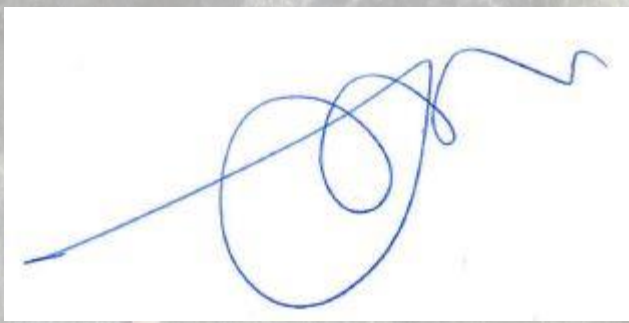
Receptieve muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij een oudere vrouw met dementie en Sundowning Syndrom ter vermindering van agitatie: Een systemische n=1 studie

Auteur M.J. de Lange

Datum 05-03-2021

NHL STENDEN hogeschool

Akkoord begeleider: 

(handtekening)

Receptieve muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij een oudere vrouw met dementie en Sundowning Syndrom ter vermindering van agitatie: Een systemische n=1 studie

Auteur	M. J. (Mark) de Lange
Studentnummer	4613791
Datum	05-03-2021
Plaats	Sneek
Opdrachtgever	Woonzorg Flevoland
Opleiding	NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden Vaktherapie (verkort) richting: Muziek
Afstudeeronderzoeksbegeleider	Sonja Aalbers MA
Beoordelaar OO	Hilda Elzinga
Datum goedkeuring OO	25-09-2020
Beoordelaar 1, AO	Hilda Elzinga
Beoordelaar 2, AO	Liesbeth Bosgraaf
Versie	Kans 1
Aantal woorden/zonder bijlagen	9376 (zonder bijlagen) 16155 (gehele document)

VOORWOORD

Dit systemische N=1 onderzoek is opgezet als onderdeel van mijn opleiding tot vaktherapeut bij NHL Stenden. Als onderwerp voor dit onderzoek heb ik gekozen voor "welk resultaat heeft receptieve muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij een oudere vrouw met dementie en Sundowning Syndrom ter vermindering van agitatie". Tijdens mijn stageperiode bij Woonzorg Flevoland heb ik meerdere malen gemerkt dat veel van de cliënten in hun ziekteproces probleemgedrag vertonen. Dit probleemgedrag uit zich met name in de vorm van agitatie. Omdat deze agitatie voor zowel de cliënt als diens omgeving het welzijn en welbevinden kan verminderen, wil ik graag onderzoeken of muziektherapie gebruikmakend van geïndividualiseerde muziek kan leiden tot vermindering van agitatie.

Langs deze weg wil ik dan ook graag een aantal personen in het bijzonder bedanken voor hun medewerking. Zonder de hulp en deskundigheid van hen zou ik dit onderzoek niet hebben kunnen doen. Annemieke Raven- de Vries, muziektherapeut, bedankt voor alle hulp, begeleiding en ondersteuning tijdens mijn groeiproces tot muziektherapeut. Janneke Kingma, hartelijk dank voor de goede ondersteuning bij het tot stand komen van mijn gestructureerde stage. Tevens wil ik Sonja Aalbers, docent-onderzoeker, bedanken voor de begeleiding, ondersteuning en feedback die ik heb mogen ontvangen.

Mark de Lange

05-03-2021

Inhoudsopgave

Voorwoord iii
Samenvatting 5
Inleiding 7
Aanleiding, context en praktijkprobleem 7
Standaardbehandeling vanuit WZF 9
Muziektherapeutische interventie met geïndividualiseerde muziek 10
Probleemstelling 11
Vraagstelling en deelvragen 11
Methode 12
Beschrijving N=1 methode 12
Deelvraag 1 12
Deelvraag 2 15
Deelvraag 3 16
Muziektherapeutische Interventie 18
Beantwoording hoofdvraag (hoe) 19
Ethische overwegingen 19
Resultaten 20
Resultaat op deelvraag 1a 20
Resultaat op deelvraag 1b 21
Resultaat op deelvraag 2 22
Resultaat op deelvraag 3 23
Conclusie 24
Discussie 24
Aanbeveling 25
Bronnenlijst 27
Bijlage 1. scorelijst: inventarisatie, mate van agitatie (SIMA) 30
Bijlage 2. EVALUATIE van de agitatie 32
Bijlage 3. Muzikale analyse bij verminderde agitatie 34
Bijlage 4. Vragenlijst persoonlijke muziekvoorkeur (VPMV) 36
Bijlage 5. Feedbackformulier Afstudeeronderzoek N=1 (Versie 2019-2021) 38
Bijlage 6. Verklaring door studentonderzoeker 41
Bijlage 7. Informatiebrief voor deelname aan systemische N=1 onderzoek 42
Bijlage 8. Informed consent 45
Bijlage 9. Zoekstrategie: databanken, samengestelde zoektermen 46
Bijlage 10. Product [Basis] 47
Bijlage 11. Advies onderzoeksbegeleider praktijk 52
Bijlage 12. HBO-kennisbank invulformulier ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**
Bijlage 13. HBO-kennisbank toestemmingsformulier ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

SAMENVATTING

Aanleiding voor dit onderzoek was de nachtelijke agitatie bij cliënten van Woonzorg Flevoland (WZF). De muziektherapeut zette geïndividualiseerde muziek in welke door het aanpassen van muzikale parameters aansloot bij de behoefte van 'prikkeling' bij de desbetreffende cliënt. Hierdoor verminderde de agitatie en het probleemgedrag in de avond en nacht.

Dit onderzoek is een afstudeeropdracht voor de bacheloropleiding Vaktherapie – richting muziek aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. Het betreft een praktijkgericht onderzoek in opdracht van WZF te Lelystad, op de locatie: de Uiterton uitgevoerd.

Het onderzoek gaat over Mw. T. Zij heeft dementie en uit zich geagiteerd tijdens Sundowning Syndrom (SS). De opdrachtgever is geïnteresseerd in de resultaten van muziektherapie bij deze doelgroep. Door een goede onderbouwing van muziektherapie bij deze doelgroep met agitatie kan muziektherapie een duidelijkere plek innemen binnen het behandelteam. Tevens is het onderbouwen en onderzoek doen naar muziektherapeutische interventies een streven voor de landelijke vereniging, de Federatie van Creatieve Therapieën (FVB).

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de systemisch N=1 methode en kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelingsmethoden. De respondenten zijn zowel formele als informele netwerkleden van mw. vT. De muziektherapeutische interventie betreft een serie van drie sessies. Tijdens de eerste sessie wordt de geïndividualiseerde muziek bepaald en inzicht verkregen in de muzikale parameters die een rol spelen in het verminderen van agitatie. In de volgende sessies wordt deze geïndividualiseerde muziek toegepast tijdens de muziektherapeutische sessies op de gemeenschappelijke huiskamer. Tijdens deze drie sessies worden data verzameld gebruik makend van vragenlijsten, scorelijsten, en hartslagregistratie en muziektherapeutisch evaluatieformulier en muziektherapeutische observaties.

Uit de resultaten bleek dat muziektherapie gebruikmakend van geïndividualiseerde muziek, tijdens en kort na de sessie tot vermindering van agitatie kon leiden bij mw. vT. In deze afstudeeropdracht is onderzoek gedaan naar de invloed van muziektherapie bij mw. vT wanneer zij geagiteerd gedrag vertoont tijdens SS. Zo was in de scorelijst een afname van agitatie zichtbaar na de sessie. De hartslagmeting gaf in een grafische weergave weer dat de hartslag langzamer sloeg (BPM) tijdens en na de sessie. En ervaarde het netwerk van mw. vT tijdens de sessie een afname van zichtbare agitatie. Dit onderzoek laat zien dat tijdens de muziektherapeutische sessie vermindering van agitatie optreedt, dit is zichtbaar in zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve analyses. Een beperking van het onderzoek was de gebruikte scorelijst. In de praktijk bleek deze te weinig eenduidig. Aanbevolen wordt om deze scorelijst verder te vereenvoudigen.

Trefwoorden:
Muziektherapie, Geïndividualiseerde muziek, Dementie, Agitatie, Sundowning Syndrom, Receptief, Hartslag

Summary

The reason for this study was the nocturnal agitation among residents of Woonzorg Flevoland (WZF). The music therapist used individualized music which, by adjusting musical parameters, matched the need for "stimulation" of the relevant client. This reduced agitation and problem behavior in the evening and night. This research report is a graduation assignment for the Bachelor's program in Vaktherapy - direction music at

the NHL Stenden Hogeschool in Leeuwarden. It concerns a practice-oriented study commissioned by WZF in Lelystad, carried out at the location: de Uiterton. The research is about Ms. T. She has dementia and is agitated during Sundowning Syndrome (SS). WZF is interested in the results of music therapy for this target group. By properly substantiating music therapy for this target group with agitation, music therapy can occupy a clearer place within the treatment. The foundation and research into music therapeutic interventions is also a goal for the national association, the Federation of Creative Therapies (FVB).

In this study, use was made of the systemic N = 1 method and qualitative and quantitative data collection methods. The respondents are both formal and informal network members of Mrs. vT. The music therapy intervention consists of a series of three sessions. During the first session, the individualized music is determined and insight is gained into the musical parameters that play a role in reducing agitation. In the following sessions, this individualized music is applied during the music therapy sessions in the common living room. During these three sessions, data is collected using questionnaires, score lists, and heart rate registration and music therapy evaluation form and music therapy observations.

The results showed that music therapy using individualized music, during and shortly after the session, could reduce agitation in mrs. vT. This research report investigated the influence of music therapy on mrs. vT when she exhibits agitated behavior during SS. For example, a decrease in agitation was visible in the score list after the session. The heart rate measurement graphically showed that the heart rate beat slower (BPM) during and after the session. And experienced the network of mrs. vT a decrease in visible agitation during the session. This research shows that during the music therapy session a reduction of agitation occurs, this is visible in both the qualitative and the quantitative analyzes. A limitation of the study was the score list used. In practice this turned out to be too ambiguous. It is recommended to further simplify this score list.

Keywords
Music Therapy, Individualized Music, Dementia, Agitation, Sundowning Syndrom, Receptive Music Therapy, Heart Rate

INLEIDING

AANLEIDING, CONTEXT EN PRAKTIJKPROBLEEM

Voor de studie Vaktherapie verkorte route Muziek aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden is dit praktijkgerichte systemisch N=1 onderzoek gedaan. De aanleiding voor dit praktijkgericht onderzoek is dat er bij Woonzorg Flevoland (WZF) cliënten met dementie zijn die last hebben van nachtelijke agitatie. De muziektherapeut zoekt naar een manier om dit probleem te verminderen. Binnen WZF wonen voornamelijk oudere mensen die langdurige psychogeriatrische of somatische zorg nodig hebben (Woonzorg Flevoland, 2019). Agitatie bij mensen met dementie wordt in verband gebracht met een lagere kwaliteit van leven (Zuidema et al., 2018). Dit heeft tot gevolg dat ook medecliënten, verzorgers en mantelzorgers bijvoorbeeld geagiteerd kunnen raken of zich machteloos voelen. Vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is ook WZF gericht op het behalen van optimale kwaliteit van leven van cliënten. In het kwaliteitskader wordt gesteld: "het hoofddoel van verpleeghuiszorg is een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt, door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie in het zorg- en behandelproces" (Zorginstituut Nederland, 2017).

Op de psychogeriatrische afdelingen waar cliënten met een vorm van dementie wonen, wordt de muziekkusseninterventie (MKI) ingezet om nachtelijke agitatie te verminderen. De MKI is een muziektherapeutische interventie waarbij een cliënt met dementie tijdens het inslapen naar geïndividualiseerde muziek via een muziekkussen luistert, met als doel het verminderen van nachtelijke agitatie (Raven- de Vries, 2017). In de praktijk blijkt dat cliënten die nachtelijke agitatie vertonen ook in de namiddag regelmatig last hebben van agitatie. Uit de praktijk is gebleken dat de nachtelijke agitatie door inzet van de MKI regelmatig vermindert. Hierdoor vraagt WZF zich af of de inzet van een muziekinterventie met geïndividualiseerde muziek in de namiddag ook de dan voorkomende agitatie kan verminderen. Om die reden heeft de opdrachtgever gevraagd om in een systemische N=1 studie te onderzoeken of geïndividualiseerde muziek ook in de namiddag tot een vermindering van agitatie kan leiden.

Nederland vergrijst (CBS, 2018). Wereldwijd zijn er ruim 50 miljoen mensen met dementie en in Nederland zo'n 280.000 mensen. Binnen Woonzorg Flevoland wonen ongeveer 300 mensen waarvan ± 60 mensen dementie hebben. Dementie is een hersenziekte, die 50 verschillende soorten kent, waaronder Alzheimer, Fronto-temporale dementie (FTD), Lewy body dementie en Vasculaire dementie. Van de mensen met dementie kampt 80% op een gegeven moment in zijn of haar ziekteproces met probleem- of onbegrepen gedrag (Prins, Heijkants, & Willemse, 2018). Agitatie is één van de uitingsvormen van onbegrepen gedrag. In de richtlijn "Probleemgedrag" van Verenso. Op de site van Verenso, de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde zijn de andere categorieën van onbegrepen gedrag tevens beschreven; psychotisch, angstig, depressief, geagiteerd en apathisch gedrag (Zuidema et al., 2018). Bij het behandelen van onbegrepen gedrag is het gebruik van gedragsmedicatie in slechts 10% van de gevallen volledig gepast en bovendien kent deze medicatie veel bijwerkingen (van der Spek, 2016). Het gebruik van alternatieven om onbegrepen gedrag aan te pakken wordt dan ook in de richtlijn "Probleemgedrag" aanbevolen (Zuidema et al., 2018).

Wanneer een cliënt op een KSW-afdeling van WZF agitatie vertoont, proberen verzorgenden dit te beïnvloeden door bijvoorbeeld validerende technieken toe te passen, afleiding te bieden of de cliënt rust op zijn kamer te geven. Wanneer de agitatie dusdanig

is, dat deze interventies niet effectief zijn, kan vaktherapie in de vorm van muziektherapie ingeschakeld worden. "Vaktherapie is de overkoepelende naam voor beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindertherapie en speltherapie" ("Wat is vaktherapie", z.d.). Muziektherapie kent in grote lijnen twee methoden, namelijk actieve muziektherapie waarbij door cliënt en therapeut muziek wordt gemaakt of receptieve muziektherapie waarbij de therapeut muziek aanbiedt en de cliënt luistert naar de aangeboden muziek (Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie, 2017). De methode die in dit onderzoek wordt gebruikt valt onder receptieve muziektherapie. Receptieve muziektherapie is een behandeling, waarbij bijvoorbeeld geïndividualiseerde muziek (fragmenten) in de therapeutische relatie worden ingezet met als doel het verminderen van de agitatie. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van geïndividualiseerde muziek in muziektherapie meer effect heeft dan willekeurige muziek om agitatie bij cliënten met dementie te verminderen (Gerdner, 2000; Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013; Weise, Jakob, Töpfer, & Wilz, 2018). Een muziektherapeut maakt bij de keuze van de muziek gebruik van de muzikale voorkeuren van de cliënt en werkt met parameters van muziek. Voorbeelden van parameters zijn ritme, dynamiek, melodie en tekst. Wanneer het spreken niet meer of moeilijk gaat, kan muziek nog wel een mogelijke ingang bieden. Muziek doet namelijk aanspraak op een gebied in de hersenen, welke ook bij mensen met dementie nog aanspreekbaar is. Dit zorgt ervoor dat de mensen met dementie door middel van muziek kunnen worden aangesproken (Baerends, Vink & Werger, 2004).

Agitatie bij ouderen met dementie

Agitatie is een vorm van onbegrepen gedrag. Onder agitatie vallen verschillende vormen van prikkelbaar of rusteloos gedrag. In de richtlijn "Probleemgedrag" wordt gesproken over een onderverdeling langs de gedragsdimensies verbaal - fysiek en niet-agressief – agressief (Zuidema et al., 2018). Deze systemische N=1 studie richt zich op mw. vT met niet-agressieve agitatie. Dit kan verbale niet-agressieve agitatie zijn, zoals zinnen of vragen herhalen, roepen of repetitieve geluiden maken, of fysieke niet-agressieve agitatie, zoals doelloos rondlopen of andere vormen van motorische rusteloosheid. In het bijzonder is dit onderzoek gericht op agitatie vanaf de namiddag bij mw. vT. Deze vorm wordt ook wel Sundowning syndrom (SS) genoemd (Khachiyants, Trinkle, Son, & Kim, 2011). SS is agitatie op een specifiek moment op de dag. De symptomen van SS zijn onder andere agressie, visuele en auditieve hallucinaties, schreeuwen, schelden, mijmeren, angst, dwalen, ijsberen en agitatie (Canevelli et al., 2016). De belasting van agitatie op zowel de cliënt als zijn omgeving is groot; het zorgt voor lagere kwaliteit van leven (Zuidema et al., 2018). Het onderzoeken van niet- medicamenteuze interventies om SS te verminderen is dan ook zeer gewenst.

Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan van agitatie tijdens de namiddag (SS). Een lichamelijke factor die bijvoorbeeld een rol kan spelen is het door neurodegeneratie verstoord raken van de biologische klok (Khachiyants et al., 2011). Ook kan door dementie de aanmaak van bepaalde stoffen (o.a. melatonine) verstoord raken (Khachiyants et al., 2011). Andere lichamelijke factoren die mogelijk een rol spelen in het ontstaan van agitatie (SS) zijn een verminderd gehoor en zicht, waardoor onvoldoende sociale aansluiting op de omgeving mogelijk is (Zuidema et al., 2018). Ook cognitieve factoren kunnen een rol spelen, zoals het onvermogen om bepaalde situaties cognitief te compenseren (Zuidema et al., 2018). Cliënt kan op die momenten gevoelens van o.a. angst, verdriet, verlatenheid, wanhoop, boosheid ervaren. Dit onvoldoende emotioneel evenwicht kan agitatie in de hand werken (Zuidema et al., 2018). Tevens kunnen door de cerebrale aandoening problemen met het ontvangen van prikkels ontstaan. Zowel overprikkeling als sensorische deprivatie kunnen daardoor agitatie

veroorzaken of versterken (Kovach et al., 2004). Daarnaast kunnen omgevingsfactoren een rol spelen, zoals een veranderde nieuwe woonomgeving (Zuidema et al., 2018) of bijvoorbeeld wanneer ouderen (te) vroeg naar bed gaan en zo ook weer vroeg wakker worden. Dit kan gevolgen hebben voor de namiddag, wanneer moeheid naar voren komt, wat een trigger kan zijn (Khachiyants et al., 2011).

Cliëntbeschrijving

Mevrouw vT is 80 jaar en woonachtig op een KSW-afdeling van WZF. Zij heeft veel hulp nodig bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en is het grootste gedeelte van de dag op de gemeenschappelijke woonkamer. Hier krijgt zij af en toe bezoek van haar dochter. Aan het eind van de middag vertoont mw. regelmatig niet-agressieve verbale en fysieke agitatie; mw. staat op, loopt zoekend rond en stelt herhalende vragen aan verzorgenden. Zij is dan erg gevoelig voor prikkels, reageert geagiteerd op geluiden en bewegingen van verzorgenden, medebewoners en haar omgeving in het algemeen (TV, radio, wat zij buiten ziet enz.). Dit uit zich meestal in het stellen van vragen. Omdat medebewoners reageren met onsamenhangende antwoorden, raakt mw. vT nog meer geagiteerd, zij gaat rondlopen en lijkt opzoek naar houvast en structuur. Hierdoor raken ook medebewoners onrustiger en gaan ook rondlopen of contact maken met mw. vT wat regelmatig uitmondt in conflicten met medebewoners. Door haar dementie is zij niet meer in staat de wereld om zich heen te begrijpen, daardoor ontstaan gevoelens van angst wat de agitatie weer versterkt. Dit resulteert in een grotere belasting op zowel mw. vT als diens omgeving en zorgverleners.

STANDAARDBEHANDELING VANUIT WZF

Bij agitatie wordt binnen WZF standaard gewerkt met een werkwijze onbegrepen gedrag. Dit houdt in dat er bij agitatie altijd volgens een bepaalde procedure gewerkt wordt. Door het volgen van deze werkwijze (7 stappen) wordt het probleem methodisch in kaart gebracht en behandeld. Dit onderzoek richt zich op de agitatie tijdens het eind van de middag. Wanneer de psycholoog het stappenplan hierbij toepast wordt de volgende procedure doorlopen. Als eerste (stap 1) dient de agitatie gesignaleerd te worden. Deze agitatie wordt gerapporteerd door het zorgteam. De psycholoog levert hierbij zo nodig de juiste observatie instrumenten aan (Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) of een stoplichtlijst). (Stap 2) Hierna wordt deze geobjectiveerde agitatie besproken met de arts, psycholoog en eerstverantwoordelijke verzorgende. Dit om de geconstateerde agitatie te bespreken en te verifiëren. (Stap 3) Wanneer de agitatie is gesignaleerde wordt nadrukkelijk verzocht ook de familie te betrekken en op de hoogte te houden. Hierna wordt (stap 4) door de psycholoog vastgesteld welke mogelijke oorzaken aan de agitatie ten grondslag liggen. Ook stelt de psycholoog vast welke mogelijke interventies hierop kunnen inspelen. Er wordt nu (stap 5) gestart met de geadviseerde behandeling. Wanneer deze behandeling onvoldoende verandering teweegbrengt (stap 6), kan in uitzonderlijke situaties in overleg met psycholoog en arts worden gestart met psychofarmaca. Tot slot (stap 7) wordt de behandeling met het gehele zorgteam en psycholoog geëvalueerd.

Bij mogelijke behandeling van oorzaken van agitatie (stap 5) kan aan een breed scala aan interventies gedacht worden, waaronder aangepaste benadering door zorgmedewerkers, inzet van tactiele prikkels (knuffel, poppen, plukkussen), toepassen van middagrust, extra eetmomenten en in uitzonderlijke gevallen extra inzet van verzorgenden. Wanneer cliënt ontvankelijk is voor muzikale prikkels kan muziektherapie en/of een gerichte muziekinterventie ingezet worden (Smeijsters, 2004).

MUZIEKTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE MET GEÏNDIVIDUALISEERDE MUZIEK

Om de agitatie bij mw. vT te verminderen, werd onderzocht of geïndividualiseerde muziek kan bijdragen aan het verlagen van de agitatie in de namiddag (SS). Door gebruik te maken van geïndividualiseerde muziek kan aanspraak worden gemaakt op het impliciete geheugen, hierdoor is het mogelijk om de agitatie te verminderen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat wanneer muziek wordt gebruikt, welke op de persoon met dementie is afgestemd, dit kan leiden tot vermindering van agitatie, zowel tijdens als na de interventie (Gerdner, 2000; Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013; Weise, Jakob, Töpfer, & Wilz, 2018). Ook kan muziek bijdragen aan een gevoel van geborgenheid, dit komt omdat dit aanspraak doet op de (non-)cognitieve restvermogens van de hersenen bij deze doelgroep. Mensen met dementie zijn namelijk nog in staat om tot in een laat stadium van dementie muziek te herkennen (Jacobsen et al., 2015). Het herkennen van muziek in een wereld die door dementie steeds verder afbrokkelt, kan fijne gevoelens oproepen en zo agitatie doorbreken (Sacks, 2008).

Omdat de geïndividualiseerde muziek in dit onderzoek wordt ingezet om agitatie te verminderen is het van belang door een muziektherapeut onderzoek te laten doen welke muziek in dit specifieke geval gebruikt kan worden. De muziektherapeut kan, naast rekening houden met de voorkeur, ook de parameters zoals tempo, melodie en harmonie aanpassen om de agitatie van de mw. vT te beïnvloeden. Het is namelijk onderzocht dat deze parameters van invloed kunnen zijn op het verlagen van arousal wat bijvoorbeeld een verlaging van de hartslag tot gevolg kan hebben (Bernardi, 2005) en zo agitatie kan verminderen.

Doel en belang van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de resultaten van het inzetten van geïndividualiseerde muziek in receptieve muziektherapie bij mw. vT, zij heeft dementie en agitatie door Sundowning Syndrom. Er wordt onderzocht of de toepassing van geïndividualiseerde muziek ‘effect’ geeft in het verminderen van agitatie. Bij een mogelijk positief ‘effect’ kan ook een bijpassend product worden geschreven. Alhoewel het doel van de interventie klein lijkt, dient dit een groter belang voor andere muziektherapeuten omdat dit product op zijn beurt weer door andere muziektherapeuten kan worden toegepast. Tevens kan dit ook worden gebruikt bij een grootschaliger onderzoek.

Het doen van onderzoek naar muziektherapeutische interventies is voor vaktherapeuten in het algemeen van belang, omdat zo de impliciete kennis van de individuele therapeut expliciet wordt gemaakt door het onderzoeken van de werkzame principes. “De cyclus van kennisontwikkeling draagt bij aan kwaliteitsverbetering van vaktherapie en daarmee tot een sterkere positionering van vaktherapie in Nederland” (CPMO, z.d.).

Voor familie, medecliënten en verzorgenden kan het meemaken van het geagiteerd gedrag van mw. vT belastend zijn omdat dit gevoelens van onrust, boosheid of machteloosheid kan opwekken. Zij zijn daarom gebaat bij een interventie die het geagiteerd gedrag kan verminderen. Daarbij speelt nog een belang bij familie; zonder geagiteerd gedrag kan vaak betekenisvoller contact met mw. vT ontstaan. Dit is tevens van belang voor de organisatie omdat door het verminderen van de agitatie op de KSW-afdelingen, minder onrust bij medebewoners en dus een minder grote last bij personeel ligt en medecliënten meer aandacht kunnen krijgen.

PROBLEEMSTELLING

WZF heeft de missie een woonomgeving te creëren waarbij het welzijn en welbevinden van de bewoner centraal staan. WZF is een organisatie die gebruik wil maken van zoveel mogelijk psychosociale en dus niet-medicamenteuze interventies. Bij ouderen met dementie komt het SS regelmatig voor (Khachiyants et al., 2011). Klachten die de oudere ondervindt uiten zich in de vorm van agitatie. Veelal uit zich de eerste agitatie al in de namiddag, dit is vaak samenvallend met het wisselen van het personeel. Geagiteerd gedrag uit zich bij mw. vT in het herhaaldelijk vragen stellen al dan niet in combinatie met loopdrang. Wanneer mw. vT met dementie woonachtig binnen een kleinschalig wonen, agitatie vertoont, heeft dit ook gevolgen voor de medebewoners. Deze worden hierdoor onnodig belast met prikkels, voelen zich wellicht ongerust, geïrriteerd, angstig of verdrietig. Voor het netwerk rondom mw. vT, zoals familie en vrienden, kan de agitatie ook een grote belasting geven. Voor mantelzorger(s) van mw. vT is het dan ook moeilijk om haar op te laten nemen in het verpleeghuis en mw. dan ook nog eens te zien lijden. Er is noodzaak te onderzoeken welke interventies dit lijden kunnen verlichten. In de praktijk van WZF wordt de muziekkusseninterventie regelmatig ingezet bij agitatie in de avond en nacht. Het is onduidelijk of een muziektherapeutische interventie in de namiddag kan leiden tot een vermindering van agitatie.

VRAAGSTELLING EN DEELVRAGEN

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:
In hoeverre is er resultaat waarneembaar bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom en agitatie tijdens en na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?

Deelvragen

1. In welke mate is er kwantitatief resultaat waarneembaar (middels scorelijst en hartslagfrequentie) bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom op agitatie na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?
2. In hoeverre ervaart het netwerk resultaat bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom op agitatie tijdens en na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?
3. Welke muzikale paramaters spelen mogelijk een rol op het verminderen van agitatie bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom en agitatie?

METHODE

BESCHRIJVING N=1 METHODE

Binnen de opleiding Vaktherapie bij NHL Stenden hogeschool is één van de onderdelen een N=1 onderzoek (NHL Stenden Hogeschool, z.d.). Omdat in het vakgebied van de Vaktherapie, de vraag naar "evidence based" onderzoek steeds groter wordt, is binnen de opleiding Vaktherapie bij NHL Stenden gekozen om een systemische N=1 onderzoek uit te voeren als onderdeel van het afstuderen. De keuze voor een systemische N=1 is gemaakt omdat het in dit vakgebied gaat om individuele op maat benadering.

Een systemisch N=1 onderzoek is een mixed methode onderzoek waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld worden. Bij de kwantitatieve evaluatie worden resultaten in cijfers uitgedrukt. Bij de kwalitatieve methode worden ervaringen in woorden uitgedrukt. Bij kwantitatief onderzoek wordt er gekeken en getoetst aan de hand van eerdere metingen. Deze eerder vastgelegde informatie, aan de hand van bijvoorbeeld gevalideerde vragenlijsten/ meetinstrumenten, dient als basis voor de eigen norm van mw. vT. Door dit ook achteraf of tijdens de interventie(s) vast te leggen, is er een goed beeld verkregen over de resultaten bij mw. vT. Systemisch wil zeggen dat er gebruik wordt gemaakt van het netwerk rondom mw. vT. Zo zijn er uit het formele netwerk twee respondenten, namelijk een collega muziektherapeut en een verzorgende werkzaam op de KSW-afdeling waar mw. woont. Tevens is de respondent uit het informeel netwerklid de dochter van mw. vT. Daarnaast is ook muziektherapeut in opleiding/ onderzoeker zelf participant. Het netwerk wordt betrokken in het monitoren van de mogelijke resultaten. Hierdoor is vanuit verschillende perspectieven en referentiekaders gekeken naar mw. vT (Consort 2010 Flow diagram; Figuur 1). Om het onderzoek te kunnen uitvoeren is een informatiebrief overhandigd aan rechtsvertegenwoordiger van mw. vT, waarna gevraagd is na te denken over deelname. Na twee weken is informed consent door haar getekend.

DEELVRAAG 1

In welke mate is er kwantitatief resultaat waarneembaar (middels scorelijst en hartslagfrequentie) bij mw. vT met dementie en Sundowning syndrom op agitatie na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?

Onderzoekstype

Er is bij deze deelvraag gebruik gemaakt van een kwantitatieve evaluatie. Er is informatie verzameld in de vorm van variabelen. Door deze variabelen uit te drukken in cijfers, is cijfermatig inzicht in de resultaten van de onderzoeksvraag weergegeven in een grafiek of tabel.

Operationalisatie

Er zijn twee methoden toegepast om agitatie te meten.

A. Meten van agitatie door middel van scorelijst
B. Meten van agitatie middels een smartwatch

A: Als basis werd de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) scorelijst aangehouden (de Jonghe & Kat, 1996). Hier is een gepersonaliseerde scorelijst van gemaakt door onderzoeker. Deze uiteindelijke lijst bestaat uit 30 items over mogelijke geagiteerde gedragingen. Deze 30 items zijn ingedeeld in 3 indicatoren: faciale,

motorische en verbale agitatie. De scores van één scorelijst zijn bij elkaar opgeteld volgens opgave scorelijst (SIMA; Bijlage 1). Deze totale waarde representeert de mate van agitatie over de gemeten periode, tevens is per subconstruct het totaal opgeteld. In de lijst is gescoord aan de hand van een 4-punts Likertschaal. Waarbij 1 = nooit en 4 = continu is (SIMA; Bijlage 1). Een lage score is gunstig en een hoge score ongunstig.

B: De hartslag is door middel van een smartwatch (TomTom Runner) gemeten. Uit deze gegevens blijkt hoe de hartslagfrequentie (Hf) verloopt.

Participanten
Dit onderzoek werd uitgevoerd bij mw. vT., een oudere vrouw met dementie en agitatie in de namiddag en avond (SS). Observatoren waren muziektherapeut in opleiding/ onderzoeker, twee formele netwerkleden, namelijk een collega muziektherapeut en een verzorgende werkzaam op de KSW-afdeling waar mw. woont. Daarnaast als informeel netwerklid de dochter van mw. vT.

Dataverzameling
A: Een collega muziektherapeut als observator, een observator uit het formele netwerk (verzorgende) en een lid van het informele netwerk (familie) vulden de scorelijst 20 minuten na de tweede en derde sessie in. De scorelijst werd over de periode 20 minuten voor de sessie tot aan de sessie gescoord, alsmede de periode die start na de sessie tot 20 minuten daarna. Het invullen werd over vier momenten (T) gedaan; 20 minuten voor sessie 2 tot sessie 2 (voormeting; T0). Na sessie 2 tot 20 minuten daarna (nameting; T1). 20 minuten voor sessie 3 tot sessie 3 (voormeting; T2). Na sessie 3 tot 20 minuten daarna (nameting; T3). Er is gebruik gemaakt van de 'Scorelijst: Inventarisatie, Mate van Agitatie' (SIMA; Bijlage 1).

B: De gegevens betreffende de hartslag zijn verzameld door middel van een smartwatch, namelijk TomTom Runner, bij de tweede en derde sessie. De muziektherapeut plaatste ruim voorafgaande aan de sessie een smartwatch bij mw. vT. Deze smartwatch meet de hartslag bij mw. gedurende de periode 20 minuten voor de sessie, tijdens de sessie tot en met 20 minuten na de sessie. Dit is uitgedrukt in beats per minute (BPM).

Analyseplan
A. In de analyse is gebruik gemaakt van 1 scorelijst (SIMA; Bijlage 1). De scorelijst bestaat uit 30 vragen waarop gescoord is. Deze is ingevuld door twee formele netwerkleden, namelijk een collega muziektherapeut en een verzorgende werkzaam op de KSW-afdeling waar mw. woont en een informele netwerklid, namelijk de dochter van mw. vT. Alle lijsten zijn ingevuld en er zijn daardoor geen missing values. De totaalscores van de scorelijsten zijn geïmporteerd in de ontwikkelde N=1 Tool (NHL Stenden Hogeschool, 2017). Met de N=1 Tool is de Non-overlap of All Pairs (NAP) berekend om te onderzoeken of er sprake was van een significante verandering. De waarde van de NAP is altijd tussen de 0 en 1. Een waarde boven de 0,5 staat voor een vooruitgang en een waarde onder de 0,5 een achteruitgang. Omdat ook door toeval een voor- of achteruitgang kan ontstaan mag je niet zomaar een conclusie trekken. Daarom wordt pas gesproken over significant wanneer de NAP groter is dan 0,65, dit wordt ook wel een betekenisvolle toename genoemd. Bij waarden onder de 0,35 spreken we van een betekenisvolle afname (Postma-van Sloten, Bootsma, & Spreen, 2013). Er is een totaal van elk meetmoment berekend door de scores op te tellen, maar ook is per subconstruct een totaalscore per meetmoment gemaakt. Daarna werden verschillende vergelijkingen gemaakt. Zo is meetmoment T0 vergeleken met meetmoment T1 en meetmoment T2

met meetmoment T3 en meetmoment T0 met meetmoment T3. Om te berekenen hoe sterk de verandering in agitatie was en hoe groot deze was, werd de Cohen's *d* berekend. Dit is echter alleen interessant wanneer een *NAP* waarde 'betekenisvol' is (<0.35 of >0.65). Na analyse met de N=1 tool kwamen waarden naar voren (Lachenbruch & Cohen, 1989; Sawilowsky, 2009). Hiermee is inzicht verkregen in de 'effect size'. Uitkomsten kunnen variëren van zeer klein tot zeer groot. Tot slot is als laatste de Gower Legendre Index (GLI) berekend. Wanneer de GLI groter dan 0,7 is dan mag worden aangenomen dat er voldoende overeenstemming is tussen de antwoorden is en het als betrouwbaar mag worden opgevat. Voor het berekenen is gebruik gemaakt van de door de observanten gescoorde minimale (0) en maximale (33) score en niet wat maximaal gescoord kon worden. Er is gekozen voor deze pessimistische berekening, omdat de maximale score (veel) hoger zou kunnen zijn dan de maximaal behaalde, echter deze maximale score geeft een onrealistisch beeld van de werkelijkheid.

B. De hartslaggegevens zijn verwerkt en visueel weergegeven in de vorm van een grafiek. Hierdoor is visueel inzichtelijk gemaakt wat het verloop is van de hartslag 20 minuten voor, tijdens en 20 minuten na de sessies. Een dalende lijn betekent over het algemeen een afname van agitatie, een stijgende lijn betekent een toename van agitatie (Bernardi, 2005).

Verantwoording

Omdat de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) een gevalideerde en veelgebruikte Likertschaal scorelijst is, is deze als basis gebruikt bij het verzamelen van gegevens bij deelvraag 1. De CMAI scorelijst is uitermate geschikt om de mate van agitatie bij mensen met dementie te onderzoeken (de Jonghe & Kat, 1996). Door middel van deze scorelijst worden symptomen en/of gedrag vastgelegd op een zo objectief mogelijke manier.

Omdat in dit onderzoek gewerkt werd met verschillende observatoren was het van belang om te toetsen of men de situatie min of meer hetzelfde had beoordeeld. Om dit te berekenen is de Gower Legendre Index (GLI) gebruikt.

De keuze om hartslagmetingen toe te passen:
Om agitatie te verminderen kan het nodig zijn om deze muziek te personaliseren. Wanneer dit door een muziektherapeut wordt gedaan, wordt gelet op onder andere de snelheid (tempo) en complexiteit van de muziek. Het is onderzocht dat deze parameters van invloed kunnen zijn op het verlagen van de arousal wat een verlaging van de hartslag tot gevolg kan hebben (Bernardi, 2005), dit kan een positief effect hebben op het verminderen van agitatie.

Het zou echter ook kunnen zijn dat door de veiligheid van de therapeutische sessie en het ontbreken van de omgevingsfactoren in een woonkamer, de agitatie vermindert. Dit is niet meegenomen in de score van de vragenlijsten.

Deze manier van registreren alsmede het analyseren draagt bij aan een methodische kijk als therapeut, dit kan ook bijdragen aan het effectief kijken naar de werking van een sessie en het hoe en waarom.

DEELVRAAG 2

In hoeverre ervaart het netwerk resultaat bij mw. vT met dementie en Sundowning syndrom op agitatie tijdens en na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?

Onderzoekstype

Om deze deelvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode.

Operationalisatie

De onderzoeker gebruikte een gestructureerde vragenlijst, welke werd ingevuld door een collega muziektherapeut, verzorgende en de dochter van mw. vT. De gestructureerde vragenlijst bevatte vragen die inzicht geven over het verschil voor, tijdens en na de sessie (Evaluatie; Bijlage 2). Het invullen vond plaats na de tweede en derde sessie. De onderzoeksmethode was erop gericht meer inzicht te krijgen in de beleving en de ervaring bij mw. vT voor, tijdens en na de muziektherapiesessies, door een collega muziektherapeut, verzorgende en de dochter van mw. vT. De gestructureerde vragenlijst bevatte de volgende drie indicatoren: Faciale, motorische en verbale agitatie. Bij de faciale agitatie werd gevraagd naar de ervaringen die zichtbaar waren in het gezicht van mw. vT zoals bijvoorbeeld angst, wanhoop, verbijstering of gekweldheid. Motorische agitatie wil zeggen, aanhoudende of herhalende motorische activiteiten. Verbale agitatie uitte zich bijvoorbeeld in herhalen van zinnen, jammeren, schreeuwen. Kortom na het invullen van de vragenlijst werd zichtbaar hoe zich de agitatie uitte bij mw. vT en in hoeverre er resultaat ervaren werd tijdens en na de sessie door het informele en formele netwerk.

Participanten

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij mw. vT., een oudere vrouw met dementie en agitatie in de namiddag en avond (SS). Observatoren waren muziektherapeut in opleiding/ onderzoeker, twee formele netwerkleden, namelijk een collega muziektherapeut en een verzorgende werkzaam op de KSW-afdeling waar mw. woont. Daarnaast als informeel netwerklid de dochter van mw. vT.

Dataverzameling

Om data te verzamelen vulden de participanten na sessie twee en drie de gestructureerde vragenlijst in. Voor de sessies heeft de muziektherapeut in opleiding/ onderzoeker een gestructureerde vragenlijst aangeleverd aan een collega muziektherapeut, verzorgende en de dochter van mw. vT.

Analyseplan

Nadat de muziektherapiesessies hadden plaatsgevonden en de vragenlijsten waren ingevuld, werden de belangrijkste, bij elkaar aansluitende of terugkerende woorden per subconstruct genoteerd. Hieruit is naar voren gekomen hoe het netwerk de agitatie van mw. ervoer, voor, tijdens en na de sessie.

Verantwoording

Bij een systemische N=1 ligt de nadruk op het netwerk rondom mw. vT. Er werd daarom gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst om inzicht te verkrijgen in de beleving en ervaring vanuit verschillende perspectieven. Door in de vragen te werken met dezelfde drie indicatoren, welke bij deelvraag 1 werden gebruikt, kon worden vergeleken en/of uitkomsten bevestigd worden. Er is gekozen voor een gestructureerde vragenlijst, omdat op deze manier alle vragen exact op dezelfde manier gesteld konden worden. Hierdoor verhoogde de validiteit van deze deelvraag.

DEELVRAAG 3

Welke muzikale paramaters spelen mogelijk een rol op het verminderen van agitatie bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom en agitatie?

Onderzoekstype

Om deze deelvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode. Deze methode zorgde voor meer inzicht omtrent de muzikale parameters en uitwerking bij mw. vT. Door deze kwalitatieve onderzoeksstijl is inzicht verkregen in welke muzikale parameters een rol spelen bij het verminderen van agitatie bij mw. vT.

Operationalisatie

Om de uitwerking van de muziek te evalueren is gebruik gemaakt van het evaluatieformulier '**A**nalyse kenmerken **G**eïndividualiseerde **M**uziek bij vermindering **A**gitatie van cliënt met **D**ementie' (AGMAD; Bijlage 3). Deze is aan de hand van praktijkervaring en theorie over muziek door de muziektherapeut/onderzoeker samengesteld. Het evaluatieformulier werd alleen ingevuld wanneer mw. vT tijdens de sessie naar een muziekfragment luisterde waarbij de agitatie zichtbaar afnam. Dit evaluatieformulier focust zich op het analyseren en identificeren van de muzikale parameters die hierbij een rol spelen. Het evaluatieformulier bestaat uit drie delen, het eerste deel geeft de persoonlijke gegevens weer. Het tweede deel betreft het muziekfragment en diens muzikale parameters. Het derde deel gaat over de reacties van mw. vT (o.a. faciaal, verbaal en motorisch).

Participanten

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij mw. vT., een oudere vrouw met dementie en agitatie in de namiddag en avond (SS). De muziektherapeut in opleiding/ onderzoeker was observant en vulde het evaluatieformulier in.

Dataverzameling

Om de eerste sessie niet te verstoren is gebruik gemaakt van video-opnames (beeld en geluid). Muziektherapeut in opleiding-onderzoeker plaatste voorafgaande aan de sessie een camera. De camera lag mw. vT vast op beeld en geluid, zij was volledig in beeld zodat haar reacties op de muziek geobserveerd kon worden door muziektherapeut in opleiding-onderzoeker. Hij vulde op basis van deze beelden naderhand een evaluatieformulier in over muzikale parameters en de reacties van mw. vT.

Analyseplan

De onderzoeker kon onbeperkt het beeldmateriaal bekijken/ beluisteren om zodoende nauwkeurig en uitputtend te observeren en zo noteren welke mogelijke parameters een rol speelden bij het verminderen van agitatie. Na het invullen van het evaluatieformulier over vier muziekfragmenten, zijn deze gegevens verder geanalyseerd. De uitkomsten werden allereerst globaal gescand op overeenkomsten. De overeenkomsten zijn genoteerd in een lijst. Daarna werden de resterende antwoorden gegroepeerd. Niet relevante antwoorden zijn achterwege gelaten. Uit de analyse volgde een lijst met kenmerken die een rol spelen bij het verminderen van agitatie bij mw. vT.

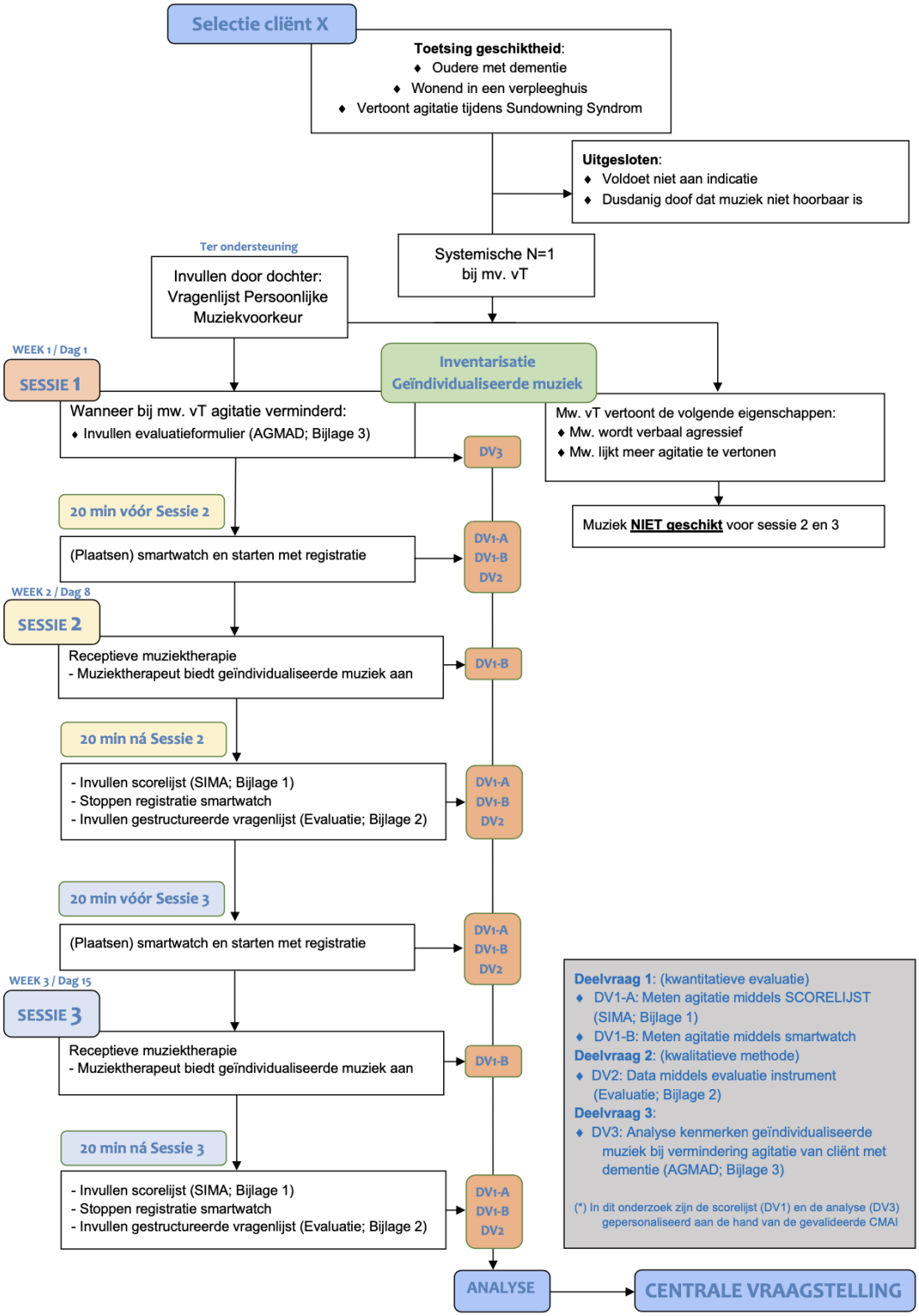
Verantwoording

Omdat bij een systemische N=1 de nadruk lag op de specifieke uitwerking bij mw. vT, kon door het invullen van deze vragenlijst inzicht worden verkregen over de mogelijke muzikale parameters en eigenschappen die ertoe zouden kunnen leiden dat de agitatie verminderd werd. De vragenlijst is erop gericht in kaart te brengen welke mogelijke geïndividualiseerde muziek tot vermindering van agitatie kon leiden. Tevens is uit

onderzoek gebleken dat geïndividualiseerde muziek effectiever is in het verminderen van agitatie (Gerdner, 2000; Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013; Weise, Jakob, Töpfer, & Wilz, 2018; Clements-Cortes & Bartel, 2018) en nachtelijke onrust (Raven – de Vries, 2017) dan standaard rustgevende muziek. Het was voor de betrouwbaarheid van belang dat er opnames zijn van minimaal vier muziekfragmenten waarbij vermindering van agitatie zichtbaar is.

Figuur 1

Consort 2010 Flow Diagram



MUZIEKTHERAPEUTISCHE INTERVENTIE

Individuele receptieve MT met geïndividualiseerde muziek is een interventie welke als doel heeft om agitatie te verminderen bij mensen met dementie en Sundowning Syndrom. De aanpak is gestoeld op het feit dat door cerebrale aandoeningen mensen met dementie gevoeliger zijn voor prikkels (Kovach et al., 2004). Tevens hebben mensen met dementie door cognitieve beperkingen last van desoriëntatie in tijd, plaats en persoon (Toscani et al., 2015). Hierdoor is er behoefte aan 'prikkeling', duidelijkheid en structuur (Zuidema et al., 2018). Het doel van de interventie is om de agitatie te verminderen. Er wordt gewerkt vanuit een neurologisch/ biopsychosociaal referentiekader waarbij wordt getracht de tekortkomingen door functieverlies in de hersenen te vermijden en juist een ingang via de muziek te bewerkstelligen. Muziek wordt namelijk tot in een laat stadium van dementie herkent (Jacobsen et al., 2015; Tang et al., 2018). Doordat muziek (muzikaal materiaal) op het juiste energieniveau kan worden aangeboden 'Pacing' (Bruscia, 1987), wordt de cliënt niet onder- of overprikkeld wat agitatie kan veroorzaken of versterken.

De totale behandeling maakt gebruik van een vaste structuuropbouw (A t/m C) van de sessies en is opgedeeld in twee fases (1 en 2). De sessies worden wekelijks op de gemeenschappelijke huiskamer aangeboden gedurende minimaal 3 weken. De sessie heeft een duur van circa 30 minuten. Muziektherapeut maakt tijdens de behandeling gebruik van een begeleidingsinstrument (bijv. piano, gitaar of lier). De muziektherapeut zingt de voorkeursliederen van de cliënt. Tot slot heeft muziektherapeut een pen en papier mee om de vragenlijst (VPMV; Bijlage 4) en het evaluatieformulier (AGMAD; Bijlage 3) in te (laten) vullen. De sessie heeft de volgende vaste opbouw;

(A) Muziektherapeut stemt (non)verbaal de intensiteit af op de cliënt, waarbij de mate van 'prikkelen' met klanken en eventueel zang wordt afgestemd. Dit middels een welkomstlied of een gesprekje. Hierna worden andere medebewoners toegezongen, rekening houdend met de intensiteit die cliënt in staat stelt om ontvankelijk te blijven.

(B) (1) De Muziektherapeut sluit aan bij de behoefte van prikkeling van de cliënt. Tijdens deze fase (sessie 1) achterhaalt de muziektherapeut de muziekvoorkeur van de cliënt door informatie uit het cliëntendossier zoals geboortejaar, informatie van zorgmedewerkers, contactpersonen en/of de cliënt zelf te gebruiken. De muziektherapeut biedt de cliënt deze geïndividualiseerde muziek aan. Hierbij wordt afgestemd op de op dat moment aanwezige behoefte aan prikkeling bij de cliënt. De muziektherapeut stemt af door middel van tempo en dynamiek 'Pacing' (Bruscia, 1987)

(B) (2) Tijdens deze fase biedt de muziektherapeut de cliënt de geïndividualiseerde muziek, gekozen tijdens fase 1 (sessie 1), aan. Hierbij wordt afgestemd op de op dat moment aanwezige behoefte aan prikkeling bij de cliënt. De muziektherapeut stemt af door middel van tempo en dynamiek 'Pacing' (Bruscia, 1987).

(C) De muziektherapeut sluit met een (het liefst elke sessie hetzelfde) voorkeurslied van de cliënt af, waarbij de muziektherapeut afstemt op het minimaal (bij overprikkeling) of maximaal (bij onderprikkeling) benodigde energieniveau, rekening houdend met de behoefte van de medebewoners.

Tijdens de gehele behandeling is de muziektherapeut in staat om af te stemmen op; de cliënt met dementie, het energieniveau 'Pacing' (Bruscia, 1987) en de therapeut observeert de cliënt om het gewenste prikkelniveau toe te passen. Tevens wordt door muziektherapeut rekening gehouden met de behoefte van 'prikkeling' van de medebewoners. De therapeut maakt gebruik van de vaste terugkerende indeling van de sessie zoals hierboven beschreven. (*Voor het totale concept: product [basis] zie bijlage 10).*

BEANTWOORDING HOOFDVRAAG (HOE)

In hoeverre is er resultaat waarneembaar van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek, volgens de werkwijze van de muziekkusseninterventie, op de agitatie van mw. vT met dementie en Sundowning syndrom.

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag is onderzocht of geïndividualiseerde muziek kan leiden tot vermindering van agitatie. Omdat het onderzoek gericht was op het Sundowning syndrom werd gedurende de namiddag geïndividualiseerde muziek toegepast. Om duidelijke gegevens te krijgen is er gebruik gemaakt van een kwantitatieve evaluatie (deelvraag 1) en een kwalitatieve analyse. Omdat het een systemische N=1 betreft is informatie gevraagd aan het netwerk rondom mw. vT. Bij deelvraag 2 gekeken naar de beleving van zowel mw. vT als het netwerk eromheen. Bij deelvragen 1 en 2 werd de situatie zowel voorafgaand aan de sessie, als tijdens en na de sessie in kaart gebracht. Hierdoor was het duidelijker of er resultaat behaald kon worden door het toepassen van geïndividualiseerde muziek. Tevens werd bij deelvraag 3 uitgezocht of er mogelijke aanwijzingen bestaan of bepaalde muzikale kenmerken mogelijk zorgen voor vermindering van agitatie. Door het analyseren van de uitkomsten van de deelvragen is antwoord gegeven op de hoofdvraag.

ETHISCHE OVERWEGINGEN

Alvorens er gegevens verzameld zijn, is contact gezocht met de wettelijk vertegenwoordiger van mw. vt. Tijdens dit contactmoment is er informatie gegeven over het onderzoek in een informatiebrief. Twee weken later is door de wettelijke vertegenwoordiger een informed consent getekend waarin de afspraken staan vastgesteld. De gegevens zijn gedurende het onderzoek veilig verzameld en opgeslagen. Deze gegevens zijn in het uiteindelijke onderzoek anoniem verwerkt zodat de identiteit achteraf niet kan worden vastgesteld. Hierdoor is de privacy van alle betrokkenen geborgd. Door gebruik te maken van fictieve namen/ groepen/ aanduidingen zijn de gegevens in dit onderzoek anoniem. Dit geldt voor mw. vT en alle personen die meewerken aan dit onderzoek. De originele ingevulde vragenlijsten/ data zullen maximaal 6 maanden na de verdediging van het onderzoek bewaard worden, daarna zullen de gegevens vernietigd worden. Voor digitale documenten (eventuele opnames) geldt dat deze tevens na maximaal 6 maanden worden vernietigd/verwijderd.

RESULTATEN

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag, zijn hieronder de resultaten van de drie deelvragen eerst uitgewerkt. Per respondent is weergegeven wat de resultaten zijn.

RESULTAAT OP DEELVRAAG 1A

'In welke mate is er kwantitatief resultaat waarneembaar (middels scorelijst) bij mw. vT met dementie en Sundowning syndrom op agitatie na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?'

Tussen meetmomenten T0 en T1 (voor en na sessie twee) was geen sprake van een betekenisvolle toename van agitatie (NAP = 0.53). Tussen meetmoment T2 en T3 (voor en na sessie drie) was geen sprake van een betekenisvolle afname van agitatie (NAP = 0.49) (Tabel 1). Daarnaast was tussen meetmoment T0 en T3 sprake van een betekenisvolle afname van agitatie (NAP = 0.26) hiervan was het effect middelgroot positief (d = -0.73) (Tabel 1).

Tabel 1

Resultaten agitatie gebruikmakend van SIMA

Sessie	*voor*	*na*			*voor*	*na*			*voor*	*na*		
	S2	S2			S3	S3			S2	S3		
Meetmoment	**T0**	**T1**			**T2**	**T3**			**T0**	**T3**		
Agitatie	SIMA (totaal)	SIMA (totaal)	NAP	Cohens'd	SIMA (totaal)	SIMA (totaal)	NAP	Cohens'd	SIMA (totaal)	SIMA (totaal)	NAP	Cohens'd
Dochter	24	36	0.72*	0.75	9	12	0.56	0.26	24	12	0.22*	-0.87
Verzorgende	33	42	0.56	0.43	45	9	0.50	-0.70	33	9	0.00*	-2.47
Muziektherapeute	31,5	18	0.22*	-0.41	24	27	0.56	0.14	31,5	27	0.50	-0.15
Gemiddelde	29,5	32	**0.53**	0.11	26	16	**0.49**	-0.28	29,5	16	**0.26***	-0.73
GLI	0.82**	0.82**			0.76**	0.86**			0.82**	0.86**		

*Noot: *betekenisvol verschil (NAP>0.65 of NAP<0.35); **voldoende betrouwbaar GLI > 0.7;* S2 = Sessie 2; T0 = meetmoment 1; SIMA = Scorelijst: inventarisatie, mate van agitatie; Totaal = opgetelde ruwe scores.

RESULTAAT OP DEELVRAAG 1B

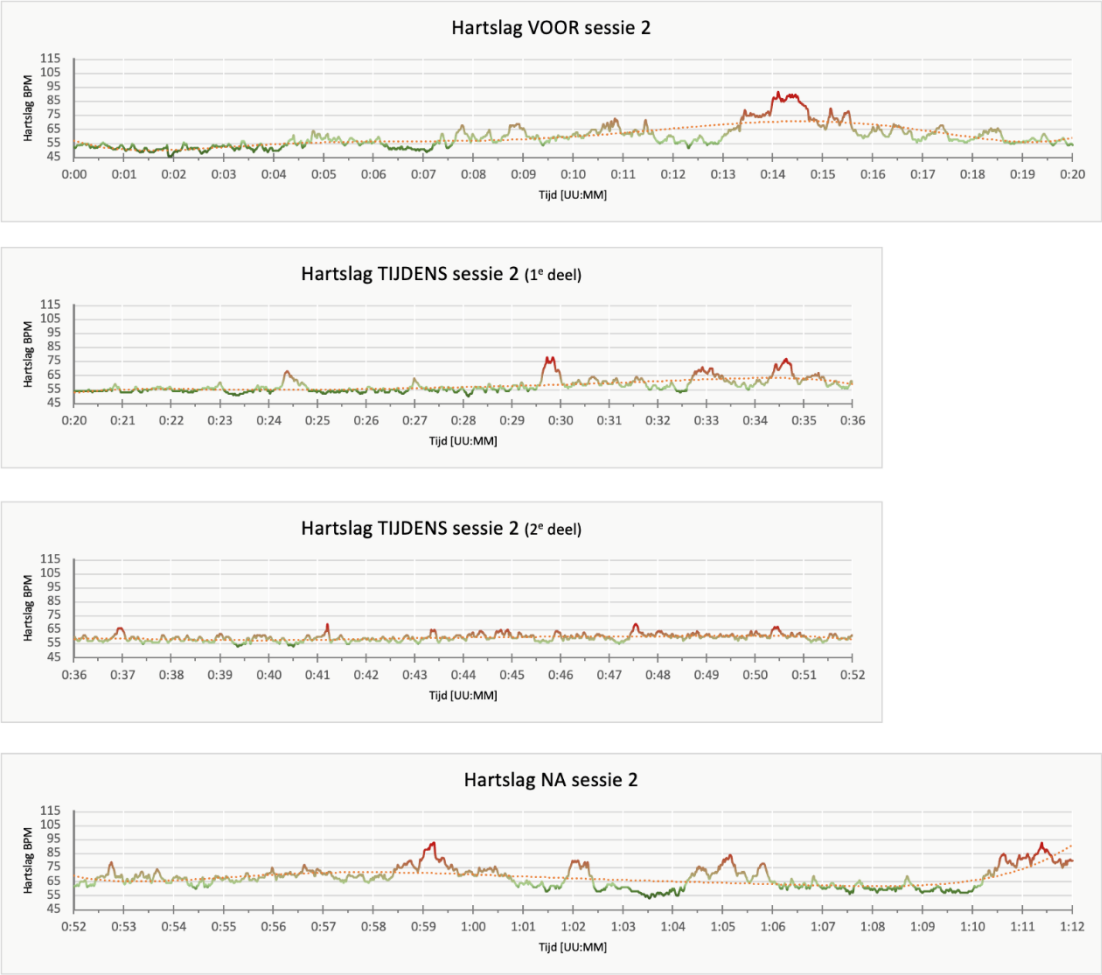
'In welke mate is er kwantitatief resultaat waarneembaar (middels de hartslagfrequentie) bij mw. vT met dementie en Sundowning syndrom op agitatie na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?'

Hieronder zijn de resultaten in een grafiek zichtbaar, de registratie van de hartslag is opgedeeld in vier delen per sessie (voor, tijdens 1e deel, tijdens 2e deel en na de sessie).

In de tweede sessie is te zien dat voorafgaande aan de sessie een versnelling van de hartslag werd gemeten waarbij de hartslag de laatste 4 minuten vertraagde. Tijdens het 1e deel van de sessie was zo nu en dan een korte versnelling van de hartslag. Dit gold ook voor het tweede deel tijdens de sessie. Na de sessie is te zien dat de hartslag geleidelijk tijdelijk versnelde. Tijdens de sessie waren minder versnellingen zichtbaar, ook was het maximale tempo (BPM) minder hoog dan voor en na de sessie (Figuur 2).

Figuur 2

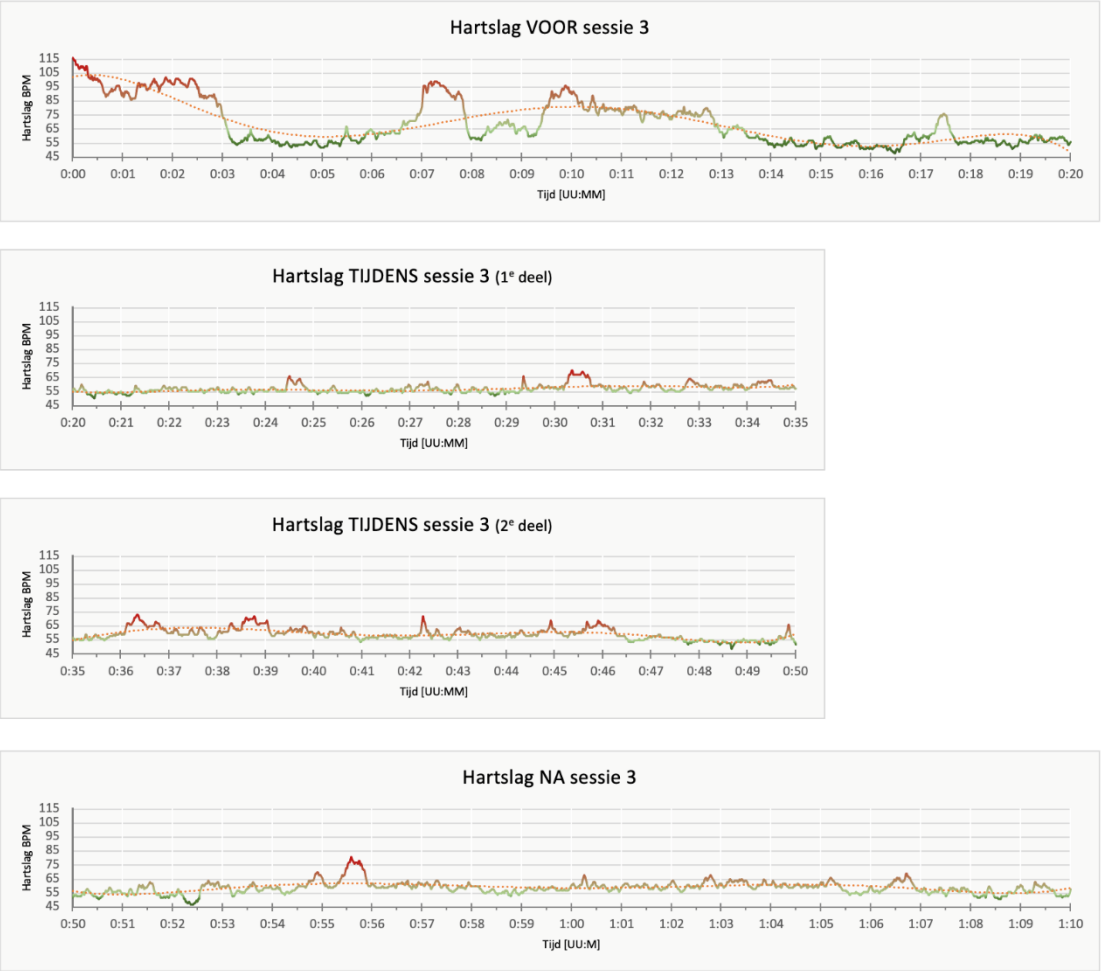
Hartslag Voor, Tijdens en Na Sessie Twee



Weergave van de hartslag, gemeten met de TomTom Runner. Verdeeld in 4 segmenten: voor sessie twee (0-20 minuten), tijdens sessie twee deel 1 (20-36 minuten), tijdens sessie twee deel 2 (36-52 minuten) en na sessie twee (52-72 minuten).

In de derde sessie is te zien dat voorafgaande aan de sessie vaker en een hogere hartslag gemeten werd. Het valt op dat tijdens en na de sessie de hartslag minder hoge uitschieters had. Tevens is te zien dat de hartslag na de derde sessie vanaf minuut 56 geen grote uitschieters meer had (Figuur 3).

Figuur 3
Hartslag Voor, Tijdens en Na Sessie Drie



Weergave van de hartslag, gemeten met de TomTom Runner. Verdeeld in 4 segmenten: voor sessie drie (0-20 minuten), tijdens sessie drie deel 1 (20-35 minuten), tijdens sessie drie deel 2 (35-50 minuten) en na sessie drie (50-70 minuten).

RESULTAAT OP DEELVRAAG 2

'In hoeverre ervaart het netwerk resultaat bij mw. vT met dementie en Sundowning syndrom op agitatie tijdens en na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?'

Uit de gestructureerde vragenlijst kwam naar voren dat tijdens de muziektherapie sprake was van minder agitatie dan na de sessie. Mw. vT focuste zich, klapte en zong mee (Tabel 2). Tevens gaven de respondenten aan dat na de tweede sessie geen verschil na de sessie waarneembaar was ten opzichte van voor de sessie (Tabel 2). Bij de derde sessie is ook genoemd dat mw. vT angstig was, maar meer vertrouwen leek te hebben (Tabel 2).

Tabel 2
Beleefde agitatie tijdens en na sessie 2 & 3

Agitatie:	Faciale	Motorische	Verbale
Tijdens sessie 2			
Dochter	Fleurt op	Klapt mee	Zingt mee
Verzorgende	Ontspant	Klapt mee	Zingt mee
Observator	Gefocust	Klapt mee	Zingt mee
Na sessie 2			
Dochter	Gespannen	Onrustig	Roept
Verzorgende	Gespannen	Onrustig	Stelt vragen
Observator	Onrust	Onrustig	Stelt vragen
Tijdens sessie 3			
Dochter	Gefocust	Rustig	Ontspant
Verzorgende	Gefocust + ontspannen	Rustig	Zingen
Observator	Gefocust	Klapt mee	Zingen
Na sessie 3			
Dochter	Onrustig	Onrustig	Stelt vragen
Verzorgende	Meer vertrouwen	Angstig	Stelt vragen (*met meer vertrouwen*)
Observator	Angstig	Angstig	Angstig + stelt vragen

Overzicht van de meest genoemde uitkomsten. De agitatie is per categorie weergegeven

RESULTAAT OP DEELVRAAG 3

'Welke muzikale paramaters spelen mogelijk een rol op het verminderen van agitatie bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom en agitatie?'

Het grootste resultaat was waarneembaar wanneer de muziek door mw. vT herkend werd. Herkenning was zichtbaar doordat mw. de woorden van de liederen meezong. In de reactie was verder zichtbaar: een gefocuste blik, bewegen op de maat van de muziek en glimlachen. Een kinderliedje wekte interactie op, zichtbaar was dat mw. verschillende gezichtsuitdrukkingen passend bij de tekst liet zien, meebewoog en zo uitdaagde. Mw. vT zocht in dit lied sociale interactie. Wanneer geanalyseerd wordt op welke liederen mw. reageerde met verminderde zichtbare agitatie, zijn dit de liederen: 'De kleine dingen' (refrein), 'Que Sera', 'My Bonny', 'Geef mij maar Amsterdam' en 'Toen onze Mop een mopje was'. De liederen 'Home on the Range' en 'Saria Marais' leken minder agitatieverminderd te werken. Mw. had tijdens deze liederen een gespannen gezichtsuitdrukking (niet glimlachen en zoeken), probeerde de tekst te zingen, maar slaagde hier niet in. De liederen uit de jaren '50 met een eenvoudige, terugkomende en makkelijk meezingbare tekst, leken doorslaggevend. De liederen werden tijdens de sessie over het algemeen langzamer gezongen dan de originele versies. Muziektherapeut sloot hierbij aan bij het tempo van mw. Zij was in staat om mee te zingen. Zo is het originele tempo van 'De kleine dingen' 84 BPM en werd dit nu gezongen in tempo 62 BPM. En 'Geef mij maar Amsterdam' origineel tempo 127 BPM en nu tempo 109 (Tabel 3).

Tabel 3
Overzicht liederen met verminderde zichtbare agitatie

Lied	**Tempo/ maatsoort**		**Reactie van mw. vT**
De kleine dingen	62	3/4	Zingen, gefocust
Que Sera, Sera	155	4/4	Zingen, bewegen
My Bonny	150	3/4	Zingen, staart, glimlacht
Geef mij maar Amsterdam	109	4/4	Zingen, gefocust, bewegen
Toen onze Mop een mopje was	110	2/4	Zingen, verschillende gezichtsuitdrukkingen Beweegt en daagt uit

CONCLUSIE

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:
'In hoeverre is er resultaat waarneembaar bij mw. vT met dementie, Sundowning syndrom en agitatie tijdens en na receptieve muziektherapie gebruikmakend van het luisteren naar geïndividualiseerde muziek?'

Bij Woonzorg Flevoland wonen mensen met dementie, 80% van de mensen met dementie kampt in het ziekteproces met probleem- of onbegrepen gedrag (Prins, Heijkants, & Willemse, 2018). Agitatie is een vorm van probleemgedrag, deze agitatie bij mw. vT vindt plaats tijdens de namiddag. Dit wordt Sundowning Syndrom genoemd (Khachiyants, Trinkle, Son, & Kim, 2011). Omdat deze agitatie voor onrust en een grote belasting voor zowel mw. vT als haar omgeving zorgt, heeft dit voor een lagere kwaliteit van leven tot gevolg (Zuidema et al., 2018). In dit onderzoek is onderzocht dat muziektherapie met gebruik van geïndividualiseerde muziek kan leiden tot vermindering van agitatie. Deze verlaging van agitatie middels muziektherapie kan leiden tot meer rust op de huiskamer en een verbetering van de kwaliteit van leven voor zowel mw. vT als haar omgeving. Door dit onderzoek uit te voeren is ook inzicht gekomen in wat bij mw. vT tot vermindering van agitatie leidde. Dit heeft onder andere geleid tot een productbeschrijving, evaluatieformulier en een gestructureerde vragenlijst, deze kan door andere muziektherapeuten worden gebruikt. Door het toepassen van psychosociale interventies is het mogelijk dat minder psychofarmaca voorgeschreven wordt wat aansluit bij de richtlijn (Zuidema et al., 2018).

Uit de kwantitatief data-analyse kwam op basis van de observatielijsten naar voren dat mw. vT met dementie en agitatie tijdens SS, minder geagiteerd was tijdens en kortdurend na het luisteren naar geïndividualiseerde muziek in muziektherapie. Dit kwam overeen met de resultaten van de hartslagregistratie. In een grafische weergave kwam naar voren dat er sprake was van een lagere snelheid (BPM) tijdens en na de sessie.

Uit de kwalitatieve data-analyse kwam op basis van de uitkomsten van de gestructureerde vragenlijsten naar voren dat mw. vT, minder geagiteerd was tijdens het luisteren naar geïndividualiseerde muziek in de muziektherapie. Echter blijkt dat na de sessie geen of weinig verschil gerapporteerd wordt door zowel de collega muziektherapeut, de verzorgende als de dochter van mw. vT.

Verder kwam uit de kwalitatieve analyse op basis van het evaluatieformulier naar voren dat mw. vT met dementie en agitatie tijdens SS, minder geagiteerd was tijdens het luisteren naar herkenbare liederen, gespeeld door muziektherapeut in de sessie. In het evaluatieformulier kwam naar voren dat de muzikale parameters tempo, herkenbaarheid en de tijdsperiode van het lied zijn. Deze resulteren bij mw. vT tot ontspanning in haar gezicht het nemen van (positieve) interactie naar muziektherapeut en het meezingen van liederen.

DISCUSSIE

Wat betreft de resultaten uit kwantitatief onderzoek viel op dat veel variatie in scores werd behaald. Wel geven de gemiddelde scores een vermindering van agitatie aan na de sessies. Dit bevestigt dat muziektherapie, gebruikmakend van geïndividualiseerde muziek, bij mw. vT kan leiden tot vermindering van agitatie tijdens SS. Deze resultaten werden bevestigd door de kwalitatieve resultaten, hieruit blijkt namelijk dat beide een vermindering van agitatie registreerde, echter betrof dit over het algemeen tijdens de sessie. De kwalitatieve analyse in dit onderzoek ondersteunt hiermee de resultaten van de kwantitatieve analyse. Voor wat betreft de ervaring van het netwerk en de

gestructureerde vragenlijst zijn de resultaten summier, omdat de antwoorden weinig eenduidig zijn.

De resultaten uit dit onderzoek komen overeen met eerder onderzoek, dat aantoonde dat geïndividualiseerde muziek meer effectief is dan willekeurige muziek en tot verlaging van agitatie kan leiden (Gerdner, 2000; Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013; Weise, Jakob, Töpfer, & Wilz, 2018; Clements-Cortes & Bartel, 2018). Wanneer het gaat om mensen met dementie waarbij er cognitieve problemen optreden, kunnen mensen muziek nog herkennen tot in een laat stadium van dementie (Jacobsen et al., 2015; Tang et al., 2018; Baerends, Vink & Werger, 2004).

Methodologisch valt een aantal zaken op. Een eerste opvallende bevinding van de gebruikte scorelijst is de grote verschillen tussen scores onderling. Dit kan te maken hebben met het feit dat door respondenten genoteerd wordt wat er gedurende een periode van 20 minuten gebeurt. Wat bij de ene opviel kan de ander anders interpreteren.

Een tweede bevinding is dat er weinig relevant onderzoek is gedaan betreffende hartslagmetingen bij mensen met dementie. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een hartslagmeting bij mw. vT. Ondanks het feit dat hier weinig onderzoek naar is gedaan is hiervoor gekozen om hartslagmeting toch te analyseren in dit onderzoek als onderdeel van de kwantitatieve deelvraag. Muziek kan zowel lichamelijke reacties waaronder hartslag wel beïnvloeden (Clements-Cortes & Bartel, 2018). Opvallend is dat tijdens de sessie minder hoge pieken (snelle BPM) te zien zijn, tevens is de hartslag minder variërend. Of hier werkelijk een conclusie uit te halen valt is niet duidelijk. Dit omdat er geen vergelijkend onderzoek gedaan is. Het is interessant om te onderzoeken of er bij meer agitatie hogere hartslagsnelheden zichtbaar zijn bij oudere mensen met dementie. Hoewel het aannemelijk is dat hier een verband lijkt te zijn, kan dat natuurlijk ook door andere invloeden vanuit de huiskamer komen. Zo kan de egalere hartslag bij sessie 3 wellicht worden verklaard door de aanwezigheid van de dochter tijdens die sessie.

Als derde bevinding viel op dat de respondenten het lastig leken te vinden om te verwoorden hoe en wat er ervaren werd bij mw. vT omtrent de zichtbare agitatie. Wellicht is het goed om hier een vragenlijst voor te ontwikkelen die semi gestructureerd is waardoor kan worden doorgevraagd naar specifieke ervaringen.

Als laatste bevinding viel op dat het evaluatieformulier wat gebruikt is voor het personaliseren van muziekvoorkeur voor mw. vT, inzicht gegeven in bepaalde aspecten. Het is echter de vraag of hiermee voldoende inhoud weergegeven kan worden of dat er nog aspecten toegevoegd kunnen worden. Dit zal uit vervolgonderzoek moeten blijken.

AANBEVELING

Aanbevelingen voor de muziektherapeutische praktijk

Als eerste aanbeveling is om onderzoek te doen naar de aanwezige agitatie alvorens gestart wordt met het verminderen van agitatie middels een muziektherapeutische interventie met gebruik van geïndividualiseerde muziek. In de klinische praktijk zou in kaart moeten worden gebracht hoe de agitatie zich uit alvorens de eerste sessie van de interventie plaatsvindt. Zo kan er door de verzorgenden middels een meetinstrument in kaart worden gebracht hoe de agitatie zich uit bij de desbetreffende cliënt. Door dit in het elektronisch cliënten dossier (ECD), gedurende één gehele week, te noteren kan beter een doel gesteld worden gericht op die specifieke agitatie bij deze persoon (Zuidema et al., 2018).

Als tweede zou voor het in kaart brengen van de geïndividualiseerde muziek en de muzikale parameters door de verzorgenden al bij kennismaking met de cliënt op de afdeling gestart kunnen worden met het noteren van voor de cliënt bekende liederen. Dit kunnen aangrijpingspunten zijn, voor wat betreft geschikte muziek, wanneer de progressieve ziekte zich in een later stadium bevindt. Dit kan van meerwaarde zijn en voor succesvollere muziektherapeutische interventies zorgen (Gerdner, 2000; Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013; Weise, Jakob, Töpfer, & Wilz, 2018; Clements-Cortes & Bartel, 2018). Het is van belang om op zoek te gaan naar non-farmacologische interventies. Door deze psychosociale interventie toe te passen, is het mogelijk dat minder psychofarmaca voorgeschreven wordt (Zuidema et al., 2018).

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Als eerste de aanbeveling voor wat betreft hartslagmetingen bij mensen met dementie en agitatie. Het zou interessant kunnen zijn om vervolgonderzoek te doen naar juist de koppeling tussen hartslag en de aanwezige agitatie bij mensen met dementie. Dit omdat de snelheid van de hartslag een objectievere meting is dan een subjectieve beoordeling van de netwerkleden. Uit verder onderzoek kan blijken of er een koppeling bestaat tussen agitatie en het oplopen van hartslag bij mensen met dementie. Ook kan het oplopen van hartslag een voorteken zijn van daaropvolgende geuite agitatie. Wanneer agitatie eerder geregistreerd kan worden is wellicht een interventie effectiever dan op een moment waarop de agitatie in ernstige vorm aanwezig is. Muziek kan namelijk hartslag beïnvloeden (Clements-Cortes & Bartel, 2018). Dit kan voor zowel de cliënt, medecliënten, verzorgers en mantelzorgers een positieve bijdrage leveren (Zuidema et al., 2018).

Als tweede wordt herhalend onderzoek aanbevolen. Herhalend onderzoek zou van meerwaarde kunnen zijn om uiteindelijk iets te kunnen zeggen over het effect van muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij mensen met dementie en agitatie tijdens SS. Wanneer meer onderzoek is gedaan kan wellicht een interventie en verbeterd evaluatieformulier ontwikkeld worden welke in de praktijk gebruikt kan worden bij deze specifieke doelgroep.

Algehele conclusie

De grote verschillen bij de toegepaste scorelijst vallen op. Om dit beter in kaart te brengen wordt een vereenvoudigde scorelijst aanbevolen. Tevens kan een interventie succesvoller zijn wanneer geïndividualiseerde muziek vooraf door verzorgenden geregistreerd wordt in het ECD. Voor wat betreft de koppeling tussen hartslag en agitatie bij mensen met dementie dient vervolgonderzoek plaats te vinden. Tot slot wordt herhalend onderzoek aanbevolen om een goed onderbouwde interventie te kunnen ontwikkelen passend bij deze doelgroep.

Dit praktijkgericht onderzoek liet zien dat een muziektherapeutische interventie gebruik makend van geïndividualiseerde muziek zorgde voor vermindering van agitatie bij een mevrouw met dementie tijdens SS. Deze resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar andere cliënten.

BRONNENLIJST

Baerends, A., Vink, A. C., & Werger, C. (2004). *Werkboek: Muziektherapie, voor wie?* Groningen, Nederland: Van Hemert Produkties.

Bernardi, L. (2005). Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. *Heart*, *92*(4), 445–452. https://doi.org/10.1136/hrt.2005.064600

Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Thomas, U.S.A.: Springfield.

Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L., … Bruno, G. (2016). Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Frontiers in Medicine*, Artikel 3. https://doi.org/10.3389/fmed.2016.00073

Clements-Cortes, A., & Bartel, L. (2018). Are We Doing More Than We Know? Possible Mechanisms of Response to Music Therapy. *Frontiers in Medicine*, *Artikel 5*, 1–8. https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00255

Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO). (z.d.). *Product- en moduleontwikkeling*. Geraadpleegd op 26 augustus 2020, van https://fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling

de Jonghe, J. F. M., & Kat, M. G. (1996). Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*, *44*(7), 888–889. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb03762.x

Gerdner, L. A. (2000). Effects of Individualized Versus Classical "Relaxation" Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons With Alzheimer's Disease and Related Disorders. *International Psychogeriatrics*, *12*(1), 49–65. https://doi.org/10.1017/s1041610200006190

Gerdner, L. A. (2010). Individualized Music for Elders with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, *36*(6), 7–15. https://doi.org/10.3928/00989134-20100504-01

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2018, 20 december). *Prognose: 18 miljoen inwoners in 2029*. Geraadpleegd op 30 oktober 2019, van https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029

Jacobsen, J.-H., Stelzer, J., Fritz, T. H., Chételat, G., La Joie, R., & Turner, R. (2015). Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease. *Brain*, *138*(8), 2438–2450. https://doi.org/10.1093/brain/awv135

Khachiyants, N., Trinkle, D., Son, S. J., & Kim, K. Y. (2011). Sundown Syndrome in Persons with Dementia: An Update. *Psychiatry Investigation*, *8*(4), 275. https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.275

Kovach, C. R., Taneli, Y., Dohearty, P., Schlidt, A. M., Cashin, S., & Silva-Smith, A. L. (2004). Effect of the BACE Intervention on Agitation of People With Dementia. *The Gerontologist*, *44*(6), 797–806. https://doi.org/10.1093/geront/44.6.797

Lachenbruch, P. A., & Cohen, J. (1989). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). *Journal of the American Statistical Association*, *84*(408), 1096. https://doi.org/10.2307/2290095

Lin, Y., Chu, H., Yang, C.-Y., Chen, C.-H., Chen, S.-G., Chang, H.-J., … Chou, K.-R. (2010). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(7), 670–678. https://doi.org/10.1002/gps.2580

Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie. (2017). *Beroepscompetentieprofiel Muziektherapeut*. Geraadpleegd van https://www.nvvmt.nl/download/?id=157603

NHL Stenden Hogeschool. (2017). *Handleiding voor het toepassen van De systemische N=1 methode Vaktherapie (VT)- afstudeeronderzoek*. Geraadpleegd van 08-04-2020

NHL Stenden Hogeschool. (z.d.). *Social Work and Arts Therapies | NHL Stenden Hogeschool*. Geraadpleegd op 30 januari 2021, van https://www.nhlstenden.com/onderzoek/small-n-designs

Postma-van Sloten, C., Bootsma, M., & Spreen, M. (2013). *Klinkende klanken. Een voorbeeld van een systemisch n=1 onderzoek naar behandelresultaten van muziektherapie* (Tijdschrift voor vaktherapie, jaargang 9). Utrecht, Nederland: Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Prins, M., Heijkants, C., & Willemse, B. (2018). *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*(Vierde Monitor Woonvormen Dementie). Geraadpleegd van https://www.trimbos.nl/docs/05ef6b08-d544-4b78-a437-30b59ce33ab3.pdf

Rabinowitz, J., Davidson, M., De Deyn, P. P., Katz, I., Brodaty, H., & Cohen-Mansfield, J. (2005). Factor Analysis of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in Three Large Samples of Nursing Home Patients With Dementia and Behavioral Disturbance. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(11), 991–998. https://doi.org/10.1097/00019442-200511000-00010

Raven- de Vries, A. (2017, 29 september). *Muziekkusseninterventie*. Geraadpleegd op 30 oktober 2019, van https://www.databankinterventies.nl/Muziekkusseninterventie-biedt-houvast-voor-ouderen-met-dementie.html

Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, *17*(6), 667–678. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926

Sacks, O. (2008). *Musicofilia* (8ste editie). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Meulenhoff.

Sakamoto, M., Ando, H., & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, *25*(5), 775–784. https://doi.org/10.1017/s1041610212002256

Sawilowsky, S. S. (2009). New Effect Size Rules of Thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, *8*(2), 597–599. https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100

Smeijsters, H. (2004). *Handboek Muziektherapie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.

Tang, Q., Zhou, Y., Yang, S., Thomas, W. K. S., Smith, G. D., Yang, Z., … Chung, J. W.-. (2018). Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. *Geriatric Nursing*, *39*(4), 471–476. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.02.003

Toscani, F., van der Steen, J. T., Finetti, S., Giunco, F., Pettenati, F., Villani, D., … Maria, S. (2015). Critical Decisions for Older People With Advanced Dementia: A Prospective Study in Long-Term Institutions and District Home Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(6), 535.e13-535.e20. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.02.012

van der Spek, K., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H. J. M. G., Wetzels, R. B., Smeets, C. H. W., … Koopmans, R. T. C. M. (2016). Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study. *International Psychogeriatrics*, *28*(10), 1589–1595. https://doi.org/10.1017/s104161021600082x

Wat is vaktherapie. (z.d.). Geraadpleegd op 22 april 2020, van https://www.vaktherapie.nl/vaktherapie

Weise, L., Jakob, E., Töpfer, N. F., & Wilz, G. (2018). Study protocol: individualized music for people with dementia - improvement of quality of life and social participation for people with dementia in institutional care. *BMC Geriatrics*, *18*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s12877-018-1000-3

Woonzorg Flevoland. (2019, 23 september). *Woonzorg Flevoland - Voor de beste zorg in Lelystad en Almere*. Geraadpleegd op 28 april 2020, van https://www.woonzorgflevoland.nl/over-ons/

Zorginstituut Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Geraadpleegd van https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg

Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geelen, R., Kok, R. M., Luijendijk, H. J., … Vreeken, H. L. (2018). *Multisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Utrecht, Nederland: Verenso, NIP.

BIJLAGE 1. SCORELIJST: INVENTARISATIE, MATE VAN AGITATIE (SIMA)

Lees alle 29 geagiteerde gedragingen en omcirkel hoe vaak (van 1-4) dit voorkwam gedurende de benoemde periode

SCORELIJST 1: INVENTARISATIE, MATE VAN AGITATIE
(met als basis de CMAI, versie 1997) *(de Lange, 2020)*

PERSOONSGEGEVENS:

Naam cliënt		Datum sessie	
Geboortedatum		observatiemoment	☐ 20 min **VOOR de sessie**
Observator		Locatie van de sessie	☐ huiskamer ☐ slaapkamer ☐ muziektherapieruimte ☐ anders: _____

OBSERVATIE CLIËNT 20 MINUTEN VOOR DE SESSIE TOT DE SESSIE

*OMCIRKEL HET ANTWOORD, OVER HET GEDEELTE 20 minuten **VOOR DE SESSIE***

		Nooit.	Enkele keer	Meerdere keren	Continu
1	IJsberen, doelloos rondlopen	1	2	3	4
2	Verkeerd kleden of uitkleden	1	2	3	4
3	Spugen	1	2	3	4
4	Vloeken of verbale agressie	1	2	3	4
5	Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp	1	2	3	4
6	Telkens herhalende zinnen of vragen	1	2	3	4
7	Slaan	1	2	3	4
8	Schoppen	1	2	3	4
9	Anderen vastpakken	1	2	3	4
10	Duwen	1	2	3	4
11	Gooien met voorwerpen	1	2	3	4
12	Vreemde geluiden (ook ongepast lachen of huilen)	1	2	3	4
13	Gillen, krijsen	1	2	3	4
14	Bijten	1	2	3	4
15	Krabben	1	2	3	4
16	Weglopen (bijv. een andere kamer, gebouw	1	2	3	4
17	Opzettelijk vallen	1	2	3	4
18	Klagen	1	2	3	4
19	Negativisme	1	2	3	4
20	Ongeschikte stoffen eten of drinken	1	2	3	4
21	Zichzelf of anderen bezeren (sigaret, heet water etc.)	1	2	3	4
22	Verkeerd gebruik van voorwerpen (verplaatsen meubels spelen met eten)	1	2	3	4
23	Voorwerpen verstoppen	1	2	3	4
24	Voorwerpen verzamelen	1	2	3	4
25	Voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken	1	2	3	4
26	Telkens herhalende gedragingen (schuiven met voeten, plukken e.d.)	1	2	3	4
27	Verbale seksuele toespelingen	1	2	3	4
28	Lichamelijke seksuele toenadering zoeken	1	2	3	4
29	Algemene rusteloosheid	1	2	3	4
30	Verbale bevestiging vragen	1	2	3	4

SCORELIJST 2: INVENTARISATIE, MATE VAN AGITATIE
(met als basis de CMAI, versie 1997) *(de Lange, 2020)*

PERSOONSGEGEVENS:

Naam cliënt		Datum sessie	
Geboortedatum		observatiemoment	☐ 20 min **NA de sessie**
Observator		Locatie van de sessie	☐ huiskamer ☐ slaapkamer ☐ muziektherapieruimte ☐ anders: _____

OBSERVATIE CLIËNT 20 MINUTEN NA DE SESSIE

*OMCIRKEL HET ANTWOORD, OVER HET GEDEELTE 20 minuten **NA DE SESSIE***

		Nooit.	Enkele keer	Meerdere keren	Continu
1	IJsberen, doelloos rondlopen	1	2	3	4
2	Verkeerd kleden of uitkleden	1	2	3	4
3	Spugen	1	2	3	4
4	Vloeken of verbale agressie	1	2	3	4
5	Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp	1	2	3	4
6	Telkens herhalende zinnen of vragen	1	2	3	4
7	Slaan	1	2	3	4
8	Schoppen	1	2	3	4
9	Anderen vastpakken	1	2	3	4
10	Duwen	1	2	3	4
11	Gooien met voorwerpen	1	2	3	4
12	Vreemde geluiden (ook ongepast lachen of huilen)	1	2	3	4
13	Gillen, krijsen	1	2	3	4
14	Bijten	1	2	3	4
15	Krabben	1	2	3	4
16	Weglopen (bijv. een andere kamer, gebouw	1	2	3	4
17	Opzettelijk vallen	1	2	3	4
18	Klagen	1	2	3	4
19	Negativisme	1	2	3	4
20	Ongeschikte stoffen eten of drinken	1	2	3	4
21	Zichzelf of anderen bezeren (sigaret, heet water etc.)	1	2	3	4
22	Verkeerd gebruik van voorwerpen (verplaatsen meubels spelen met eten)	1	2	3	4
23	Voorwerpen verstoppen	1	2	3	4
24	Voorwerpen verzamelen	1	2	3	4
25	Voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken	1	2	3	4
26	Telkens herhalende gedragingen (schuiven met voeten, plukken e.d.)	1	2	3	4
27	Verbale seksuele toespelingen	1	2	3	4
28	Lichamelijke seksuele toenadering zoeken	1	2	3	4
29	Algemene rusteloosheid	1	2	3	4
30	Verbale bevestiging vragen	1	2	3	4

De score wordt als volgt berekend:

1= 0 punten

2= 3 punten

3= 6 punten

4= 9 punten

Tel tot slot alle punten op en dit vormt de mate van agitatie (SCORE)

BIJLAGE 2. EVALUATIE VAN DE AGITATIE

Hoe en in hoeverre is de agitatie zichtbaar verminderd bij de cliënt tijdens en na de sessie.

Geef zo goed mogelijk antwoord op de onderstaande open vragen. Probeer zoveel mogelijk details aan te geven. Met agitatie bedoelen we onrust/ spanning.

Gezichtsuitdrukking (Faciale agitatie)

In hoeverre is er tijdens de muziektherapie verandering zichtbaar op het gebied van spanning in de gezichtsuitdrukking van de cliënt? (denk aan: uitputting, angst, verbijstering, wanhoop, bezorgdheid, gekweldheid, verdriet, achterdocht),

……
……

In hoeverre is er na de muziektherapie verandering zichtbaar (ten opzichte van 20 minuten voor de sessie) op het gebied van spanning in de gezichtsuitdrukking van de cliënt? (denk aan: uitputting, angst, verbijstering, wanhoop, bezorgdheid, gekweldheid, verdriet, achterdocht)

……
……

Bewegingen van cliënt (Motorische agitatie)

In hoeverre is er tijdens de muziektherapie verandering zichtbaar op het gebied van spanning/onrust lichamelijk gezien? (denk aan: cliënt is rusteloos, beweegt voortdurend, loopt doelloos heen en weer of loopt weg, (handen)wrijven of beven) ……
……

Is er iets in de snelheid/manier veranderd?
……
……
……

In hoeverre is er na de muziektherapie verandering zichtbaar (ten opzichte van 20 minuten voor de sessie) op het gebied van spanning/onrust lichamelijk gezien? (denk aan: cliënt is rusteloos, beweegt voortdurend, loopt doelloos heen en weer of loopt weg, (handen)wrijven of beven)
……
……

Is er iets in de snelheid/manier veranderd?
……
……
……

Verbale agitatie

In hoeverre is er tijdens de muziektherapie verandering hoorbaar in verbale uitingen? (denk aan: cliënt vraagt voortdurend of buitensporig om aandacht of hulp, herhaalt woorden of zinnen, vloeken, geluiden maken/ jammeren, schreeuwen, voortdurend zingen, huilen)

……
……

Is er iets in de inhoud/snelheid/toon veranderd?

……
……
……

In hoeverre is er na de muziektherapie verandering hoorbaar in verbale uitingen? (denk aan: cliënt vraagt voortdurend of buitensporig om aandacht of hulp, herhaalt woorden of zinnen, vloeken, geluiden maken/ jammeren, schreeuwen, voortdurend zingen, huilen)

……
……

Is er iets in de inhoud/snelheid/toon veranderd?

……
……
……

BIJLAGE 3. MUZIKALE ANALYSE BIJ VERMINDERDE AGITATIE

Vul de onderstaande lijst zo volledig mogelijk in om een goed beeld te verkrijgen over de muzikale kenmerken van de geïndividualiseerde muziek. In te vullen door de muziektherapeut.

	ANALYSE KENMERKEN GEÏNDIVIDUALISEERDE MUZIEK BIJ VERMINDERING AGITATIE VAN CLIËNT MET DEMENTIE (AGMAD) *(de Lange, 2020)* *PERSOONSGEGEVENS:*			
	Naam cliënt		Datum sessie	
	Geboortedatum		Sessievolgnummer	☐ eerste ☐ tweede
	Naam muziektherapeut		Locatie van de sessie	☐ huiskamer ☐ slaapkamer ☐ muziektherapieruimte ☐ anders: _____
VOORKEUR FRAGMENT 1	Invullen bij muziekfragmenten waarbij zichtbaar minder agitatie optreedt:			
	Titel muziekfragment			
	Artiest/ uitvoering			
	Instrumentatie			
	Tempo (BPM)			
	Ritme			
	Melodie			
	Opmerkingen			
	Reactie van cliënt:	Geef korte toelichting (indien van toepassing)		
	cliënt zingt mee			
	cliënt zoekt oogcontact			
	verandering verbaal			
	verandering gezichtsuitdrukking			
	verandering bewegingen			
	Anders:			
VOORKEUR FRAGMENT 2	Invullen bij muziekfragmenten waarbij zichtbaar minder agitatie optreedt:			
	Titel muziekfragment			
	Artiest/ uitvoering			
	Instrumentatie			
	Tempo (BPM)			
	Ritme			
	Melodie			
	Opmerkingen			
	Reactie van cliënt:	Geef korte toelichting (indien van toepassing)		
	cliënt zingt mee			
	cliënt zoekt oogcontact			
	verandering verbaal			
	verandering gezichtsuitdrukking			
	verandering bewegingen			
	Anders:			

VOORKEUR FRAGMENT 3		
	Invullen bij muziekfragmenten waarbij zichtbaar minder agitatie optreedt:	
	Titel muziekfragment	
	Artiest/ uitvoering	
	Instrumentatie	
	Tempo (BPM)	
	Ritme	
	Melodie	
	Opmerkingen	
	Reactie van cliënt:	Geef korte toelichting (indien van toepassing)
	cliënt zingt mee	
	cliënt zoekt oogcontact	
	verandering verbaal	
	verandering gezichtsuitdrukking	
	verandering bewegingen	
	Anders:	

VOORKEUR FRAGMENT 4		
	Invullen bij muziekfragmenten waarbij zichtbaar minder agitatie optreedt:	
	Titel muziekfragment	
	Artiest/ uitvoering	
	Instrumentatie	
	Tempo (BPM)	
	Ritme	
	Melodie	
	Opmerkingen	
	Reactie van cliënt:	Geef korte toelichting (indien van toepassing)
	cliënt zingt mee	
	cliënt zoekt oogcontact	
	verandering verbaal	
	verandering gezichtsuitdrukking	
	verandering bewegingen	
	Anders:	

VOORKEUR FRAGMENT 5		
	Invullen bij muziekfragmenten waarbij zichtbaar minder agitatie optreedt:	
	Titel muziekfragment	
	Artiest/ uitvoering	
	Instrumentatie	
	Tempo (BPM)	
	Ritme	
	Melodie	
	Opmerkingen	
	Reactie van cliënt:	Geef korte toelichting (indien van toepassing)
	cliënt zingt mee	
	cliënt zoekt oogcontact	
	verandering verbaal	
	verandering gezichtsuitdrukking	
	verandering bewegingen	
	Anders:	

BIJLAGE 4. VRAGENLIJST PERSOONLIJKE MUZIEKVOORKEUR (VPMV)

Muziek zorgt voor herkenning, plezier en rust, zeker als het gaat om mensen met dementie is muziek nog tot in een laat stadium van dementie van waarde.

Graag willen wij u vragen de vragenlijst zelf of met behulp van uw naaste willen invullen om een zo goed mogelijk beeld van de voorkeursmuziek te verkrijgen.

VRAGENLIJST PERSOONLIJKE MUZIEKVOORKEUR *(Raven- de Vries, 2018; de Lange, 2020)*

Persoonlijke gegevens

Naam cliënt: _____
Afdeling en/of kamer: _____
Ingevuld door: _____
Relatie tot cliënt: _____
Datum: _____

Hoe belangrijk was muziek in het leven van uw familielid voordat hij/ zij ziek werd?

☐ Erg belangrijk

☐ Belangrijk

☐ Een beetje belangrijk

☐ Niet belangrijk

Is de muziekvoorkeur van uw familielid door de ziekte veranderd, voor zover u dat kunt inschatten?

☐ Niet veranderd

☐ Een beetje veranderd

☐ Veranderd

☐ Totaal anders

☐ Ik weet het niet

Indien veranderd, graag kort omschrijven:

_____

_____

Speelde hij/zij een muziekinstrument?

☐ Ja

☐ Nee

Zo ja, welk muziekinstrument? (voorbeeld: orgel, piano, blokfluit)

_____

Geniet/ genoot hij/ zij van zingen?

☐ Ja

☐ Nee

Zo ja, op welke momenten? (voorbeeld: tijdens de afwas, in het koor)

_____

Geniet/ genoot hij/ zij van dansen?

☐ Ja

☐ Nee

Zo ja, graag specificeren? (voorbeeld: danslessen, avondje uit)

_____

_____

Hieronder volgt een lijst met verschillende muziekstijlen.
Kunt u de top 3 van uw familielid kiezen *(zet uw nummer voor de omschrijving en vul indien mogelijk aan met omschrijving)*

_____1. Oude schoolliedjes (bijv. uit 'kun je nog zingen, zing dan mee') _____
_____2. Kinderliedjes _____
_____3. Klassieke muziek, zo ja omschrijf soort/artiest: _____
_____4. Kerkmuziek, zo ja geef kerkstroming aan: _____
_____5. Fanfare/ mars muziek _____
_____6. Lokale volksmuziek (bijv. Aalt Westerman, Anneke Douma) _____
_____7. Nederlandstalig _____
_____8. Jazz _____
_____9. Blues _____
_____10. Rock & Roll _____
_____11. Country/ western _____
_____12. Specifieke culturele muziek (bijv. polka, Indiase sitar) _____
_____13. Anders, namelijk: _____
_____
_____
_____

Kunt u specifieke (lievelings) liedjes of muziekstukken noemen?
Denk aan specifieke momenten; bijv. welke wiegeliedjes werden gezongen? Was er muziek die bij feestdagen hoorde? Werd er in de auto gezongen? Zijn er specifieke begrafenisliedjes? Zong u familielid weleens iets voor kleine kinderen? Enz.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Weet u naar welke artiest(en) uw familielid het liefst luisterde?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Wat zijn de lieverings- CD's, albums of LP's van uw familielid?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Deze vragenlijst is overgenomen uit de muziekkusseninterventieformulieren, tevens is deze gebaseerd op: Evidence – based guideline. Individualized music for elders with dementia (Gerdner, 2010)

BIJLAGE 5. FEEDBACKFORMULIER AFSTUDEERONDERZOEK N=1 (VERSIE 2019-2021)

Onderzoeksontwerp

Naam Studentonderzoeker	Mark de Lange
Opleiding vaktherapie + medium	Vaktherapie, muziektherapie, VR
Relatienummer	
Naam en functie feedbackgever	Hilda Elzinga, teamleider
Datum	25 september 2020
'Go'/'no go'	Go

Je onderzoeksontwerp wordt van feedback voorzien als er voldaan is aan de volgende voorwaarden:

☒ Je onderzoeksbegeleider akkoord heeft gegeven betreffende inleveren(d.m.v.) een handtekening);

☒ Er een literatuurlijst is opgenomen die voldoet aan de **APA**-**richtlijnen** (document APA-stijl NHL Stenden bibliotheek);

☒ Het onderzoeksontwerp voorzien is van correcte inhoudsopgave en paginanummering;

☒ Het onderzoeksontwerp voldoet aan de eisen en richtlijnen zoals opgenomen in de schrijfwijzer van de opleiding.

☒ Het onderzoeksontwerp is geschreven in correct, zowel qua spelling als grammatica, Nederlands of Engels (Cambridge).

Hoofdstuk 1 Inleiding	
De inleiding is een samenhangend geheel van: • Een beschrijving van de instelling en/of de opdrachtgever (context); • Een duidelijke omschrijving en analyse van welk praktijkprobleem aan de orde is (inclusief aanleiding en relevantie); • Een omschrijving van de cliënt;	**Feedback:** Een en ander wordt duidelijk beschreven, het probleem is helder. De cliënt moet nog gekozen worden en let er dan op dat je het specifieke gedrag van deze cliënt duidelijk beschrijft. De problematiek wordt helder beschreven en onderbouwd vanuit de theorie. Je maakt gebruik van de term kwaliteit van leven, ik vind nog steeds dat je dit wat nader uit kunt leggen. Voor de rest prima!

• De gehele inleiding is onderbouwd vanuit een theoretisch kader. De begrippen zijn gedefinieerd. Het theoretisch kader bestaat uit ten minste 7 recente relevante vakliteratuur en onderzoekpublicaties en/ of andere bronnen; • Een duidelijk afgebakende probleemstelling, belang en doel van het onderzoek worden op micro-, meso- en macroniveau benoemd; • Aan het eind samengevat in de centrale vraagstelling voor het onderzoek en 3 à 4 deelvragen; • De onderzoeksvraag is nauwkeurig geformuleerd en inhoudelijk zo begrensd dat het werkbaar is in de context van het afstudeeronderzoek.	Wat betreft belang onderzoek, kun je nog wat meer zeggen over het belang van het onderzoek zelf in plaats van het belang van de interventie. Vragen zijn wat mij betreft helder. Je geeft bij deelvraag 1 niet aan bij wie je dit gaat meten, dat zou nog een mooie toevoeging zijn. Het is mooi begrenst door je te richten op agitatie, dit dien je later meer te specificeren naar het gedrag van de gekozen cliënt.
Hoofdstuk 2 Methode	
Aansluitend op de inleiding wordt de opzet van het onderzoek compact maar compleet beschreven, inclusief: • Typering algehele methode van onderzoek (N=1); • Per deelvraag is beschreven: - Onderzoekstype; - Operationalisatie: de te meten begrippen zijn vertaald naar meetbare kenmerken van de onderzoekseenheden en worden uitgelegd en onderbouwd; - Populatie en steekproef (wie of wat behoort er tot de onderzoeksgroep); - Dataverzameling (waar vindt het onderzoek plaats, wanneer en op welke wijze wordt het onderzoek afgenomen); - Data-analyse (analysetechnieken die je gaat gebruiken); - Verantwoording keuzes; • De ethische keuzes zijn benoemd, zijnde: verwerking data; bewaringstermijn data; bewaren data; hoe de privacy van de respondent wordt gewaarborgd; manier van gegevens anonimiseren; Het informed consentformulier aanwezig is, indien cliënt bekend is.	**Feedback:** Typering onderzoek is helder. Alle onderdelen komen aan bod. Advies is wel, mocht het mogelijk zijn, om ook het informele netwerk te betrekken bij het onderzoek. Ik krijg de indruk dat je dit wel bij deelvraag 2 doet en niet bij deelvraag 1, waarom is dat? Bij de interventiebeschrijving ligt de nadruk erg op welke stappen je zet in het onderzoek, terwijl ik hier wil weten wat je met de cliënt gaat doen, dus de interventiebeschrijving. Kijk even goed hoe je het flow diagram inpast in het geheel, wellicht dat het in een bijlage kan worden geplaatst, dat je er dan in de hoofdtekst naar kunt verwijzen? Of nogmaals, dat je het hier laat staan, maar dan wel met een toelichting of koppeling naar de verdere tekst. De verwijzingen naar de bijlagen kunnen duidelijker, let erop dat je goed verwijst naar de juiste lijst, zodat de lezer dat goed kan volgen, ik moet nu een beetje op zoek.

A. Medium	
Binnen de diverse onderdelen van het afstudeeronderzoek is het medium gepositioneerd: • Als onderdeel van de inleiding is het medium en het werkingsmechanisme beschreven; • Een van de deelvragen is gewijd aan het medium; • Binnen hoofdstuk 2 is de aangeboden interventie beschreven.	**Feedback:** De werking van gepersonaliseerde muziek wordt beschreven in de inleiding, mooi afgezet ook tegen hoe er gewerkt wordt binnen de instelling. Deelvraag 3 is gericht op de werking van muziek met behulp van de parameters. Let er wel op dat je de interventie nog explicieter beschrijft! Dit is een vereiste voor je AO straks.

B. Algemene indruk van het onderzoeksontwerp	
Het onderzoeksontwerp ziet er verzorgd uit, is prettig leesbaar en netjes vormgegeven. Er is een duidelijke tekstuele samenhang binnen én tussen de hoofdstukken en alinea's. Er wordt gebruik gemaakt van goede overgangen om de lezer door het verslag heen te leiden. Het onderzoeksrapport voldoet aan de APA-regels, in het bijzonder: • De bronvermeldingen en literatuurverwijzingen zijn aanwezig in de tekst waar nodig en correct weergegeven; • Er is sprake van een opgave van geraadpleegde databases en zoektermen; • Verwijzingen in de tekst naar illustraties tabellen en grafieken zijn aanwezig en correct; • Illustraties, tabellen en grafieken zijn functioneel, correct opgemaakt, genummerd en voorzien van titel en toelichting; • De literatuurlijst is compleet en correct weergegeven; • De steekwoorden (keywords) zijn compleet en correct weergegeven na de samenvatting; • De bijlagen zijn voorzien van paginanummering en vermeld in de inhoudsopgave;	**Feedback:** Het rapport is netjes, de schrijfstijl is zakelijk en to the point, dat leest prettig. Samenhang kan nog wat sterker (bijvoorbeeld bij zo'n flow chart die enige inleiding nodig heeft). Overgang tussen onderdelen kan sterker. APA is voldoende toegepast.

BIJLAGE 6. VERKLARING DOOR STUDENTONDERZOEKER

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Student	M.J.(Mark) de Lange
Studentnummer	4613791
Opleiding	NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden Vaktherapie (verkort) richting: Muziek

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze praktijk- en afstudeergids 3/4. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de NHL Stenden hogeschool;
- Ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

O Bij dezen verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Datum 20-11-2020

Handtekening .....

BIJLAGE 7. INFORMATIEBRIEF VOOR DEELNAME AAN SYSTEMISCHE N=1 ONDERZOEK

Receptieve muziektherapie met geindividueliseerde muziek bij een oudere vrouw met dementie en Sundowning Syndrom ter vermindering van agitatie: Een systemische n=1 studie

Inleiding
Geachte heer/mevrouw,

In deze brief wil ik u informeren omtrent het systemische N=1 onderzoek dat door mij wordt uitgevoerd als onderdeel van de opleiding tot vaktherapeut richting muziek aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. Tevens zou ik u willen vragen om deel te nemen aan dit onderzoek als client (indien van toepassing als wettelijk vertegenwoordiger akkoord te geven) of participant. In deze brief staat beschreven wat het voor u inhoudt als u wilt deelnemen, zodat u een weloverwogen beslissing kunt maken of u deel wilt nemen aan het onderzoek.

Mocht u na het lezen van deze informatiebrief vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met de junior-onderzoeker, waarvan de contactgegevens aan het einde van deze brief genoemd worden.

Projectcontext
Dit praktijkgerichte systemische N=1 onderzoek wordt uitgevoerd door één onderzoeker die vaktherapie studeert aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. De onderzoeker wordt begeleid door een praktijkbegeleider (Woonzorg Flevoland) en een afstudeerbegeleider (NHL Stenden Hogeschool). Zij beschikken over veel kennis en ervaring gericht op muziektherapie bij ouderen (met dementie).

Doel van het onderzoek
Het luisteren naar voorkeursmuziek kan voor ouderen met dementie prettig zijn en gevoel/ gedrag positief beïnvloeden. Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk krijgen welke mogelijke factoren eraan bij kunnen dragen dat agitatie (onrust) bij ouderen met dementie vermindert tijdens receptieve (luisteren naar muziek) muziektherapie met geindividualiseerde muziek.

Wat meedoen inhoudt

Onderzoekscliënt:
Wanneer u beslist om als cliënt (of als wettelijk vertegenwoordiger) deel te nemen aan dit onderzoek dan zullen er drie momenten worden gepland waar u aanwezig zult zijn bij een muziektherapiesessie door een muziektherapeut in opleiding (i.o.). Tijdens de eerste sessie zal muziektherapeut i.o. een aantal muziekstukken laten horen aan cliënt (via een geluidsdrager of zelf spelen op een muziekinstrument). Van deze sessie zal een videoopname worden gemaakt zodat achteraf door onderzoeker een observatieformulier kan worden ingevuld. Tijdens de tweede en derde sessie zullen de muziekstukken die het meest leiden tot vermindering van agitatie worden gebruikt in de muziektherapiesessie. Tevens wordt vanaf 20 minuten voorafgaande tot 20 minuten na de sessie de hartslag gemonitord. Dit om te onderzoeken of geindividualiseerde muziek kan bijdragen aan het verlagen van de hartslag (wat weer een positief effect kan hebben voor de onderzoekspersoon). Indien gewenst door onderzoeker wordt dit ook geregistreerd tijdens de eerste sessie.

- *Sessie 1: Video opname tijdens sessie om observatie nauwkeurig en volledig uit te voeren*
- *Sessie 2 en 3: Hartslagmonitor (smartwatch) vanaf 20min voor tot 20min na sessie*

Participant/observator:
Wanneer u beslist om als participant deel te nemen aan dit onderzoek dan zal uw medewerking worden gevraagd voor de volgende momenten; 20 minuten voor de tweede en derde sessie bent u aanwezig in de ruimte waar de muziektherapeutische sessie zal plaatsvinden. U observeert hoe de agitatie zich uit bij de onderzoekspersoon. U neemt dit waar gedurende 20 minuten voor de sessie en het gedeelte 20 minuten na de sessie. U krijgt hiervoor een scorelijst overhandigd voorafgaande aan de start van de sessie. 20 minuten na de sessie krijgt u een evaluatieformulier. Hierin worden vragen gesteld over hoe de agitatie zichtbaar was bij de cliënt en wat u heeft waargenomen mochten er verschillen zichtbaar zijn.

- *Sessie 1: geen rol/bijdrage*
- *Sessie 2 en 3: Invullen scorelijst over 20min voor en 20min na sessie + evaluatieformulier invullen over dezelfde periode.*

Algemeen:
De duur van het totale onderzoek is normaliter drie weken, hierin vinden 3 maal een muziektherapiesessie plaats van rond de 30 minuten (afhankelijk van de agitatie/ toestand van de onderzoekspersoon). Exacte plaats en datum worden in overleg met u ingepland. Deelname wordt als eenmalig beschouwd. Ook is uw deelname vrijwillig. Na de drie sessies hoeft er geen contact meer met u te worden opgenomen betreft dit onderzoek.

Wat wordt er van u verwacht?
Om het onderzoek zorgvuldig en goed te laten verlopen is het belangrijk dat u zich tijdig (het liefste 24 uur van tevoren) afmeldt wanneer u verhinderd bent om mee te doen als observator. U kunt hiervoor mailen of bellen naar de onderzoeker (contactgegevens staan onderaan deze brief vermeld).

Voor zorgmedewerkers geldt; mocht het zo zijn dat één van uw collega's ook is uitgenodigd als participant voor dit onderzoek, dan willen we u vragen om voorafgaand de sessie zo min mogelijk met elkaar over dit vraagstuk te overleggen in verband met de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Tot slot hoor ik graag van u wanneer uw contactgegevens wijzigen.

Gebruik en bewaren van uw gegevens
De onderzoeker zal mogelijk de muziektherapiesessies met een videorecorder of voice-recorder opnemen. Voorafgaand zullen zij u hiervoor toestemming vragen. Als u hier toestemming voor geeft zullen zij u een 'informed consent' laten tekenen. Dit is een toestemmingsverklaring waarin u verklaart dat u het goed vindt dat de onderzoeker de muziektherapiesessies opneemt. Ook na het ondertekenen van de informed consent zal de onderzoeker het opnamemateriaal alleen gebruiken voor het onderzoek en zal dit dus niet verder gedeeld worden.

Om uw privacy te beschermen zal uw naam niet worden genoemd in het onderzoek en worden de resultaten geanonimiseerd.

Heeft u vragen?

Mocht u vragen/opmerkingen hebben dan kunt u mailen naar mark.de.lange@student.nhlstenden.com

Telefonisch kunt u de onderzoeker bereiken op werkdagen tussen 09:00 en 17:00 uur. Het nummer van de contactpersoon, M.J.(Mark) de Lange, is 0622600451.

Bedankt voor uw aandacht. Ik ontvang graag uw reactie of u wilt deelnemen aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

M.J.(Mark) de Lange,

Onderzoeker, muziektherapeut i.o. en student Vaktherapie, richting muziek aan NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden.

BIJLAGE 8. INFORMED CONSENT

Toestemmingsverklaring (informed consent)

Titel onderzoek: Receptieve muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij een oudere vrouw met dementie en Sundowning Syndrom ter vermindering van agitatie: een systemische n=1 studie

Verantwoordelijke onderzoeker: M.J.(Mark) de Lange

Hierbij verklaar ik dat:

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

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

☒ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.

☒ Bij dezen verleen ik toestemming aan NHL Stenden hogeschool om de ruwe data van dit onderzoek anoniem te gebruiken voor verder onderzoek.

Naam deelnemer: [redacted]

Datum: 27/nov Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.

☒ Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: M.J.(Mark) de Lange

Datum: 20-11-2020 Handtekening onderzoeker: .....

BIJLAGE 9. ZOEKSTRATEGIE: DATABANKEN, SAMENGESTELDE ZOEKTERMEN

Voor de uitvoering van dit onderzoeksrapport is gericht gezocht naar literatuur op het desbetreffende gebied, zowel nationaal als internationaal. Hierbij zijn de onderstaande sites (databases en andere bronnen) gebruikt.

Databases

- Pubmed (pubmed.ncbi.nih.gov)
- Databank interventies ouderenzorg en gehandicaptenzorg (databankinterventies.nl)
- HBO Kennisbank (hbo-kennisbank.nl)

Overige bronnen

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (fvb.vaktherapie.nl)
- Nederlandse Vereniging van Muziektherapie (nvvmt.nl)
- Verenso, vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (verenso.nl)
- Het Centraal Bureau voor de Statistiek (cbs.nl)
- Trimbos-instituut (trimbos.nl)
- Zorginstituut Nederland (zorginstituutnederland.nl)
- NHL Stenden Hogeschool (nhlstenden.com)
- Woonzorg Flevoland (woonzorgflevoland.nl)

Voor het gericht zoeken naar bepaalde literatuur zijn onderstaande zoektermen gebruikt. Tevens is een combinatie van deze gebruikt om zo nog gerichter informatie te vinden.

Gebruikte zoektermen

- Muziektherapie/ music therapy
- Dementie/ dementia
- Probleemgedrag
- Agitatie/ agitation
- Cohen Mansfield Agitation Inventory
- Sundowning Syndrom
- Interventie/ intervention
- Hartslag/ heartrate
- Arousal
- Kwaliteitskader verpleeghuiszorg

BIJLAGE 10. PRODUCT [BASIS]

Werkblad Product [Basis]

Individuele receptieve muziektherapie met geïndividualiseerde muziek bij mensen met dementie en Sundowning syndrom ter vermindering van agitatie

NAAM AUTEUR	M.J.(Mark) de Lange
NAAM ONTWIKKELAAR	M.J.(Mark) de Lange
Jaar (van publicatie)	2021

Context

Oudere vrouw met dementie, agitatie, Sundowning Syndrom

Probleemomschrijving

Probleem

80% van de mensen met dementie heeft op enig moment in het ziekteproces te maken met probleemgedrag (Prins, Heijkants, & Wikkemse, 2018). Veel voorkomend probleemgedrag wordt onderverdeeld in psychotisch, depressief, angstig, apathisch en geagiteerd gedrag (Zuidema et al., 2018). Geagiteerd gedrag kent grofweg vier uitingsvormen agressief versus niet-agressief en verbaal versus fysiek (Rabinowitz, 2005). Agitatie vanaf de namiddag, avond of nacht wordt ook wel Sundowning Syndrom (SS) genoemd (Khachiyants et al., 2011). De symptomen van SS kunnen onder andere zijn: agressie, visuele en auditieve hallucinaties, schreeuwen, schelden, mijmeren, angst, dwalen, ijsberen, agitatie etc. (Canevelli et al., 2016, p. 2).

Gevolgen

Door agitatie ontstaat groot verlies van kwaliteit van leven voor de cliënt (Zuidema et al., 2018). Zo kan de beleving tijdens de agitatie angstig, verdrietig, boos, ongerust zijn en veel spanning geven. Daarbij zorgt dementie vaak al voor een verstoord emotioneel evenwicht en minder mogelijkheid om met deze gevoelens om te gaan (Zuidema et al., 2018). Ook kan de cliënt tijdens agitatie in (fysiek) gevaarlijke situaties komen. Dit resulteert in een grotere belasting op zowel de cliënt als diens omgeving en zorgverleners. Tevens bestaat de kans dat de agitatie bij de cliënt ervoor zorgt dat medebewoners op de afdeling de cliënt uitsluiten in de groep. Dit kan tot achterdocht, sensorische deprivatie of juist overprikkeling leiden wat weer agitatie kan veroorzaken of versterken (Kovach et al., 2004).

Doelgroep

Indicaties

- *Een vorm van dementie*
- *Geagiteerd gedrag in de namiddag, avond of nacht; agressie, visuele en auditieve hallucinaties, schreeuwen, schelden, mijmeren, angst, dwalen, ijsberen, agitatie etc.*
- *Opgenomen in een verpleeghuis*

Contra-indicaties

- *Dusdanig doof dat muziek niet hoorbaar is*
- *Expliciet en aanhoudend afwijzing tegen muziektherapie*

Verwijzing en selectie

(verwijzing, intake, O&A-traject)

Na probleemanalyse door bijvoorbeeld psycholoog, EVVer, SO/ behandelaar wordt doorverwezen naar muziektherapeut als; andere interventies onvoldoende werken, het

effect van muziek al zijdelings zichtbaar was tijdens andere interventies of geanalyseerd is dat de mate van prikkels in de omgeving het probleem in de hand werken. In één muziektherapeutische sessies wordt geobserveerd of cliënt ontvankelijk is voor muzikale prikkels en hiermee het gedrag kan worden beïnvloed. Als dit zo is, is muziektherapie geïndiceerd.

Doelen
Het verminderen van geagiteerd gedrag tijdens SS bij een oudere vrouw met dementie

Subdoel(en)
- *Client komt fysiek tot rust tijdens de sessie*
- *Client veroorzaakt minder onrust bij medebewoners*
- *Client ervaart meer kwaliteit van leven tijdens de sessie*

Beschrijving van de interventie-aanpak
Architectuur van de interventie
(Onderdelen/volgorde/frequentie/intensiteit en duur)

De interventie bestaat uit een wekelijkse muziektherapiesessie op de gemeenschappelijke huiskamer gedurende minimaal 3 weken. De sessie heeft een duur van circa 30 minuten. De sessies zijn individueel gericht waarbij gebruik gemaakt wordt van geïndividualiseerde muziek, gekozen in de eerste sessie. De sessies volgen een vaste structuur, waarbij de geïndividualiseerde muziek centraal staat.

Inhoud van de interventie
(concrete activiteiten/in fasen. Het betreft de beschrijving van enkele illustratieve kernactiviteiten per fase)

De vaste structuur van de sessie is opgedeeld in twee fases. FASE 1 betreft de eerste sessie, FASE 2 de tweede en derde sessie. Onderstaand de uitwerking:

1. *Ontvankelijk maken voor (non)verbaal contact*
    - *FASE 1 en 2: De cliënt wordt bezocht op de gemeenschappelijke woonkamer. Therapeut stemt (non)verbaal de intensiteit af op de cliënt, waarbij de mate van 'prikkelen' met klanken en eventueel zang wordt afgestemd. Dit middels een welkomstlied of een gesprekje. Hierna worden andere medebewoners toegezongen, rekening houdend met de intensiteit die cliënt in staat stelt om ontvankelijk te blijven*
2. *Aansluiten bij behoefte van prikkeling*
    - *FASE 1: Therapeut achterhaalt tijdens sessie 1, de muziekvoorkeur van de cliënt door informatie uit het cliëntendossier zoals geboortejaar, informatie van zorgmedewerkers, contactpersonen en/of de cliënt zelf te gebruiken.*
    - *FASE 1 en 2: De muziektherapeut biedt de cliënt de geïndividualiseerde muziek, gekozen tijdens FASE 1 aan. Hierbij wordt afgestemd op de op dat moment aanwezige behoefte aan prikkeling bij de cliënt. Stem af door middel van tempo en dynamiek 'Pacing' (Bruscia, 1987).*
3. *Afsluiting*
    - *FASE 1 en 2: Therapeut sluit met een (liefst elke sessie hetzelfde) voorkeurslied van de cliënt af, waarbij hij afstemt op het minimaal (bij overprikkeling) of maximaal (bij onderprikkeling) benodigde energieniveau, rekening houdend met de behoefte van de medebewoners.*

Rol van de therapeut
Door cerebrale aandoeningen zijn cliënten gevoeliger voor prikkels in de omgeving, door therapeut wordt afgestemd op de behoefte van de cliënt. Tevens hebben mensen met dementie door cognitieve beperkingen behoefte aan duidelijkheid en structuur, dit biedt veiligheid en houvast.

- *Gebruik een vaste terugkerende indeling van de sessie*
- *Muziektherapeut is in staat:*
    - *af te stemmen op de cliënt met dementie*
    - *af te stemmen op het energieniveau 'pacing' (Bruscia, 1987)*
    - *het gewenste prikkelniveau van cliënt te observeren*
    - *om het groepsproces te leiden*

Materialen
- *Begeleidingsinstrument (bijv. piano, gitaar, lier)*
- *Pen en papier om 'Vragenlijst Persoonlijke MuziekVoorkeur (VPMV)' in te vullen*

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak
Welke factoren veroorzaken het probleem?

Cognitieve factoren
Door de cerebrale aandoening hebben mensen met dementie die geagiteerd gedrag vertonen problemen met het ontvangen van prikkels. Zowel overprikkeling als sensorische deprivatie kunnen daardoor agitatie veroorzaken of versterken (Kovach et al., 2004). Tevens kan het onvermogen om bepaalde situaties cognitief te compenseren (Zuidema et al., 2018) een rol spelen bij het ontstaan van agitatie.

Emotionele factoren
Op momenten dat cliënt niet het vermogen heeft om de situatie cognitief te compenseren, kunnen gevoelens van o.a. angst, verdriet, verlatenheid, wanhoop, boosheid ervaren. Dit onvoldoende emotioneel evenwicht kan agitatie in de hand werken (Zuidema et al., 2018).

Lichamelijke factoren
Het door neurodegeneratie verstoord raken van de biologische klok kan agitatie tot gevolg hebben wat zich uit in de namiddag, avond of nacht. Tevens kan door dementie de aanmaak van bepaalde stoffen (o.a. melatonine) verstoord raken dit kan leiden tot agitatie tijdens SS (Khachiyants et al., 2011). Ook kunnen verminderd zicht en gehoor een factor zijn waardoor onvoldoende sociale aansluiting op de omgeving mogelijk is.

Omgevingsfactoren
Een veranderde nieuwe woonomgeving (Zuidema et al., 2018) alsmede wanneer ouderen (te) vroeg naar bed gaan en daardoor vroeg wakker worden. Dit kan moeheid in de namiddag tot gevolg hebben wat een trigger kan zijn bij het ontstaan van agitatie (Khachiyants et al., 2011).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden
- *De aanwezige 'prikkels' die leiden tot agitatie*
- *Verminderd cognitief vermogen om de situatie te compenseren, wat leidt tot onvoldoende emotioneel evenwicht*

Theoretische verantwoording
(theoretische referentiekaders, vaktherapeutische behandelvisie, praktijkervaring)

Er wordt gewerkt vanuit een neurologisch/ biopsychosociaal referentiekader waarbij wordt getracht de tekortkomingen door functieverlies in de hersenen te vermijden en juist een ingang via de muziek te bewerkstelligen. Door muziektherapie aan te bieden met de juiste mate van 'prikkeling', afstemmend op het energieniveau van de cliënt. Hierdoor is het aannemelijk dat tijdens de muziektherapie een afname van agitatie zichtbaar wordt (Kovach et al., 2004).

Waar door de degeneratieve processen in de hersenfuncties door dementie SS optreedt en zorgt voor agitatie, kan muziek nog ingang bieden tot de hersenen. Muziek wordt nog tot in een laat stadium van dementie herkent waardoor contact middels muziek nog altijd mogelijk is (Tang et al., 2018, p. 472).

Werkzame elementen
(beschrijving van veronderstelde samenhang en enige literatuuronderbouwing)

- *Door het verlies van de verbinding met tijd en plaats en omgeving wordt de wereld onoverzichtelijk (Toscani et al., 2015). Muziek zorgt voor een gevoel van herkenning waardoor ook in het hier en nu weer een connectie kan worden verkregen (Le Heron et al., 2018, p. 61). Doordat muziek (muzikaal materiaal) op het juiste energieniveau kan worden aangeboden 'pacing' (Bruscia, 1987), wordt de cliënt niet over- of onderprikkeld wat tot agitatie kan leiden (Kovach et al., 2004).*
- *Door het onvermogen om bepaalde situaties cognitief te compenseren kunnen gevoelens van angst, verdriet etc. worden ervaren. Muziektherapie kan kortdurend een positieve bijdrage leveren aan de emotionele gesteldheid van de cliënt. Hierdoor verminderd de agitatie (Lin et al., 2010; Sakamoto, Ando, & Tsutou, 2013.*

Randvoorwaarden en kosten
Uitvoering
(materialen, organisatorische randvoorwaarden, randvoorwaarden voor de cliënt organisatie)
Deze interventie is bedoeld voor mensen met dementie en agitatie tijdens Sundowning Syndrom die woonachtig zijn op een gesloten afdeling in een verpleeghuis. De interventie wordt uitgevoerd in een multidisciplinaire setting.

Opleiding en competenties
(welke opleiding/ welke training(en))

- *HBO geschoolde muziektherapeuten. Specifieke competenties:*
    - *Brede repertoirekennis van voorkeursmuziek van cliënten in de desbetreffende leeftijdscategorie*
    - *Kennis van doelgroep en ziektebeeld*

Kosten van de interventie
In onderstaande tabel wordt een inschatting gegeven voor de te maken kosten. Voor de kosten van de muziektherapeut is uitgegaan van de hoogste trede in FWG schaal 55.

Tabel 1
Materiaalkosten voor dit product

Materialen	**Kosten** *(maandelijks)*	**Eenmalig**
Piano, lier of gitaar		€ 1.500,-

Tabel 2
Specificatie kosten muziektherapeut (uitgaande van FWG55, hoogste trede á €26,59)

Specificatie uren	**Aantal uren**	**Kosten**
Muziektherapeutische observatie	6 sessies á 0,5u = 3,0 uur	3,0 x €26,59 = €79,77
Rapportage observatie	1,5 uur	1,5 x €26,59 = €39,89
Behandelplan uitschrijven	2 uur	2,0 x €26,59 = €53,18
Muziektherapeutische sessies	3 weken x 0,5u = 1,5 uur	1,5 x €26,59 = €39,89
Evaluatie	2x 1,0u = 2,0 uur	2,0 x €26,59 = €53,18
Bijstellen behandelplan	2x 1,0u = 2,0 uur	2,0 x €26,59 = €53,18
Onvoorzien	1,5 uur	1,5 x €26,59 = €39,89
TOTAAL	**13,5 uur**	**€ 358,97**

Locatie en uitvoerders
In zowel FASE 1 als FASE 2 wordt de cliënt (indien mogelijk) op de gemeenschappelijke huiskamer bezocht door de muziektherapeut. Voor het bezoek dient een begeleidingsinstrument (piano, gitaar of lier), pen en papier meegenomen te worden.

Subtypen
(variatie van/op het beschreven product)
Indien mogelijk kunnen de sessies van FASE 2 langer dan voorgeschreven 2 sessies worden ingezet. Indien de cliënt niet in staat is om naar de gemeenschappelijke woonkamer te komen kan gekozen worden om de interventie op diens eigen kamer uit te voeren.

Ontwikkelgeschiedenis
betrokkenheid doelgroep
Tijdens het werken met mensen met dementie en Sundowning Syndrom, heb ik mogen ervaren wat muziektherapie kan bijdragen als het gaat om verminderen van agitatie. Om dit theoretisch beter te onderbouwen heb ik hier mijn afstudeeronderzoek van gemaakt. De keuze om een product te schrijven is tot stand gekomen omdat ik mijn bevindingen zo wil formuleren dat dit gereproduceerd kan worden door collega-muziektherapeuten.

BIJLAGE 11. ADVIES ONDERZOEKSBEGELEIDER PRAKTIJK

Advies onderzoeksbegeleider praktijk

(student voegt dit toe aan het definitieve afstudeeronderzoek)

Naam student-onderzoeker: Mark de Lange
Opleiding: Vaktherapie richting muziek – verkorte route
Relatienummer: 4613791
Naam en functie onderzoeksbegeleider praktijk: Annemieke Raven – de Vries, muziektherapeut
Datum: 5 maart 2021

Wat vindt u sterke onderdelen van het afstudeeronderzoek (concept)?

1. Het afstudeeronderzoek behandelt een relevant, veelvoorkomend praktijkprobleem. Dit onderzoek geeft voor de specifieke cliënte aanknopingspunten voor het behandelen van haar agitatie.
2. Sterk hierbij is dat observaties vanuit drie verschillende gezichtspunten zijn verzameld (systemisch) en dat daarnaast gebruik is gemaakt van een hartslagmeter. In het voorkómen van agitatie is het op tijd actie ondernemen door zorgmedewerkers van belang. Hierbij worden nog geen fysieke metingen gebruikt, maar de inzet hiervan biedt mogelijke kansen voor de werkvloer.
3. De wijze waarop de (vele) verzamelde data verwerkt zijn, is knap en overzichtelijk gedaan.

Argumentatie: Zie boven.

Wat is uw advies aan de student ter verbetering van het afstudeeronderzoek en waarom?

1. Het vereenvoudigen van de scorelijst.
2. Onderzoek naar bredere inzetbaarheid van voorkeursmuziek.
3. Verdere focus op hartslagmeting.

Argumentatie: (ad.1) Bij het uitvoeren van het onderzoek bleek dat bepaald gedrag van cliënte door de observanten op een andere wijze in de scoringslijst werd gescoord. Wanneer de lijst vereenvoudigd wordt (bijv. minder dubbelingen) is deze makkelijker in te vullen en vanuit de verschillende invalshoeken meer met elkaar te vergelijken. (ad.2) In dit onderzoek komt mooi naar voren welke invloed muziektherapie op het moment van aanbieden op cliënte heeft. In een vervolgonderzoek zou het mooi zijn dat verder wordt onderzocht of en hoe deze principes overdraagbaar zijn, zodat zorgmedewerkers dit ook op andere momenten in kunnen zetten. (ad.3) Zie punt 2 bij de eerste vraag, al zou dit geen verbetering van dit onderzoek zijn, maar een geheel nieuw onderzoek.

Wat is uw oordeel over de wijze waarop de student het onderzoeksproces gestalte heeft gegeven (**goed**/ voldoende/onvoldoende): Argumentatie: Mark heeft in het onderzoeksproces laten zien dat hij gedegen en met respect voor de cliënt en diens familie te werk gaat. Zijn van nature onderzoekende houding is door het opdoen van kennis verder tot bloei gekomen. Ook in het dagelijkse werk is deze houding zichtbaar; Mark is zich meer bewust van hoe hij de muziektherapeutische effecten die hij in de praktijk ziet kan duiden en bespreken met collega's/ cliënten.
Wat is uw oordeel over de bruikbaarheid van het onderzoek (**goed**/ voldoende/onvoldoende): Argumentatie: Het onderzoek geeft mooie aanknopingspunten voor het inzetten van muziektherapie bij het behandelen van agitatie bij ouderen met dementie en het objectiveren van het effect hiervan. Handtekening: Annemieke Raven – de Vries