niet hoeft. De respondenten van te voren laten voorbereiden kunnen de antwoorden wel specifieker maken. Indien ze niets weten van MTC, vertel ik welke mogelijkheden er zijn (vanuit literatuur); eigen terminologie .

Denk ook aan therapeut, medium, client

Afstemmen op respondent van te voren, wat heeft hij/zij nodig om deel te nemen. Topiclijst doorsturen (misschien niet alle specifieke vragen, moet niet afschrikken)

Bij coderen valkuil is dat je of juist te dicht bij het onderwerp blijft, of juist te overstijgend gaat en te veel interpreteert.

Tabel F1

Topiclijst laatste versie (Interview respondent 4)

Topics	Hoofdvragen	Deelvragen/ doorvraagvragen	Notulen
Introductie	Voorstellen Doel interview Aanpak Anonimiteit Tijdsduur		
Persoonlijke gegevens en achtergrond informatie	Respondentnummer t.b.v. onderzoek: Naam: Leeftijd: Geslacht: Nationaliteit: Beroep: School van afstuderen: Jaar van afstuderen: Waar ben je momenteel werkzaam en met welke doelgroep?		

Doelgroep	• Hoe zou jij de doelgroep waarmee je werkt beschrijven? • Hoe lang werk je al met deze doelgroep? In mijn onderzoek heb ik het over “KO”. • Wat versta je onder “KO”?		
Visie op gezondheid KVL	• Wat is volgens jou gezondheid? • Wat versta je onder KVL?	Matcht jouw visie op gezondheid meer met de definitie van de WHO: “een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen het ontbreken van ziekte of gebrek” of het concept van Huber: “het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven”	

Visie op het beroep, werking van het vak en persoonlijke motivatie	• Wat is volgens jou de kracht van muziektherapie? • Wat motiveert je om met de doelgroep (kwetsbare) ouderen te werken?		
Muziektherapeutische behandeling	Inleiding onderdeel: Voordat we verder gaan met het onderdeel technologie in muziektherapie, wil ik je eerst een aantal vragen stellen betreft de muziektherapeutische behandelingen die je geeft in het algemeen.		
Hulpvraag en behandeldoelen	• Aan welke hulpvragen en behandeldoelen werk je zoal binnen de muziektherapie?		
Therapeutische houding	• Welke therapeutische houding neem je aan ten opzichte van de cliënten? • Welk belang speelt de therapeutische houding volgens jou in de behandeling?	- Op welke momenten? - Met welk doel? - Is de therapeutische houding ondersteunend of essentieel voor de behandeling volgens jou?	

Technologie in muziektherapie			
Ervaringen en bekendheid met technologie in muziektherapie	• Wat zijn je ervaringen met de inzet van technologie binnen muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL? • Welke andere vormen van technologie binnen muziektherapie bij ouderen ken je, maar pas je niet zelf toe?	- Van welke technologische middelen maak je gebruik? Met welk doel? Als proces of product? - Hoe zet je technologie in? Of hoe denk je dat de technologie kan worden ingezet? ○ Maak je gebruik van methoden? ○ van welke werkvormen maak je gebruik? Actieve of receptieve muziektherapie? ○ Maak je gebruik van technieken/interventies? ○ Welke rol speelt technologie in je	

		werkvormen: aanvullend, ondersteunend, essentieel..? - In welke situatie/omgeving? - Welke effecten heb je geobserveerd bij cliënten? - Wat is volgens jou de meerwaarde van het toepassen van de door jou genoemde vormen van technologie in muziektherapie? - Wat zijn volgens jou beperkingen van de door jou genoemde vormen van technologie in muziektherapie?	
--	--	--	--

	Naast de vormen van technologie in muziektherapie die je tot nu toe al hebt genoemd, zijn er nog een aantal andere vormen. Heb je ervaring of bekendheid met (tijdens interview bijhouden wat uit eigen ervaring is en wat uit bekendheid is): • Aangepaste muziekinstrumenten • Opnametechnologie • Elektronische muziekinstrumenten • Muzieksoftwareprogramma's • Apparaten die dienen als interface voor een ander apparaat of groep apparaten zoals telefoons of tablets met online mogelijkheden - Zo ja: van welke apps maak je gebruik? • Medische technologie (SPET, fMRI en EEG die het mogelijk maken om te onderzoeken hoe muziek en	- Kan je hier een voorbeeld van noemen? - Met welk doel? Als proces of product? - Hoe zet je technologie in? Of hoe denk je dat de technologie kan worden ingezet? ○ Maak je gebruik van methoden? ○ van welke werkvormen maak je gebruik? ○ Maak je gebruik van technieken/interventies? ○ Welke rol speelt technologie in je	
--	---	--	--

	muziektherapeutische interventies lichaam en geest beïnvloeden) • Vernieuwende technologie zoals - wearables en trackers om hartslag te meten - VR -Belevingstafel • Specifieke interventies zoals: - (Muziekkussen) - Persoonlijke voorkeursmuziek (Ipod) - Crdl - Soundbeam - specifieke apps zoals garageband of groovemaker waarbij clienten • Aanvullingen vanuit respondent	werkvormen: aanvullend, ondersteunend, essentieel..? - In welke situatie/omgeving? - Welke effecten heb je geobserveerd bij cliënten? -Waarom zet je het in? - Waarom zet je het niet in? - Wat is volgens jou de meerwaarde van het toepassen van de door jou genoemde vormen van technologie in muziektherapie? - Wat zijn volgens jou beperkingen van de door jou genoemde vormen van technologie in muziektherapie?	
--	--	---	--

Perspectief op technologie in muziektherapie bij ouderen ter verbetering van KVL	• Wat is volgens jou de meerwaarde van het inzetten van de verschillende vormen van technologie in muziektherapie bij KO? • Wat zijn volgens jou beperkingen van het inzetten van technologie in muziektherapie bij ouderen? • Weegt de meerwaarde op tegen de beperkingen? • Denk je dat de inzet van technologie zou kunnen helpen om de KVL van KO te verbeteren?	- Waarom wel, waarom niet? - Waarom wel, waarom niet?	
Bereidheid om technologie in te zetten in muziektherapie	• Sta je open om in de toekomst technologie in te zetten in behandeling?	- Waarom wel, waarom niet? Denk bijvoorbeeld aan ➤ Beschikbaar Materiaal ➤ Geschikte omgeving	

Afsluiting: we hebben het nu gehad over jouw ervaringen, bekendheid en perspectieven op verschillende aspecten van technologie binnen	• Welke technologische middelen zou je graag in willen zetten? • Wat zou jij nodig hebben om technologie op een waardevolle en effectieve manier in te kunnen zetten?	➤ Persoonlijke voor- of afkeur ➤ Niet/wel passend bij cliënt kenmerken/ behandeldoelen ➤ (gebrek aan) eigen vaardigheden en kennis ➤ (gebrek aan) Financiële middelen ➤ (gebrek aan) Ondersteuning van anderen - In welke situatie? - Voor welke doelen? Denk bijvoorbeeld aan: Denk bijvoorbeeld aan ➤ Materiaal ➤ Geschikte omgeving	
---	---	---	--

muziektherapie bij ouderen. Als afsluitende vraag:	• Zou je bereid zijn om een vaardigheidstraining te doen om technologie zinvol en effectief in te kunnen zetten in muziektherapie bij KO ter verbetering van KVL?	➤ Persoonlijke voor- of afkeur ➤ Cliënt kenmerken/ behandeldoelen ➤ Eigen vaardigheden en kennis ➤ Financiële middelen ➤ Ondersteuning van anderen	
--	---	--	--

Formulier generieke analyse interview

Invullen direct na afloop van elk interview

Respondentnummer :
Datum :
Type geïnterviewde (waar werkzaam?) :
Interviewer :
Tijdstip begin :
Tijdstip eind :
Face-to-face of online :

- Eerste algemene indruk van het interview
 - Snelle samenvatting en belangrijkste punten en observaties

 - Sfeer, omgeving en stemming?

 - Onverwachte omstandigheden?

- Topics en vragen
 - Zijn alle topics en vragen aan bod gekomen? Waarom wel/niet?

- Sloten vragen aan bij geïnterviewde/ vragen anders formuleren of beter weglaten?

- Zijn er extra topics of vragen aan bod gekomen die meegenomen kunnen worden in het volgende interview?

Bijlage G: Toestemmingsformulier deelname onderzoek

TOESTEMMINGSFORMLIER DEELNAME ONDERZOEK

Beste deelnemers aan het onderzoek “De kansen en kunsten van technologie in muziektherapie”,

U ben uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek “De kansen en kunsten van technologie in muziektherapie”. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Jolijn van der Ploeg in het kader van het afstudeerproject aan de opleiding Vaktherapie van Zuyd Hogeschool in samenwerking met KenVaK. Het onderzoek wordt begeleid door Anna-Eva Prick en Dieuwertje Abeling-Boselie.

Het doel van het onderzoek is om te inventariseren wat de ervaringen en perspectieven zijn van muziektherapeuten op het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO ter bevordering van KVL. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden voor het verbreden van de kennis betreft het inzetten van technologie in muziektherapie bij KO in de praktijk.

Deelname aan het onderzoek betekent dat van u wordt gevraagd om actief en eerlijk deel te nemen aan het interview. Hierbij wordt een video-opname gemaakt van het interview en observatielijsten ingevuld. Deze video opname en observatielijsten zijn enkel bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoekers.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Bij het weergeven van resultaten wordt ervoor gezorgd dat dit volledig anoniem gebeurt, zonder mogelijke identificatie.

U kunt op ieder moment van het onderzoek de toestemming alsnog intrekken.

Bij vragen kunt u contact opnemen met Jolijn van der Ploeg, via e-mail of telefonisch.

Contactgegevens:

1749498poeg@zuyd.nl

06-11807087

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in,

Voor- en achternaam:

Datum:

Handtekening: