

Een kwalitatief onderzoek naar (de werkwijzen van) het toepassen van
geprefereerde muziek via iPods binnen de ouderenzorg.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen in opdracht van Atlant Zorggroep
Beekbergen.

“MUZIEK IPODS & DEMENTIE”

Nord Strik (462925) & Bonita Ferrier (476036)
02-06-2014

Onderzoeksbegeleider: Mirjam Woortmeijer

Voorwoord

Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn meerdere personen betrokken geweest. We willen de onderstaande personen hartelijk bedanken voor hun medewerking en bijbehorende bijdrage die men hierbij geleverd heeft;

Allereerst willen wij Els M.L. Verschuur, associate lector Hogeschool Arnhem en Nijmegen en opdrachtgever vanuit Atlant Zorggroep, hartelijk bedanken voor de begeleiding bij het opzetten en het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Daarnaast heeft ze ons ondersteund bij het opstellen van dit rapport.

Daarnaast willen wij Mirjam Woortmeijer, docentbegeleider, graag bedanken voor haar inzet en betrokkenheid bij het uitvoeren van het onderzoek, de begeleiding en ondersteuning bij het opstellen van dit onderzoeksrapport.

Eveneens willen wij Manon Bruinsma, muziektherapeut Atlant Zorggroep enorm bedanken. Zij heeft een grote rol gespeeld omtrent het in contact komen met en werven van participanten voor de interviews.

Tot slot willen we de participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek hartelijk danken voor hun openhartigheid, tijd en enthousiasme tijdens de interviews. Dit maakte het mogelijk om steeds met interesse en eveneens met enthousiasme te luisteren naar de persoonlijke ervaringen. Mede dankzij de participanten zijn wij van mening dat het uitvoeren van de interviews een van de meest uitdagende, leerzaamste en prettigste ervaringen was binnen dit onderzoek.

Samenvatting

Dementie is een veel voorkomende ziekte in Nederland. Door de vergrijzing van de samenleving is het aannemelijk dat deze ziekte vaker zal gaan voorkomen. Veel ouderen met dementie komen vroeg of laat in een zorginstelling terecht en vertonen op den duur agitatie. Geprefereerde muziek kan helpen om deze agitatie te verminderen (Gerdner & Schoenfelder, 2010).

Via Atlant zorggroep is de opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de bevindingen van de participanten over het toepassen van geprefereerde muziek als interventie en om de interventie te onderbouwen door middel van literatuurreferenties. Atlant zorggroep wil naar aanleiding van de bevindingen in dit onderzoeksverslag vervolgonderzoek gaan doen naar de werking van geprefereerde muziek via iPods bij ouderen met dementie. Dit onderzoeksverslag kan als referentie dienen voor toekomstig onderzoek.

Door middel van een kwalitatief beschrijvend onderzoek is bij zeven participanten, van instellingen waarbij de interventie wordt toegepast, een semigestructureerd interview afgenomen. Deze participanten werken allen in een instelling waar de interventie wordt toegepast (en hebben ervaring met de interventie). Het interview werd afgenomen aan de hand van een topiclist en later getranscribeerd, samengevat en geanalyseerd.

Uit de resultaten kunnen een aantal conclusies getrokken worden. De interventie heeft een positief effect op het probleemgedrag van de cliënten. Wat duidelijk naar voren komt is de behoefte om een duidelijke observatielijst of meetlijst te ontwikkelen voor het observeren van de cliënt voor, tijdens en na de interventie.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
1. Inleiding	6
1.1 Wat is muziek?	6
1.1.1 De definitie van muziek.....	6
1.1.2 De componenten van muziek	7
1.1.3 Muziek en het brein	7
1.1.4 Muziek en emotie.....	8
1.1.5 Geprefereerde muziek	9
1.2 Wat is dementie?	10
1.2.1 De definitie van dementie.....	10
1.2.2 De componenten van dementie	10
1.2.3 Subtypen van dementie	11
1.2.4 Het verloop van dementie.....	12
1.2.5 Ouderenzorg.....	13
1.2.6 Herinneringen oproepen.....	13
1.3 Probleemstelling.....	13
1.4 Doelstelling.....	14
1.5 Vraagstelling.....	14
1.5.1 Hoofdvraag.....	14
1.5.2 Deelvragen	14
2. Methode van onderzoek	15
2.1 Literatuurstudie.....	15
2.1.1 Methode gegevensverzameling	15
2.1.2 Gegevens analyseren	15
2.2 Interviews	16
2.2.1 Participanten	16
2.2.2 Methode gegevensverzameling	16
2.2.3 Voorbereiding afnemen interviews	17
2.2.4 De uitvoering op de gegevensverzameling	17
2.2.5 Interviews analyseren	18
3. Resultaten.....	20

3.1 Resultaten uit de literatuur	20
3.1.1 Geprefereerde muziek	20
3.1.2 Toepassen en doel interventie	20
3.1.3 Observaties en meetinstrumenten.	21
3.1.4 Praktische valkuilen en succesfactoren met betrekking tot het toepassen van de interventie	22
3.2 Resultaten uit de interviews	22
3.2.1 Geprefereerde muziek	22
3.2.2 Toepassen en doel interventie	22
3.2.3 Valkuilen en succesfactoren met betrekking tot het toepassen van de interventie	24
3.2.4 Observaties en meetinstrumenten	24
4. Discussie en kritische aspecten	26
4.1 Discussie	26
4.2 Kritische aspecten	27
5. Conclusie	28
5.1 Beantwoorden deelvragen.....	28
5.2 Hoofdvraag.....	30
5.3 Aanbevelingen.....	30
6. Referentielijst	32
6.1 Internetreferenties.....	32
6.2 Boekreferenties	32
6.3 Artikelreferenties	33
6.3 Afbeeldingreferenties.....	33
6.4 Videoreferenties.....	33
7. Appendix.....	i
7.1 Appendix I: Twee afbeeldingen van de hersenen	i
7.2 Appendix II: Searchstrings	ii
7.3 Appendix III: Informatie artikelen tabel	iii
7.4 Appendix IV: Topiclist	xiv
7.5 Appendix V: Analyse interviews	xv
7.6 Appendix VI: Assessment of Personal Music Preference	xxiii
7.7 Appendix VII: Cohen-Mansfield Agitation Inventory	xxv
7.8 Appendix VIII: Vragenlijst voorkeursmuziek cliënten participant.....	xxvii

1. Inleiding

De 92-jarige Henry Dryers lijdt aan dementie en woont al jaren in een verpleeghuis. Voorheen was Henry meestal depressief en reageerde hij nauwelijks tot niet wanneer mensen tegen hem praatten. Hij herkent zijn eigen kinderen en de verzorging niet meer. Tot de dag dat Henry een iPod met zijn favoriete muziek aangeboden krijgt. De muziek brengt hem weer tot leven en Henry bloeit helemaal op. Zijn ogen gaan wagenwijd open, hij neuriet en zingt met de muziek mee. Hij lijkt helemaal op te gaan in de muziek. Als er aan hem gevraagd wordt wat hij van de muziek vindt, zegt hij dat hij muziek fantastisch vindt en God hem heeft gezegend met deze prachtige geluiden. Na het luisteren van de muziek is Henry in staat om simpele vragen te beantwoorden met ja of nee en dit effect houdt nog lang nadat de muziek is afgezet aan (MusicandMemory1, 2011 [Videobestand]).

Bij Atlant Zorggroep, (gespecialiseerd in de juiste zorg aan ouderen/patiënten met Korsakov, Huntington, dubbelproblematiek of dementie), raakte men geïnspireerd door het filmpje van Henry. Sinds enige tijd wordt er nu op enkele afdelingen door muziektherapeuten, eerste verantwoordelijke verzorgers en verzorgers gewerkt met het aanbieden van persoonsgebonden, geprefereerde muziek door middel van iPods. Ook op andere zorginstellingen in Nederland raakt men bekend met de zojuist genoemde interventie. Vanuit Atlant zorggroep kwam daarom de vraag om onderzoek te doen naar op welke manier de interventie op andere zorginstellingen wordt toegepast, waarom men de interventie toepast en wat men aan veranderingen ziet bij de ouderen bij het aanbieden van een iPod met geprefereerde muziek. Dit onderzoeksverslag toont de antwoorden op onder andere deze vragen.

1.1 Wat is muziek?

1.1.1 De definitie van muziek

Om een goed beeld te kunnen geven van de werkingen van de iPod met geprefereerde muziek bij ouderen met dementie is het belangrijk te weten wat muziek is. Veel mensen luisteren graag naar muziek en iedereen heeft zijn eigen voorkeuren als het gaat om luisteren en spelen van muziek. Het woord muziek is afgeleid van het Griekse *μουσική* (*mousikè*), wat kunst van de Muzen betekent (den Boon & Geeraerts, 2005). Om te beginnen zijn er verschillende definities van muziek:

- ‘aaneenschakeling van door de menselijke stem en/of muziekinstrumenten voortgebrachte klanken, als uiting van kunst, voor het genot van de toehoorders, om op te dansen e.d.’ (woorden-boek, z.d.). Wat gelijk opvalt aan deze definitie is, dat ‘muziek’ die gecomponeerd wordt met een computer en zonder tussenkomst van instrumenten niet onder deze definitie zou vallen.
- ‘een door mensen geordend akoestisch fenomeen dat zich afspeelt in een afgebakend tijdsinterval’ (wiktionary, 2013). In deze definitie spreken ze over een akoestisch fenomeen, waarbij dus wederom de muziek gemaakt met moderne apparatuur niet onder deze definitie valt.
- ‘An art of sound in time that expresses ideas and emotions in significant forms through the elements of rhythm, melody, harmony, and color.’ (dictionary.reference,

z.d.). Deze definitie is wat ons betreft de beste, omdat deze definitie het heeft over het geluid en niet over wie of wat dat geluid voortbrengt.

Hoe muziek precies is ontstaan is niet bekend en zal waarschijnlijk ook nooit aangeduid kunnen worden, maar welke componenten de muziek heeft is wel bekend.

1.1.2 De componenten van muziek

De Langen (2013) omschrijft dat de componenten binnen de muziek kunnen worden opgedeeld in twee hoofdgroepen: namelijk de ritmische componenten en de tonale componenten. Hieronder komen deze componenten aan bod en worden ze kort omschreven.

De ritmische componenten.

- *Het tempo.* Het 'normale tempo' is ongeveer 80 tijdseenheden per minuut. Dit zou ongeveer gelijk zijn aan het aantal polsslagen per minuut bij een mens.
- *De maat.* Een muziekstuk bestaat uit maten zoals 4/4 of 3/4, deze geven een beweging aan de muziek. Bij de 4/4 zitten de accenten op de eerste en de derde tel, hierdoor wordt de beweging recht. Bij de 3/4 zit het accent alleen op de één en heb je maar drie tellen in totaal, hierdoor krijg je een ronde beweging zoals bij de wals.
- *Het ritme.* Ritme is het verschil in toonduur en stiltes en hier een opeenvolging van.

De tonale componenten.

- *De toonhoogte.* De indeling die het meeste wordt gebruikt voor het aantonen van de toonhoogte is: sopraan, alt, tenor en bas. Hoe kleiner het instrument of hoe korter de snaar hoe hoger de toon.
- *De melodie.* De opeenvolging van tonen uit verschillende toonhoogtes.
- *De harmonie.* Dit is de samenklank van twee of meer tonen. Dit kan harmonisch of disharmonisch.
- *De klank.* Elke stem en elk instrument heeft zijn eigen klankkleur, dit komt door het aantal boventonen dat mee vibreert en de sterkte van deze boventonen.
- *De dynamiek.* De dynamiek is de sterkte van de klank, dit wordt uitgedrukt in decibels (dB), te hard geluid kan het gehoor beschadigen en zelfs het welzijn negatief beïnvloeden.

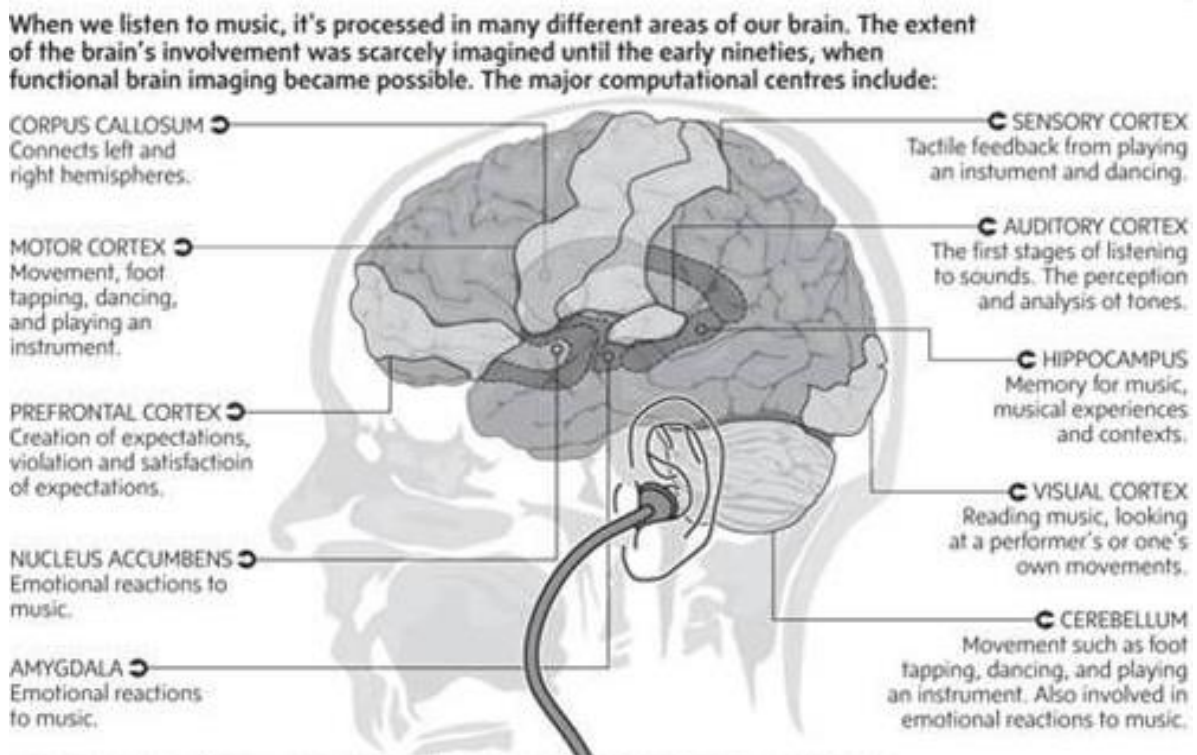
Door al deze verschillende componenten wordt muziek erg complex. Hoe dit in de hersenen verwerkt wordt, is voor zover mogelijk in kaart gebracht, helaas tot op heden nog niet volledig. Wat wel bekend is over de verwerking van muziek in de hersenen zal in het volgende hoofdstuk verklaard worden.

1.1.3 Muziek en het brein

Alle informatie in dit hoofdstuk is nodig om het de koppeling te maken tussen de muziek en emotie met de dementie. In het volgende hoofdstuk zal verder worden ingegaan op de emotie binnen de muziek en welke gebieden van de hersenen hier verband mee hebben.

Hoe muziek precies in het brein wordt verwerkt is niet duidelijk, maar globaal is wel bekend welke delen van de hersenen muziek verwerken. Figuur 1 laat zien welke gebieden waar

verantwoordelijk voor zijn. In appendix I staan twee andere afbeeldingen waaronder een dwarsdoorsnede. Hier zal in het kort een Nederlandse beschrijving bij gegeven worden (Levitin, 2006).



Figuur 1: Muziek en geluid in de hersenen (Levitin, 2006)

- Corpus Collosum. Verbindt de linker en de rechter hersenhelften met elkaar.
- Motorische Cortex. Bewegen, tikken met de voet, dansen en het spelen van een instrument.
- Prefrontale Cortex. Creëert verwachtingen, schending en bevrediging van verwachting.
- Nucleus Accumbens (onderdeel van het mesolimbische circuit dat ook dopamine afgifte regelt). Emotionele reacties op muziek.
- Amygdala. Emotionele reacties op muziek.
- Zintuigelijke Cortex. Terugkoppeling van het spelen van een instrument of dansen.
- Auditieve Cortex. De perceptie van geluid en het analyseren van tonen.
- Hippocampus. Geheugen van muziek, muzikale ervaringen en context.
- Visuele Cortex. Muziek lezen, kijken naar de bewegingen van de uitvoerder (ook zijn eigen bewegingen).
- Cerebellum (kleine hersenen). Beweging zoals tikken met de voet, dansen of een instrument bespelen, maar ook betrokken bij emotionele reacties op muziek.

1.1.4 Muziek en emotie

De meeste mensen zullen bij muziek weleens emoties voelen. Dit kunnen verschillende emoties zijn zoals blijdschap, verdriet, angst, maar geluid kan in de hersenen nog veel meer reacties veroorzaken. In de onderstaande opsomming zullen de psychologische

mechanismen die door geluid veroorzaakt kunnen worden, die bij (bijna) ieder mens hetzelfde zijn, verklaard, zodat de impact van geluid en muziek op de mens duidelijker wordt. Deze zeven psychologische mechanismen worden in het kort ook wel BRECVEM genoemd (Juslin & Sloboda, 2010).

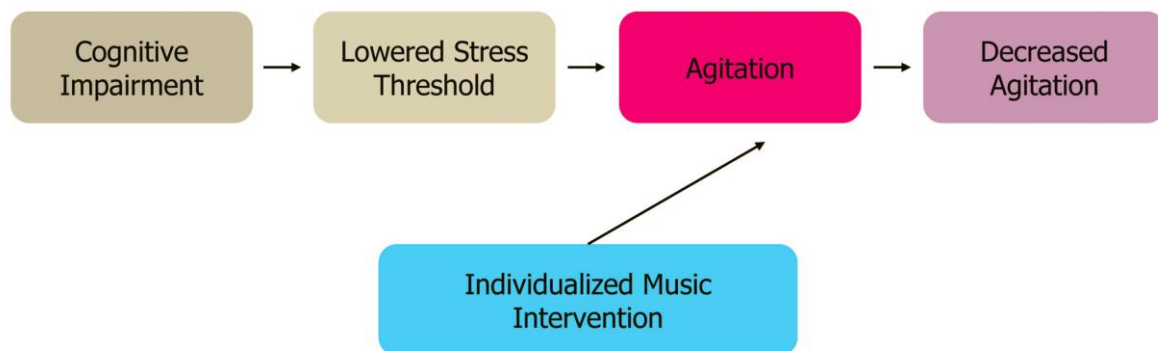
- **Brain stem reflex.** Dit is het proces waarbij de hersenen in een staat van alertheid komt door het horen van een geluid. Dit kan bijvoorbeeld een hard geluid zijn.
- **Rhythmic entrainment.** Het externe ritme van de muziek werkt zich in op het interne lichamelijke ritme zoals de hartslag en de ademhaling, zodat deze uiteindelijk overeenkomen.
- **Evaluative conditioning.** Op het moment dat er een positieve of negatieve emotie is, wordt de muziek vaak geluisterd/gehoord. Hierdoor wordt de emotie herbeleefd.
- **Contagion.** De kenmerken van de muziek hebben overeenkomsten met de gesproken taal, hierdoor wordt die bepaalde emotie gevoeld.
- **Visual imagery.** Door het luisteren naar de muziek worden beelden opgeroepen. Deze beelden zijn geen herinnering, maar worden opgeroepen door de muziek zelf.
- **Episodic memory.** Door het luisteren naar de muziek worden herinneringen opgeroepen en de emotie die bij deze herinnering hoort.
- **Musical expectancy.** De emotie van de luisteraar wordt opgeroepen, doordat de verwachtingen in de muziek worden uitgesteld, ontkracht of bekrachtigd.

Deze mechanismen tussen muziek en emotie zijn belangrijk om uit te kunnen leggen waarom er in de zorginstellingen voor geprefereerde muziek wordt gekozen en niet voor willekeurige muziek zoals bijvoorbeeld een radiozender.

1.1.5 Geprefereerde muziek

Voor muziek die specifiek gericht is op de voorkeuren van de cliënt zijn veel synoniemen gebruikt zoals voorkeursmuziek, geïndividualiseerde muziek en geprefereerde muziek. In dit verslag zal de term geprefereerde muziek worden gehanteerd. Het gebruik van geprefereerde muziek bij de iPods is van groot belang, want de muziek moet specifiek gericht zijn op de persoon voor wie de iPod bedoelt is om bijvoorbeeld de agitatie te verminderen (figuur 2). In het volgende hoofdstuk over dementie zullen we uitleggen waarom we muziek uit een bepaalde periode van het leven van de ouderen van dementie gebruiken. De geprefereerde muziek is geschikt voor het verminderen van agitatie bij ouderen met dementie (Gerdner & Schoenfelder, 2010). In figuur 2 is te zien dat geprefereerde muziek een positief effect zou hebben op het verminderen van de agitatie bij ouderen met dementie. Hierdoor is het belangrijk dat er geprefereerde muziek wordt

toegepast in plaats van willekeurige muziek (Gerdner & Schoenfelder, 2010; Gerdner, 2012).



Figuur 2: Mid-range theory of individualized music intervention for agitation (Gerdner, 2010)

1.2 Wat is dementie?

1.2.1 De definitie van dementie

Net als dat het belangrijk is om te weten wat muziek is, is het even belangrijk om te weten wat dementie precies inhoudt, om een goed beeld te kunnen geven van de werkingen van de iPod met geprefereerde muziek bij ouderen met dementie. Hierbij worden enkel de vormen van dementie besproken, die grotendeels een rol hebben gespeeld tijdens dataverzameling voor dit onderzoek. De term dementie is afkomstig uit het Latijn en laat zich het best vertalen als 'ontgeesting' (Informatie over dementie, z.d.). De definitie van dementie wordt op diverse manieren beschreven, maar komen allemaal (deels) met elkaar overeen. Een aantal van deze definities zijn:

- 'Een aandoening van de hersenen waardoor de verstandelijke en cognitieve vermogens verminderen' (woorden, z.d.).
- 'Aandoening van de hersenen met als kenmerken ernstige vergeetachtigheid, vermindering van intellectuele vermogens en desoriëntatie, vooral in de tijd' (Zorgbelang Noord-Holland, z.d.).
- 'Verzamelsnaam van een groot aantal geestelijke stoornissen veroorzaakt door afname van de hersenfuncties. Dementie wordt gekenmerkt door teruggang in het denkvermogen, gevoelsleven, cognitieve functies (zoals waarneming, aandacht geheugen, oriëntatie, taalgebruik, vaardigheden), intellect en herinneringscapaciteit' (Encyclo, z.d.).

Zo bestaan er meerdere definities van dementie. De ene definitie is uitgebreider dan de ander, maar stuk voor stuk bevatten ze in feite dezelfde informatie. Namelijk 'achteruitgang van het cognitieve vermogen'.

1.2.2 De componenten van dementie

Dementie kan volgens Pot, Broek en Kok. (2001) op drie manieren worden beschreven:

- Een neuropsychologische component. Deze uit zich in apraxie, afasie en agnosie. Oftewel; taalproblemen, problemen met handelingen plannen en/of uitvoeren en problemen met het herkenningsvermogen.

- Een neuropsychiatrische component. Deze bestaat uit een aantal gedragsproblemen en psychiatrische symptomen.
- Problemen met dagelijks functioneren. Zowel ernstige problemen, herkenbaar in de laatste stadia van dementie, als instrumentele veranderingen die in vroege stadia optreden worden hiermee bedoeld.

Hierbij kan gesteld worden dat dementie geen diagnose is, maar een syndroom oftewel een combinatie van klachten. Artsen spreken over het dementiesyndroom of dementie als ze het hebben over klachten die typisch zijn voor dementie. De oorzaken van deze syndromen vormen vervolgens de diagnose; Alzheimer, vasculaire dementie, fronto-temporale dementie of Lewy Body dementie enzovoort (Pot et al., 2001). De klachten die deze diagnoses vormen, nemen na verloop van tijd toe in mate van ernst. In sommige gevallen kunnen klachten wellicht worden vertraagd of omkeerbaar gemaakt worden, maar daarvoor moet duidelijk worden vastgesteld door welke aandoening de dementie in kwestie wordt veroorzaakt (Vinke, Flens & Kollaard, 2007).

1.2.3 Subtypen van dementie

- Alzheimer: Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie. Alzheimer treedt in de meeste gevallen pas bij hogere leeftijd op (ongeveer vanaf 65 jaar). Naast een verminderd vermogen nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren, staan afasie oftewel taalstoornissen, stoornissen in de praktische vaardigheden, stoornissen in visuele herkenning (agnosie) en stoornissen in de uitvoerende functies (apraxie) vaak op de voorgrond. Geheugenproblemen vallen vaak als eerste op, gevolgd door andere eerder genoemde klachten die sluipend beginnen. (American Psychiatric Association, 2000).
- Fronto-temporale dementie: Fronto-temporale dementie kan in tegenstelling tot Alzheimer ook voorkomen op een vroegere leeftijd, tussen het 40e en 60e levensjaar. Gedragsproblemen vallen bij deze vorm van dementie vaak als eerste op. Daarnaast zijn ook cognitieve functiestoornissen, gebrek aan ziekte-inzicht, ontremd gedrag, emotionele onverschilligheid, apathie en initiatiefverlies, obsessief-compulsief gedrag, impulsiviteit en spraak- en taalproblemen kenmerkend voor fronto-temporale dementie. Geheugenproblemen spelen in eerste instantie geen grote rol in de begin fase (Jonker et al., 2009).
- Vasculaire dementie: Vasculaire dementie wordt meestal veroorzaakt door een verstoorde werking van de bloedtoevoer naar de hersenen. De meest voorkomende oorzaak voor deze vorm van dementie is een beroerte. Patiënten met hart- en vaatziekten hebben dus een grotere kans op vasculaire dementie dan mensen die dit niet hebben. Vasculaire dementie komt meestal voor tussen het 65e en het 75e levensjaar. Afasie, apraxie, agnosie, afwezigheid en concentratieproblemen zijn kenmerkend voor vasculaire dementie. (Vasculaire dementie, z.d.).

In de drie vormen van dementie die tot nu toe genoemd zijn, is al te zien dat de symptomen per vorm van dementie sterk kunnen verschillen. Zo bestaan er meerdere vormen van

dementie waar weer andere symptomen bij op de voorgrond kunnen staan. Wat ze met elkaar gemeen hebben is wat de symptomen tot gevolg kunnen hebben; agitatie, angst en/of isolatie wat op den duur weer kan leiden tot depressie (Jonker, Slaets & Verhey, 2009). Het begrijpen van deze symptomen en bijbehorende gevolgen is noodzakelijk om te begrijpen hoe het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods dit tegen kan gaan of kan versoepelen.

1.2.4 Het verloop van dementie

Vroege signalen van dementie zijn vergeetachtigheid, moeite met de taal, veranderingen in gedrag en onzekerheid. Dit zijn in het begin lichte klachten die vaak niet direct worden gekoppeld aan dementie. In de onderstaande tekst worden de fases die men doormaakt van beginnende tot ernstige dementie beschreven. De volgende omschrijving van het verloop van dementie heeft betrekking op alle eerder genoemde vormen van dementie volgens Vinke et al. (2007):

- **Bedreigde ik:** Wanneer men merkt dat men vergeetachtig wordt en merkt dat er iets mis is, probeert men dit vaak te verhullen (bewust of onbewust). Mogelijk dient dit als poging om de eigenwaarde te beschermen omdat men beseft dat de persoonlijkheid bedreigd wordt. Dit roept op den duur veel angst op. Deze angst kan zich bijvoorbeeld uiten door onrust of spanning of apathie. Hiernaast ontstaat er onzekerheid doordat het leer- en begripsvermogen afneemt.
- **Verdwaalde ik:** In deze fase raakt men de oriëntatie in plaats en tijd kwijt. Het is letterlijk alsof men verdwaalt omdat men niet langer weet waar ze zijn, hoe laat het is etc. Het besef van eigen ziektebeeld verslechterd. Men is niet langer in staat om over zichzelf na te denken waardoor het verdriet of ergernis vanwege eigen falen lijkt te verdwijnen. Men is niet langer in staat om nieuwe informatie in het geheugen op te nemen, vergeet langzamerhand ook oudere informatie en keert steeds verder terug in herinneringen (thema's die eerder in het leven belangrijk waren). Hierbij is het goed mogelijk dat ook pijnlijke ervaringen uit het verleden weer naar boven komen.
- **Verzonken ik:** In deze laatste fase is men nauwelijks nog in staat om doelgericht en gecoördineerd te handelen. De beleavingswereld waarin men zich bevindt is daarom vergelijkbaar met die van een kind. Men is opnieuw kwetsbaar en afhankelijk van anderen. Het leven draait weer om eerste levensbehoeften zoals eten en drinken maar ook rust, warmte, veiligheid en vertrouwen. Men begrijpt zichzelf en de wereld niet meer maar zijn intuïtief opzoek naar warmte en veiligheid. De enige manier van pogingen tot communicatie uiten zich door zichtbare lichamelijke onrust, roepen of huilen (agitatie). Mogelijk speelt angst hierbij een grote rol.

Het begrip agitatie wordt door diverse onderzoekers op verschillende manieren gedefinieerd. Wat overeenkomt bij deze verschillende definities zijn de gedragingen die hieruit voortkomen; irritatie, verwarring, onrust, doelloos rondwalen, schreeuwen, vloeken, (verbale) agressie en slaapgebrek oftewel, probleemgedrag. Agitatie treedt op (met name tijdens de latere fasen van dementie) bij voor de cliënt onverklaarbare omstandigheden,

waarbij de omgeving waarin men zich bevindt wordt verstoord (Vink, Erkelens & Meinardi, 2013).

1.2.5 Ouderenzorg

Uit het onderzoeksrapport “Het vaststellen van kwaliteit van leven in de ouderenzorg” valt te concluderen dat wanneer gevoelens zoals agitatie, angst en vergelijkbare eerder genoemde symptomen verzacht worden, het hoogstwaarschijnlijk is dat het welbevinden van de ouderen met dementie wordt verhoogd. Hierbij is er een afweging gemaakt van onder andere; lichamelijke beperkingen, lichamelijke verzorging, het ervaren van veiligheid, zinvolle dagbesteding en eigen invulling hiervan, contact met de leefomgeving en familieleden, de mate van het ervaren van plezier in het leven en gevoelens van onafhankelijkheid, privacy, de beleving van eigen identiteit en spiritualiteit (Poortvliet, Boer, Gerritsen & Wagner, 2006).

Belevingsgerichte zorg kan een groot aandeel leveren aan het in stand houden of verhogen van ‘kwaliteit van leven’. Doordat de cliënt zichzelf en de omgeving niet langer (volledig) begrijpt, richt belevingsgerichte zorg zich door zorgprofessionals als het ware op het inschatten van de situatie door de ogen van de betreffende cliënt. Dit dient als doel om het ervaren van verbondenheid te versterken, om op deze manier gevoelens van agitatie, angst en isolatie naar de achtergrond te verdrijven. De zorg is hierbij niet langer puur taakgericht maar meer team- en persoonsgericht (Pot et al., 2001). De verwachting is daarom dat het aanbieden van geprefereerde muziek binnen het kader van belevingsgerichte zorg past.

1.2.6 Herinneringen oproepen

Ouderen muziek aanbieden of zelf muziek maken en bewegen zijn aspecten die belangrijk zijn bij het bereiken van welbevinden en ‘kwaliteit van leven’ bij dementerende ouderen. ‘Het zijn niet alleen goede manieren om contact te maken en iemand zich prettig te laten voelen, mogelijk activeert het ook het brein en vertraagt het dementie’ (Vink et al., 2013, p. 23).

Zoals in paragraaf 1.1.3 Muziek en het brein al benoemd is, is de Hippocampus het gedeelte in de hersenen is waar het geheugen van muziek, muzikale ervaringen en context zich bevindt. Dit is dus ook het gedeelte van de hersenen waar beroep op wordt gedaan bij de gedementeerde ouderen, wanneer zij een iPod met geprefereerde muziek aangeboden krijgen. Waar men favoriete liedjes van vroeger nog lijkt te herkennen en mee kan zingen, zijn andere herinneringen soms allang verloren gegaan en is men nauwelijks tot niet meer in staat om te praten. Wanneer duidelijk is in welke fase men zich bevindt (zoals beschreven in paragraaf 1.2.4), kan het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van de iPod hierop aangepast worden. Muziek uit herinneringen die men in een bepaalde fase als het ware ‘herleeft’, kan worden gebruikt om in te spelen op het gevoel van tijd en ruimte waarin men zich op dat moment bevindt. Op deze manier voelt men zich mogelijk begrepen en brengt dit wellicht een gevoel van veiligheid met zich mee.

1.3 Probleemstelling

Zoals kort beschreven in het voorwoord, wordt er op Atlant Zorggroep sinds enige tijd op enkele afdelingen door muziektherapeuten, eerste verantwoordelijke verzorgers en

verzorgers gewerkt met het aanbieden van persoonsgebonden, geprefereerde muziek door middel van iPods. Tot nu lijkt dit het gedrag van cliënten met dementie positief te beïnvloeden, maar is er tot nu toe nauwelijks tot geen onderzoek gedaan naar hoe het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van een iPod/mp3-speler in zorginstellingen in Nederland wordt ingezet en welke factoren hierbij belemmerend of bevorderend zijn.

Op een aantal andere zorginstellingen in Nederland wordt de bovengenoemde interventie eveneens toegepast. Nu is vanuit Atlant zorggroep de vraag gekomen om onderzoek te doen naar de manier waarop de interventie “iPods/mp3-spelers met geprefereerde muziek” bij andere zorginstellingen in Nederland wordt toegepast.

1.4 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om een beeld te schetsen van de manier waarop het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods bij zorginstellingen in Nederland wordt uitgevoerd. Dit om een basis te leggen voor Atlant Zorggroep, zodat zij de interventie zo effectief mogelijk kan implementeren en onderzoeken.

1.5 Vraagstelling

1.5.1 Hoofdvraag

Wat zijn de ervaringen van muziektherapeuten, psychologen en verzorgers in zorginstellingen waar ouderen met dementie verblijven en verpleeghuizen in Nederland, met het aanbieden van “iPods/mp3-spelers met geprefereerde muziek” bij mensen met dementie?

1.5.2 Deelvragen

- Met welk doel en op welke wijze is de interventie in zorginstellingen waar ouderen met dementie verblijven en verpleeghuizen geïmplementeerd?
- Wat zijn de valkuilen en de succesfactoren bij het toepassen van de interventie?
- Wat ziet men aan verandering van gedrag bij de cliënten naar aanleiding van het aanbieden van de interventie en hoe wordt dit geobserveerd?

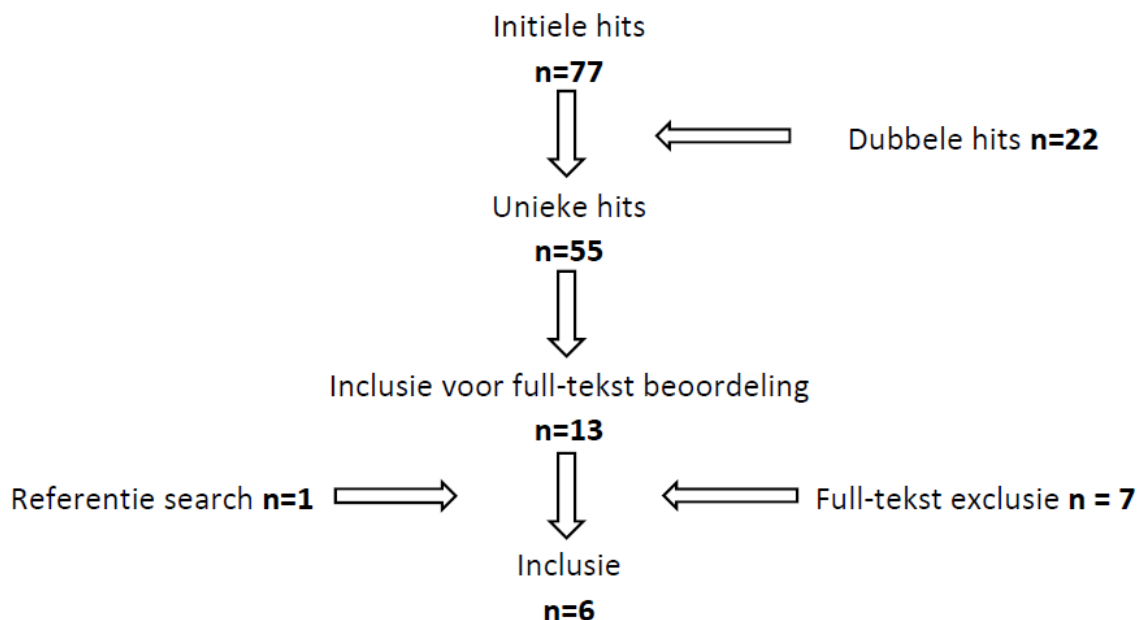
2. Methode van onderzoek

Als onderzoeksdesign voor dit onderzoeksverslag is gekozen voor een kwalitatief beschrijvend onderzoek. Dit design leent zich uitstekend om ervaringen en zorgbehoeften te onderzoeken.

2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Methode gegevensverzameling

Het doel van de literatuurstudie was om informatie met betrekking tot de interventie te achterhalen. Voor het verzamelen van gegevens uit literatuur is gekozen om met behulp van PubMed naar relevante artikelen te zoeken. Door middel van trefwoorden, exclusie criteria en het lezen van de abstract zijn artikelen geselecteerd voor een full-text beoordeling. De searchstrings die gebruikt zijn voor het verzamelen van de artikelen zijn verwerkt in een schema (7.2 Appendix II). Uiteindelijk zijn zeven artikelen relevant bevonden. In figuur 3 wordt dit door middel van een stroomschema overzichtelijk gemaakt.



Figuur 3: Stroomschema zoekstrategie

De gevonden artikelen omtrent de interventie zijn op deze manier bestudeerd om onderzoeken, gegevens en resultaten uit diverse landen en vanuit verschillende invalshoeken te kunnen benaderen (7.3 Appendix III).

2.1.2 Gegevens analyseren

Aan de hand van de onderzoeksvraag en de subvragen, is verzamelde data uit literatuurstudie geanalyseerd aan de hand van de volgende thema's:

- Auteur/Jaartal
- Type publicatie en betreffende doelgroep
- Over de interventie
- Type muziek

- Succesfactoren (zichtbare effecten)
- Faalfactoren (risico's/valkuilen)
- Gebruik van meetinstrumenten JA/NEE
- Andere resultaten

De thema's 'doelgroep, over de interventie, type muziek, succes- en faalfactoren' hebben betrekking op de onderzoeksvraag en subvragen. Het thema andere resultaten blijkt belangrijk te zijn voor tekstfragmenten die wel degelijk in relatie lijken te staan tot de onderzoeksvraag, maar niet direct in één van de overige thema's lijken te passen. Dit thema is door beide onderzoekers nogmaals geanalyseerd op relevantie wat betreft het onderzoek.

2.2 Interviews

2.2.1 Participanten

Voor het benaderen van de participanten, is gebruik gemaakt van de contacten die de muziektherapeut bij Atlant Zorggroep in een eerder stadium heeft gelegd. Met deze contacten is via emailcontact gevraagd of men bereid is een interview te geven over de interventie. Na bevestiging is er een afspraak gemaakt voor een interview. In totaal zijn er zeven participanten die werkzaam zijn bij vijf verschillende zorginstellingen. Om de interventie vanuit verschillende invalshoeken te benaderen is bewust gekozen voor participanten met verschillende functies. De interviews zijn afgenomen bij de functies muziektherapeut, psycholoog, sociaal agoog, eerste verantwoordelijke verzorger en verzorger. De dienstjaren van de participanten in deze functie verschilt van 1 tot ongeveer 25 jaar.

2.2.2 Methode gegevensverzameling

Via Atlant Zorggroep Beekbergen zijn adressen en namen bemachtigd van organisaties die op een of andere manier een iPod project hebben met geprefereerde die aansluit bij de werkwijze zoals omschreven door Music and Memory (2014). Deze organisaties zijn benaderd en bij de organisaties die mee wilden werken aan het onderzoek is besloten om 1 à 2 personen per organisatie te interviewen (zie 2.3.2). In eerste instantie ging de voorkeur uit naar participanten voor het interview die een groot aandeel hebben in de betreffende projecten, zoals bijvoorbeeld een muziektherapeut of een psycholoog. Op het moment dat er ruimte was voor een tweede interview, is de keuze om een eerste verantwoordelijke verzorgende, verzorger of een persoonlijk begeleider te interviewen gemaakt. Vanwege het kleine aantal organisaties die geprefereerde muziek aanbieden door middel van iPods, is besloten om zowel organisaties die al langer met deze interventie werken en organisaties die net beginnen met de interventie te interviewen. In verband met het korte tijdsbestek, zijn er in totaal zeven interviews afgenomen.

Het doel is om de werkwijzen en ervaringen van deskundigen te kunnen verzamelen en hier is het interview een bruikbaar middel voor. Er is gekozen voor het semigestructureerd interview (Migchelbrink, 2012; Donk & Lanen, 2011), omdat de participanten hierbij veel ruimte hebben om een antwoord te formuleren. Ook heeft de interviewer houvast aan de topiclist die voorafgaand aan het interview al is opgesteld (7.4 Appendix IV). Daardoor wordt de geldigheid van de gegevens gewaarborgd en zijn deze gemakkelijker te verwerken dan

met een minder gestructureerd interview het geval zou zijn. Het interview is samengesteld door bevindingen uit voorafgaand literatuuronderzoek en door te onderzoeken wat de meest voorkomende valkuilen, positieve effecten en praktische punten zijn bij het iPod project. Door middel van feedback van zowel de onderzoeksbegeleider als twee externe deskundigen, is de topiclist zo betrouwbaar mogelijk gemaakt en is de geldigheid hiervan gewaarborgd gebleven.

2.2.3 Voorbereiding afnemen interviews

Voorafgaand aan het afnemen van de zeven interviews zijn een aantal belangrijke punten op rij gezet zoals:

- Of wij de verschillende instellingen gaan bezoeken,
- Wie wij willen interviewen tijdens de bezoeken en wat het doel hiervan is,
- Of wij de participanten samen of apart gaan interviewen,
- Het doel van de bezoeken en de interviews,
- Wanneer elk bezoek plaats zal vinden,
- De duur van elk bezoek en interview,
- Wat we van plan zijn met de verzamelde data (Donk & Lanen, 2011).

De keuze om de instellingen samen te bezoeken en vervolgens de interviews af te nemen, kwam voort uit advies van de onderzoeksbegeleider en externe deskundige. Er is niet langer sprake van een enkele onderzoeker die het interview op zijn of haar manier interpreteert. De kans op foutieve interpretatie van hetgeen de participant zegt, wordt verkleind. Deze aanpak van dataverzameling vergroot de zorgvuldigheid en zo ook de betrouwbaarheid van de gegevens die uiteindelijk verzameld zijn.

Een tijdsplanning is opgesteld wat betreft het bezoeken van de verschillende zorginstellingen en heldere afspraken zijn gemaakt met de betreffende instellingen over het maken van geluids- en mogelijk beeldopnamen. Zo is de verzamelde data met toestemming van de betreffende instellingen vastgelegd met audioapparatuur.

Het is een bewuste keuze geweest om Atlant Zorggroep als eerst te bezoeken om hier de eerste interviews af te nemen. Als beginnende onderzoekers was het hier mogelijk om na afloop van het interview om feedback te vragen. Deze feedback is meegenomen als aandachtspunt bij de resterende interviews om de bruikbaarheid en betrouwbaarheid hiervan te vergroten. Na dit interview werd duidelijk dat het beter is om één persoon het interview te laten leiden, de ander mee te laten luisteren en mogelijke bijkomende vragen noteren die gesteld kunnen worden, wanneer de hoofdinterviewer geen vragen meer heeft.

2.2.4 De uitvoering op de gegevensverzameling

Door de interviews af te nemen op de locatie waar de geïnterviewde deskundigen werkzaam zijn, bleek het gemakkelijk te zijn voor hen om onder werktijd tijd vrij te kunnen maken om deel te nemen aan ons onderzoek. Ook beschikt de participant hierdoor over de voorwaarde om aan het interview deel te nemen op een voor hem of haar vertrouwde plek. Dit bracht als positief aspect voor dit onderzoek met zich mee dat er een duidelijker beeld ontstond

van de bezochte zorginstellingen met bijbehorende (zichtbare) overeenkomsten en verschillen.

Het inleidende gedeelte van het interview kenmerkt zich door een korte toelichting over het doel van het onderzoek, een beschrijving van het verloop van het aankomende interview en vragen over achtergrondinformatie omtrent de geïnterviewde en de zorginstelling waar hij of zij werkzaam is. Het resterende deel van het interview verliep volgens de topiclist.

De geluidsopnamen van de interviews werden vervolgens door beide onderzoekers afzonderlijk en handmatig getranscribeerd in Microsoft Word 2013. Daarnaast werd met toestemming van enkele participanten foto's gemaakt van voorwerpen die betrekking hebben op ons onderzoek.

Wanneer een participant vroeg naar de transcriptie van het interview, is deze opgestuurd via de email. Zo is er ruimte geweest voor eventuele verbeteringen of aanvullingen vanuit de kritische blik van de participant gezien. Wat met betrekking tot het onderzoek zorgt voor helder geformuleerde antwoorden van de participanten. Betrouwbaarheid en geldigheid wordt hierdoor vergroot omdat het waarheidsgehalte van de inhoud van de gegevens stijgt (Migchelbrink, 2012).

2.2.5 Interviews analyseren

De verzamelde gegevens uit interviews is geanalyseerd door de data terug te brengen tot betekenisvolle tekstfragmenten (Donk & Lanen, 2011). Hieruit zijn op basis van de topiclist de volgende thema's geformuleerd:

- Methode aanbieden muziek/interventiebeschrijving
 - Welke muziek wordt er aangeboden en waarom?
 - Op welke manier wordt de muziek aangeboden?
 - Wat is de reden dat de muziek wordt aangeboden?
 - Aan welke ouderen wordt de muziek aangeboden?
 - Waarom aan die ouderen?
 - Door wie wordt de interventie aangeboden?
 - Is er een stappenplan voor het uitvoeren van de interventie?
 - Wordt de interventie elke dag uitgevoerd?
 - Wordt de interventie op een vast tijdstip uitgevoerd?
 - Worden de ouderen geobserveerd en hoe?
- Observaties van effecten en gebruik van meetinstrumenten
 - Werkt de interventie? Hoe merk je dit?
 - Positief aan aanbieden interventie?
 - Negatief aan aanbieden interventie (risico's/valkuilen)?
 - Praktische voor en nadelen interventie?
- Samenwerking van het personeel met betrekking tot het iPod project binnen de instelling?
 - Wat is noodzakelijk wat samenwerking betreft binnen de instelling?
- Ideeën voor voortgang iPod project
 - Met betrekking tot observatie en metingen

- Met betrekking tot manier van aanbieden interventie
- Discussie

Het eerste getranscribeerde interview werd door beide onderzoekers op deze manier geanalyseerd en gecodeerd. Hieruit bleek dat er voornamelijk overeenkomsten waren in de manier van analyseren van beide onderzoekers. Om die reden, en door de beperkte tijd, zijn de overige manuscripten door de onderzoekers afzonderlijk van elkaar geanalyseerd.

Nadat alle bruikbare verzamelde data was verwerkt in het analyseschema (7.5 Appendix V), zijn overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de onderzoeksvraag en bijbehorende subvragen bekeken. Veelzeggende citaten van participanten zijn gebruikt ter bekrachtiging van de resultaten.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de verzamelde gegevens gepresenteerd. De indeling van de gegevensweergave is gemaakt aan de hand van het analyseschema van zowel de literatuurstudie als de interviews en de daarin gehanteerde thema's (7.3 Appendix III & 7.5 Appendix V).

3.1 Resultaten uit de literatuur

3.1.1 Geprefereerde muziek

Volgens Gerdner & Schoenfelder (2010) houdt geprefereerde muziek in dat het muziek is die geïntegreerd is in iemands leven en gebaseerd is op persoonlijke voorkeuren. Om muzikale voorkeuren van de ouderen te achterhalen gebruiken Gerdner & Schoenfelder (2010) "The Assessment of Personal Music Preference Questionnaire" oftewel de APMQ (7.6 Appendix VI). Sung, Chang & Lee (2010) maken gebruik van de "Music Preference Survey" oftewel de MPS. Met behulp van deze vragenlijsten worden familieleden van de ouderen geïnterviewd over diens muzikale voorkeuren en de bijbehorende belangen die de oudere hierbij heeft. In beide artikelen wordt geconcludeerd dat het bewezen is dat geprefereerde muziek een mogelijkheid biedt om het geheugen te stimuleren (Gerdner & Schoenfelder, 2010; Sung et al., 2010).

3.1.2 Toepassen en doel interventie

Volgens Gerdner (2012) is de kans op agitatie bij mensen met vergevorderde dementie voor zeer aanwezig. Naar aanleiding van dit gegeven is zij de eerste die geprefereerde muziek als interventie om agitatie tegen te gaan inzet en hiervoor een theoretische basis ontwikkelt; "Individualized Music Intervention for Agitation" oftewel, IMIA. Zo beschrijven Gerdner & Schoenfelder (2010) dat het doel van het aanbieden van muziek is om de frequentie en mate van ernst van agitatie bij ouderen met dementie te verminderen. In nadere omschrijving zegt men dat interventie wordt toegepast als manier van communicatie wanneer men niet langer in staat is om verbale taal te begrijpen of om prikkels uit de omgeving (op correcte wijze) te interpreteren (Gerdner & Schoenfelder, 2010).

De interventie is veelzijdig en kan op diverse manieren en onder verschillende omstandigheden worden toegepast. Een beschrijving van een toepassingswijze van de interventie die in eerste instantie wordt toegepast door middel van een cd-speler volgens Gerdner & Schoenfelder (2010) is:

- De essentie van muziek in het leven voorafgaand aan cognitieve achteruitgang van de cliënt vast stellen.
- De cliënt vragen naar zijn of haar muzikale voorkeuren. Zo specifiek mogelijk; titels van liedjes, artiesten, voorkeur voor instrumentale of vocale muziek en voorkeur voor type instrumentale muziek.
- Familieleden interviewen wanneer de cliënt zelf niet langer in staat is om deze informatie te delen (mogelijk door middel van de APMQ vragenlijst).
- Met toestemming kan muziek uit de persoonlijke muziekverzameling van de betreffende cliënt gebruikt worden en als de financiën van de zorginstelling dit toelaat, kan een geprefereerde muziekbibliotheek bestaande uit diverse muziek voor cliënten worden opgebouwd. Hierbij wordt vermeld dat laatste technologieën zoals

mp3-spelers en iPods hier een flexibiliteit in biedt.

- Optimale effectiviteit wordt bereikt bij implementatie van de interventie gedurende minimaal 30 minuten voorafgaand aan het hoogste niveau van agitatie van de cliënt. Bij voorkeur op een plek waar de cliënt het grootste gedeelte van zijn of haar tijd doorbrengt. De volume dient te worden ingesteld op een toepasselijk niveau.
- Ouderen die in aanmerking komen voor deze interventie moeten nauwkeurig geobserveerd worden op tekenen van agitatie. Er zou constant geëvalueerd moeten worden over hoe de cliënt op de geprefereerde muziek interventie reageert. Terwijl de geprefereerde muziek wordt afgespeeld dient men de cliënt te monitoren om vast te stellen dat agitatie niet verergerd of meer verwarring oproept. Bij het verergeren van agitatie dient de muziek direct te worden stopgezet. Daarbij kan muziek die plezierig is voor de één, vervelend zijn voor de ander. Vandaar dat cliënten in directe omgeving geobserveerd moeten worden op hun reactie op de muziek (Gerdner & Schoenfelder, 2010).

Sung et al. (2010) geeft eveneens aan de interventie aan te bieden op een manier die is gebaseerd op de bovenstaande richtlijnen.

In diverse onderzoeken omtrent het aanbieden van geprefereerde muziek bij ouderen door middel van cd-spelers of mp3-spelers werd een testperiode van zes weken aangehouden. De ouderen kregen hierbij tweemaal per week geprefereerde muziek aangeboden (Gerdner & Schoenfelder, 2010; Sung, Chang & Abbey, 2006; Park, 2010).

Geprefereerde muziek als vervanging van kalmeringsmedicatie wordt gezien als gebruiksmiddel voor een verandering van omgeving, om ongewenste prikkels naar de achtergrond te verplaatsen. Deze niet-farmacologische benaderingswijze dient als het ware ter preventie van agitatie (Sung et al., 2006).

3.1.3 Observaties en meetinstrumenten.

Voor het observeren van de veranderingen in gedrag worden in de literatuur verschillende soorten meetinstrumenten beschreven. Twee meetinstrumenten komen vaker dan één keer voor in de literatuur namelijk de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (7.7 Appendix VII) en de Global Deterioration Scale (GDS). De CMAI wordt gebruikt om de mate van agitatie te meten bij cliënten met dementie en wordt in de literatuur voor, tijdens en na het toepassen van de interventie gescoord (Gerdner, 2012; Park, 2010; Sung, Chang & Abbey, 2006; Gerdner & Schoenfelder, 2010). De GDS is een meetinstrument dat wordt gebruikt om de mate van dementie in te schalen. Deze test werd in de literatuur gebruikt om verschillen te kunnen zien in de effecten van de desbetreffende interventie bij verschillende stadia van dementie (Gerdner, 2012; Sung, Chang & Lee, 2010).

In de literatuur staan ook een aantal beschrijven van veranderingen in het gedrag van de cliënt na toepassing van geprefereerde muziek. Zo schrijft Sung et al. (2006) dat er tijdens een kwantitatief onderzoek met een controlegroep en interventiegroep er na toepassing van de interventie spraken is van een significante vermindering in de agitatie van de cliënten uit de interventiegroep (Sung et al., 2006). Verder wordt er omschreven dat geprefereerde muziek gebruikt kan worden om herinneringen op te roepen waar positieve gevoelens aan gekoppeld zitten om zo de stemming van de cliënt te beïnvloeden (Sung et al., 2010). In een

pilot-onderzoek van Gerdner en Schoenfelder (2010) wordt ook beschreven dat er klinisch en statistisch vermindering van agitatie zichtbaar is tijdens de interventie en ook direct na de interventie (Gerdner & Schoenfelder, 2010).

3.1.4 Praktische valkuilen en succesfactoren met betrekking tot het toepassen van de interventie

In de literatuur staat het één en andere beschreven over valkuilen met betrekking tot het toepassen van de interventie. Zo wordt er beschreven dat het probleemgedrag juist kan toenemen doordat een cliënt niet kan aangeven wat hij wil. De cliënten zijn soms lichamelijk niet in staat om de koptelefoon af te zetten of kunnen hun emoties niet uitten. Hierdoor kan de professional niet goed beoordelen of de client daadwerkelijk profijt heeft van de interventie (Sixsmith & Gibson, 2007). De koptelefoon kan voor ouderen met ernstige dementie ook verwarrend, oncomfortabel of onprettig zijn voor een client. Daarbij is het een valkuil dat de muziek te hard of te zacht wordt gezet (Gerdner & Schoenfelder, 2010). Sung geeft in zijn onderzoek als conclusie ook aan dat bij mensen met een gehoorapparaat en mensen met acute pijn of infecties de interventie niet of nauwelijks werkt. (Sung et al., 2010). Doordat de muziek harder afgespeeld moet worden bij cliënten met gehoorproblemen kunnen de andere cliënten hier last van ondervinden (Sixsmith & Gibson, 2007).

Over de succesfactoren met betrekking tot de interventie wordt veel minder geschreven. Gerdner en Schoenfelder (2010) beschrijven dat het gebruik van koptelefoons via cd-spelers, mp3-spelers of iPods een uitkomst is voor het luisteren naar geprefereerde muziek van de client. Doordat de muziek door middel van een koptelefoon door de cliënt beluisterd wordt, hebben de andere cliënten er geen last van (Gerdner & Schoenfelder, 2010).

3.2 Resultaten uit de interviews

3.2.1 Geprefereerde muziek

Elke participant benoemt dat men de ouderen geprefereerde muziek aanbiedt en een aantal participanten geeft aan dat hiermee bedoeld wordt dat de muziek toegespitst is op de cliënt in kwestie. Meer dan de helft van de participanten omschrijft hierbij in eigen woorden dat men deze muzikale voorkeuren van de ouderen achterhaald door in gesprek te gaan met familieleden en directe omgeving met behulp van zelfgemaakte vragenlijsten (7.8 Appendix VIII). Zo geeft één van de participanten voorbeelden van vragen omtrent geprefereerde muziek die men dan stelt:

‘Zo van... luisterden jullie überhaupt naar muziek? Van welke hield uw partner of familielid? En ook van speciale gebeurtenissen.’

3.2.2 Toepassen en doel interventie

Merendeel van de participanten geeft aan dat men het filmpje van Henry heeft gezien en dat het idee om de ouderen iPods met geprefereerde muziek aan te bieden mede door deze reden is ontstaan. Zo vertelt één van de participanten:

‘Eigenlijk standaard als ik een klinische les doe of een presentatie over muziektherapie dan laat ik het filmpje van Henry zien. (...) Het is een goed filmpje.’

Een overig genoemde aanleiding voor het inzetten van de interventie is door vraag vanuit de cliëntenraad om de ouderen muziek aan te bieden. Bij diverse zorginstellingen geeft een enkeling aan dat zij in contact zijn met een muziektherapeut van Atlant Zorggroep te Beekbergen. Op basis van dit contact heeft men informatie uitgewisseld met betrekking tot de interventie en het uitvoeren hiervan.

Enkele participanten bevinden zich nog in de opstartfase van het aanbieden van geprefereerde muziek bij ouderen door middel van iPods of mp3-spelers met koptelefoons, oftewel het aanbieden van de interventie. Daardoor zijn de betreffende participanten niet in staat om alle vragen met betrekking tot de uitvoering van de interventie tijdens het interview volledig te kunnen beantwoorden; ze hebben nog niet zo veel ervaring opgedaan.

Wel benoemen alle participanten specifiek dat geprefereerde muziek wordt aangeboden door middel van iPods of mp3-spelers met koptelefoons. In merendeel van de gevallen wordt de interventie uitgevoerd door de verzorging. Dat wil zeggen dat het verzorgend personeel verantwoordelijk is voor het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van de iPods met koptelefoons.

Alle participanten geven aan dat de interventie wordt aangeboden bij ouderen met dementie. Dit wordt door enkele participanten benoemd onder psychogeriatric. Overige doelgroepen die genoemd worden zijn mensen met dementie op jonge leeftijd, ouderen met Korsakov, Huntington, dubbelproblematiek, ouderen in revalidatie en ouderen op somatische afdelingen.

In principe is het bij een groot deel van de participanten de bedoeling dat de interventie dagelijks wordt uitgevoerd. Een enkeling benoemt hierbij direct dat het onduidelijk is of dit daadwerkelijk gebeurt. Volgens de participanten is er tot op heden geen systeem om te kijken of de interventie daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Het aanhouden van de koffiepauze als vast tijdstip waarop de interventie wordt uitgevoerd, wordt door enkele participanten gehanteerd. Men haalt aan dat de koffiepauze door de verzorging als een geschikt tijdstip wordt ervaren om de interventie uit te voeren. De overige participanten geven aan dat hier nog geen afspraken over zijn.

‘Als wij dan aan de pauze gaan hangt er een A4tje van jullie aan de koffie bewoners aan de iPod.’

Door enkele participanten wordt specifiek aangegeven dat men niet beschikt over een gericht stappenplan omtrent het uitvoeren van de interventie. Men pakt dit op verschillende manieren aan. Een van de participanten geeft aan dat de interventie wordt aangeboden vanuit een (sociaal agogische) benaderingswijze, die omschreven wordt in de omgangsadvisen van de betreffende ouderen. Bij een andere instelling komen ouderen in aanmerking voor de interventie wanneer men wordt doorverwezen naar muziektherapie door een arts of psycholoog, of men komt direct in aanmerking voor geprefereerde muziek door middel van iPod. Bij de overige zorginstellingen probeert men op enkele afdelingen alle ouderen te voorzien van een iPod met geprefereerde muziek.

Het aanbieden van geprefereerde muziek om onrust bij ouderen te verminderen of te voorkomen, wordt door enkele participanten als doeleinde van de interventie genoemd. Verder noemt men het tegengaan van gedragsproblemen, het tegengaan van spanning en het verbeteren van de stemming als redenen om de interventie toe te passen. In sommige gevallen wordt de interventie toegepast in plaats van kalmeringsmedicatie.

‘... verkochten wij het weleens als muziek als medicijn. Oftewel verpleegkundige daar die deelden elke dag pilletjes uit en de iPods zeiden ze zijn dan de muzikale pilletjes.’

De iPods met geprefereerde muziek wordt volgens enkele participanten aangeboden wanneer de ouderen agitatie vertonen

3.2.3 Valkuilen en succesfactoren met betrekking tot het toepassen van de interventie

In het interview is de participanten gevraagd naar de valkuilen en succesfactoren bij het toepassen van de interventie. Over valkuilen geeft ongeveer de helft van de participanten aan dat het een valkuil is dat de ouderen vaak de iPod niet zelf kunnen bedienen. Als er dan iets niet goed is met de iPod, zoals het volume of verkeerde muziek, kan een cliënt dat niet aangeven. Over de koptelefoons zeggen een aantal van de participanten dat sommige cliënten zich hierdoor gaan afzonderen en isoleren. Dit wil men niet bereiken met de interventie en dus zegt men dat ervoor gewaakt moet worden dat de cliënten zich niet gaan afzonderen of isoleren. Bij cliënten die slechthorend zijn en/of een gehoorapparaat dragen, geven enkele participanten aan dat de interventie lastig toe te passen is. Dit komt doordat het gehoorapparaat uit moet om de koptelefoon op te zetten en het geluid moet vaak hard. Hier geeft een participant ook aan dat de iPod niet hard genoeg kan. Daarnaast geeft een aantal van de participanten aan dat de overige cliënten er last van kunnen hebben als de cliënt met de iPod hard gaat meezingen met de muziek. De andere cliënten kunnen hierdoor probleemgedrag gaan vertonen.

‘Wat soms gebeurt is dat mensen zo blij worden van hun eigen muziek dat ze hard gaan meezingen, en anderen storen. (...) leven zorgt voor overlast!’

Over succesfactoren met betrekking tot het toepassen van de iPods geeft een meerderheid van de participanten aan dat het een succes is dat de cliënten hun persoonlijke muziek tot hun beschikking hebben. Daarbij geven enkele participanten aan dat het een succes is dat de cliënt zijn eigen koptelefoon heeft en dat andere cliënten op deze manier geen last hebben van de muziek van de cliënt. Verder zegt bijna de helft van de participanten dat ze de interventie een goede uitbreiding op muziektherapie vinden. Zo wordt de interventie in een enkel geval voorgeschreven als medicijn in plaats van medicatie, hierover zegt één participant ook dat muziek een medicijn is. Een andere participant geeft aan dat de iPods voor de verpleging een makkelijke systeem is.

3.2.4 Observaties en meetinstrumenten

In de interviews die afgenomen zijn is gevraagd naar de manier van observeren en meten van veranderingen in gedrag bij de cliënten naar aanleiding van het aanbieden van de interventie. Alle participanten die geïnterviewd zijn geven aan dat de cliënten geobserveerd worden tijdens de interventie. De observaties waren vooral tijdens de interventie, maar bij

enkelen ook voor en na de interventie om de verschillen beter in kaart te kunnen brengen. Om te observeren geeft een ruime meerderheid van de participanten aan dat een observatielijst wordt gebruikt. De overige participanten maken gebruik van een gestructureerd interview met meerkeuze antwoorden of door middel van een vrije observatie. Hoewel de voorkeur bij de meeste participanten die geïnterviewd zijn ligt bij een observatielijst, geeft ongeveer de helft aan dat de observatielijst vaak niet afdoende is voor een goede observatie of te uitgebreid is, zodat de verpleging er veel tijd mee kwijt is en hierdoor de lijst niet altijd wordt ingevuld. Deze participanten pleitten voor een korte overzichtelijk lijst die door de verzorging snel in te vullen is. Ook zegt één participant dat er gedacht kan worden aan een formulier met emoticons, zodat de verzorging in één oogopslag kan zien wat ze moeten invullen.

‘Het zou natuurlijk mooi zijn als ik bij elke cliënt van tevoren een observatie doe en naderhand. Zou heel leuk zijn, maar ik heb daar de tijd niet voor.’

Uit de interviews antwoordde meer dan de helft van de participanten dat de cliënten blij worden, gaan lachen en/of gaan meezingen tijdens (en na) het toepassen van de interventie. Bij de vragen omtrent de veranderingen in het gedrag van de cliënten antwoordde de meeste participanten dat er een positief effect optreedt op het verminderen van probleemgedrag van de cliënt zoals onrust, slapeloosheid, agressie en agitatie. Een participant vertelt dat de cliënt uit isolement komt en dat er emoties loskomen.

4. Discussie en kritische aspecten

In dit hoofdstuk worden een aantal discussiepunten besproken met betrekking tot de voorgaande hoofdstukken over de onderzoeksmethode en de resultaten. Dit wordt vervolgd door een beschrijving van een aantal kritische aspecten, die mogelijk invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek.

4.1 Discussie

Naar aanleiding van de verzamelde data, zijn er een aantal discussiepunten geformuleerd. Ondervonden is dat de participanten niet in staat zijn geweest om alle vragen tijdens het interview volledig te kunnen beantwoorden. Dit vanwege het feit dat een enkeling zich nog bevindt in de opstartfase van het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods of mp3-spelers met koptelefoons, oftewel de interventie.

Verzamelde data van de afgenomen interviews vertonen aanzienlijk veel overeenkomsten zowel als een aantal onbetwistbare verschillen. Opvallend is dat overeenkomsten zoals het aanbieden van geprefereerde muziek bij ouderen met dementie veelal bevestigd wordt in de verzamelde literatuur (zie 3. Resultaten).

Enkele participanten zijn met elkaar in contact en wisselen informatie uit wat betreft de al eerder genoemde interventie. Gebleken is dat men hierbij merendeels hetzelfde doel nastreeft. Namelijk, het verminderen of voorkomen van onrust en/of agitatie. Toch blijkt uit diverse resultaten dat men niet geheel dezelfde werkwijze en methode hanteert. Zo is één van de discussiepunten dat men op elke zorginstelling met andere vragenlijsten omtrent het achterhalen van muzikale voorkeuren van de ouderen werkt, terwijl het uitwisselen, delen en indien nodig aanvullen van deze vragenlijsten een gemakkelijkere optie lijkt. Dit geldt eveneens voor het gebruik van meetinstrumenten oftewel observatielijsten. Meerdere aspecten zouden hierbij van invloed kunnen zijn. Een mogelijkheid kan zijn dat de zorginstellingen elk een andere visie voor ogen hebben, waardoor men van mening is dat vragenlijsten die elders gemaakt zijn niet aansluiten op de zorginstelling waar men werkzaam is. Dit is echter niet aannemelijk omdat merendeel van de participanten aangeeft dat men zoekende is naar zowel geschikte vragenlijsten als geschikte observatielijsten. De participanten doen nauwelijks tot geen uitspraken over het zoeken naar bestaande vragenlijsten of observatielijsten die voor hen geschikt zouden kunnen zijn. Een andere mogelijkheid kan zijn dat de participanten zodanig in eigen proces bezig zijn, dat het delen van informatie over eigen ontwikkelingen of vragen naar informatie met betrekking tot de interventie van collega's buiten de zorginstelling waar men werkzaam is vergeten wordt. Doordat er vooral in Nederland relatief weinig onderzoek naar het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods is gedaan, beschikt men mogelijk niet over bestaande literatuur wat daadwerkelijk in zijn geheel aansluit. Deze mogelijkheid komt overeen met de bevinding dat verzamelde data voornamelijk afkomstig is uit het buitenland.

Een bijkomend discussiepunt is dat, bij de zorginstellingen waar met observatielijsten wordt gewerkt, de observatielijsten nauwelijks tot niet worden ingevuld door verzorging. Hoewel merendeel van de participanten aangeeft dat men het verzorgend personeel informeert en instructies geeft voor het uitvoeren van de interventie, wordt het invullen van de

observatielijsten niet zodanig structureel en consequent ingevuld zoals velen dit zouden willen zien. Dit geldt niet enkel voor het invullen van de observatielijsten maar ook voor het uitvoeren van de interventie op zich. Ondanks een klein aantal interviews van verzorgend personeel en het feit dat men zich op enkele zorginstellingen in de opstartfase bevindt, kan er binnen dit onderzoek een uitspraak worden gedaan over de oorzaak hiervan. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat de observatielijsten die men gebruikt te uitgebreid en onoverzichtelijk is. Dit komt overeen met speculaties van enkele participanten. Men benoemt namelijk dat het invullen van de observatielijst door het verzorgend personeel als lastverzwarend kan worden gezien.

Een laatste discussiepunt is dat er enerzijds aanzienlijk meer valkuilen dan succesfactoren worden genoemd omtrent het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods. Anderzijds drukken de participanten zich positief en met enthousiasme uit wanneer men spreekt over de betreffende interventie. Een aannemelijke oorzaak hiervan is dat dit mogelijk voortkomt uit gebrek aan literatuur omtrent effectonderzoek wat betreft het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods bij ouderen met dementie (om agitatie en/of te verminderen of voorkomen).

Wat enkele participanten zich afvragen is dat het tot nu toe onduidelijk is of het aanbieden van geprefereerde muziek door middel van iPods valt onder muziektherapie (oftewel als een vorm van behandeling), of dat de interventie thuishoort onder zorg en welzijn. De één geeft aan de interventie te zien als medicijn, de ander ziet graag dat de interventie wordt opgenomen in de verpleegkundige richtlijnen (Zie Appendix V). Wij zijn van mening dat het voor de effectiviteit van de interventie niets uit hoeft te maken of deze onder muziektherapie valt of niet. Het hangt van het doel en de visie van de instelling af onder welke afdeling deze interventie zal vallen.

4.2 Kritische aspecten

Wat betreft het afnemen, transcriberen en analyseren van de interviews is er sprake van een aantal kritische aspecten die mogelijk invloed hebben gehad op de verzameling van data.

Enkele interviews met verzorgend personeel zijn afgenomen op de afdeling zelf waar cliënten en/of collega's eveneens aanwezig waren. Dit heeft mogelijk de dataverzameling beïnvloed. Hoewel uit antwoorden en reacties zichtbaar lijkt te zijn dat men zich gerust voelde om vrijuit te spreken, is het niet aantoonbaar of dit daadwerkelijk nauwelijks tot geen invloed heeft gehad op de dataverzameling, of in welke mate deze invloed van sprake is.

Om de kans op vertekening van de gegevens te verkleinen, aldus de betrouwbaarheid van de gegevens te verhogen, hadden interviews na afname direct getranscribeerd en geanalyseerd moeten worden in plaats van later. Zo was direct zichtbaar geweest welke gegevens nog onduidelijk of onvolledig waren zodat dit bij resterende interviews mogelijk nog gevraagd kon worden. Als beginnende interviewer is dit duidelijk een kritisch aspect wat betreft interviewtechnieken.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt waar mogelijk antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag. Tevens wordt er gekeken of de doelstelling van het onderzoek behaald is. Ten slotte worden enkele aanbevelingen gedaan.

5.1 Beantwoorden deelvragen

Deelvraag 1: Met welk doel en op welke wijze is de interventie in zorginstellingen waar ouderen met dementie verblijven en verpleeghuizen geïmplementeerd?

Bij diverse verpleeghuizen en zorginstellingen, waar ouderen met dementie verblijven, wordt verwoord dat men het bereiken van het doel van de interventie nastreeft op verschillende manieren. Deze verschillende verwoordingen tonen aanzienlijk veel samenhang en overlap. Te concluderen is dat men grotendeels hetzelfde doel heeft. Namelijk, het verminderen of voorkomen van agitatie en/of probleemgedrag en het verbeteren van de stemming.

De volgende conclusies omtrent de implementatie van de interventie zijn binnen dit onderzoek zichtbaar geworden;

- Men biedt de ouderen geprefereerde muziek aan door middel van iPods met koptelefoon.
- Muzikale voorkeuren worden achterhaald door in gesprek te gaan met familieleden of directe omgeving. Het merendeel van de participanten maakt hierbij gebruik van zelf gemaakte vragenlijsten.
- De interventie wordt op elke instelling aangestuurd door een muziektherapeut, psycholoog of sociaal agoog. Zij beheren over het algemeen de muziek die men voor de ouderen verzamelt en zijn tevens degenen die het verzorgend personeel en betrokkenen nader informeert en instructies geeft over de interventie.
- Wanneer het 'iPod-project' van de grond is, wordt de verantwoordelijkheid van de uitvoering van de interventie in de meeste gevallen overgedragen aan collega's van verzorgend personeel.
- De bedoeling is dat de interventie structureel en consequent wordt uitgevoerd. Bij voorkeur dagelijks.
- De koffiepauze wordt als een geschikt tijdstip ervaren voor het uitvoeren van de interventie.
- Men is bij elk verpleeghuis en zorginstelling nog zoekende naar een geschikte observatiewijze.

Bovenstaande conclusies worden veelal bevestigd door bevindingen uit de literatuur.

Deelvraag 2: Wat zijn de valkuilen en de succesfactoren bij het toepassen van de interventie?

Na het analyseren van de resultaten van deelvraag 2 is een opsomming van de meest voorkomende valkuilen en succesfactoren geformuleerd. Hieronder zijn de vier meest voorkomende valkuilen opgesomd.

- Ouderen kunnen de iPod niet zelf bedienen.
- De koptelefoon kan voor mogelijke isolatie of afzondering zorgen.
- De interventie is lastig toe te passen bij ouderen met een gehoorapparaat of slechthorende ouderen.
- De cliënt kan voor overlast zorgen door mee te zingen met de muziek.

Hieronder zijn de drie meest voorkomende succesfactoren opgesomd.

- De cliënten hebben de beschikking over eigen muziek.
- Alleen de cliënt waar de muziek voor bedoelt is, kan de muziek horen in verband met de koptelefoon.
- De interventie is een mooie uitbreiding op de muziektherapie (buiten de sessies om).

Deelvraag 3: Wat ziet men aan verandering van gedrag bij de cliënten naar aanleiding van het aanbieden van de interventie en hoe wordt dit geobserveerd?

Uit de resultaten blijkt dat alle participanten de cliënten observeren met betrekking tot de interventie en dat het merendeel gebruik maakt van een observatielijst om deze observaties te noteren. Wel geeft ongeveer de helft van de participanten aan dat de observatielijsten nog niet optimaal zijn en nog veel verbeterpunten hebben. De participanten gebruiken geen van allen een geverifieerd meetinstrument om de cliënten te observeren. Alhoewel er in de theorie over gesproken wordt. Bij verschillende referenties wordt de CMAI (zie 3. Resultaten) als meetinstrument geopperd.

Het overgrote merendeel van de participanten geeft aan dat er een positief effect optreedt op het verminderen van het probleemgedrag van de cliënt. Dit wordt door de literatuur bekrachtigd in diverse artikelen (zie 3. Resultaten). Daarnaast geeft een kleine meerderheid van de participanten aan dat de stemming van de cliënt wordt beïnvloed door de interventie. De cliënten worden blij, gaan lachen en meezingen.

5.2 Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Wat zijn de ervaringen van muziektherapeuten, psychologen, sociaal agogen en verzorgers in zorginstellingen waar ouderen met dementie verblijven en verpleeghuizen in Nederland, met het aanbieden van “iPods/mp3-spelers met geprefereerde muziek” bij mensen met dementie?

Hieronder zal in het kort antwoord worden gegeven op de hoofdvraag door de conclusies van de deelvragen te bundelen.

De participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn over het algemeen erg positief over de interventie. Het toepassen van de interventie kan nog verbeterd worden op het gebied van observatie en structurele toepassing. Hoewel er meer valkuilen dan succesfactoren worden benoemd, geven de participanten aan dat de succesfactoren in verhouding belangrijker zijn dan de valkuilen. In de observaties zijn duidelijk positieve veranderingen in gedrag en stemming zichtbaar. Dit effect houdt soms nog aan nadat de iPod is afgezet.

5.3 Aanbevelingen

Voortkomend uit de conclusies kunnen er een aantal aanbevelingen worden gedaan omtrent het aanbieden van geprefereerde muziek bij ouderen met dementie door middel van iPods en verdere implementatie van de zojuist genoemde interventie.

Onderling informatie uitwisselen

Om de interventie op volledig effectieve wijze in te zetten, wordt geadviseerd zoveel mogelijk kennis op te doen en zoveel mogelijk informatie te verzamelen omtrent de betreffende interventie. Zorginstellingen en verpleeghuizen die werken met het aanbieden van geprefereerde muziek en mogelijk hetzelfde doel voor ogen hebben, zouden opgedane kennis met elkaar kunnen delen. Hiermee wordt bedoeld het uitwisselen van; ervaringen met de interventie, vragenlijsten met betrekking tot het achterhalen van muzikale voorkeuren, ontwikkelde stappenplannen, mogelijke meetinstrumenten enzovoort.

Introductie

Wanneer men de intentie heeft om de interventie enkel te implementeren en vervolgens over te dragen aan collega's van verzorgend personeel, wordt aangeraden de tijd te nemen om de interventie helder en volledig te introduceren zodat men zich na afloop allen op dezelfde golflengte bevindt wat betreft voortgang of implementatie van de interventie.

Evaluatiemomenten en open communicatie

Een volgende aanbeveling is om vaste evaluatiemomenten voor behandelteam en verzorgend personeel, kortom betrokkenen bij de implementatie van de interventie, te creëren. Dit wordt vaak al tussendoor gedaan, tijdens andere vergaderingen of tijdens multidisciplinaire overleg, maar geadviseerd wordt om evaluatiemomenten te plannen die specifiek gericht zijn op het uitvoeren van de betreffende interventie. Hierdoor worden er

mogelijkheden gecreëerd om zaken die soepel en zaken waar men mogelijk tegen aanloopt te bespreken, om de interventie zo doelgericht en effectief mogelijk aan te blijven bieden.

Structuur

Een bijkomend advies is om een helder stappenplan op te stellen binnen het team van collega's die betrokken is bij de uitvoering van de interventie. Hiermee wordt bedoelt om een systeem te ontwikkelen waarin mogelijk het volgende staat vastgesteld; Hoe frequent wordt de interventie uitgevoerd? Wanneer? Indien mogelijk op een vast moment of tijdstip? Wordt er geobserveerd (door wie, wanneer en hoe)? Op deze manier heeft men een heldere voorstelling van wat de bedoeling is en heeft men houvast.

Nader onderzoek omtrent geschikte meetinstrumenten en effecten

Naar aanleiding van aanzienlijk veel vraag naar geschikte meetinstrumenten en manieren om de betreffende ouderen te observeren, wordt geadviseerd nader (effect)onderzoek te doen dat zich specifiek hierop richt. Resultaten binnen dit onderzoek bieden mogelijk een beeld van punten omtrent de interventie die om verheldering vragen in mogelijk nader (effect)onderzoek.

6. Referentielijst

6.1 Internetreferenties

Dictionary: Music. (z.d.). Geraadpleegd op 16 April 2014, van <http://dictionary.reference.com/browse/music?s=t>

Encyclo: Dementie. (z.d.). Geraadpleegd op 20 april 2014 van, <http://www.encyclo.nl/lokaal/10449>

Informatie over dementie: de definitie van dementie. (z.d.). Geraadpleegd op 20 april 2014 van, <http://www.informatieoverdementie.nl/index.php/begrippen/de-definitie-van-dementie.html>

Music and Memory. (2014). Geraadpleegd op 01 Mei 2014 van, <https://musicandmemory.org/>

Vasculaire dementie. (z.d.). Geraadpleegd op 21 april 2014 van, <http://www.vasculairedementie.com>

Wikitionary: Muziek. (2013, 7 December). Geraadpleegd op 16 April 2014, van <http://nl.wiktionary.org/wiki/muziek>

Woorden: Dementie. (z.d.). geraadpleegd op 20 april 2014 van, <http://www.woorden.org/woord/dementie>

Woorden-boek: Muziek. (z.d.). Geraadpleegd op 16 April 2014, van <http://www.woorden-boek.nl/index.php?woord=muziek>

Zorgbelang Noord-Holland: Woordenlijst. (z.d.). Geraadpleegd op 20 april 2014, van <http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst>

6.2 Boekreferenties

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e druk). Washington, DC: Auteur.

Boon, T. den & Geeraerts, D. (2005). *Van Dale: Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* (14e druk). Utrecht: Van Dale Lexicografie.

Donk, C. van der., & Lanen, B. van. (2011). *Praktijkonderzoek In Zorg En Welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Jonker, C. (Eindred.), Slaets, J. (Eindred.), & Verhey, F. (Eindred.). (2009). *Handboek Dementie: Laatste inzichten in diagnostiek*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Juslin, P. (Ed.), & Sloboda, J. (Ed.). (2010). *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. Oxford: Oxford University Press.

Langen, M. de. (2013). *Muziek op maat: Muziekkeuze bij (dementerende) ouderen: In theorie: Informatieboek organisatie van het 'muziekklimaat' in zorginstellingen*. Leusden: Muziek op Maat.

Levitin, D. (2008). *This Is Your Brain On Music: Understanding A Human Obsession*. London: Atlantic Books.

Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (16^e druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Poortvliet, M.C., Beek, M.E. van., Boer, D.L. de., Gerritsen, D.L., Wagner C. (2006). Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. Nivel.

Pot, A. (Eindred.), Broek, P. (Eindred.), & Kok, R. (Eindred.). (2001). *Gedrag van slag: gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Houten: BohnStafleu van Loghum.

Vink, A., Erkelens, H., & Meinardi, L. (2013). *Muziek en Bewegen Bij Dementie*. Amsterdam: Reed Business.

Vinke, H. (Eindred.), Flens, C. (Eindred.), & Kollaard, S. (Eindred.). (2007). *Zorgboek Dementie* (7^e druk). Meppel: Giethoorn Media Groep.

6.3 Artikelreferenties

Gerdner, L. A. (2012). Individualized music for dementia: Evolution and application of evidence-based protocol. *World journal of psychiatry*, 2, 26–32.

Gerdner, L. A., & Schoenfelder, D. P. (2010). Evidence-based guideline. Individualized music for elders with dementia. *Journal of gerontological nursing*, 6, 7–15.

Park, H. (2009). Effect of music on pain for home-dwelling persons with dementia. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 3, 141–147.

Sixsmith, A., & Gibson, B. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*, 27, 127–145.

Sung, H. C., Chang, A. M., & Abbey, J. (2006). The effects of preferred music on agitation of older people with dementia in Taiwan. *International journal of geriatric psychiatry*, 10, 999–1000.

Sung, H. C., Chang, A. M., & Lee, W. L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 7–8, 1056–1064.

6.3 Afbeeldingreferenties

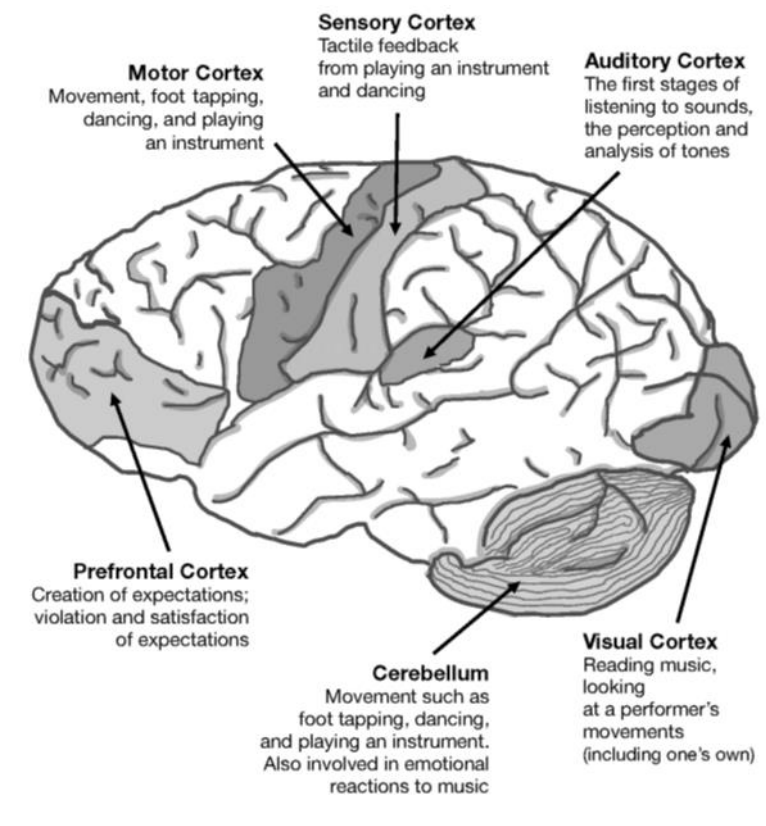
Rest assured nursing. (2014, 9 april). *Best-Caregiver-in-Los-Angeles-Music-Therapy*. [online afbeelding]. Gedownload op 21 mei 2014 van, <http://www.restassurednursing.com/wp-content/uploads/2014/04/Best-Caregiver-in-Los-Angeles-Music-Therapy.jpg>

6.4 Videoreferenties

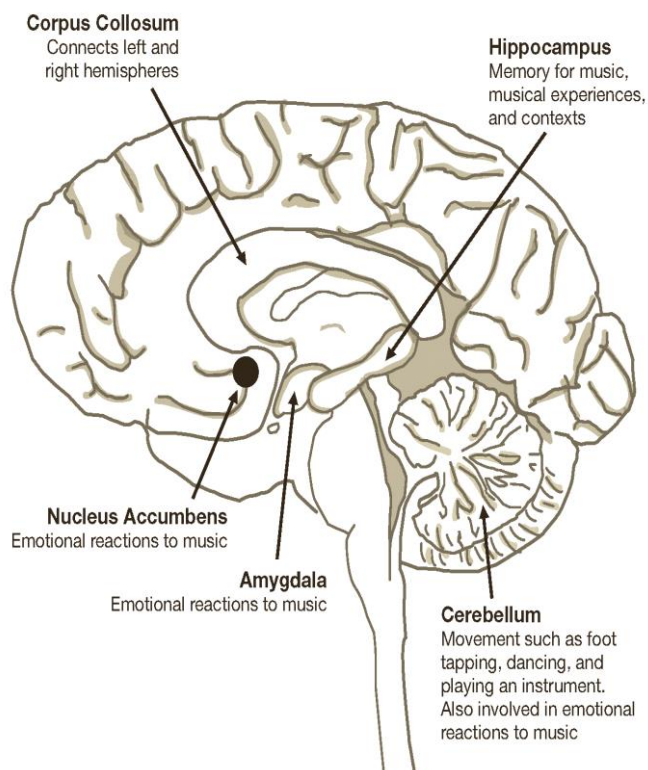
MusicandMemory1. (2011, 18 november). *(original) Man In Nursing Home Reacts To Hearing Music From His Era* [Videobestand]. Geraadpleegd op 17 april 2014, van <https://www.youtube.com/watch?v=fyZQf0p73QM>

7. Appendix

7.1 Appendix I: Twee afbeeldingen van de hersenen



Figuur 4: Linker aanzicht van het menselijk brein (Levitin, 2006)



Figuur 5: Dwarsdoorsnede van het menselijk brein (Levitin, 2006)

7.2 Appendix II: Searchstrings

Database	Searchstring	Filters	Aantal hits
PubMed Search 1	preferred OR individualized AND music AND dementia	/	26
PubMed Search 2	music AND emotion AND dementia	Publication dates: 5 Years	35
PubMed Search 3	individualized OR preferred AND music OR musical AND emotion AND dementia	Publication dates: 5 Years	16
Totaal			77

7.3 Appendix III: Informatie artikelen tabel

Auteur(s), Jaartal	Type publicatie	Over de interventie	Type muziek
Gerdner & Schoenfelder, 2010	<u>Design</u> : Beschrijvend onderzoek <u>Doelgroep</u> : Ouderen met dementie.	*Doel: het verminderen of voorkomen van de frequentie en mate van ernst van agitatie bij ouderen met dementie. *Toe te passen als manier van communicatie bij ouderen met dementie wanneer zij niet langer in staat zijn om verbale taal te begrijpen en verminderde mogelijkheid heeft om prikkels uit de omgeving te interpreteren. *Interventie in stappen: muziek selecteren, de interventie minimaal 30 minuten voorafgaand aan het hoogste niveau van agitatie implementeren, implementeren d.m.v. Cd-speler, mp3-speler of iPod gedurende 30 minuten, de volume instellen op een accepteerbaar geluidsniveau, muziek aanbieden op een plek waar de cliënt het grootste gedeelte van de tijd doorbrengt (tenzij anderen hier last van hebben), de cliënt monitoren terwijl de muziek wordt afgespeeld om te kijken of agitatie niet verergerd of dat er verwarring optreedt. *Evaluatie interventie: om te zien of de interventie agitatie positief beïnvloedt. Wat verwacht wordt is; verminderde frequentie van agitatie en verstoorde gedragingen, verminderde behoefte aan medicijnen, verminderde agressie of willen vechten, vermindering van fysieke bedwang en verminderde behoefte om weg te lopen. Door te letten op positieve affecten, zichtbare tevredenheid en betekenisvolle interactie met anderen.	Geïndividualiseerde/ geprefereerde muziek (Geïmplementeerd door getrainde verpleging of familie) <u>DEFINITIE</u>: geïndividualiseerde muziek is muziek die geïntegreerd is in iemands leven en gebaseerd is op persoonlijke voorkeuren.

Gerdner, 2012	<u>Design</u>: Beschrijvend onderzoek <u>Doelgroep</u>: Ouderen met Alzheimer en/of dementie (ADRD)	*Gerdner was de eerste die een onderzoek ontwikkelde en testte om het gebruik van geïndividualiseerde muziek in te zetten als een alternatieve interventie om agitatie tegen te gaan. * Gerdner ontwikkelde een theoretische basis voor deze interventie: "individualized music intervention for agitation (IMIA). * Het is nader theoretisch beschreven dat geïndividualiseerde muziek het meest effectief is wanneer het geïmplementeerd wordt op het moment voorafgaand aan de piek van de agitatie. *Onderzoek: Groep A ontving 6 weken geïndividualiseerde muziek gevolgd door 2 weken niets en vervolgens 6 weken klassikale 'relaxation' muziek. Groep B kreeg hetzelfde aangeboden, maar dan in tegenovergestelde volgorde. De interventies bestonden uit tweemaal per week, 30 minuten aanbieden van de muziek op de bovengenoemde manier. Een aangepaste versie van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory werd gebruikt om agitatie te meten. Een herhaalde meetresultaten analyse met Bonteferroni post hoc test, liet een significante vermindering in agitatie blijken tijdens het luisteren naar geïndividualiseerde muziek t.o.v. klassikale 'relaxation' muziek. * Bij het evidence-based protocol hoort: 'The Assessment of Personal Music Preference Questionnaire' (APMPQ). Om de selectie van geïndividualiseerde muziek bij te staan. De vragen dienen als hulpmiddel om de betekenis van muziek in het leven van die persoon te onderzoeken.	Geïndividualiseerde/ geprefereerde muziek
Hsieh, 2011	Design: Kwantitatief onderzoek. Doelgroep: 47 ouderen (waarvan 20 gezond, 13 SemD en 14 met Alzheimer.)	* Er werden 30 bekende melodieën ten gehore gebracht en evenveel zelf bedachte melodieën * Elk stukje van een lied was +- 7s de melodie mocht nog één keer herhaald worden op verzoek van de participant * de participant moest aangeven of het stuk wel of niet bekend was. De titel was niet belangrijk.	Algemeen bekende muziek + zelfgemaakte (afleidings) muziek

McDermott, 2014	<u>Design:</u> Kwalitatief en beschrijvend onderzoek. <u>Doelgroep:</u> mensen met dementie. (in de zorg).	<u>Doelen onderzoek:</u> * De betekenis en waarde van muziek vanuit het perspectief van mensen met dementie exploreren. * Onderzoeken hoe families, verpleeghuis personeel en muziektherapeuten de effecten van muziek op mensen met matige tot ernstige dementie observeren en interpreteren. * De link tussen psychologische factoren en bestudeerde bevindingen exploreren om een theoretisch model van muziek bij dementie te ontwikkelen. <u>Onderzoek:</u> D.m.v. focusgroepen van bewoners, familieleden van bewoners en personeel van het verpleeghuis, werd er informatie verzameld over de muzikale ervaringen van de bewoners. De aangeboden muzikale interventie verschild per cliënt en was bepaald op basis van de klinische behoefte van elke cliënt. Gevormd door theoretische oriëntaties en ervaringen van de muziektherapeuten. Wel is het gebruik van bekende muziek in combinatie met explorerende improvisatie gebruikelijk/ veel voorkomend.	Diverse muziek en manier van aanbod van de muziek. Dit op basis van de (klinische) behoefte van de cliënt. Dit is vaak (voor de cliënt) bekende muziek.
Omar, 2011	<u>Design:</u> Kwantitatief onderzoek <u>Doelgroep:</u> 26 ouderen met dementie (waarvan 16 met FTD en 10 met SemD) + 21 gezonde ouderen	* 11 seconden luisteren naar muziek met een bepaalde emotie (4 basisemoties) * 10 fragmenten per emotie dus in totaal 40 fragmenten per deelnemer	Muziek in de 4 basis emoties
Park, 2010	<u>Design:</u> Beschrijvend onderzoek <u>Doelgroep:</u> Thuiswonende mensen boven de 60 die gediagnosticeerd zijn met dementie	* Deelnemers luisterde naar hun geprefereerde muziek (CD) voor hun agitatie piek voor ongeveer 30 minuten en dat 2 dagen per week voor 2 weken, gevolgd door 2 weken zonder muziek. Dit patroon werd twee keer uitgevoerd * De deelnemers werden 30 minuten voor, 30 minuten tijdens en 30 minuten na de interventie.	Geprefereerde muziek
Sixsmith & Gibson, 2007	<u>Design:</u> Beschrijvend kwalitatief onderzoek <u>Doelgroep:</u> (26) mensen met dementie die nog thuis wonen of in verpleeghuizen wonen	* Onderzoek naar de rol van muziek in de levens van 26 mensen met dementie en wat voor effect muziek heeft op het welzijn van mensen met dementie.	Muziek in het algemeen.

Sung et al., 2006	<u>Design:</u> Beschrijvend (quasi-experimenteel)onderzoek. <u>Doelgroep:</u> Ouderen met dementie.	* Quasi-experimenteel onderzoek gericht op het onderzoeken van de effecten van geprefereerde muziek op agitatie bij ouderen met dementie. * <i>Onderzoek:</i> Een experimentele groep en een controle groep 65 jaar of ouder (vergelijkbare groepen, zelfde zorginstelling, zelfde problematiek). Waarbij de experimentele groep gevraagd werd naar muzikale voorkeuren en de verzorging deze geprefereerde muziek tweemaal in de week, 30 minuten aanbood. De controlegroep kreeg de gewoonlijke zorg zonder muziek aangeboden en na 6 weken werd zowel de experimentele- als de controlegroep op getest met de CMAI. * Mensen met dementie hebben een verminderd vermogen om zich aan te passen aan prikkels uit de omgeving. Dus geprefereerde muziek, als een vorm van niet-farmacologische benaderingswijze, kan worden gebruikt als een gebruiksmiddel voor verandering van omgeving om ongewenste stimuli naar de achtergrond te verplaatsen en opkomst van agitatie te voorkomen. * Muzikale voorkeuren kunnen verschillen op basis van afkomst en culturele achtergronden. Daarom is het noodzakelijk dat het vragen naar/verkennen van muzikale voorkeuren ingecalculeerd wordt in de planning bij deze geprefereerde muziek interventie voor dementerenden.	Geïndividualiseerde/ geprefereerde muziek
-------------------	---	--	--

Sung et al., 2010	<u>Design</u>: Beschrijvend (quasi-experimenteel)onderzoek. <u>Doelgroep</u>: Ouderen met dementie.	*<u>Onderzoek</u>: Verder op voorgaand onderzoek. Een experimentele groep en een controle groep ouderen (vergelijkbare groepen, zelfde zorginstelling, zelfde problematiek). Waarbij de experimentele groep (of familieleden) gevraagd werd naar muzikale voorkeuren en de verzorging deze geprefereerde muziek aanbood. De controlegroep kreeg de gewoonlijke zorg zonder muziek aangeboden en na 6 weken werd zowel bij de experimentele- als bij de controlegroep gemeten op agitatie d.m.v. ANCOVA (Analysis of covariance). *<u>Doel</u>: Evaluatie van de effectiviteit van geprefereerde muziek bij agitatie bij gedementeerde ouderen in verpleeghuizen. *Gebaseerd op het evidence-based protocol dat ontwikkelt is door Gerdner. *Geprefereerde muziek via Cd-spelers, tweemaal in de week, in de middag, gedurende 30 minuten. Een totaal van 12 sessies gedurende 6 weken. *De medewerkers ondergingen een training die bestond uit twee interactieve lessen waarbij het draaide om agitatie en implementatie van geprefereerde muziek bij deze doelgroep. d.m.v. een Cd-rom met lesstof kon het verplegend personeel meer kennis opdoen m.b.t. implementatie van deze interventie voor zelfstudie op het werk of thuis.	Geïndividualiseerde/ geprefereerde muziek
-------------------	---	---	---

Auteurs, Jaartal	Succes factoren (zichtbare effecten)	Faalfactoren (risico's/valkuilen)	Gebruik van meetinstrumenten: JA / NEE	Andere Resultaten
Gerdner & Schoenfelder, 2010	*Resultaten van het pilot onderzoek liet zien dat er klinisch en statistisch vermindering zichtbaar van agitatie was tijdens het luisteren van geïndividualiseerde muziek en meteen na de interventie. *Het is bewezen dat geïndividualiseerde muziek een mogelijkheid biedt om het geheugen te stimuleren. Het verandert de focus van aandacht voor prikkels uit de omgeving die nietszeggend en verwarrend zijn. Het opbrengen van herinneringen die geassocieerd zijn met positieve gevoelens, zal een rustgevend effect hebben op mensen met dementie wat leidt tot voorkomen of verminderen van agitatie (getest en geanalyseerd met Bonteferroni post hoc test). *Geïndividualiseerde muziek is een relatief goedkope interventie die niet veel tijd in beslag neemt. *De interventie is veelzijdig en kan in verschillende settings geïmplementeerd worden. Nieuwe technologieën zoals de mp3-speler en iPods voegen meer flexibiliteit toe aan het aanbieden van deze interventie en het creëren van een geïndividualiseerde muziekbibliotheek. *Wanneer omgeving zich stoort aan de geprefereerde muziek van een ander die beluisterd wordt via een Cd-speler, kan een koptelefoon of zelfs mp3-speler of iPod een uitkomst zijn.	*De cliënt naar een andere locatie brengen omdat de omgeving (waar hij of zij grotendeels van zijn of haar tijd doorbrengt) niet geschikt lijkt om zijn of haar muziek aan te bieden, kan op zichzelf een bron van agitatie zijn. *Het luisteren d.m.v. een koptelefoon kan oncomfortabel, onprettig of verwarrend zijn voor iemand met ernstige dementie. *Wanneer een oudere negatief reageert op de geselecteerde muziek (ook nadat deze opnieuw is aangepast), moet de interventie worden stopgezet.	JA (CMAI , DBS en Bonteferroni post hoc test)	*Meer dan 80% van mensen met dementie vertoont op den duur geagiteerd gedrag. Agitatie beïnvloedt kwaliteit van leven negatief door sociale interactie te verstoren. Behandeling van agitatie betreft normaliter chemische en fysieke hulpmiddelen. Deze manier van aanpak kan er echter ook voor zorgen om fysieke en psychologische effecten geven (bovenop de oorspronkelijke agitatie). *Definitie van agitatie: Het omschrijven van agitatie is complex. Het draait hierbij om grote veranderingen tussen gedragingen en individuen. De definitie die het meest wordt gebruikt is; "een ongepaste verbale, vocale of motorische activiteit die niet uit te leggen valt door behoeften of verwarring" (Cohen-Mansfield en Billig, 1986). *Deelnemers aan het pilotonderzoek lieten significante verbetering zien in taal en sterke vermindering in stress niveau. *Verzorgende en familieleden rapporteerden deze vermindering van agitatie tijdens de implementatie van deze interventie en gaven aan dat dit een bijdrage had aan betekenisvolle communicatie met anderen. *Er is consequent behoefte om onderzoeken te ontwikkelen die de effectiviteit van geïndividualiseerde muziek evalueren wanneer deze geïmplementeerd wordt in zorginstellingen.

Gerdner, 2012	*Eerder onderzoek waarbij vermindering van agitatie het uitgangspunt was, indiceerde meer en/of uitgebreidere respons; tevredenheid is zichtbaar in expressie en betekenisvolle interactie met anderen. *Het is nader theoretisch beschreven dat het aanbieden van geïndividualiseerde muziek een kans biedt om het geheugen te stimuleren.	* Geïndividualiseerde muziek is misschien niet voor iedereen toepasselijk. Bijvoorbeeld voor iemand die muziek nooit kon waarderen voorafgaand aan de achteruitgang van zijn of haar cognitieve vermogen.	JA (APMPQ, GDS, CMAI en Bonteferroni post hoc test)	*Bij mensen met vergevorderde dementie, is de kans op agitatie voor 70% tot 90% aanwezig. * Als de dementie toeneemt, zijn er minder spanningsfactoren nodig om de 'spanningsgrens' van de betreffende persoon te bereiken of overschrijden waardoor geagiteerd gedrag toeneemt. *<i>Wetenschappelijk onderzoek:</i> Suzuki et al onderzocht een groep demente personen. Hierbij vergeleek hij een groep die muziek sessies aangeboden kreeg en een groep die iets vergelijkbaars aangeboden kreeg (spellen, tekenen etc.) Bij nameting bleek dat de eerstgenoemde groep(muziek) een significante verbetering in 'taal' had en vermindering in irritatiegevoeligheid ook was er statistisch gezien vermindering in stress. Bij de andere groep waren er geen opvallende veranderingen zichtbaar. (Wijkt af van evidenced-bases protocol van geïndividualiseerde muziek door medewerking in actieve deelname).
Hsieh, 2011	* Bij de controle groep was de bekendheid tussen 75 en 100% * Bij de AD groep was dat nog erg hoog tussen de 60 en 100% * Bij de SD groep was dat erg lastig te meten want het zat tussen de 5 en 95%	Doordat de zelfgemaakte melodie soms erg op het origineel leek kunnen er makkelijker fouten ontstaan.	Niet relevant	

McDermott, 2014	* Zie Sixsmith and Gibson (2007)	* Sommige bewoners hebben geen naasten/familieleden of hebben hier geen contact mee. In deze gevallen werden hoofd verzorgende gevraagd voor toestemming en medewerking en werd dit bekeken en werd hierover gediscussieerd in multidisciplinair team van het betreffende verpleeghuis.		
Omar, 2011	/	/	Ja, Mini-mental state examination score. Ravens advanced matrices. Camden pictorial memory. Benton facial recognition. Famous faces. Synonyms comprehension. Reading the mind in the eyes. Trail-making test B.	/

Park, 2010	*Pijn was verminderd na het luisteren naar de muziek in vergelijking met de basis meting. *Een zwaar demente client kon de namen van haar familie niet onthouden, maar door de muziek wel de naam van de onderzoeker	* Het medicijn gebruik is niet bijgehouden en dus kan niet worden getoetst wat de invloed hiervan is geweest	Ja, The Mini-Mental State Exam (MMSE) Assessment of Personal Music Preference (APMP) Modified Cohen-Mansfield Agitation Inventory (M-CMAI) Modified Pain Assessment in the Dementing Elderly (M-PADE)	* het niet verlichten van de pijn leidt tot verandering in de gezondheid van de persoon met dementie. Door de pijn veranderen de cognitieve functies en pijn wordt geassocieerd met gedragsproblematiek bij mensen met dementie.
Sixsmith & Gibson, 2007	*De analyse liet de volgende positieve invloeden die muzikale activiteiten met zich meebrengen bij mensen met dementie zien: vergroot gevoel van welzijn, aanmoediging in waardevolle activiteiten, sociale interactie en toenemend gevoel van kracht (zelfvertrouwen) en controle. *muziek gerelateerde activiteiten liet mensen gelukkig voelen en stelde ze op hun gemak om hun geluk zowel fysiek als emotioneel te laten zien. *Veel noemde het kalmerende effect dat muziek heeft. Het luisteren naar muziek liet ze zich goed voelen, het gaf ze een emotionele boost en ze ervaarden meer rust en minder agitatie.	*Bij sommigen ligt het probleem in het niet aan kunnen geven wat hun muzikale wensen of voorkeuren zijn. Wat zich resulteert in afhankelijk zijn van anderen als het gaat om beschikking krijgen over muziek. *gehoorproblemen waardoor muziek harder afgespeeld moet worden zorgt soms voor overlast bij andere bewoners in verpleeghuizen.	Niet relevant.	*Figuur 1: A conceptual model of wellbeing (misschien bruikbaar in inleiding?) *Zelfs wanneer muziekapparatuur beschikbaar is, kiezen veel bewoners in verpleeghuizen ervoor om de apparatuur niet te gebruiken. Vaak uit onzekerheid over of het acceptabel is om in de gezamenlijke ruimte te gebruiken, niet weten hoe het apparaat werkt, of uit angst de verkeerde radiozender aan te zetten en het daarom aan anderen over te laten. Er werd niet om hulp of toestemming gevraagd bij verzorgend personeel. *Wanneer mensen niet meer herinneren dat zij van muziek houden, vroegen zij hier ook niet naar. Zij zijn afhankelijk van anderen om de keuze voor hen te maken om muziek op te zetten. *Onderzoek laat blijken dat muziek een bijdrage levert aan kwaliteit van leven. *onafhankelijk project in ontwikkeling: een prototype muzikspeler met een simpele interface die gemakkelijk bereik geeft tot muziek en voldoet aan de voorkeuren van de luisteraar.

Sung et al., 2006	* Een significante vermindering was zichtbaar in de gehele CMAI en het fysieke, non-agressieve gedrag in de experimentele groep in vergelijking tot de ouderen in de controle groep. Dit indiceerde dat geprefereerde muziek de algehele agitatie heeft verminderd bij de experimentele groep. Deze bevindingen zijn consistent met voorgaand onderzoek ter ondersteuning van het gebruik van geprefereerde muziek (Gerdner, 2000). * Eén van de voordelen van het gebruik van geprefereerde muziek in de zorg bij ouderen met dementie, kan gerelateerd zijn aan zijn functie als een verandering van omgeving. * Het geheugen wat betreft, voor de persoon, bekende muziek blijft behouden bij mensen met dementie. De aanwezigheid van deze voor hen bekende muziek kan gebruikt worden om gevoel van herkenning over te brengen in de nieuwe omgeving en kan herinneringen die geassocieerd zijn met positieve gevoelens stimuleren (Cuddy and Duffin, 2005). * Geprefereerde muziek is niet alleen een veel belovende strategie om agitatie te verminderen bij mensen dementie, maar is ook meteen een minder prijzige manier van aanpak. Deze interventie kan in de planning van activiteiten ingepland worden om kwaliteit van leven van dementerenden in zorginstellingen te verbeteren.	/	JA (CMAI, zie tabel)	/
-------------------	--	---	-------------------------	---

Sung et al., 2010	*Geprefereerde muziek kan een bruikbare strategie zijn om herinneringen te stimuleren waar positieve gevoelens aan gekoppeld zijn (Son et al.). *De meest positieve reacties op het luisteren van muziek treden op wanneer ouderen luisteren naar muziek die voor hen bekend is, plezierig is en wanneer de muziek betekenis voor hen heeft. Daarom is individuele herkenbaarheid bij het selecteren van muziek erg belangrijk wanneer het gaat om zorgen voor optimale ontspanning. *Wanneer muziek wordt gebruikt als zorg bij dementerende ouderen, is het belangrijk dat hun muzikale interesses, sociale en culturele achtergrond hierbij wordt betrokken. Hierdoor kan de acceptatie en voordelen van de effecten van de muziek groter worden. *In deze studie is ondervonden dat de essentie van muziek in het leven op positieve wijze gekoppeld is aan vermindering van agitatie. Dit is overeenkomstig met bevindingen uit andere onderzoeken waar positieve effecten zichtbaar werden tussen de essentie van de rol in muziek in iemands leven voordat cognitieve moeilijkheden optreden en de effectiviteit van deze interventie (Gerdner, 2000). *Wanneer muziek wordt gezien als een belangrijk aspect in iemands leven en wanneer dit gebaseerd is op muzikale voorkeuren, kunnen herinneringen die geassocieerd zijn met positieve gevoelens weer worden opgebracht. *Het luisteren naar geprefereerde muziek is interventie die vrij weinig geld kost om mentale gezondheid van ouderen met dementie te bevorderen.	*De interventie werkt niet/ nauwelijks bij ouderen met een gehoorapparaat of opvallende symptomen van acute pijn of infecties.	JA; *ANCOVA, *GDS (Global Deterioration Scale), *MPS (The Music Preference Survey) *RAID (Rating Anxiety in Dementia).	*Agitatie wordt vaak mis gediagnosticeerd en verkeerd behandeld. Onderzoek biedt weinig informatie over agitatie bij dementerende ouderen. Wel wordt veel gezegd dat agitatie bijdraagt aan achteruitgang van het functioneren en kwaliteit van leven bij ouderen met dementie. *Agitatie wordt meestal tegengegaan met medicatie. Herkende niet-farmacologische manieren van aanpak voor behandeling van agitatie zijn; ontspanningstraining, cognitieve gedragstherapie, recreatie activiteiten etc. waarbij effect zichtbaar was (Krasucki et al. 1999). *Muziek kan gevoelens van fysieke en mentale ontspanning met zich meebrengen. Door omgevingsgeluiden af te schermen en de aandacht te verschuiven op een meer aangename emotionele staat (Koch et al. 1998). *De MPS includeert zowel westerse muziek als Chinese en Taiwaneze muziek. Wat voorop staat is de belangen van muziek bij ouderen. Gecategoriseerd als; erg belangrijk, gemiddeld belangrijk, matig belangrijk en niet belangrijk. *De informatie van geprefereerde muziek en de belangen die dit voor de oudere heeft, kan achterhaald worden door het interviewen van de deelnemers en familieleden d.m.v. MPS. *RAID is gebaseerd op verslagen van observatoren die de patiënt verzorgden en bekend zijn met verandering in gedragingen van deze patiënt in de voorgaande 2 weken. RAID kent 18 onderwerpen; bezorgd zijn, angst (gevoel van vrijheidsberoving), waakzaamheid, spanning (rusteloosheid, vermoeidheid) en autonomsche overgevoeligheid. Elk punt wordt ingedeeld volgende de schaal; afwezig (0), mild (1), matig (2) en ernstig (3). Waarbij een score van 11 indiceert op grote mate van agitatie. *ANCOVA: kan gebruikt worden om de effectiviteit van geprefereerde muziek als interventie vast te stellen bij ouderen met dementie.
-------------------	--	---	---	---

7.4 Appendix IV: Topiclist

Interview muziektherapeut + EVV personeel

Achtergrond geïnterviewde

1. Wat is uw functie binnen deze zorginstelling?
2. Hoelang bent u hier in dienst (binnen deze functie)?
3. Welke doelgroepen heeft uw zorginstelling?

Methode aanbieden muziek/ interventiebeschrijving

4. Zou u ons kunnen vertellen over de manier waarop (geprefereerde) muziek bij de ouderen met dementie wordt aangeboden op deze instelling?
5. Welke muziek bieden jullie de ouderen aan? Waarom?
6. Hoe zijn jullie er toe gekomen om de dementerende ouderen muziek aan te bieden?
7. Wordt de muziek aan alle bewoners aangeboden? Waarom wel of niet?
8. Sinds wanneer wordt in deze instelling muziek aangeboden aan de dementerende ouderen?
9. Hoe ziet dat er in de praktijk uit? (evt. doorvragen zodat je antwoord krijgt op 'is er een procedure of stappenplan', 'wordt de muziek standaard aangeboden' en 'op welke momenten van de dag'.

Observatie van effecten/ gebruik van meetinstrumenten

10. Hoe merk je dat dit werkt? Wordt het gemeten?
11. Wat vinden respondenten positief aan het aanbieden van muziek?
12. Wat vinden respondenten negatief aan het aanbieden van muziek?
13. Wat zijn volgens u de voor en nadelen van deze methode/interventie?

7.5 Appendix V: Analyse interviews

Thema	Onderwerp	Antwoorden 1 (MT Beek)	Antwoorden 2 (VZ Beek)	Antwoorden 3 (MT Bilt)	Antwoorden 4 (P & W Middel)	Antwoorden 5 (VZ Middel)	Antwoorden 6 (SA Weesp)	Antwoorden 7 (MT Eind)
Methode aanbieden muziek/interventiebeschrijving.	Welke muziek wordt er aangeboden en waarom?	Geprefereerde muziek. Muziek van vroeger waar de ouderen goed op reageren. Bij dieper demente ouderen wordt gebruik gemaakt van soothing lullabies (piano deuntjes voor sleeping babies).	Geprefereerde muziek. Toegespitst op de client in kwestie.	Geprefereerde muziek. Per client gekeken naar wat de voorkeuren waren.	Geprefereerde muziek. Achterhaald door gesprekken en interviews met familieleden. D.m.v. zelf gemaakte vragenlijst. Niet alleen voorkeur maar ook welke muziek herinneringen op brengt, speciale gebeurtenissen etc. Er wordt een vragenlijst afgenomen. 'Zo van... luisterden jullie überhaupt naar muziek? Van welke hield uw partner of familielid? En ook van speciale gebeurtenissen.'	.Geprefereerde muziek. Met de directe omgeving van de client en (voor zover mogelijk) met de client.	Geprefereerde muziek. Door met familie in gesprek te gaan met een zelf geïmproviseerde vragenlijst. (vragen beantwoord n.a.v. de pilot)	Geprefereerde muziek. Mantelzorgers/familie wordt naar muziek gevraagd. Geen mantelzorger? Dan d.m.v. observatie de voorkeuren onderzoeken.
	Op welke manier wordt de muziek aangeboden?	D.m.v. iPods met koptelefoons.	D.m.v. iPods met koptelefoons.	D.m.v. Ipods met koptelefoons.	D.m.v. iPods met koptelefoons.	D.m.v. iPods met koptelefoons.	D.m.v. iPods met koptelefoons en muziekkussens.	D.m.v. iPods met koptelefoons.

	Wat is de reden dat de muziek wordt aangeboden?	Door het filmpje van Henry is het idee van de interventie ontstaan. Om onrust en agitatie te verminderen of ter preventie. De soothing lullabies worden aangeboden wanneer mensen geagiteerd gedrag vertonen omdat deze uit ervaring beter lijken te werken dan eigen geprefereerde muziek op die momenten. 'Eigenlijk standaard als ik een klinische les doe of een presentatie over muziektherapie dan laat ik het filmpje van Henry zien. (...) Het is een goed filmpje.'	Door het filmpje van Henry is het idee van de interventie ontstaan. Via de muziektherapeut is het project aangestuurd. Preventie van agitatie en ongewenst gedrag.	/	Door het filmpje van Henry is het idee van de interventie ontstaan. Vraag kwam vanuit de cliëntenraad om iets met muziek te doen. Het was een soort pilot of testperiode om te kijken of het wat is voor hier. Gekozen om cliënten te selecteren die iets met muziek hebben. Welk gedrag laten ze zien? Willen we zien of het invloed daarop heeft? Diverse cliënten, verschillende ziektebeelden.	Project werd via de psycholoog en via welzijn aangestuurd.	Met name voor gedragsproblemen. Wanneer mensen niet weten hoe ze met dementie om moeten gaan.	Door het filmpje van Henry is het idee van de interventie ontstaan. Om onrust te verminderen of de stemming te verbeteren.
	Aan welke ouderen wordt de muziek aangeboden	Ouderen met Korsakov, Huntington, dubbelproblematiek etc. Uitgangspunt: iedereen op een afdeling voorzien van een iPod. Tenzij men weigert. Straks ook op indicatie mensen op andere locaties voorzien van iPod	Aan de ouderen met dementie op de afdeling als ze het fijn vinden. Als iemand het echt niet fijn vindt krijgt hij een contra-indicatie.	Ouderen in de GGZ zowel met als zonder dementie. Zijn in contact geweest met MT uit beekbergen en hebben informatie uitgewisseld.	Psychogeriatric, revalidatie afdelingen, somatische afdelingen, Korsakov afdeling en niet anderszins hersenletsel. Zijn in contact geweest met MT uit beekbergen en hebben informatie uitgewisseld.	Aan een aantal ouderen op een aantal afdelingen met diverse vormen van dementie.	Alleen psychogeriatric. Mensen met dementie.	Alle ouderen doelgroepen o.a. mensen met Parkinson, op jonge leeftijd dementerenden, dubbele problematiek, eigenlijk alle groepen die hier binnen vallen. Op psychogeriatric gesloten afdeling, revalidatie afdeling of somatische afdeling. Zijn in contact geweest met MT uit beekbergen en hebben informatie uitgewisseld

	Waarom aan die ouderen?	Wanneer klachten zichtbaar zijn als; psychotisch, spanning, agitatie etc. Soms om kalmeringsmedicatie uit te sluiten. Dus eerst iPod proberen en daarna pas medicatie als dit nog nodig is.	Als de cliënten onrustig zijn wordt de iPod opgezet.	/	Er is gekeken met persoonlijke begeleiders van de afdelingen wie we geschikt is en wie hiervoor open staat. Preventief, om onrust te voorkomen.	/	Wanneer ouderen onrustig zijn of roepgedrag hebben, wordt de iPods hierbij als benaderingswijze ingezet. Niet als sociaal moment. Vanuit het uitbureau wel (welzijn), het vroegere activiteitenbegeleiding kan je daar een iPod huren voor je familielid.	Ouderen die via de arts een verwijzing krijgen voor het iPod project of muziektherapie wanneer zij onrust of agitatie vertonen of op loze momenten wanneer zij zich vervelen.
	Door wie wordt de interventie aangeboden?	Door de verzorgers op de afdeling.	Door de verzorgers op de afdeling.	Nog niet bekend.	Door de verzorgers op de afdeling.	Door de verzorgers op de afdeling.	Door de verzorgers op de afdeling.	Door de verzorgers op de afdeling.
	Is er een stappenplan voor het uitvoeren van de interventie	Personeel heeft voorafgaand het filmpje van Henry gezien en zijn geïnformeerd over het iPod project. Afgesproken is elke dag tijdens de koffiepauze. Verder geen gericht stappenplan.	/	Gericht stappenplan met inleiding, implementatie en observatie, maar uiteindelijk snel het stappenplan losgelaten i.v.m. tijd.	Ja, de informatie van hoe ze het op moeten zetten en hoe het werkt is er wel. Het idee is om straks grootschalig bij opnamegesprek al meteen vraagt naar muzikale interesses. Stap voor stap vorm gaan geven.	Er was geen gestructureerd stappenplan maar de interventie werd uitgevoerd op een rustig moment.	Sociaal agogen schrijven benaderingswijzen en omgangsadviezen. Door vragenlijst wordt gekeken naar: van wat voor muziek iemand houdt, of familie er nog Cd's van heeft etc. Er wordt gekeken naar welk moment, bij welke stemming sluit bepaalde muziek aan bij de cliënt. Dit wordt opgenomen in het benaderingsplan. De EVV'er ontvangt een doos, het hele pakketje.	Het stappenplan is dat ik de muziek beheer en ik zet die er ook op. De iPods zijn in beheer bij de receptie. De afdeling leent de iPods bij de receptie. Het ophalen van de iPods wordt bij de cliënten in de weekagenda geschreven. Verzorgende haalt de iPod en brengt deze weer terug. Op een paar afdelingen gaat het zo goed dat ze zelf iPod aan hebben geschaft. Nu kunnen ze op elk moment van de dag de iPods aanbieden.

	Wordt de interventie elke dag uitgevoerd?	Er is geen systeem meer om te kijken of de iPods daadwerkelijk dagelijks op wordt gezet. Dit was er wel en zou eigenlijk opnieuw moeten worden ingezet.	In principe wordt de interventie elke dag uitgevoerd, maar soms wordt het vergeten. 'Als wij dan aan de pauze gaan hangt er een A4tje van jullie aan de koffie bewoners aan de iPod.'	De bedoeling is dat de iPod een aantal keer per week wordt opgezet (dit is per client anders), maar er is weinig monitoring om te kijken of dit daadwerkelijk gebeurt.	De bedoeling is structureel een consequent. Maar dit gebeurt niet consequent, het verwaterd. Ligt er ook aan wie er werkt. Er zijn enthousiaste verzorgenden maar ook verzorgenden die denken flauwekul	In principe wordt de interventie elke dag uitgevoerd en wordt dit afgetekend op een schema.	/	/
	Wordt de interventie op een vast tijdstip uitgevoerd?	De bedoeling is tijdens de koffiepauze van verzorgenden. Soms gebeurt dit pas na de koffiepauze. De ideale situatie zou zijn wanneer het voor de cliënt het beste is.	De interventie wordt elke dag met de koffiepauze opgezet. De regel is: wij aan de koffie de mensen aan de iPod. De cliënten zitten ongeveer 20 a 30 minuten met de iPod.	Er zijn geen regels over wanneer de iPod wordt opgezet en hoe lang.	Er is overlegd dat tijdens koffietijd een goede tijd is. Dan hebben ze er meer tijd voor.	Nee.	Op verschillende momenten. Kijken op welk moment iemand zich het prettigst voelt. Op momenten wanneer er onrust is. Er wordt gekeken of onrust gekoppeld is aan muziek. Wat werkt: ervoor, erna?	Op het tijdstip dat in de weekagenda van de cliënt staat aangegeven.
	Worden de ouderen geobserveerd? Hoe?	De bedoeling is dat de interventie elke dag wordt uitgevoerd. Er hangt een observatielijst maar uit ervaring blijkt dat deze niet werkt (wordt niet tot nauwelijks ingevuld).	Er is een observatielijst die ingevuld moet worden en deze wordt dan met de MT geëvalueerd.	Interview met meerkeuze vragen afnemen bij de cliënten en eventueel familie.	Geobserveerd en gerapporteerd. We hebben gepoogd om het te meten. D.m.v. een observatielijst, maar dit werd door verzorging eigenlijk als het moeilijkste gezien. Last verzwarend.	Ja, door middel van een lijst waarop aangegeven wordt of de interventie gegeven is en wat daarbij de observaties zijn per client.	Observeren: Wat zie je? Is het een reactie op wat hij of zij hoort? Kijken wat de reactie is.	Cliënten worden geobserveerd. We zien cliënten eerst huilen en op het moment dat de iPod op staat, lachen, meezingen. Er wordt gekeken naar effect op lange termijn. De zorg rapporteert in elektronisch cliëntdossier. Psycholoog heeft standaard observatielijsten bijvoorbeeld voor stemming en er wordt gebruik gemaakt van scoringsindicatie op

								roepgedrag.
Observaties van effecten en gebruik van meetinstrumenten	Werkt de interventie? Hoe merk je dit?	Ja, direct zichtbaar effect wat betreft stemming, ontspanning of juist activatie.	Ja, je haalt de onrust ermee weg. 'Je ziet het in het gezicht, op een gegeven moment ken je de uitdrukkingen van de client:' Agressie verminderen.	Ja, zichtbaar positief effect op slapeloosheid. Vermindering van stress.	*Over het algemeen positieve reacties gezien.	Ja, de onrust van de cliënten wordt weggenomen, ze kijken blij en lachen soms. Het effect houdt langer aan nadat de Ipod is afgezet.	*Cliënt ging opeens meer praten uit zichzelf. Er was weer een kort gesprekje met dochter.	Je ziet het gedrag soms in twee seconden compleet veranderen. Sommigen stoppen met dwalen, worden rustig, lachen, dansen of blijven op één plek zitten in plaats van dwalen. Roepgedrag neemt af.
	Positief aan aanbieden interventie	*Dat mensen beschikking hebben tot hun eigen muziek. *Ze hebben hun eigen ruimte. *Prikkel van buitenaf verminderen. *Kloof tussen behandeling en activiteit wordt gedicht.	* Bewoners hebben er plezier van.	* De cliënten hebben hun eigen persoonlijke muziek. * De muziek gaat ook door buiten de muziektherapie ruimte.	*Je krijgt wat los. Emoties en beweging. Communiceren. *Uit isolement komen. *Dat je specifiek voor die persoon een lijst die voor hem of haar belangrijk is kan selecteren. In plaats van gewoon heel algemeen muziek die oude mensen leuk vinden. *Andere cliënten hebben er geen last van die op dat moment geen zin hebben in muziek.	* cliënten worden vrolijk en deinen mee met de muziek. * De onrust van de cliënten wordt minder. * De muziek is toegespitst op de individuele client * de effecten gaan door nadat de Ipod is afgezet.	"Muziek is wel de taal der dementie. Als woorden wegvallen is muziek nog een laatste ding". Het is leuk om de mensen in hun taal aan te spreken.	*Eigen muziek staat op de iPod die voor hen belangrijk is. *Mensen kunnen rond blijven dwalen maar wel met hun muziek op. *Mooie aanvulling op muziektherapie. *Dat ze op elk moment van de dag muziek kunnen luisteren als ze willen. *De hele afdeling hoeft niet mee te luisteren, iemand kan zelf luisteren.

	Negatief aan aanbieden interventie (risico's/ valkuilen)	Dat mensen zo blij worden van eigen muziek dat ze mee gaan zingen en mogelijk anderen hiermee storen. ‘Wat soms gebeurt, is dat mensen zo blij worden van hun eigen muziek dat ze hard gaan meezingen, en anderen storen. (...) leven zorgt voor overlast!’ Valkuilen: *mensen met gehoorapparaat, apparaat uitzetten of eruit halen. *onterecht mensen overslaan omdat je denkt dat ze geen baat zullen hebben bij eigen muziek via de iPod.	* Zoveel plezier dat de client erg hard gaat meezingen en zo overlast veroorzaakt voor de rest van de afdeling.	*Afzondering doordat de koptelefoon heel lang op blijft. *heftige emotionele reacties op verkeerde muziek.	Koptelefoon isoleert, één cliënt vond dit niet prettig.	* Als niet elke client een Ipod heeft kan het door de client gezien worden als een privilege. * Je ziet niet altijd of een client het leuk of niet leuk vindt. * Niet bij alle cliënten werkt de interventie.	*Ipod shuffle is niet heel toereikend voor onze cliënten. Je kan niet zien wat iemand luistert. "ik mis een display".	*Als muziektherapeut wil je je afstemmen op cliënt, constant in willen spelen op iemands reactie. Dat kan met de iPod niet want de afspeellijst staat vast.
	Praktische voor en nadelen interventie	*Nadeel: Het kost geld, maar dat staat niet in verhouding met wat het oplevert. *Nadeel: het oproepen van misverstanden wat betreft profilering van muziektherapie.	* Voordeel: Ipods zijn een makkelijk systeem.	Voordeel: Kost weinig mankracht en kost relatief weinig geld. Nadeel: De voorbereiding voor de MT kost veel tijd.	*Voordeel: Ouderen gaan ontdekkingstocht aan. Bekijken het kastje om te kijken of daar muziek uit komt. *Voordeel: Je verzamelt een enorme muziekbibliotheek. Bij intake heb je muziek al van andere cliënten. *Nadeel: Verzorgenden leren om met de iPods om te gaan. Er wordt geprobeerd om te	Nadeel: Ouderen kennen het systeem niet.	*Nadeel: In het begin is het even moeilijk om te kijken wat de beste manier is om het aan te bieden. Met koptelefoon, oortjes of muziekkussen. *Ipod shuffle kan niet zo hard. Dat is nadelig bij ouderen met gehoorproblemen *Nadeel: Letten op waar je het draadje laat, i.v.m. onrustige cliënten die niet stil kunnen zitten. *Nadeel: Deze doelgroep kan het niet zelfstandig gebruiken.	*Voordeel: Ipod bij de receptie zorgt ervoor dat ze altijd opgeladen zijn en veilig wegens diefstalgevoeligheid. Ze maken de hoofdtelefoons schoon. *Nadeel: Ipods bij receptie zorgt ervoor dat de zorg even de afdeling af moet. Bij nachtdienst geen receptie dus ook geen iPods tenzij ze van tevoren gehaald zijn. *Nadeel: Cliënten die de iPods niet zelf kunnen bedienen

					zorgen dat iedereen dezelfde mp3-speler/iPod heeft. *Nadeel: Het opladen van de iPods. Zoeken naar consequent moment om op te laden zodat hij niet leeg is op het moment dat je de iPod wil gebruiken. *Tijdsinvestering kan een nadeel zijn. Maar ja.		Collega's nieuwe apparaten aanleren is moeilijk en ze vergeten het.	moeten onder toezicht zijn. Zodat de iPod eraf gehaald kan worden omdat mensen weinig eigen regie meer hebben. *Nadeel: Idealiter haalt de zorg de iPod en brengt 'm terug. In praktijk gebeurt dit niet. Je moet erachteraan zitten.
Samenwerking van het personeel met betrekking tot het iPod project binnen de instelling	Wat is noodzakelijk wat samenwerking binnen de instelling betreft	*gemotiveerd personeel *Het management en psychologen mee hebben waardoor financiën en meer input richting familieleden mogelijk zijn. *aanspreekcultuur (elkaar feedback geven en feedback kunnen ontvangen).	/	* Enthousiaste afdeling. * Samenwerking. * Manager bewust maken van deze goede interventie.	Als de organisatie erachter staat, kan het gewoon een taak zijn voor iemand van welzijn.	/	/	Goed met elkaar blijven communiceren over of het nog werkt, moet er iets aangepast worden, andere muziek op de iPod zetten.
Ideeën voor voortgang iPod project	Met betrekking tot observatie en metingen	*Formulier met emoticons maken zodat verplegend personeel snel op kan schrijven hoe iemand erop reageert. *Continu monitoren totdat de interventie in de verpleegkundige richtlijnen is opgenomen.	/	/	*Structureel een consequent aanbieden, wil je gedrag beïnvloeden. Anders heeft het geen zin. *Om meer wetenschappelijke achtergrond te krijgen heb je iets objectiefs nodig. Niet alleen rapportages ook	Er zou een korte overzichtelijk lijst moeten komen waarin je in een oogopslag een observatie kunt doen over de toestand van de client.	/	Zou mooi zijn om bij elke cliënt van tevoren en naderhand te meten. Maar dit is niet haalbaar. 'Het zou natuurlijk mooi zijn als ik bij elke cliënt van tevoren een observatie doe en naderhand. Zou heel leuk zijn, maar ik heb daar de tijd niet voor.'

					meetlijsten. Het liefst ervoor en erna nog.			
	Met betrekking tot manier van aanbieden interventie	Als muziektherapeut vanaf het begin kijken of er mensen zijn die het van je over kunnen nemen: verplegend personeel, stagiaires of familieleden.	Een vinger aan de pols van de MT met betrekking tot het uitvoeren. Door middel van evaluaties.	Hoe krijg je het personeel op de afdeling enthousiast om de interventie uit te voeren?	*Bij vragenlijsten met familielijsten door blijven vragen. Dan krijg je meer antwoord. *Ipod opzetten en gesprek aan gaan.	Aparte Ipod ruimte waarin iedereen in de ruimte een Ipod op heeft, zodat er minder prikkels van buitenaf zijn.	*Zorgen voor een soort aftapping, dat je nog een paar oortjes op de iPod aan kan sluiten om mee te luisteren. Dat men met familie weer samen muziek kan beleven. *Als tips voor collega's opgeschreven van let op, waar laat je de draad, hoe het muziekkussen werkt.	Live muziek aanbieden is het allerbeste. De iPods zijn een goed alternatief.
	Discussie	Wanneer is het muziektherapie, wanneer niet? Behandeling of welzijn? M.b.t. de manier waarop het bekostigd moet worden.	/	Is het muziektherapie? Strikt genomen niet, maar "muziek als medicijn" zou een vorm van behandeling kunnen zijn. '... verkochten wij het weleens als muziek als medicijn. Oftewel verpleegkundige daar die deelden elke dag pilletjes uit en de iPods zeiden ze zijn dan de muzikale pilletjes.'	/	Waarom werkt het niet bij iedereen?	Waar biedt je het aan? Woonkamer? Als iemand rond wil lopen? Ik zou wel voor een rustige plek kiezen, waar minder afleiding is wat visueel is.	Het moet niet gezien worden als het perfecte middel want dat is het niet. Bij sommige cliënten kan het wel zo zijn, maar het blijft een aanvulling op muziektherapie.

7.6 Appendix VI: Assessment of Personal Music Preference

ASSESSMENT OF PERSONAL MUSIC PREFERENCE (FAMILY VERSION)

©Linda A. Gerdner, Jane Hartsock, & Kathleen C. Buckwalter (2000)

Music is often a very important part of people's lives. Please complete the questionnaire based on your knowledge of the patient's personal music preference.

Before illness, how important a role did music play in the patient's life?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| ☐ | 1. Very Important |
| ☐ | 2. Moderately Important |
| ☐ | 3. Slightly Important |
| ☐ | 4. Not Important |

Does/did the patient play a musical instrument? YES ☒ NO ☐

If yes, please specify (examples: piano, guitar).

Does/did the patient enjoy singing? YES ☒ NO ☐

If yes, please specify (examples: around-the-house, church choir).

Does/did the patient enjoy dancing? YES ☒ NO ☐

If yes, please specify (examples: attended dance lessons, participated in dance contests)

The following is a list of different types of music. Please indicate the patient's three (3) most favorite types with 1 being the most favorite, 2 the next, and 3 the third favorite.

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | 1. Country and Western |
| ☐ | 2. Classical |
| ☐ | 3. Spiritual/Religious |
| ☐ | 4. Big Band/Swing |
| ☐ | 5. Folk |
| ☐ | 6. Blues |
| ☐ | 7. Jazz |
| ☐ | 8. Rock and Roll |
| ☐ | 9. Easy Listening |
| ☐ | 10. Cultural or Ethnic Specific (examples: Czech polkas, Ravi Shankar Indian sitar) |
| ☐ | 11. Other: _____ |

Please put a check (✓) beside the most correct choice to the following questions.

What form does the patient's favorite music take?

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| ☐ | 1. Vocal |
| ☐ | 2. Instrumental |
| ☐ | 3. Both |

Please identify specific songs/selections which make the patient feel happy.

Please identify specific artist(s) / performer(s) that the patient enjoyed listening to the most.

Please identify specific albums, audio-cassette tapes, or compact discs contained in the patient's personal music library.

7.7 Appendix VII: Cohen-Mansfield Agitation Inventory

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - lange vorm (1986).

Vertaling J.F.M. de Jonghe, versie 1997

Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D)
J Am Geriatr Soc. 1996 Jul;44(7):888-9.

Lees alle 29 geagiteerde gedragingen en omcirkel hoe vaak (van 1-7) dit voorkwam gedurende de laatste 2 weken.

	Nooit 1	Minder dan eens per week 2	1 à 2 keer per week 3	Meerdere keren per week 4	1 à 2 keer per dag 5	Meerdere keren per dag 6	Meerdere keren per uur 7
1. LJsberen, doelloos rondlopen	1	2	3	4	5	6	7
2. Verkeerd kleden of uitkleden	1	2	3	4	5	6	7
3. Spugen (ook tijdens maaltijden)	1	2	3	4	5	6	7
4. Vloeken of verbale agressie	1	2	3	4	5	6	7
5. Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp	1	2	3	4	5	6	7
6. Telkens herhalende zinnen of vragen	1	2	3	4	5	6	7
7. Slaan (ook zichzelf)	1	2	3	4	5	6	7
8. Schoppen	1	2	3	4	5	6	7
9. Anderen vastpakken	1	2	3	4	5	6	7
10. Duwen	1	2	3	4	5	6	7
11. Gooien met voorwerpen	1	2	3	4	5	6	7
12. Vreemde geluiden (ook ongepast lachen of huilen)	1	2	3	4	5	6	7
13. Gillen, krijsen	1	2	3	4	5	6	7
14. Bijten	1	2	3	4	5	6	7

	Nooit 1	Minder dan eens per week 2	1 à 2 keer per week 3	Meerdere keren per week 4	1 à 2 keer per dag 5	Meerdere keren dag per uur 6	Meerdere keren 7
15. Krabben	1	2	3	4	5	6	7
16. Weglopen (bijv. een andere kamer, gebouw)	1	2	3	4	5	6	7
17. Opzettelijk vallen	1	2	3	4	5	6	7
18. Klagen	1	2	3	4	5	6	7
19. Negativisme	1	2	3	4	5	6	7
20. Ongeschikte stoffen eten of drinken	1	2	3	4	5	6	7
21. Zichzelf of anderen bezeren (sigaret, heet water etc.)	1	2	3	4	5	6	7
22. Verkeerd gebruik van voorwerpen (verplaatsen meubels, spelen met eten)	1	2	3	4	5	6	7
23. Voorwerpen verstoppen	1	2	3	4	5	6	7
24. Voorwerpen verzamelen	1	2	3	4	5	6	7
25. Voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken	1	2	3	4	5	6	7
26. Telkens herhalende gedragingen (schuiven met voeten, plukken e.d.)	1	2	3	4	5	6	7
27. Verbale seksuele toespelingen	1	2	3	4	5	6	7
28. Lichamelijk seksuele toenadering zoeken	1	2	3	4	5	6	7
29. Algemene rusteloosheid	1	2	3	4	5	6	7

7.8 Appendix VIII: Vragenlijst voorkeursmuziek cliënten participant

Vragenlijst muzikale voorkeuren:

• Naar welke muziek luisterde u toen u jong was	
• Zong u in de kerk? Wat is u favoriete religieuze muziek?	
• Hield u van musicals/toneel/cabaretiers? Welke specifiek?	
• Heeft u nog steeds enkele CD's /bandjes van uw favoriete muziek? Welke zijn dat en waar kan ik die vinden?	
• Wie was u favoriete artiest, groep, band of orkest?	
• Wie was uw favoriete klassieke componist?	

Kunt u enkele van uw favorieten hummen?	
Op welke muziek werd er gedanst op uw bruiloft? Schoolfeesten etc.?	
Wat werd er vroeger voor u door u moeder/vader gezongen (bv tijdens de afwas of bij het naar bed brengen)?	
Hebt u in een koor/vereniging gezongen, welke liedjes werden daar gezongen? Welke stijl van muziek was dat.	
Aan welke liedjes/artiest heeft u een speciale herinnering?	
Bent u wel eens naar een concert geweest en van wie was dat dan?	
Hield u vooral van Nederlandstalige muziek of ook buitenlandse muziek?	

• Speelde u een instrument toen u jonger was?	

