



Universiteit Utrecht

“Het belangrijkste van de muziek staat niet in de noten”

Mahler



**Evaluatieonderzoek naar het effect van een optreden van
Diva Dichtbij op de ervaren kwaliteit van leven van
somatisch zieke ouderen in zorginstellingen**

**Sophia Geerars
3237923
december 2010**

**Bachelorthesis Algemene Sociale Wetenschappen
Universiteit Utrecht
Dr. L. Meeuwesen**

Voorwoord

Bij het afronden van de bachelor Algemene Sociale Wetenschappen hoort het schrijven van een scriptie. Na meer dan een jaar aan dit verslag gewerkt te hebben ligt het nu voor u. Graag wil ik mijn dank uitspreken voor de mensen die hebben bijgedragen aan dit verslag:

Allereerst heel veel dank aan de stichting Diva Dichtbij; voor alle enthousiasme, hulp en betrokkenheid die zij hebben getoond bij mijn onderzoek. In het bijzonder veel dank aan Pietermel van Amelsvoort, die altijd beschikbaar is geweest voor het beantwoorden van vragen en zij is van begin tot eind erg betrokken geweest in het proces. De diva's wil ik graag allemaal bedanken voor het grote enthousiasme waarmee zij mij thuis en in de auto onderweg naar het optreden ontvingen, zij hebben bijgedragen aan het fijne gevoel dat ik heb over (het werk van) Diva Dichtbij. Marion Woerlee wil ik graag bedanken voor het coördineren van de bezoeken aan zorginstellingen en de manier waarop zij de zorginstellingen heeft geïnformeerd over mijn komst.

Ik wil graag de medewerkers van de zorginstellingen bedanken, zij hebben mij zeer professioneel en enthousiast ontvangen en waren erg behulpzaam bij het vinden van respondenten voor mijn onderzoek.

Daarnaast wil ik mijn groepsgenoten, Maaïke van der Vleuten en Sabine Timmer, bedanken voor de prettige samenwerking; ik vond het fijn dat we onze frustraties, twijfels en vragen konden delen en elkaar hiermee konden verder helpen.

Ten slotte wil ik graag Dr. Ludwien Meeuwesen bedanken voor haar begeleiding, welke ik als prettig heb ervaren. Ik heb veel geleerd van haar literatuur- en schrijfsuggesties en dankzij haar betrokkenheid en kritische blik heeft zij mij geholpen bij de optimalisering van dit verslag.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Inleiding	5
1.1 Doelstelling en vraagstelling.....	5
1.2 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	6
1.3 ASW-verantwoording	7
1.4 Indeling	7
2. Diva Dichtbij	9
2.1 Stichting.....	9
2.2 De diva's	10
2.3 Een optreden	11
2.4 Effecten van een optreden.....	12
3 Theoretisch kader	13
§3.1 Ouderen in instellingen	13
§3.2 Werken met muziek als complementaire zorg	18
§3.3 De kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen in instellingen.....	27
§3.4 Conclusie en reflectie theoretisch kader.....	34
4 Methode	38
4.1 Inleiding	38
4.2 Aandachtspunten	38
4.3 Onderzoekspopulatie	39
4.4 Selectie van respondenten.....	40
4.5 Gang van zaken.....	40
4.6 Semigestructureerde interviews	41
4.7 Operationalisatie	42
4.8 Ethiek	43
4.9 Betrouwbaarheid en validiteit.....	44

4.10 Databewerking en data-analyse	45
5 Resultaten onderzoek Diva Dichtbij	47
5.1 Het optreden van Diva Dichtbij in het algemeen	47
5.2 Diva Dichtbij en het lichamelijk welbevinden	51
5.3 Participatie	55
5.4 Het optreden van de diva en mentaal welbevinden	59
6 Discussie en conclusie	62
6.1 Samenvatting resultaten	62
6.2 Theoretische reflectie.....	63
6.3 Methodische reflectie	66
Literatuur.....	69
Bijlagen Bijlage 1 - Topiclijst	71
Bijlage 2 - Codeboom	75

1. Inleiding

Diva Dichtbij is een stichting die muziek maakt aan het bed van ouderen, voornamelijk in tehuizen. De initiatiefneemster ervan is tevens een van de zingende Diva's. Het doel van de stichting is om via muziek en theater contact te maken met mensen en te proberen om hen dichterbij hun gevoelens te brengen. De stichting is sinds maart 2007 een feit en op dit moment zijn er vier diva's en één divo actief. Zij verzorgen professionele optredens in de huiskamer van tehuizen en aan het bed van chronisch zieke ouderen. Er wordt gezongen, gedanst en soms ook poëzie voorgedragen. Het probleem dat om de aandacht vraagt is dat er een gebrek aan kennis is wat betreft de invloed van de optredens van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen.

In onderhavig onderzoek wordt nagegaan wat de (positieve dan wel negatieve) invloed is van de optredens van Diva Dichtbij op chronisch zieke ouderen in zorginstellingen. Ik beperk me hierbij tot de somatisch zieken, ik zal me niet richten op ouderen met psychogeriatrische problemen. De ervaren kwaliteit van leven van deze somatisch zieke ouderen staat centraal in dit onderzoek. Daarbij zijn onder andere de begrippen lichamelijk welbevinden, sociale participatie en mentaal welbevinden van belang. Deze begrippen worden verder uitgewerkt in de literatuurstudie.

1.1 Doelstelling en vraagstelling

Het gaat om een kwalitatief evaluatieonderzoek voor de stichting Diva Dichtbij, waarbij met gebruikmaking van semigestructureerde interviews de ervaring van chronisch somatisch zieke ouderen van de optredens van Diva Dichtbij wordt gepeild. Het doel van het onderzoek is nagaan in hoeverre de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen als verbeterd ervaren wordt door de optredens van Diva Dichtbij.

Vinden de ouderen het vooral leuk om een voorstelling van Diva Dichtbij mee te kunnen maken, of heeft het een therapeutische werking en verbetert het de kwaliteit van leven?

De hoofdvraag in het onderzoek is: *In hoeverre wordt de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen als verbeterd ervaren door de optredens van Diva Dichtbij?*

Deelvragen bij deze hoofdvraag:

- Hoe ervaren de participanten het optreden van de diva in het algemeen?
- Wat is het effect in termen van lichamelijk welbevinden (gezondheidsgerelateerde factoren)

van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

- Wat is het effect in termen van participatie (sociale factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

- Wat is het effect in termen van mentaal welbevinden (individuele factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

In onderhavig onderzoek is het effect van de optredens van de stichting Diva Dichtbij op de ervaren kwaliteit van leven van somatisch zieke ouderen in instellingen nagegaan. Relevante begrippen daarbij: chronisch zieke ouderen in zorginstellingen, werken muziek als complementaire zorg en de ervaren kwaliteit van leven. Deze begrippen worden nader uitgewerkt in het theoretisch kader.

Er zijn 15 ouderen in 4 zorginstellingen geïnterviewd door middel van semigestructureerde interviews. De onderzoekspopulatie bestaat uit somatisch, lichamelijk zieke ouderen die een optreden van Diva Dichtbij hebben bijgewoond. De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen half februari en eind april 2010. Gedurende deze periode en de periode daarna zijn de interviews uitgewerkt en geanalyseerd. Meer hierover is te vinden in het hoofdstuk 'Methode'.

1.2 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

Het gaat hier om een praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek met als opdrachtgever de stichting Diva Dichtbij.

Er is sprake van een *maatschappelijke relevantie*; de chronisch zieke ouderen, hun verzorgers en hun omgeving zouden baat kunnen hebben bij dit project. Dit onderzoek zou bijvoorbeeld kunnen aantonen dat de kwaliteit van leven bij chronisch zieken is verbeterd door een optreden van Diva Dichtbij. In dat geval is het onderzoek maatschappelijk relevant; het onderzoek kan bijdragen aan het faciliteren van dit initiatief dan wel soortgelijke initiatieven, de zorg voor de chronisch somatisch zieke ouderen kan minder belastend worden en de ouderen zelf hebben er baat bij als meer soortgelijke optredens plaatsvinden.

Daarnaast is er sprake van een *wetenschappelijke relevantie*. Het onderzoek naar het effect van Diva Dichtbij draagt bij aan de theorieontwikkeling rondom de invloed van werken met muziek (Van der Pasch-Flierman, 2006; Hilliard, 2005) op chronisch somatisch zieke ouderen in termen van ervaren kwaliteit van leven (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003). Dit onderzoek kan bijdragen aan wetenschappelijke kennis over deze vorm van optreden en het effect hiervan op de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003). De kennis die er al is bedraagt vooral kennis over het

effect van muziektherapie op dementerenden. Er is slechts weinig bekend over het effect van muziektherapie op de specifieke doelgroep van somatisch zieke ouderen (Wellink, 2003). Er ontbreekt kennis over de specifieke vorm van optreden van een stichting als Diva Dichtbij en het effect ervan op de ervaren kwaliteit van leven van somatisch zieke ouderen in zorginstellingen.

1.3 ASW-verantwoording

Het project van Diva Dichtbij is een typisch project voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen; probleemgerichtheid, interdisciplinariteit en beleidsvorming staan centraal. Het is *probleemgericht*; er wordt gekeken of Diva Dichtbij op een positieve manier van invloed is op de ervaren kwaliteit van leven van somatisch zieke ouderen. Het onderzoek is daarnaast ook *interdisciplinair* van aard, verschillende aspecten van de invloed van werken met muziek op chronisch somatisch zieke ouderen komen aan bod. Waar psychologen de nadruk leggen op het individu – de persoonsgebonden factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven van de somatisch zieke ouderen – focussen de sociologen meer op de sociale omgeving waarbinnen gedrag plaatsvindt. Het probleem van de somatisch zieke ouderen vereist een interdisciplinaire benadering. In dit onderzoek zal de nadruk liggen op hoe de optredens van Diva Dichtbij van invloed zijn op het individu, de psychologische benadering. De gevolgen van het onderzoek hebben voornamelijk gevolgen op het sociologische vlak. Wellicht wordt door het onderzoek meer Bovendien wordt in de literatuurscriptie aandacht besteed aan theorieën die afkomstig zijn uit verschillende disciplines; uit de psychologie worden begrippen als emotioneel welbevinden, geluk, tevredenheid gebruikt (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003) en uit de sociologische benadering worden onder andere sociale participatie (Poortvliet et al., 2006) en determinanten als werk, inkomen, relaties met anderen voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven gebruikt (Wellink, 2003). Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat ik interdisciplinair werk. Het onderzoek is *beleidsrelevant*, omdat het zou kunnen bijdragen aan het faciliteren van dit initiatief, dan wel soortgelijke initiatieven. Waardoor meer optredens soortgelijk aan die van de stichting Diva Dichtbij kunnen plaatsvinden.

1.4 Indeling

Het eerste deel van deze scriptie geeft een beschrijving van de stichting Diva Dichtbij en de setting waarin de voorstellingen plaatsvinden.

Daarna komt het theoretisch kader waarin allereerst de relevante literatuur over

ouderen in zorginstellingen wordt besproken met de doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen in het bijzonder. In het daarop volgende hoofdstuk komt het werken met muziek als complementaire (aanvullende) zorg aan bod. Daarna is in dit theoretisch kader een hoofdstuk besteed aan de kwaliteit van leven met in het bijzonder de kwaliteit van leven bij chronisch somatisch zieke ouderen. Het theoretische deel wordt afgesloten met een conclusie en reflectie op de gevonden theorie.

In hoofdstuk 4 komt de methode van onderzoek aan bod, waarbij onder andere aandacht besteed is aan het type onderzoek, operationalisaties, de gang van zaken tijdens het onderzoek doen en de analyse van de interviews.

Hierna volgen de resultaten van het onderzoek, waarbij gekeken is naar het effect van een optreden van Diva Dichtbij op de kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen. De algemeen heersende mening over het optreden, de invloed die het optreden heeft op het fysieke en mentale welbevinden en de invloed op de participatie van de ouderen zijn onderwerpen die hier aan bod komen.

Ten slotte volgt een discussie en conclusie waarbij wordt teruggekoppeld naar de resultaten van het theoretisch kader. Daarnaast is in dit hoofdstuk de reflectie op de gebruikte methode te vinden. Het onderzoeksdeel wordt afgesloten met aanbevelingen voor onderzoek en de praktijk.

2. Diva Dichtbij

In de inleiding is reeds besproken dat deze literatuurscriptie een voorbereiding is op een evaluatieonderzoek naar het effect van optredens van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen. Daarvoor is het nodig om de stichting Diva Dichtbij onder de loep te nemen. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag *Wat de stichting Diva Dichtbij is en wat zij doet*. De informatie voor totstandkoming van dit hoofdstuk is ontleend aan de website van Diva Dichtbij¹ en gesprekken gevoerd met één van de diva's.

2.1 Stichting

Diva Dichtbij is een stichting die muziek maakt voor chronisch zieke ouderen, voornamelijk in zorginstellingen. De initiatiefneemster ervan is tevens één van de vijf zingende diva's. Het doel van de stichting is om via muziek contact te maken met mensen en proberen om de mensen dichterbij hun gevoelens en emoties te brengen. Diva Dichtbij verzorgt op professionele wijze de optredens in de huiskamer van tehuizen en aan het bed van chronisch zieke ouderen. Er wordt gezongen, gedanst en soms ook poëzie voorgedragen.

De diva die tevens initiatiefneemster is, is zowel theatermaakster als zangeres. Het idee voor Diva Dichtbij is ontstaan tijdens een vakantie in Frankrijk waar zij in 'Les Gaillards', een vakantiehuis voor terminaal zieken, te gast was. Zij ontdekte daar dat ze door haar zang in combinatie met direct contact de chronisch zieken dichterbij hun gevoelens kon brengen. Zo is zij op het idee gekomen om in Nederland hiermee verder te gaan. Sinds maart 2007 is de stichting Diva Dichtbij een feit. Er worden intieme optredens gegeven in de huiskamers van zorginstellingen en aan de rand van het bed van ouderen. In het eerste jaar van Diva Dichtbij was zij nog de enige diva met slechts 16 optredens in een jaar, in 2009 waren er al meer dan 90 optredens en zijn er meerdere diva's.

Op het bureau van Diva Dichtbij werken verschillende mensen: de initiatiefneemster is de directeur en drijvende kracht achter Diva Dichtbij. Haar functie bestaat onder andere uit het organiseren van optredens, contacten onderhouden en fondsenwerving. Daarnaast is er een productiemedewerker die de planning van alle optredens verzorgt en zij maakt de draaiboeken voor de diva's en voor de zorginstellingen waar de diva langskomt. De directeur wordt bijgestaan door een secretaresse. Zij ondersteunt Diva Dichtbij in verschillende opzichten; zij zorgt onder andere voor de correspondentie, de boekhouding, het bijhouden van de website,

¹ www.divadichtbij.nl

donateurs en adressenbestanden. Diva Dichtbij heeft daarnaast een bestuur dat op dit moment bestaat uit twee bestuursleden: een voorzitter en een secretaris PR & communicatie.

Naast de stichting Diva Dichtbij zijn er soortgelijke projecten en stichtingen die ook muziek maken voor de specifieke doelgroep van ouderen in verzorgingshuizen. Voorbeelden hiervan zijn: Theater Veder², Divertimento Muziek³ en Wieteke van Dort/Tante Lien⁴.

2.2 De diva's

De stichting Diva Dichtbij heeft op dit moment vier diva's en één divo die de optredens verzorgen. De diva's vullen een optreden zelf in; zij hebben ieder een eigen repertoire aan muziek en poëzie en proberen op hun eigen manier contact te maken met de ouderen.

Ondanks het verschil in repertoire sluit het muziekgenre van de diva's altijd aan bij de oudere leeftijd van de bewoners van zorginstellingen. Er wordt onder andere operamuziek, klassieke muziek, muziek uit musicals, Nederlands, Engels en Duits gezongen. De diva's hebben elk een eigen sprookjesjurk en de divo verschijnt bij een optreden in pak. De achtergronden van de diva's in de muziek- en theaterwereld zijn zeer verschillend. Zo zijn er diva's afgestudeerd aan het conservatorium op het gebied van zang en heeft de divo Toneelacademie gedaan. De diva's hebben veel ervaring in de zang- en/of theaterwereld. Door de vele verschillen tussen de diva's, kunnen de effecten op de ouderen ook per diva verschillen. Belangrijk effect dat de diva's willen bereiken is het uitlokken van interactie. Daarbij is het van belang om tijdens het optreden contact te maken met de ouderen, door ze al zingende aan te kijken. Door ervaring en intuïtie leert de diva of het gewenst is om de oudere met rust te laten of om meer interactie uit te lokken door middel van bijvoorbeeld een aanraking. Interactie uitlokken is goed voor de ouderen, omdat er een positief verband is tussen sociale interactie en het cognitief functioneren van mensen (Ybarra et al., 2008).

De stichting heeft voor de diva's afgelopen jaar een trainer in de arm genomen. Zij is opgeleid tot theatermaakster en coach en begeleidt de diva's onder andere in het zingen, de houding die de diva kan aannemen en de wijze waarop met de ouderen tijdens het optreden wordt gecommuniceerd. Zij verzorgt de training voor nieuwe diva's, ze coacht hen om hun eigen stijl als Diva te ontwikkelen, waar het ondermeer gaat om de ontwikkeling van de zang,

² www.theaterveder.nl

³ www.divertimentomuziek.nl

⁴ www.wietekevandort.nl/

de houding en de manier van contact maken met de ouderen. Zij benadrukt individueel de sterke kanten van de diva's. Voorbeelden van sterke eigenschappen voor een diva zijn onder andere veelzijdigheid, zekerheid en het goed ingaan op de stemming van de ouderen. De trainer begeleidt de diva's ook individueel in het werken aan minder sterke punten, zoals het breder maken van het theaterelement en het repertoire, meer zelfvertrouwen ontwikkelen en het uitlokken van interactie. Naast de individuele begeleiding, worden er trainingsdagen georganiseerd waarbij de diva's als groep bij elkaar komen en waar ze van elkaar kunnen leren.

2.3 Een optreden

Een optreden van Diva Dichtbij is niet zomaar een zangvoorstelling. Het is een combinatie van muziek en theater. Tijdens een optreden wordt er gezongen en direct contact gemaakt met de ouderen. Een heel belangrijk element van een optreden is het uitlokken van interactie. Hieronder volgt een korte beschrijving over hoe een optreden van Diva Dichtbij globaal verloopt.

De diva, gekleed in een idyllische jurk, verschijnt in de huiskamer van de zorginstelling met een versierd karretje vol tinkelende belletjes. De muziek wordt gestart en de diva stelt zich aan iedereen persoonlijk voor. Dan kan het optreden, dat tussen de mensen plaatsvindt, echt beginnen. Er is geen podium, alleen een kring waarvan de diva het middelpunt vormt. Gedurende het optreden is er direct contact tussen de diva en de bewoners van de zorginstelling. Iedereen heeft inbreng in het programma; er wordt geluisterd naar wat men wil horen en er mag meegezongen worden. Het optreden begint met vrolijke zang en wordt halverwege wat serieuzer en er wordt poëzie voorgedragen. Tijdens het optreden worden prikkelende voorwerpen zoals een lichtgevende bal of een fluitend vogeltje doorgegeven aan de ouderen. Aan het einde van het optreden is de sfeer altijd vrolijk en luchtig en wordt er vaak een dansje gewaagd, waarbij een rolstoel geen belemmering vormt voor de diva om de bewoners mee te laten doen.

Het optreden in de huiskamer van een zorginstelling duurt ongeveer een half uur tot driekwartier. Bewoners die niet in staat zijn hun eigen kamer te verlaten en die wel van het optreden van de diva willen genieten, bezoekt de diva persoonlijk in de eigen kamer voor een klein optreden van enkele liederen.

De optredens van Diva Dichtbij vinden voornamelijk plaats in zorginstellingen door heel Nederland en zijn bedoeld voor chronisch zieke ouderen, hun familie, vrienden en

verzorgenden. Een optreden kan ook bij iemand thuis plaatsvinden, dit komt in de praktijk echter nauwelijks voor.

2.4 Effecten van een optreden

Enkele impressies van een optreden van Diva Dichtbij zijn dat de bewoners veel plezier hebben tijdens het optreden, dat er lang over nagepraat wordt en dat de sfeer op de afdeling verbetert naar aanleiding van een optreden van Diva Dichtbij. Individuele indrukken van de omgeving van de ouderen zijn onder andere dat de ouderen na een optreden van Diva Dichtbij beter dan daarvoor hun emoties kunnen tonen, dat zij zich meer openstellen en dat hun welbevinden verbetert. Effecten zijn dus dat het de ouderen raakt en dat het iets bij hen 'los' maakt. Op de website van Diva Dichtbij zijn reacties te lezen die verzorgenden uit verpleeghuizen hebben achtergelaten naar aanleiding van de komst van Diva Dichtbij in hun zorginstelling. Daaruit blijkt onder andere dat de ouderen na een optreden erg tevreden en ontspannen zijn. Een citaat van een reactie te lezen op de website⁵: 'Zelfs bij ouderen waar contact maken normaal erg moeizaam gaat, wist de Diva dit met gemak te bewerkstelligen. Dit was soms erg verrassend en liet de verzorgers en dierbaren van de bewoner dan ook niet onberoerd.'

De effecten van een optreden door Diva Dichtbij in zorginstellingen zijn nog niet empirisch onderzocht. Het is nu aan mij om een evaluatieonderzoek uit te voeren naar het effect van een optreden van Diva Dichtbij op de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen.



⁵ www.divadichtbij.nl

3 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt nagegaan wat reeds bekend is over het effect van werken met muziek als aanvullende zorg en dan voor de specifieke groep van somatisch zieke ouderen in zorginstellingen. Er komen veel verschillende onderwerpen aan bod, zoals chronisch zieke ouderen in instellingen, de invloed van werken muziek en de kwaliteit van leven.

Geprobeerd wordt om in dit theoretisch kader een antwoord te geven op de vraag:

Wat is er reeds bekend over de invloed van werken met muziek op de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen?

Deelvragen hierbij zijn:

1. Wat wordt verstaan onder chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen?
2. Wat is er bekend over het werken met muziek als aanvullende zorg voor (chronisch somatisch zieke) mensen?
3. Wat wordt verstaan onder de kwaliteit van leven en een verbetering hiervan bij chronisch zieke ouderen?

De vragen in het theoretisch kader worden beantwoord in verschillende paragrafen. De eerste paragraaf (3.1) beschrijft de ouderen in instellingen. Paragraaf 3.2 gaat over het werken met muziek als aanvulling op de reguliere zorg voor ouderen in instellingen. In paragraaf 3.3 wordt de kwaliteit van leven en ten slotte staat in paragraaf 3.4 de conclusie en reflectie van het theoretisch kader waarbij de hoofdvraag wordt beantwoord.

§3.1 Ouderen in instellingen

Naar schatting van het Sociaal Cultureel Planbureau (2004, in De Klerk, 2005) wonen ongeveer 150.000 ouderen in Nederland in zorginstellingen. Dit beslaat ongeveer 1% van de totale bevolking in Nederland. Wie zijn deze ouderen? Waarom wonen zij in instellingen? In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag ‘*Wat wordt verstaan onder chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen?*’. Daarbij is het van belang om te weten wat wordt verstaan onder instellingen, wanneer gesproken wordt over ouderen en wanneer iemand chronisch somatisch ziek is. Hier worden ook de demografische gegevens besproken, waar duidelijk wordt welke ouderen in zorginstellingen wonen.

§3.1.1 Zorginstellingen in Nederland

Binnen het begrip zorginstellingen wordt onderscheid gemaakt tussen *verzorgingshuizen* en *verpleeghuizen*. In Nederland zijn bijna 1700 verzorgings- en verpleeghuizen (De Klerk, 2005). Een verzorgingshuis wordt ook wel ‘verblijf met verzorging’ genoemd, waar het verpleeghuis als ‘verblijf met verpleging’ omschreven wordt. Een belangrijk verschil tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen is dat in de verzorgingshuizen over het algemeen ouderen wonen die redelijk zelfstandig kunnen functioneren, wel hulpbehoevend zijn, maar geen specifieke verpleging nodig hebben. Dit is in contrast met de mensen in verpleeghuizen, die verzorging of verpleging nodig hebben waarover zij thuis of in een verzorgingshuis niet voldoende kunnen beschikken. De mensen in verpleeghuizen hebben daarbij vaak een gedeelde kamer, waar mensen in verzorgingshuizen over het algemeen over een eigen kamer of appartement beschikken (De Klerk, 2005).

Binnen verpleeghuizen wordt onderscheid gemaakt tussen twee categorieën; somatische verpleeghuizen en psychogeriatrische verpleeghuizen. De meeste verpleeghuizen in Nederland zijn echter gecombineerde verpleeghuizen, die een somatische afdeling en een psychogeriatrische afdeling hebben.

Op de psychogeriatrische afdeling verblijven personen die in de eerste plaats geestelijke hulp nodig hebben. Hier zijn mensen die aan geestelijke (ouderdoms)ziekten of stoornissen lijden. Hierbij kan gedacht worden aan geheugenstoornissen, desoriëntatie, verwardheid en onrust. Bij ongeveer twee op de drie bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen (of psychogeriatrische afdelingen in verpleeghuizen) is een vorm van dementie vastgesteld. Bij iets minder dan eenderde van de bewoners gaat het om de ziekte van Alzheimer en bij 33% van de bewoners in psychogeriatrische verpleeghuizen is een dementietype anders dan de ziekte van Alzheimer vastgesteld (Van Beek, et al. 2004).

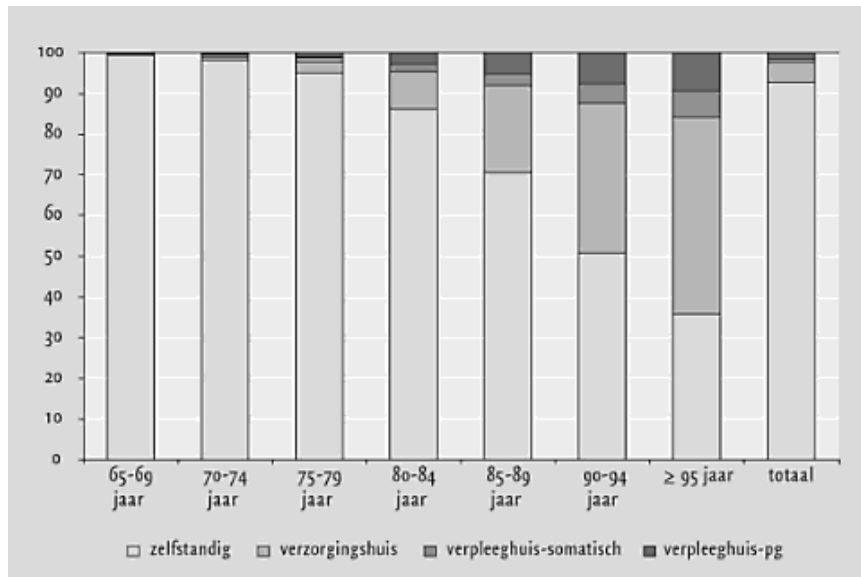
Op de afdeling somatiek verblijven personen die in de eerste plaats lichamelijke beperkingen of aandoeningen hebben, zoals mensen met een hartvaatziekte, kanker, diabetes, gevolgen van een beroerte of ongeval (Hoeymans, et al. 2004). Het gaat hierbij dus vooral om fysieke problemen. Het woord somatiek betekent letterlijk lichamenlijk en komt uit het Grieks.

Er is bij ouderen vaak sprake van een combinatie van psychische en somatische problemen, vandaar dat hier gesproken wordt van ouderen die in de eerste plaats geestelijke (psychogeriatrische afdeling) of lichamenlijk (somatische afdeling) zorg nodig hebben.

Met ouderen wordt in de publicatie ‘Ouderen in instellingen’ (De Klerk, 2005) bedoeld op mensen van 55 jaar en ouder, echter bijna 90% van de ouderen in instellingen is

75-plusser, daarom wordt in deze literatuurstudie met ouderen de groep mensen in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder bedoeld.

Figuur 1 Woonvorm van 65-plussers, naar leeftijdscategorie, 2000



Bron: overgenomen uit De Klerk (2005), p.10

Figuur 1 geeft weer hoeveel mensen per leeftijdscategorie in een tehuis wonen. In de figuur is te zien dat de meeste mensen zelfs op hoge leeftijd nog zelfstandig wonen. Van de mensen in de leeftijd van 65 tot 69 jaar woont vrijwel niemand in een tehuis en van de 90-94 jarigen woont ongeveer de helft nog zelfstandig. Ongeveer 7% van alle 65-plussers woont in een tehuis, waarvan 5% in een verzorgingshuis en 2% in een verpleeghuis (De Klerk, 2005).

§3.1.2 Demografische gegevens

Van de ouderen in somatische verpleeghuizen (of somatische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen) is de meerderheid (68%) vrouw (De Klerk, 2005). De gemiddelde leeftijd van de ouderen op de afdeling somatiek is 81 jaar. De gemiddelde leeftijd bij somatiek is vergeleken met die in verzorghuizen (86 jaar) en op de afdeling psychogeriatric (82 jaar) iets lager, dit komt doordat op de afdeling somatiek ook patiënten wonen die jonger dan 55 jaar zijn (De Klerk, 2005). Er wonen relatief meer mannen (32%) in een somatisch verpleeghuis dan in een psychogeriatric verpleeghuis (23%). Van de somatische ouderen die onderzocht zijn door het SCP (2004 in De Klerk, 2005) is meer dan de helft weduwe of weduwnaar en heeft slechts een kwart nog een partner. Alle door het SCP (2004 in De Klerk, 2005) ondervraagde somatische ouderen in instellingen die een partner hebben wonen gescheiden van hun partner. Het merendeel van de partners (77%) woont zelfstandig. De ouderen in verzorghuizen en verpleeghuizen in Nederland zijn vrijwel allemaal in Nederland

geboren. Dit komt mede doordat er in Nederland nog nauwelijks hoogbejaarde ‘allochtone’ ouderen zijn (De Klerk, 2005). De komende decennia zal er naar verwachting een ontwikkeling plaatsvinden; de (culturele) diversiteit in zorginstellingen zal toenemen.

§3.1.3 Chronisch ziek

Van de ouderen in zorginstellingen heeft 90% een of meerdere chronische ziekte(n) (De Klerk, 2005). Van alle ouderen in verpleeghuizen, heeft 55% een psychogeriatrische aandoening en 45% heeft te maken met overwegend somatische problematiek. In somatische verpleeghuizen hebben de ouderen vaak te kampen met de gevolgen van een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct (De Klerk, 2005). Tabel 1 geeft weer welke chronische ziekten ouderen zelf hebben vastgesteld in de verschillende woonvormen (verzorgingshuis, somatisch verpleeghuis en psychogeriatrisch verpleeghuis).

Tabel 1: Percentage van een aantal chronische ziekten, door ouderen zelf vastgesteld, naar woonvorm, 2004 (in De Klerk, 2005)

	Verzorgingshuis	Somatisch verpleeghuis	Psychogeriatrisch verpleeghuis	Totaal
Gewrichtsslijtage (artrose) van heup of knieën	48,6	32,0	34,3	42,0
Suikerziekte	23,4	22,8	17,9	22,3
(gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	14,8	41,3	20,7	20,0
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, copd	20,9	14,6	12,3	18,3
Vernauwing bloedvaten in buik, benen	19,8	21,9	9,3	18,1
Ernstige hartaandoening (hartfalen, angina pectoris)	20,3	17,1	10,1	17,9
Ernstige/hardnekkige aandoening rug (incl. hernia)	17,4	14,2	9,7	15,4
Chronische gewrichtsontsteking (reuma, reumatoïde artritis)	15,4	12,8	6,8	13,4
Gevolgen van een ongeval	5,1	8,3	3,8	5,4
Ziekte van het zenuwstelsel (MS, Parkinson)	5,6	11,1	5,9	6,5
Geen chronische aandoening	11,8	5,5	4,6	9,4
Eén chronische aandoening	16,3	14,9	15,0	15,8
Twee of meer chronische aandoeningen	71,9	79,6	80,4	74,8

In tabel 1 is te zien dat gewrichtsslijtage (artrose) van de heup of knieën, suikerziekte en (gevolgen van) een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct tot de meest voorkomende aandoeningen van chronisch zieken behoren. In bovenstaande tabel is af te lezen dat ruim 80% van de ouderen in somatische verpleeghuizen twee of meer chronische aandoeningen heeft. De chronische aandoeningen komen niet vaker voor bij verpleeghuisbewoners dan bij bewoners van een verzorgingshuis, echter de ouderen in verpleeghuizen (somatisch of psychogeriatrisch) hebben over het algemeen wel vaker te kampen met meerdere chronische aandoeningen (De Klerk, 2005).

§3.1.4 Chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen

In Nederland woont ongeveer 7% van de 65-plussers in zorginstellingen (De Klerk, 2005). Er wordt onderscheid gemaakt tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In verzorgingshuizen ontvangen mensen verzorging, in verpleeghuizen ontvangen de ouderen zorg en verpleging. Van de ouderen in zorginstellingen in Nederland heeft 90% een of meerdere chronische ziekte(n) (De Klerk, 2005). Ongeveer 45% van de ouderen in verpleeghuizen heeft te maken met overwegend somatische klachten. Chronisch somatisch zieke ouderen zijn lichamelijk ziek en wonen voornamelijk in somatische verpleeghuizen of in gecombineerde verpleeghuizen op de somatische afdeling (De Klerk, 2005). De meest voorkomende somatische aandoeningen zijn: gevolgen van een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct, artrose (gewrichtsslijtage) en suikerziekte. Chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen zijn ouderen die een chronische lichamelijke aandoening hebben en die leven in een zorginstelling.

Nu de definitie van chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen bekend is, is het van belang om te kijken wat er verstaan wordt onder het werken met muziek.

§3.2 Werken met muziek als complementaire zorg

Er zijn verschillende vormen van complementaire zorg voor ouderen in instellingen. Een populaire aanvulling op de reguliere zorg is werken met muziek. Hieronder valt ook het begrip muziektherapie. Om de vraag *wat is er bekend over het werken met muziek als aanvullende zorg voor (chronisch somatisch zieke) mensen?* te kunnen beantwoorden, is het van belang eerst te weten wat complementaire zorg is, wat werken met muziek inhoudt en wat muziektherapie is.

Hupkens (2006) legt in het boek *Inleiding complementaire zorg* uit wat het begrip complementaire zorg inhoudt. Letterlijk betekent het 'aanvullende zorg'. Het komt niet in de plaats van de gangbare zorg, maar vormt daarop een aanvulling. Daarnaast is in 1996 de term 'complementaire zorginterventie' geïntroduceerd door Noorden (zie Hupkens, 2006), die hiermee wil verduidelijken dat de verpleegkundige zorg gecombineerd wordt met natuurlijke therapieën, waarbij de complementaire zorg betrekking heeft op de kwaliteit van leven van de cliënt. Voorbeelden van dit soort natuurlijke therapieën als complementaire zorg zijn onder andere ontspanningsoefeningen, massages, werken met etherische oliën en werken met muziek.

§3.2.1 Werken met muziek

De meest voorkomende vormen van complementaire zorg zijn werken met muziek, massage en therapeutisch aanraken (Oneschuk et al., 2007). Deze vormen van aanvullende zorg worden in sommige zorginstellingen door het personeel zelf verzorgd, maar meestal door speciale therapeuten. Voor een succesvolle implementatie is het echter van groot belang dat er een opgeleide professional is die het werken met muziek als aanvullende zorg kan bieden (Oneschuk et al., 2007).

Het werk van de stichting Diva Dichtbij is op een bijzondere manier muziek maken voor ouderen in instellingen. Met hun muziek beogen zij de kwaliteit van leven van patiënten met een chronische ziekte te verhogen. De muziek die zij maken kan dus gezien worden als aanvulling op de reguliere zorg en valt dus onder werken met muziek als complementaire zorg.

Muziek kent een lange geschiedenis van speculaties over het ontstaan ervan, er zijn veel verschillende opvattingen over de geschiedenis van muziek. Het wordt (in sagen en legenden) vaak een bovennatuurlijke oorsprong toegekend, maar wordt ook wel gezien als uiting van de schoonheidsdrift van de mens, als vorm van kunst en als iets met een sociale functie. Muziek is door de eeuwen heen verder ontwikkeld en is in principe voor iedereen bereikbaar. Muziek wordt als communicatiemiddel gebruikt, waarbij het een universele uitingsvorm voor emoties is geworden (Van der Pasch-Flierman, 2006). Door een breed aanbod van verschillende stijlen en soorten muziek, kan een ieder zijn eigen smaak ontwikkelen. Muziek is dankzij haar brede geschiedenis volgens Van der Pasch-Flierman (2006) een zeer geschikt middel om in te zetten bij zorg en genezing.

Aan de basis van de menselijke ontwikkeling staan muzikale elementen zoals geluid, ritme en beweging. Geluid, ritme en beweging leggen in de eerste levensfase de basis voor de mens als sociaal communicerend en muzikaal voelend wezen (Van der Pasch-Flierman, 2006). Deze elementen blijven gedurende het hele leven van grote invloed op het lichaam en de psyche van de mens. Muziek heeft voor iedereen een grote kracht, ongeacht de vraag of er iets mee gedaan wordt (Sacks, 2009). Het kan sterke emoties en herinneringen opwekken. Dit kan als positief, maar ook als negatief ervaren worden. Mensen kunnen troost vinden in muziek, het kan als prikkel tot activiteit werken en het kan helpen te ontspannen. Daarnaast is gebleken dat muziek als afleider kan dienen van vervelende prikkels uit de omgeving zoals bijvoorbeeld pijn (Van der Pasch-Flierman, 2006). Muziek zou dan ook goed kunnen worden ingezet om somatisch zieke ouderen af te leiden van hun fysieke pijn of onmacht.

Muziek heeft invloed op het bewustzijnscentrum in de hersenen en heeft daardoor

indirect invloed op de motorische reflex. Het kan gebeuren dat een patiënt die lijdt aan de ziekte van Parkinson bij het horen van muziek bepaalde bewegingen wel kan maken die zonder muziek, als gevolg van de ziekte, niet lukken (Van der Pasch-Flierman, 2006).

Het is bij het werken met muziek als aanvullende zorg erg belangrijk dat de muziekkeuze wordt afgestemd op de cliënt (Van der Pasch-Flierman, 2006). Muziek kan namelijk ook een averechts effect hebben, omdat het niet iedereen aanspreekt. Dit kan aan de omstandigheden liggen (het soort muziek, te weinig rust, vervelende achtergrondgeluiden, het geluid is te hard of te zacht), maar soms kan het ook komen door traumatische of negatieve ervaringen met muziek. In het geval van een (zeer) slecht gehoor of overgevoeligheid voor geluid kan het werken met muziek als zeer vervelend ervaren worden (Van der Pasch-Flierman, 2006). Bij het werken met muziek is het ook van belang om goed op te letten hoe de cliënt reageert op de muziek. Draait de patiënt zijn hoofd weg of kijkt hij steeds naar beneden, dan kan dit een teken van desinteresse zijn en dient men het werken met muziek af te bouwen. Na het werken met muziek kunnen de ervaringen eventueel met de cliënt besproken worden (Van der Pasch-Flierman, 2006). Dit kan echter averechts werken als de cliënt het idee krijgt in therapie te zitten, terwijl voor hem/haar het werken met muziek louter een vorm van ontspanning was. Er is ook een vorm van werken met muziek waarbij de muziek en therapie gecombineerd wordt: muziektherapie.

§3.2.2 Muziektherapie

Muziektherapie is een opkomende voorziening als complementaire zorg in de terminale zorg (Hilliard, 2005). Het wordt dan ook steeds toegankelijker en populairder. Het primaire doel van de muziektherapie is om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren, op gebied van onder andere spiritueel, psychisch, fysiek, sociaal en mentaal welbevinden (Hilliard, 2005).

Muziektherapie is door de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie in 1999⁶ omschreven als: *"een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden ten einde verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamenlijk gebied te bewerkstelligen"*.

Muziektherapie wordt voornamelijk ingezet bij patiënten die door hun ziekte beperkt zijn in hun mogelijkheid verbaal te communiceren over hun emotionele problemen (Zantopp,

⁶ www.zantopp.nl/muziektherapie

2009⁷). Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld mensen met dementie of afasie (een beschadiging in het deel van de hersenen waar het spraakvermogen zit). Muziektherapie wordt ook ingezet voor psychiatrische patiënten of mensen met een trauma, die wel verbaal kunnen communiceren, maar die moeite hebben om hun emoties te tonen of om hierover te praten met anderen (Zantopp, 2009). Bij ouderen ligt de kracht van muziektherapie vooral in het oproepen van vroegere (positieve) herinneringen (Zantopp, 2009). Door middel van muziek in combinatie met therapeutisch contact, wil men met muziektherapie toegang krijgen tot problemen die voorheen niet bespreekbaar waren (Zantopp, 2009). Het is volgens Zantopp (2009) voor een muziektherapeut van belang om gebruik te maken van het feit dat muziek en emotie dicht bij elkaar liggen. Tijdens een sessie muziektherapie kunnen veel verschillende dingen worden gedaan, het is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt, de voorkeuren van de muziektherapeut en de situatie. Muziektherapie wordt zowel ingezet als individuele behandelmethodede als voor groepen. De patiënt hoeft geen enkele kennis van muziek te hebben, het gaat bij muziektherapie niet om het leren over muziek. Het gaat over het beleven van muziek (Zantopp, 2009).

Er zijn twee soorten van muziektherapie te onderscheiden: actieve en receptieve muziektherapie. Bij actieve muziektherapie is de patiënt zelf actief deelnemer bij het vormgeven van muziek, het gaat hier om samen muziek maken, herkennen en analyseren. Dit is anders dan receptieve muziektherapie, waar de patiënt de rol van luisteraar heeft. Bij deze vorm van muziektherapie gaat het om de beleving van muziek en daaraan verbonden het kunnen herkennen, aannemen en uiten van emoties (Zantopp, 2009). Deze receptieve vorm van muziektherapie is redelijk vergelijkbaar met de optredens van de stichting Diva Dichtbij. Het werk van Diva Dichtbij is een tussenvorm van het luisteren naar muziek ter ontspanning of amusement en het ontvangen van receptieve muziektherapie.

§3.2.3 Onderzoeken naar effecten van muziektherapie

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effecten van muziektherapie.

Knapp et al. (2009) hebben onderzoek gedaan naar muziektherapie bij terminaal zieke kinderen. Hoewel deze doelgroep niet geheel aansluit bij mijn doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen, betreft het wel een groep van terminaal zieken. Er is geen reden om aan te nemen dat het effect van muziektherapie op terminaal zieke kinderen erg veel verschilt met het effect van muziektherapie op terminaal zieke ouderen. De kinderen waren in de

⁷ www.zantopp.nl/muziektherapie

leeftijd van 1 tot 21 jaar en 44% van de respondenten heeft muziektherapie gehad. De onderzoeksmethode was een enquête voor de ouders waarbij gevraagd werd naar hun ervaringen en voldoening (Knapp et al., 2009). Deze gegevens werden geanalyseerd middels een multivariate analyse. Het resultaat was dat bij de ouders van kinderen die muziektherapie hadden, de kans op een hoge score op de vragenlijst wat betreft voldoening 23 keer hoger was dan bij ouders van kinderen die geen muziektherapie hadden (Knapp et al., 2009). De conclusie van het onderzoek is dat palliatieve zorg voor kinderen standaard muziektherapie moet omvatten, maar dat het lastig zal zijn om gecertificeerde muziektherapeuten te vinden om dit in de praktijk uit te voeren (Knapp et al., 2009).

Gallagher et al. (2006) hebben onderzoek gedaan naar het effect van muziektherapie op patiënten met chronische aandoeningen en/of complexe ziektes. De onderzoekspopulatie was een groep van 200 patiënten. De onderzoeksmethode betrof een combinatie van (onafhankelijke) observatie, Happy/Sad Faces Assessment Tool van Rogers (zie Gallagher et al., 2006) en een gedragsschaal, waarmee de voor- en nameting werd gedaan. Na analyse met een Wilcoxon toets en een gepaarde t-toets bleek dat muziektherapie een significante verbetering ($P < 0.001$) opleverde op gebied van onder andere ongerustheid, manier van bewegen, humeur, pijn en benauwdheid (Gallagher et al., 2006). Er is geen verschil geconstateerd voor mensen met een muzikale of niet-muzikale achtergrond, dit duidt op een universele betekenis van muziek (Gallagher et al., 2006). Iedereen kan muziek 'verstaan' en er zelf een gevoel bij krijgen. De conclusie van Gallagher et al. (2006) is dat voor de specifieke doelgroep van chronisch zieken met complexe ziektes muziektherapie een zeer waardevolle aanvulling op de reguliere zorg is.

Hilliard (2005) heeft een uitgebreid overzichtartikel geschreven over de beschikbare empirische studies naar muziektherapie in palliatieve zorginstellingen. In het artikel bespreekt hij 11 empirische studies naar het effect van muziektherapie op mensen in hospices en in de palliatieve zorg. Een hospice is een zorginstelling met huiselijke sfeer, dat zich gespecialiseerd heeft in terminale zorg. Onder palliatieve zorg valt alle zorg die erop gericht is om de patiënt in de laatste levensfase (en zijn naasten) een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven⁸. Bij palliatieve zorg wordt de aandacht gericht op lichaam, geest en ziel van mensen.

Het artikel van Hilliard (2005) is voor dit theoretisch kader heel relevant, omdat het een overzicht biedt van de verschillende empirische studies naar het werken met

⁸ www.palliatievezorg.nl

muziektherapie in hospices en palliatieve zorg. De somatisch zieke ouderen die in de empirische studie onderzocht worden, leven allemaal in een zorginstelling en zijn chronisch ziek. De doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen is goed te vergelijken met mensen die terminale zorg ontvangen zoals de mensen die in hospices en palliatieve zorg leven uit de studies die Hilliard (2005) bespreekt.

Bij muziektherapie voor mensen in de palliatieve zorg worden sociale, emotionele, cognitieve, fysieke en spirituele aspecten van kwaliteit van leven behandeld (Hilliard, 2005). Onder het sociale aspect valt bijvoorbeeld gevoel van eenzaamheid, sociale isolatie en verveling, emotionele gebreken kunnen depressie, angst, boosheid, onrust en frustratie zijn. Desoriëntatie en verwardheid vallen onder cognitieve problemen. Bij het fysieke aspect van kwaliteit van leven gaat het bijvoorbeeld om de ervaren pijn en benauwdheid. Onder het spirituele aspect van zorg valt het gebrek aan spirituele connectie (bijvoorbeeld het hebben van een geloof) en de behoefte aan rituelen die gebaseerd zijn op spiritualiteit (Hilliard, 2005). Hilliard (2005) stelt dat hoewel er al veel kwalitatieve studies naar het effect van muziektherapie beschikbaar zijn, er toch nog een gebrek is aan empirische data over muziektherapie bij chronisch zieken in zorginstellingen.

De belangrijkste onderzoeksmethoden en resultaten uit het artikel van Hilliard (2005) over de effecten -in termen van pijn, ontspanning, spiritualiteit en kwaliteit van leven- van muziektherapie bij chronisch zieke ouderen, zullen hier besproken worden.

Eenmalige sessie muziektherapie

Hilliard (2005) beschrijft in zijn overzichtsartikel een onderzoek van Krout uit 2001. Krout (2001) heeft onderzoek gedaan naar het effect van een eenmalige sessie muziektherapie bij mensen in de palliatieve zorg. Krout (2001) heeft daarbij onderscheid gemaakt tussen drie probleemgebieden van patiënten: de mate van pijncontrole (bijvoorbeeld weten hoe vermindering van pijn bereikt kan worden), het fysieke (on)gemak en de mate van ontspanning. Zijn onderzoekspopulatie bestond uit 80 mensen en er werden 90 sessies van muziektherapie geëvalueerd (Krout, 2001). De meeste respondenten (74 van de 80) hebben eenmalig een sessie muziektherapie gehad. Er waren vijf verschillende muziektherapeuten die de therapie gaven. De plaats waar de muziektherapie werd gegeven was verschillend: thuis, in een verzorghuis, in een verpleeghuis of in een hospice (Krout, 2001). De muziektherapie werd op het individu afgestemd; actieve en passieve ervaringen met muziek werden benut met live muziek (Krout, 2001). De methode van onderzoek betrof een combinatie van onafhankelijke

observatie (van gedrag) en zelfrapportage (Krout, 2001). Er was sprake van een voor- en een nameting en er werd gemeten op de variabelen pijncontrole, fysiek gemak en ontspanning. Bij de verwerking van de onderzoeksresultaten werd gebruik gemaakt van een t-toets, waarbij er een significant verschil werd gevonden voor de geobserveerde veranderingen in pijn, fysiek gemak en ontspanning na de muziektherapie (Krout, 2001).

Krout (2001) concludeert na voor- en nameting dat de eenmalige sessie muziektherapie succesvol en effectief lijkt te zijn in het verhogen van de pijncontrole, het fysieke gemak en de ontspanning. De beperkingen van het onderzoek van Krout (2001) zijn dat er geen controlegroep was, dat er vrijwel alleen eenmalige sessies muziektherapie onderzocht zijn en dat er sprake was van meervoudige interventies; wellicht was het significante verschil wel een effect van een andere behandeling die gelijktijdig liep.

Muziektherapie en spiritualiteit

Hilliard (2005) bespreekt in zijn artikel de master thesis van Wlodarczyk uit 2003 die betrekking heeft op het spirituele aspect van muziektherapie. Wlodarczyk (2003) onderzocht voor haar afstudeeropdracht wat het effect van muziektherapie is op het spiritueel welbevinden van personen die in een hospice wonen. Het meetinstrument dat zij voor haar onderzoek hanteerde is zelfrapportage. De onderzoekspopulatie bestond uit 10 (relatief nieuwe) bewoners van een hospice, die allen zelfstandig in staat waren tot het invullen van een zelfrapportage vragenlijst (Wlodarczyk, 2003). De respondenten werden door zichzelf gecontroleerd door een ABAB onderzoeksdesign. Sessie A bestond uit ongeveer dertig minuten muziektherapie, waarna de respondent een vragenlijst over spiritueel welbevinden moest invullen en sessie B bestond uit ongeveer dertig minuten therapie zonder muziek, waarna de respondent een vragenlijst over spiritueel welbevinden moest invullen (Wlodarczyk, 2003). Iedere respondent had dus vier keer therapie, waarvan twee keer muziektherapie. De vragenlijst over het spiritueel welbevinden werd gemeten met behulp van 18 items over Spiritual Well-Being van Ellison en Paloutzian (zie Wlodarczyk, 2003, p. 6), met 6 punts-Likert schaal. Na grafische en statistische analyse van de resultaten na de vier therapieën en vier verschillende vragenlijsten per persoon, werd een significante verbetering van spiritueel welbevinden geconstateerd op de dagen dat muziektherapie plaats vond (Wlodarczyk, 2003). De uitkomst van het onderzoek van Wlodarczyk (2003) laat zien dat muziektherapie voor terminaal zieken een belangrijke rol kan spelen wat betreft verbetering van het spiritueel welbevinden. Een beperking aan het onderzoek van Wlodarczyk (2003) is

dat de onderzoekslocatie voor een neveneffect kan hebben gezorgd in de uitkomst van het onderzoek. Haar onderzoek vond namelijk plaats in het noorden van Florida, waar vrijwel alleen christelijke invloeden zijn. Zo zijn er nauwelijks tot geen mensen met andere religieuze geloofsovertuigingen dan de christelijke geloofsovertuiging onderzocht.

Muziektherapie en kwaliteit van leven

Abbott heeft in 1995 onderzoek gedaan voor haar afstuderen naar het effect van muziektherapie op de kwaliteit van leven van terminaal zieken. Zij heeft daarvoor 28 terminaal zieken geïnterviewd uit drie verschillende hospices. Deze onderzoekspopulatie werd in tweeën gedeeld, waarbij de helft minimaal 5 uur muziektherapie kreeg en de andere helft geen muziektherapie kreeg. Het ziektebeeld van de respondenten was zeer verschillend; kanker, AIDS, hart- en vaatziekte en ademhalingsklachten (Abbott zoals weergegeven in Hilliard, 2005). De kwaliteit van leven werd gemeten aan de hand van zes factoren van de *Profile of Mood States (POMS)*. De zes factoren van de POMS zijn: spanning - ongerustheid, depressie - wanhoop, woede - vijandigheid, kracht - activiteit, vermoeidheid - lamlendigheid, verwarring - verbijstering (Lorr, et al., 2003). Deze zes factoren werden gemeten en door middel van een gepaarde t-toets geanalyseerd. De uitkomst van het onderzoek van Abbott was dat er geen significante verschillen waren tussen de groep die minimaal 5 uur muziektherapie had gekregen en de groep zonder muziektherapie. De conclusie van onderzoeker Abbott is dat de onderzoekspopulatie erg klein was en dat de meetinstrumenten wellicht te vermoeiend waren voor de terminaal zieke patiënten en dat met andere meetinstrumenten de resultaten wellicht anders zullen uitpakken (Hilliard, 2005).

Hilliard (2003) heeft een eigen onderzoek gedaan naar het effect van cognitieve gedragsmuziektherapie op de kwaliteit van leven bij 80 terminale kankerpatiënten. De 80 respondenten werden door middel van een doelgerichte steekproef in twee groepen verdeeld: een experimentele groep (die de gebruikelijke zorg in het hospice kreeg en daarnaast nog muziektherapie) en de controlegroep (die alleen de gebruikelijke zorg in het hospice kreeg). De steekproef was doelgericht, omdat werd gecontroleerd voor plaats van het huis, leeftijd en sekse. Het meetinstrument betrof een zelfrapportage bestaande uit 29 vragen uit de Hospice Quality-of-Life Index (zie Hilliard, 2003). Na elke sessie kreeg men de vragenlijst. Herhaalde metingen met ANOVA lieten een significant verschil zien tussen de gemeten kwaliteit van leven van mensen uit de experimentele groep en de gemeten kwaliteit van leven van mensen uit de controlegroep. Er was geen verschil in sekse of leeftijd bij de verschillende groepen. Uit

het onderzoek van Hilliard (2003) blijkt dat elke sessie van muziektherapie significant bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van leven van deze kankerpatiënten. Ook kwam uit het onderzoek naar voren dat de fysieke pijn minder was bij de groep mensen die muziektherapie kregen. Volgens Hilliard (2003) is het dan ook goed om veel muziektherapie aan te bieden in hoge frequentie; want hoe meer muziektherapie des te hoger de kwaliteit van leven, ook wanneer de fysieke gezondheid daalt.

§3.2.4 Werken met muziek als complementaire zorg

De vraag die in dit hoofdstuk beantwoord wordt is: *‘Wat is er bekend over het werken met muziek als aanvullende zorg voor (chronisch somatisch zieke) mensen?’*. Bekend is dat complementaire zorg aanvullende zorg is en dat werken met muziek een populaire vorm daarvan is. Om een goed effect van werken met muziek te bewerkstelligen is professionaliteit vereist. Zo dient een professional die werkt met muziek als complementaire zorg onder andere rekening te houden met de keuze van de muziek en met de voorkeuren van de cliënt (Van der Pasch-Flierman, 2006). Een vorm van werken met muziek als aanvullende zorg is muziektherapie. Binnen dit vakgebied worden twee soorten onderscheiden: actieve en receptieve muziektherapie. De eerstgenoemde vereist een actieve deelname van de cliënt bij het maken, herkennen en analyseren van muziek (Zantopp, 2009). Bij laatstgenoemde, de receptieve vorm van muziektherapie, hoeft de cliënt alleen te luisteren, waarbij het gaat om de beleving van de muziek (Zantopp, 2009). Deze receptieve vorm van muziektherapie is goed vergelijkbaar met het werk van de stichting Diva Dichtbij, waar de oudere ook de rol van luisteraar aanneemt.

Er zijn veel onderzoeken gedaan naar het effect van actieve en receptieve muziektherapie. Na uitgebreide bestudering van de verschillende onderzoeken (Knapp et al., 2009; Gallagher et al., 2006; Hilliard, 2003; Krout, 2001; Wlodarczyk, 2003) en het overzichtsartikel van Hilliard (2005) kan ik concluderen dat uit de verschillende onderzoeksresultaten blijkt dat muziektherapie een effectieve vorm van aanvullende zorg kan zijn, in het bijzonder voor de doelgroep van terminaal zieken. Muziektherapie is onder andere van invloed op de mate van pijn, ongerustheid, vermoeidheid, het spiritueel welbevinden en de kwaliteit van leven.

Nu bekend is dat muziektherapie (en dus werken met muziek) invloed heeft op de kwaliteit van leven van mensen, is het handig om nader te bestuderen wat de kwaliteit van leven is.

§3.3 De kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen in instellingen

De kwaliteit van leven is een moeilijk te omvatten begrip, het gaat om iets subjectiefs. Want wat maakt de kwaliteit van leven beter en wat maakt het slechter? Welke onderdelen van het leven zijn belangrijk bij het meten van de kwaliteit van leven? Dit zijn relevante vragen bij het begrip 'kwaliteit van leven'. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraag 'Wat wordt verstaan onder een verbetering van de kwaliteit van leven van chronisch zieke ouderen in instellingen?'. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is het van belang te weten wat kwaliteit van leven is en hoe de kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen geoperationaliseerd kan worden.

§3.3.1 Wat is kwaliteit van leven?

“Kwaliteit van leven is een begrip dat verwijst naar de waardering van het bestaan, op basis van componenten die deel uitmaken van dat leven” (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1992 zoals geciteerd in Wellink, 2003, p.23). Kwaliteit van leven kent een subjectieve benadering van het begrip. De normen en opvattingen van het individu worden afgewogen ten opzichte van de mogelijkheden en omstandigheden waaronder dit individu leeft (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1992 in Wellink, 2003). De kwaliteit van leven betekent voor ieder individu iets anders. De beoordeling ervan is ook tijdsgebonden; veranderingen in bijvoorbeeld de woonsituatie of de ziekte-toestand zullen de kwaliteit van leven beïnvloeden (Wellink, 2003).

§3.3.2 Operationalisatie kwaliteit van leven

Er is geen eenduidige definitie van het begrip kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven wordt in de literatuur vaak gedefinieerd als een multidimensionaal concept waaraan tenminste een somatische, een psychische en een sociale dimensie te onderscheiden is (Van Nispen, Van Beek & Wagner, 2005).

Schok (2002) maakt in haar artikel gebruik van de Nederlandse versie van de WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life-assessment instrument) waar de domeinen fysieke gezondheid, psychologische toestand, mate van onafhankelijkheid, sociale relaties, kenmerken omgeving en spiritualiteit voor kwaliteit van leven worden gemeten. Het domein fysieke gezondheid heeft volgens Schok (2002) betrekking op energie en vermoeidheid, pijn en ongemak, slaap en rust. De psychologische toestand gaat in op de facetten lichaamsbeeld en verschijning, positieve en negatieve gevoelens, zelfwaardering, denken, leren, geheugen en concentratie (Schok, 2002). De mate van onafhankelijkheid heeft

betrekking op mobiliteit, activiteiten in het dagelijks leven, afhankelijkheid van medicijnen en medische hulp en de mate waarin gewerkt kan worden (Schok, 2002). Het domein sociale relaties gaat in op de persoonlijke relaties, sociale steun en seksuele activiteiten. De verschillende kenmerken van de omgeving die van belang zijn voor het meten van de kwaliteit van leven zijn bijvoorbeeld financiële bronnen, vrijheid, fysieke veiligheid en zekerheid, toegankelijkheid en kwaliteit van (lichamelijke en sociale) zorg, de omgeving thuis, mobiliteit en mate van mogelijkheden in de vrije tijd (Schok, 2002). Onder het domein spiritualiteit verstaat Schok (2002) onder andere religie en persoonlijke overtuigingen.

Naast het feit dat het begrip kwaliteit van leven geoperationaliseerd dient te worden, gaat het hier om een specifieke doelgroep: chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen. Naar de kwaliteit van leven bij de specifieke doelgroep van ouderen in instellingen is eerder onderzoek gedaan. Zo onderscheiden Van Beek et al. (2005) als belangrijke domeinen binnen kwaliteit van leven het lichaam, leefomstandigheden, participatie en levenskunst/mentaal welbevinden. Het domein *lichaam* heeft betrekking op de gezondheid, lichamelijke beperkingen, lichamelijke verzorging en het lichamenlijk genieten van bewoners van zorginstellingen. Het domein *leefomstandigheden* gaat in op leefstijl, dagritme, omgeving, veiligheid, mobiliteit en financiën. Bij *participatie* wordt gedeut op sociale contacten, sociale rollen, intimiteit, deelnemen aan activiteiten en humor. Het domein *levenskunst/mentaal welbevinden* heeft betrekking op de beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei, onafhankelijkheidsgevoel en spiritualiteit (Van Beek et al., 2005).

De kwaliteit van leven van ouderen in zorginstellingen wordt volgens Poortvliet et al. (2006) bepaald door de volgende domeinen: lichamenlijk welbevinden/gezondheid, woon/leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Het domein woon/leefsituatie, dat betrekking heeft op de woonomgeving van cliënten (de mate waarin men zich thuis voelt, een eigen plek heeft, veiligheid ervaart en de financiële situatie van de cliënt), zal ik niet gebruiken in mijn operationalisatie, omdat de onderwerpen binnen dat domein voor mijn onderzoek minder relevant zijn.

De drie relevante domeinen voor mijn onderzoek zijn lichamenlijk welbevinden/gezondheid, participatie en mentaal welbevinden (Poortvliet et al., 2006). Binnen het eerste domein, *Lichamenlijk welbevinden/gezondheid*, gaat het om zowel de ervaren gezondheid, de lichamenlijke beperkingen en de lichamenlijke verzorging van de ouderen (Poortvliet et al., 2006). Bij het domein *participatie* staan sociale factoren centraal; het is een domein waarin de contacten van de ouderen met anderen centraal staan. Hier wordt gekeken naar de sociale rol van de ouderen, hoe zij hun contacten ervaren, hoe zij intimiteit, humor en

plezier beleven (Poortvliet et al., 2006). Het domein *mentaal welbevinden* is een belangrijk onderdeel van de ervaren kwaliteit van leven. Het gaat om de manier waarop men in het leven staat (Poortvliet et al., 2006). Individuele factoren spelen hier een rol; onder andere gevoelens van onafhankelijkheid, beleving van de eigen identiteit, spiritualiteit en de interesse om nieuwe dingen te leren (Poortvliet et al., 2006).

Wellink (2003) geeft in haar afstudeerscriptie, voor de afstudeerrichting 'Cultuur, zorg en welzijn' van de studie Algemene Sociale Wetenschappen, een inhoudelijke invulling van het begrip kwaliteit van leven voor mensen met beperkingen. Haar invulling van het begrip voor de doelgroep van mensen met beperkingen sluit aan bij mijn doelgroep, omdat somatisch zieke ouderen leven met beperkingen. In het onderzoek van Wellink (2003) wordt uitgelegd dat er een verschil is tussen de observeerbare en de ervaren kwaliteit van leven. Hiertussen kan discrepantie bestaan, want als de objectieve kwaliteit van leven optimaal is, dan hoeft dat niet te betekenen dat de subjectieve (en dus de ervaren) kwaliteit van leven ook optimaal is (Veenhoven, 2000 in Wellink, 2003).

Wellink (2003) onderscheidt drie stromingen: de gezondheidsgerelateerde, sociologische en psychologische benaderingen van kwaliteit van leven. In de gezondheidsgerelateerde stroming gaat men er van uit dat een goede kwaliteit van leven dicht bij een goede gezondheidstoestand staat. De sociologische benadering legt de nadruk op de sociale omstandigheden van personen. Hierbij staan domeinen als werk, inkomen, relaties met anderen en woonsituatie centraal: de objectieve kant van kwaliteit van leven wordt hier belicht. In de psychologische stroming ligt de nadruk op het individu; hierbij zijn welbevinden, geluk en tevredenheid belangrijke domeinen. Het gaat bij de psychologische stroming om een subjectieve benadering van kwaliteit van leven. Een combinatie van deze drie stromingen zou een goede manier kunnen zijn om het begrip kwaliteit van leven te omvatten, waarbij zowel de objectieve als de subjectieve kanten van het begrip belicht worden.

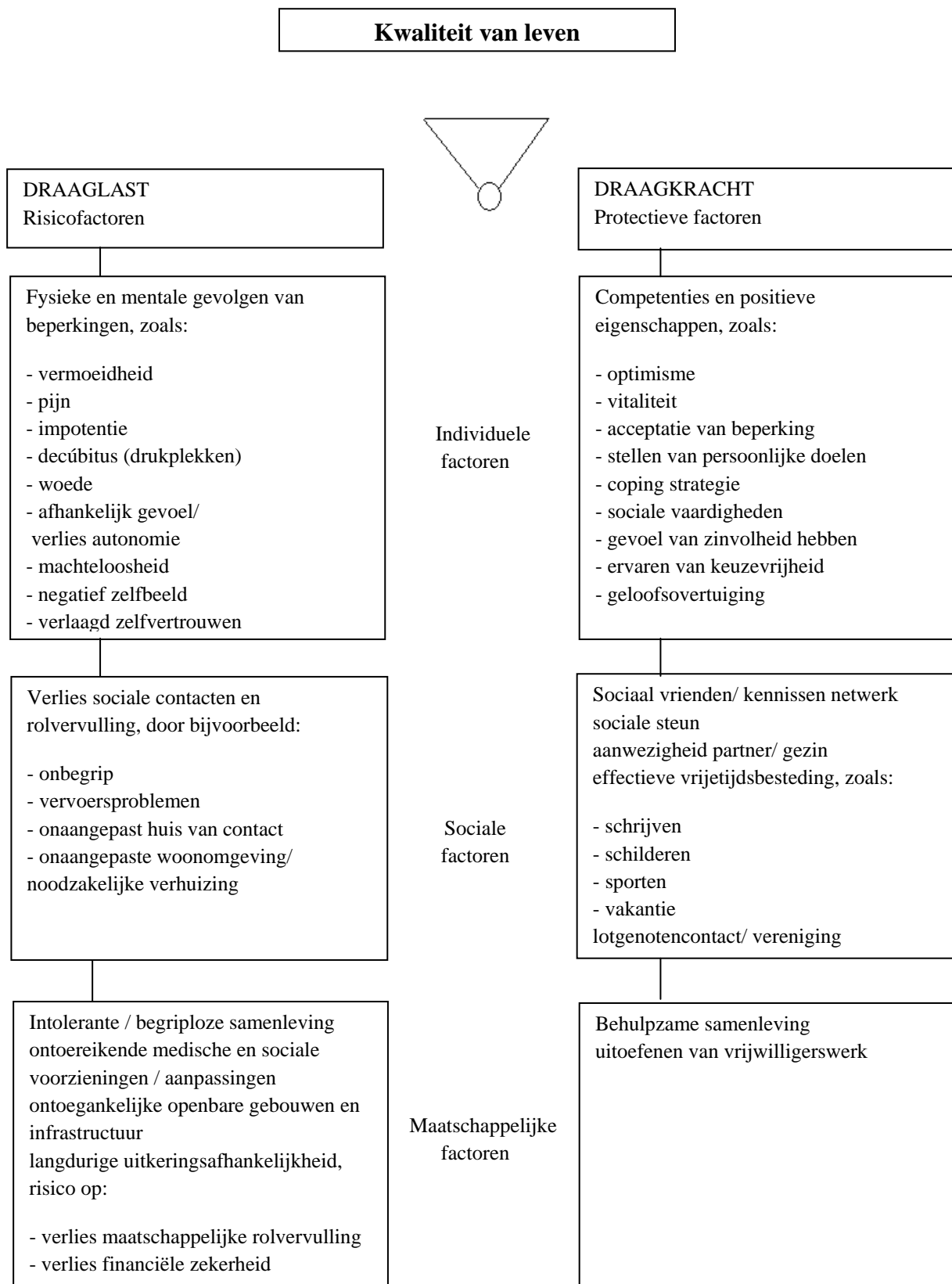
§3.3.3 Balansmodel kwaliteit van leven

Naast de verwijzingen naar wat de literatuur stelt over kwaliteit van leven en de beschrijving van de drie stromingen, heeft Wellink (2003) een eigen model ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van leven bij mensen met beperkingen. Het betreft een multicausaal model; de kwaliteit van leven wordt beïnvloed door meerdere factoren en deze factoren verhouden zich ook onderling op een bepaalde manier (Wellink, 2003). In het model van Wellink (2003) staat de balans tussen draaglast en draagkracht centraal. Onder draaglast worden de risicofactoren

verstaan die de ervaring van de kwaliteit van leven negatief kunnen beïnvloeden. De factoren die onder draagkracht vallen zijn beschermend van aard. Deze protectieve factoren kunnen bijdragen aan een meer positieve ervaring van de kwaliteit van leven. Het model van Wellink (2003) werkt als een weegschaal: hoe meer draagkracht en hoe minder draaglast, hoe groter de kans op een positiever ervaren kwaliteit van leven.

De determinanten die in het model van Wellink (2003) aan bod komen vallen onder individuele factoren (zoals leeftijd, psychische competentie en somatische kenmerken), sociale factoren (bijvoorbeeld sociaal netwerk waarin iemand leeft) en maatschappelijke factoren (de mate van participatie in de maatschappij). Figuur 2 geeft een weergave van het model van Wellink (2003).

Figuur 2. Determinanten van kwaliteit van leven van mensen met lichamelijke beperkingen, geordend middels een balansmodel (Wellink, 2003, p.65)



In het balansmodel van Wellink (2003) is te zien dat er sprake is van draaglast en draagkracht, waarbij individuele, sociale en maatschappelijke factoren een rol spelen.

Onder de *individuele factoren* van *draaglast* vallen de fysieke en mentale gevolgen van de beperking: het gaat hier om vervelende lichamelijke symptomen zoals pijn en vermoeidheid. Daarnaast zijn impotentie en decúbitus (drukplekken) veel voorkomende lichamelijke ongemakken. Als gevolg van de lichamelijke draaglast zijn er ook vaak negatieve gevoelens aanwezig. Men voelt vooral woede, verdriet en machteloosheid door de onzekerheid over het verloop van hun ziekte of beperking. Het gevoel van afhankelijkheid, dat ontstaat door de lichamelijke beperking, wordt door mensen als een grote last ervaren (Wellink, 2003). De individuele factoren die onder de categorie *draagkracht* vallen zijn persoonlijke competenties en eigenschappen. Optimistische mensen die positief denken, een gezonde dosis zelfvertrouwen hebben en van het leven houden hebben een hogere kwaliteit van leven in vergelijking tot mensen die negatief denken. Belangrijk aspect hierbij is de acceptatie van de beperking; het is een verwerkingsproces dat met moet doorlopen (Wellink, 2003). Deze acceptatie is meer dan je erbij neerleggen omdat het niet anders kan; belangrijk is dat men de beperking leert kennen en zijn/haar persoonlijke doelen er op aanpast. De manier van omgaan met de beperking (coping strategie) is voor iedereen anders. Zo vergelijkt de één zich met mensen die het nog veel slechter hebben, waar een ander zichzelf erg kan ophalen aan humor. De coping strategie van iemand kan helpen om tegenslagen snel en zonder bitterheid te aanvaarden en om op een positieve manier energie en kracht aanwenden (Wellink, 2003). Daarnaast speelt geloofsovertuiging ook een rol; men kan zich hierdoor erg gesteund voelen en daar kracht uit putten (Wellink, 2003).

De *draaglast* op het gebied van *sociale factoren* heeft te maken met een verlies van sociale contacten. Dit verlies van sociale contacten heeft veel verschillende oorzaken. De omgeving kan bang zijn voor de aandoening en onzeker zijn over wat er in de toekomst met de persoon met beperking gaat gebeuren. Men gaat er dan tegen op zien om de persoon met een beperking te bezoeken. Daarnaast heerst er vaak onbegrip bij de sociale contacten voor het moeilijk plannen van afspraken voor mensen met een beperking, omdat zij soms plotseling overvallen kunnen worden door pijn en vermoeidheid (Wellink, 2003). Ook zijn mensen met een beperking minder mobiel dan mensen zonder beperking; het is lastig, zo niet onmogelijk om met eigen vervoer of openbaar vervoer te reizen. Er bestaan wel mogelijkheden tot vervoer per taxi of busje, echter hier wordt wel het spontane karakter van verhinderd, doordat het vervoer ruim voor vertrek gereserveerd dient te worden (Wellink, 2003). Daarnaast is het ook mogelijk dat de persoon met beperking een gevoel van schaamte

ervaart voor wat anderen van hem/haar vinden, waardoor hij/zij minder relaties aan zal gaan dan voorheen of dan mensen zonder beperking (Wellink, 2003). Een andere draaglast van mensen met een beperking is een verlies van sociale rolvervulling; men heeft het idee dat men door de beperking niet meer de goede ouder of partner zijn die hij/zij voorheen was (Wellink, 2003). Voor de *draagkracht* van mensen met een beperking is het sociale netwerk heel erg belangrijk; het kan bijdragen aan een positief gevoel van welbevinden (Wellink, 2003). Het hebben van een levenspartner wordt door mensen met beperkingen als een zeer grote steun ervaren, maar men ervaart ook veel praktische, emotionele en financiële steun van familie, vrienden en bekenden (Wellink, 2003). Effectieve vrijetijdsbesteding wordt ervaren wanneer men zich bezighoudt met zijn/haar hobby's, zoals (wanneer mogelijk) wandelen, sporten, lezen, schrijven, schilderen, genieten van de natuur en op vakantie gaan. Een belangrijke sociale draagkracht is het hebben van een goede persoonlijke band met mensen uit zorginstellingen, thuiszorg of huishoudelijke hulp (Wellink, 2003). Daarnaast is de woonomgeving (zoals de structuur van de woning of de sfeer in de buurt) van belang voor het gevoel van welbevinden. Zo wordt veel steun gevonden bij behulpzame burens (Wellink, 2003).

Onder de *maatschappelijke factoren* van *draaglast* valt onder andere het onbegrip vanuit de samenleving. Mensen ervaren dat in de samenleving de gedachte bestaat dat een fysieke beperking ook mentale achteruitgang betekent en mensen voelen zich dan ook als niet volwaardig beschouwd (Wellink, 2003). Het frequente contact met het medisch circuit is voor mensen met een beperking vaak confronterend en er wordt soms onduidelijke of onvolledige informatie over de diagnose van het ziektebeeld gegeven (Wellink, 2003). Er wordt door mensen met beperkingen een tekort aan informatie ervaren over de verschillende voorzieningen die voor hen beschikbaar zijn. Een grote draaglast voor mensen met een beperking op maatschappelijk gebied is de ontoegankelijkheid van openbare gebouwen, dat al begint met de weg er naar toe (Wellink, 2003). De infrastructuur is niet berekend op mensen met beperkingen en het is vaak lastig om met eigen vervoer of openbaar vervoer een bestemming te bereiken. Daarnaast is het gebruik van hulpmiddelen of aanpassingen in hun huis vaak nodig voor mensen met een beperking, maar zij ervaren slechte kwaliteit van deze middelen, de levertijd is erg lang en er wordt te weinig hulp bij het aanmeten ervan ervaren (Wellink, 2003). Als *draagkracht* op het gebied van maatschappelijke factoren wordt spontane hulp van mensen genoemd. Bijvoorbeeld deuren die worden opgehouden, rolstoelgebruiker voor laten gaan en de moeite nemen om door de knieën te gaan om op ooghoogte met iemand te kunnen praten (Wellink, 2003). Een vriendelijke en behulpzame

samenleving draagt positief bij aan het welbevinden van de mensen met een beperking en ook het uitoefenen van vrijwilligerswerk kan veel voldoening geven (Wellink, 2003).

§3.3.4 Kwaliteit van leven bij chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen

De operationalisatie van kwaliteit van leven die zal worden gebruikt in onderhavig onderzoek is een combinatie van de theorie van Poortvliet et al. (2006) en van Wellink (2003). Er wordt gebruik gemaakt van de combinatie van deze twee definities, omdat zij samen een volledig beeld geven van hoe de kwaliteit van leven meetbaar wordt bij ouderen met lichamelijke beperkingen die in een zorginstellingen wonen. De drie domeinen/benaderingen die bij de operationalisatie van kwaliteit van leven bij chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen van belang zijn: Lichamelijk welbevinden/gezondheidsgerelateerde benadering; participatie/sociologische benadering en mentaal welbevinden/psychologische benadering (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003). De theorie van Poortvliet et al. (2006) beslaat namelijk de doelgroep van ouderen in instellingen en de operationalisatie van Wellink (2003) heeft betrekking op de doelgroep van mensen met een beperking/chronische ziekte. Deze definities vormen zodoende de basis voor de operationalisatie voor de kwaliteit van leven bij de specifieke doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen.

§3.4 Conclusie en reflectie theoretisch kader

Dit theoretisch kader is uiteengezet ter voorbereiding op onderhavig onderzoek naar het effect van de optredens van de stichting Diva Dichtbij op somatisch zieke ouderen in instellingen. In de literatuurstudie is nagegaan wat reeds bekend is over het effect van werken met muziek als complementaire zorg en voor de specifieke doelgroep van somatisch zieke ouderen in zorginstellingen. Er is via deelvragen geleidelijk aan antwoord gegeven op de hoofdvraag: *‘Wat is er reeds bekend over de invloed van werken met muziek op de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen?’*.

§3.4.1 Conclusie

Allereerst is in paragraaf 3.1 gekeken naar de positie van ouderen in zorginstellingen in Nederland. Hier werd antwoord gegeven op de vraag *Wat wordt verstaan onder chronisch somatisch zieke ouderen in (zorg)instellingen?*. Ongeveer 7% van de 65-plussers in Nederland woont in zorginstellingen (De Klerk, 2005). Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In verzorgingshuizen ontvangen mensen verzorging, in

verpleeghuizen ontvangen de ouderen naast zorg ook de nodige verpleging. Een ruime meerderheid (90%) van de ouderen in Nederland heeft een of meerdere chronische ziekte(n) (De Klerk, 2005). Van de ouderen in verpleeghuizen heeft bijna de helft (45%) te maken met overwegend somatische klachten (De Klerk, 2005). Chronisch somatisch zieke ouderen zijn lichamelijk ziek en de meeste somatisch zieke ouderen wonen in somatische verpleeghuizen of in gecombineerde verpleeghuizen op de somatische afdeling (De Klerk, 2005). De meest voorkomende somatische aandoeningen zijn: artrose (gewrichtsslijtage), suikerziekte en gevolgen van een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct. Chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen zijn ouderen die een chronische lichamelijke aandoening hebben en die leven in een somatisch verpleeghuis of in een gecombineerd verpleeghuis op de somatische afdeling (De Klerk, 2005).

Daarna werd in paragraaf 3.2 gekeken naar *wat reeds bekend is over het werken met muziek als complementaire zorg voor (chronisch somatisch zieke) mensen*. Complementaire zorg is een aanvulling op de reguliere zorg en een populaire vorm daarvan is werken met muziek. Een opgeleide professional is vereist om een goed effect van werken met muziek te bewerkstelligen (Van der Pasch-Flierman, 2006). Er is veel om mee rekening te houden bij het werken met muziek als aanvullende zorg. Zo dient een muziektherapeut onder andere rekening te houden met de keuze van de muziek en met de voorkeuren van de cliënt (Van der Pasch-Flierman, 2006). Muziektherapie is een vorm van werken met muziek als complementaire zorg. Er zijn twee vormen van muziektherapie: actieve en receptieve muziektherapie. Actieve muziektherapie vereist een actieve deelname van de cliënt bij het maken, herkennen en analyseren van muziek (Zantopp, 2009). Bij de receptieve vorm van muziektherapie hoeft de cliënt alleen te luisteren, hierbij gaat het om de beleving van de muziek; de emotie die erbij vrij komt (Zantopp, 2009). Het werk van Diva Dichtbij is goed vergelijkbaar met de receptieve vorm van muziektherapie. Bij Diva Dichtbij neemt de oudere ook de rol van luisteraar aan en draait het om de beleving van de muziek. Diva Dichtbij is een tussenvorm van muziek als animatie en muziek als receptieve therapie. Naar het effect van muziektherapie zijn veel onderzoeken gedaan. Na bestudering van de verschillende onderzoeken (Knapp et al., 2009; Gallagher et al., 2006; Hilliard, 2003; Krout, 2001; Wlodarczyk, 2003) en het overzichtartikel van Hilliard (2005) is te concluderen dat muziektherapie een effectieve vorm van complementaire zorg kan zijn en dan in het bijzonder voor de doelgroep van terminaal zieken. Muziektherapie is onder andere significant van invloed op de mate van pijn, ongerustheid, vermoeidheid, het spiritueel welbevinden en de kwaliteit van leven.

Het werken met muziek(therapie) als complementaire zorg heeft dus invloed op de kwaliteit van leven van mensen. Daarom is gekeken naar de kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen.

In paragraaf 3.3 werd dan ook antwoord gegeven op de volgende vraag: *Wat wordt verstaan onder de kwaliteit van leven en een verbetering hiervan bij chronisch zieke ouderen?* Hierbij is de operationalisatie van het begrip kwaliteit van leven van groot belang. Over de definitie van het begrip kwaliteit van leven is geen consensus. Het wordt gezien als een multidimensionaal begrip dat ‘verwijst naar de waardering van het bestaan, op basis van componenten die deel uitmaken van dat leven’ (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1992 zoals weergegeven in Wellink, 2003). De operationalisatie van kwaliteit van leven die ik zal gebruiken in mijn empirisch onderzoek is een combinatie van de theorie van Poortvliet et al. (2006) en van Wellink (2003). De theorie van Poortvliet et al. (2006) beslaat namelijk de doelgroep van ouderen in instellingen en de operationalisatie van Wellink (2003) heeft betrekking op de doelgroep van mensen met een beperking/chronische ziekte. Deze definities vormen zodoende samen de basis voor mijn operationalisatie voor de kwaliteit van leven bij de specifieke doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen. De drie domeinen/benaderingen die bij mijn operationalisatie van kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen in instellingen van belang zijn: Lichamelijk welbevinden -de gezondheidsgelateerde benadering-, participatie -de sociologische benadering- en mentaal welbevinden -psychologische benadering- (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003).

Concluderend kan gesteld worden dat er al wel wat bekend is over de invloed van werken met muziek op de specifieke doelgroep van somatisch zieke ouderen in zorginstellingen. Er is echter nog weinig bekend over het effect van een eenmalige sessie receptieve muziektherapie (zoals een optreden van Diva Dichtbij) op de kwaliteit van leven van deze doelgroep. Daarom is het interessant om daar onderzoek naar te doen.

§3.4.2 Reflectie

Door de literatuurstudie waaruit dit theoretisch kader is ontstaan heb ik meer inzicht gekregen in het project van Diva Dichtbij (nu in hoofdstuk 2 van de scriptie, maar eerst onderdeel van de literatuurstudie) en ik wist beter wat ik kon verwachten van de doelgroep somatisch zieke ouderen in instellingen. Ik heb geleerd hoe de zorginstellingen in elkaar zitten; dat er verschillende soorten en verschillende afdelingen zijn. Daarnaast heb ik uit de literatuur vooral veel informatie gehaald wat betreft werken met muziek als aanvullende zorg. De verschillende onderzoeksresultaten over de effecten van muziektherapie hebben mij

nieuwsgierig gemaakt naar het doen van eigen onderzoek. Ik hoopte te kunnen ontdekken dat het werk van de diva's van positieve invloed is op de bewoners van de zorginstellingen die zij bezoeken. Tijdens het schrijven van de literatuurstudie heb ik nader onderzocht wat het begrip kwaliteit van leven inhoudt en hoe dit het beste te operationaliseren. Op basis van de theorieën van Poortvliet et al. (2006) en Wellink (2003) kon ik mijn eigen operationalisatie van kwaliteit van leven maken voor de specifieke doelgroep van chronisch somatisch zieke ouderen in instellingen. Naar aanleiding van de gevonden literatuur heb ik mij deels kunnen voorbereiden op wat ik in de praktijk zou kunnen verwachten. Op basis van de literatuur kan niet de werkelijkheid worden weergegeven; ik had nog geen volledig beeld van een optreden van Diva Dichtbij en van de ouderen in instellingen. Maar ik was wel in staat om op basis van deze gegevens een eigen topiclijst voor de effecten van een optreden van Diva Dichtbij samen te stellen.

4 Methode

4.1 Inleiding

In het empirisch deel zullen de ervaringen van chronisch somatisch zieke ouderen met de optredens van Diva Dichtbij worden gepeild. Vinden de ouderen het vooral leuk om een optreden van Diva Dichtbij mee te kunnen maken, of heeft het een therapeutische werking en verbetert het de kwaliteit van leven? De hoofdvraag van het onderzoek is: 'In hoeverre wordt de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen als verbeterd ervaren door de optredens van Diva Dichtbij?'

Deelvragen bij deze hoofdvraag:

1. Hoe ervaren de participanten het optreden van de diva in het algemeen?
2. Wat is het effect in termen van lichamelijk welbevinden (gezondheidsgerelateerde factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?
3. Wat is het effect in termen van participatie (sociale factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?
4. Wat is het effect in termen van mentaal welbevinden (individuele factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

Het gaat hier om een kwalitatief evaluatieonderzoek met gebruikmaking van interviews. Het is een evaluatie naar hoe de mensen de optredens van Diva Dichtbij hebben ervaren. Kwalitatief onderzoek door middel van interviews is geschikt, omdat het effect van een optreden van Diva Dichtbij op somatisch zieke ouderen nog niet erg is uitgediept.

4.2 Aandachtspunten

Een belangrijk punt waarmee vooraf rekening mee gehouden is tijdens het onderzoek was dat de stichting Diva Dichtbij nog geen subsidie had voor het jaar 2010. Dit houdt in dat het aantal optredens in de onderzoeksperiode zeer beperkt was; er waren weinig optredens op somatische afdelingen in de zorginstellingen. Het was lastig om in veel verschillende instellingen interviews te houden. De onderzoeker was bij het optreden van Diva Dichtbij aanwezig en aansluitend zijn enkele interviews gehouden met de bewoners die op dat moment daartoe in staat waren. Bij een te grote vermoeidheid van de bewoner of aangeslagenheid

(door vrijgekomen emoties tijdens het optreden), heeft het interview een dag later plaatsgevonden.

4.3 Onderzoekspopulatie

De doelgroep van het onderzoek zijn chronisch somatisch zieke ouderen die wonen in de zorginstelling waar Diva Dichtbij een optreden heeft gegeven. De leeftijd van deze ouderen is verschillend en er zijn mannen en vrouwen geïnterviewd. De somatische beperking van de ouderen is verschillend. Er zijn 17 somatisch zieke ouderen in 4 verschillende zorginstellingen geïnterviewd. Het streven was om 4 bewoners per zorginstelling te interviewen. Er zijn 4 verschillende zorginstellingen bezocht met 5 verschillende optredens (zie tabel 1). Soms was het echter niet mogelijk om meerdere bewoners per instelling te interviewen, omdat zij niet in de doelgroep van somatisch zieke ouderen vielen. De ouderen zijn in hun eigen zorginstelling geïnterviewd, op de dag van het optreden of een dag daarna. Een interview heeft gemiddeld ongeveer een half uur geduurd.

Als interviewer heb ik zoveel mogelijk verschillende zorginstellingen bezocht. Het aantal verpleeghuizen dat bezocht kon worden was echter afhankelijk van het aantal geplande optredens op somatisch zieke afdelingen van Diva Dichtbij in de onderzoeksperiode.

Tabel 1: Aantal geïnterviewden per zorginstelling, optreden, geslacht en leeftijd participanten.

Zorginstelling	Optreden van Diva Dichtbij	Aantal participanten	Geslacht participanten	Leeftijd participanten
1	1	2	1 v, 1 m	80, 83 jaar
	5	4	4 v	73, 85, 88, 93 jaar
2	2	1	1 m	79 jaar
3	3	4	4 v	66, 74, 77, 95 jaar
4	4	4	4 v	67, 80, 85, 93 jaar
Totaal: 4	Totaal: 5	Totaal: 15	Totaal: 13 v, 2 m	Gemiddeld: 82 jaar

Uiteindelijk woonde ik 5 optredens bij in 4 zorginstellingen. Het eerste en laatste (vijfde) optreden vonden plaats in dezelfde zorginstelling. Het totaal aantal geïnterviewde ouderen is 17. Van de participanten viel één oudere halverwege het interview in slaap, wat een onbruikbaar interview is geworden, daarnaast was er één participant die alleen maar

antwoorde met 'ja' of 'nee' en 'weet niet'. Meer kwam er niet uit, hoezeer de interviewer haar best ook deed. Daarom heb ik als onderzoeker het interview als onbruikbaar verklaard. In totaal zijn er 15 interviews meegenomen in de analyse. Van de participanten waren de meeste (13 in totaal) vrouw en 2 man. Dit is niet vreemd, want van de ouderen in somatische verpleeghuizen (of somatische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen) is de meerderheid (68%) vrouw (De Klerk, 2005). Toch is in dit onderzoek het percentage vrouwen (82%) veel hoger. Mogelijk hebben vrouwen over het algemeen meer met muziek dan mannen en willen zij er ook over praten. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 82 jaar. Dit ligt iets hoger dan het gemiddelde, want de gemiddelde leeftijd van ouderen op de afdeling somatiek is 81 jaar (De Klerk, 2005).

4.4 Selectie van respondenten

In eerste instantie waren de selectiecriteria bij het kiezen van de ouderen als volgt: zoveel mogelijk mannen en vrouwen van boven de 70 jaar, steekproefsgewijs gekozen. Maar in de praktijk bleek het helaas niet mogelijk om de ouderen steekproefsgewijs te kiezen en ook was het niet altijd mogelijk ouderen van boven de 70 jaar te kiezen. De ouderen zijn nu gekozen op basis van aanwijzingen van het personeel van de zorginstelling die bezocht zijn. Er zijn 17 interviews gehouden; er is voldaan aan het minimum van 15 interviews dat gehouden moet zijn om valide uitspraken te doen.

Naast de chronisch somatisch zieke ouderen zijn ook de diva's van Diva Dichtbij die het optreden verzorgden kort geïnterviewd. De diva is gevraagd naar haar belevingen bij Diva Dichtbij en haar beleving van het optreden. Daarnaast heeft de onderzoeker de optredens van de diva's bijgewoond en deze observaties en impressies van de diva's kunnen de resultaten meer reliëf geven, of zijn aanvullend.

Er is geen sprake van voor- en nametingen, omdat er door de vragenlijst over de kwaliteit van leven vooraf af te nemen al teveel gestuurd kan worden door de interviewer, daarom is gekozen voor een opzet met één meting; na het optreden van Diva Dichtbij.

4.5 Gang van zaken

Voorafgaand aan de interviews zijn de tehuizen over mijn komst als interviewer geïnformeerd door middel van een brief die Diva Dichtbij hen gestuurd heeft. In deze brief staat ondermeer dat er onderzoek wordt gedaan naar de werkzaamheden van Diva Dichtbij en dat alle gegevens die verzameld worden gedurende het onderzoek geanonimiseerd worden.

Voor elk optreden van Diva Dichtbij stuurt de stichting een draaiboek voor de dag van

het optreden mee voor alle betrokkenen. In het draaiboek staan belangrijke regels die Diva Dichtbij heeft opgesteld: er moet een kleedruimte voor de diva zijn, er wordt gezorgd voor koffie/thee/fris voor de diva, er loopt iemand vanuit het huis mee met de diva en de belangrijke regel dat de cliënten tijdens het optreden in een kring zitten en niet achter tafels. Tijdens de optredens mag geen drinken geserveerd worden en er mag niet worden afgewassen. En het publiek moet op de aanvangstijd klaar zitten voor de binnenkomst van de diva.

4.6 Semigestructureerde interviews

Dit kwalitatief onderzoek werd gehouden door middel van semigestructureerde interviews. Voor deze vorm van interviewen is gekozen omdat hierbij flexibel ingespeeld kan worden op de onderzoekssituatie en op de informatie die de respondenten geven (Boeije, 2008). Het heeft als grote voordeel dat er een mogelijkheid is tot doorvragen, wanneer het antwoord van een participant niet geheel duidelijk is (Boeije, 2008).

Voor het houden van de interviews is vooraf een topiclijst opgesteld. Dit is een lijst met onderwerpen die tijdens het interview aan bod dienen te komen. Door middel van deze onderwerpen wordt geprobeerd antwoord te geven op de deelvragen zoals die in de vraagstelling geformuleerd zijn. De topiclijst zorgt voor structuur en overzicht tijdens het interviewen. Voor de start van het daadwerkelijke onderzoek zijn eerst drie testinterviews afgenomen bij de doelgroep, om inzicht te krijgen in de situatie en om te controleren of de eerste versie van de topiclijst geschikt zou zijn.

Bij een semigestructureerd interview kan veel achtergrondinformatie verkregen worden door verder te vragen en de vragen worden flexibel gehanteerd. Een voordeel van de semigestructureerde interviews is dat de structuur van het interview wel min of meer vastligt. De interviewer kan zo gemakkelijk het verloop van het interview bepalen, waardoor de verschillende interviews goed te vergelijken zijn. Er dient wel rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat de respondenten sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven.

Het tijdstip van de dataverzameling was van half februari tot eind april 2010. Gedurende deze periode en de periode daarna zijn de interviews uitgewerkt, verwerkt en geanalyseerd.

4.7 Operationalisatie

De drie domeinen/benaderingen die bij de operationalisatie van kwaliteit van leven bij chronisch zieke ouderen in instellingen van belang zijn: Lichamelijk welbevinden/gezondheidsgerelateerde benadering; participatie/sociologische benadering en mentaal welbevinden/psychologische benadering (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003). De operationalisatie van de te onderzoeken thema's, concepten en onderwerpen van kwaliteit van leven is hieronder te vinden. Alle vragen zijn open vragen, soms is er de mogelijkheid met ja of nee te beantwoorden, maar er is veel ruimte voor een verhaal en bij elke ja/nee-vraag is door de onderzoeker doorgevraagd naar het waarom van de antwoorden.

De topiclijst (zie bijlage 1) is opgesteld, waarbij eerst een aantal algemene vragen over het optreden van de diva gesteld zijn, zoals: 'Wat vond u van het optreden van Diva Dichtbij?'. Daarbij zijn vragen gesteld over de keuze van de liederen: 'Wat vond u van de keuze voor de liederen?' en daarbij werd ook gevraagd naar herinneringen van de participant: 'Had u bepaalde herinneringen aan de liederen?'. Ook werd er gevraagd naar de gevoelens bij deze herinneringen: 'Hoe vond u dat?'.

Nadat de algemene vragen over het optreden van de Diva behandeld waren, werden de verschillende concepten van kwaliteit van leven bevraagd: lichamelijk welbevinden/gezondheidsgerelateerde benadering, participatie/sociologische benadering en mentaal welbevinden/psychologische benadering (Poortvliet et al., 2006; Wellink, 2003). Deze concepten zijn in de topiclijst verwerkt en de topiclijst heeft de volgende volgorde van kopjes (voor de interviewer): *algemeen, participatie, welbevinden: mentaal en fysiek, ervaringen en actief meedoen*. Voor deze volgorde van kopjes is gekozen om het interview voor de participant zo aangenaam mogelijk te maken; het begint met makkelijk te beantwoorden vragen (om het vertrouwen van de participant te krijgen), daarna komen wat moeilijkere vragen (als het vertrouwen er is) en het eindigt met simpelere vragen (om de participant zich op zijn gemak te laten voelen).

Participatie/sociologische benadering is getoetst door middel van vragen over het contact met de diva: 'Had u het gevoel dat u contact had met de diva?' en indien ja: 'Hoe dan?' en vragen over het praten met anderen over het optreden: 'Praat u met anderen na over het optreden?' indien ja: 'Met wie?', 'Waar heeft u het dan over?' en 'Wat zegt u?' en 'Wat zeggen anderen?'.

De psychologische benadering (het mentaal welbevinden) is nagegaan door te vragen hoe de participant zich voelde tijdens het optreden en door te vragen hoe dat kwam: 'Waarom denkt u dat u zich zo voelde?' en 'Waar kwam dat gevoel vandaan?'. Ook is er gevraagd naar

de emoties van de participant tijdens het optreden: ‘Werd u emotioneel tijdens het optreden van de diva?’, ‘Wat gebeurde er toen?’, ‘Hoe denkt u dat dat kwam?’.

Daarnaast is ook het fysiek welbevinden (gezondheidsgerelateerde benadering) van de participant getoetst: ‘Bent u vaak moe’/ ‘Heeft u vaak pijn?’/‘Bent u wel eens benauwd?’. Daarbij werd doorgevraagd of de participant hier tijdens het optreden ook last van had en waardoor dit zo wel/niet zo zou zijn, bijvoorbeeld: ‘Is de pijn veranderd sinds of tijdens het optreden?’ en ‘Was u de pijn tijdens het optreden even vergeten?’. Daarnaast is gevraagd of de participant zich ontspannen voelde tijdens het optreden. Ook is het lichamenlijk welbevinden getoetst door middel van de vraag: ‘Voelde u zich lichamenlijk anders tijdens of na het optreden, vergeleken met voor het optreden?’.

Aan het einde van een interview is het belangrijk om na moeilijke vragen over mentaal en fysiek welbevinden een aantal wat makkelijker te beantwoorden vragen te behandelen, zodat de participant zich goed op zijn/haar gemak voelt bij de afsluiting van het interview. Zo heeft de onderzoeker ervoor gekozen de topiclijst (en zo ook het interview) te beëindigen met vragen over *actief meedoen*. Bij dit onderdeel werden vragen gesteld die makkelijk te beantwoorden waren en die betrekking hadden op zowel participatie als welbevinden: ‘Zou u vaker zo’n optreden als dit willen meemaken?’, ‘Denkt u dat het goed is voor het huis om zo’n optreden als dat van Diva Dichtbij mee te maken?’ en ‘Neemt u vaak deel aan de activiteiten bij u in het verpleeghuis?’ en bij al deze vragen werd doorgevraagd ‘Waarom wel/niet?’ en welke activiteiten dat waren.

Naast alle vragen van de onderzoeker is er ook ruimte voor de participant om zelf iets in te brengen door middel van een laatste op- of aanmerking. Hiervan werd in de praktijk echter weinig gebruik gemaakt.

4.8 Ethiek

Bij de uitvoering van het onderzoek is rekening gehouden met ethische kwesties. De interviewer heeft een grote sociale verantwoordelijkheid. Zij moet respect hebben voor de respondenten, hen de vrijheid geven om al dan niet mee te werken en hen duidelijk vertellen wat hen te wachten staat. Voor de komst van de onderzoeker is schriftelijk toestemming gevraagd aan de zorginstellingen voor hun medewerking en er is aan alle participanten voorafgaand aan het interview gevraagd of zij wilden meewerken. Dit wordt ook wel *informed consent agreement* genoemd (Boeije, 2008). Daarnaast dient trouw te worden gebleven aan de opdracht, geen onnodige zaken worden bevroegd en is het noodzakelijk dat er sprake is van wetenschappelijke integriteit. De wetenschappelijke integriteit houdt onder

andere in dat er geen plagiaat wordt gepleegd, dat de onderzoeker onafhankelijk onderzoek doet (dus niet 'blind' de opdrachtgever volgt) en dat er openbaarheid van onderzoeksbevindingen is (Kooistra & 't Hart, 2006). Wat betreft de methode van onderzoek zijn er ook ethische kwesties die een rol spelen; zo kan het bijvoorbeeld zijn dat er medewerking wordt gevraagd van chronisch zieke ouderen die al in de terminale fase zijn. Maar de vraag is of deze medewerking wel gevraagd mag worden van mensen die het laatste stadium van hun leven bereikt hebben. Ik denk dat het antwoord op deze vraag per persoon verschilt en daarom moet ik als onderzoeker bij elk individu zeer expliciet om toestemming tot medewerking vragen om een interview af te nemen. Daarnaast moet de interviewer inschatten of de chronisch zieke oudere in staat is om geïnterviewd te worden. Meestal is deze inschatting gemaakt door de aanwijzingen van het personeel van de zorginstelling op te volgen. De verzorgenden wezen vaak de personen aan die de interviewer mocht vragen mee te werken aan het onderzoek, omdat zij precies wisten wie er wel en niet toe in staat waren om geïnterviewd te worden. Waar het personeel geen aanwijzingen gaf voor wie geïnterviewd konden worden, is de interviewer zelf gaan navragen wat wel en niet handig was.

4.9 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige fouten (Boeije, 2008). Als er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, zal herhaling van de metingen tot ongeveer dezelfde uitkomsten moeten leiden. De betrouwbaarheid kan worden vergroot door standaardisatie van de methoden van dataverzameling. In kwalitatief onderzoek is dit lastig, maar door te werken met een semigestructureerde vragenlijst in plaats van het houden van open interviews kan hier voor een groot deel aan worden tegemoet gekomen.

De validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten (Boeije, 2008). Het gaat er hier om of de gekozen onderzoeksopzet en de toegepaste methoden en technieken passen bij de onderzoeksvragen en om de geldigheid van de analyse en de interpretatie van de onderzoeker. De onderzoeker is bij kwalitatief onderzoek betrokken bij de groep mensen die bestudeerd worden, dit heeft als nadeel dat de ouderen sociaal wenselijk kunnen antwoorden, doordat de onderzoeker recht tegenover hen zit. Dit wordt ook wel reactiviteit genoemd en beïnvloedt de validiteit negatief (Boeije, 2008). Daarbij is het volgens Boeije (2008) van belang dat de onderzoeker voldoende rekening houdt met de samenhang tussen betrokkenheid met de doelgroep en tegelijkertijd de afstand bewaren; het kan gebeuren dat de interviewer ingaat op de wereld van de onderzochte

ouderen, in plaats van in te gaan op de inhoud van de interviewvragen. Dit is iets waar ik als interviewer goed op moest passen. Tijdens één van de eerste interviews gebeurde het dat de respondent erg afweek van het onderwerp Diva Dichtbij, daarbij duurde het interview ruim 1,5 uur in plaats van de gebruikelijke interviews van een half uur. Dat interview was voor mij een belangrijk leerpunt, waarbij ik als onderzoeker heb gemerkt hoe lastig interviewen kan zijn. Door dat interview was het voor mij als onderzoeker duidelijk hoe belangrijk het is om als onderzoeker afstand te bewaren tot je respondent. Daarnaast is rekening gehouden met het feit dat de interpretatie en/of perceptie van de onderzoeker een rol kan spelen in de eindrapportage.

Een groot voordeel van kwalitatief onderzoek doen is dat de dataverzameling en data-analyse elkaar afwisselen. Tussentijdse interpretaties worden in het vervolg van het onderzoek reeds bekeken en geanalyseerd, wat zorgt voor een vergroting van de validiteit en waarnemingen worden gerepliceerd, dit zorgt voor een vergrote betrouwbaarheid (Boeije, 2008).

4.10 Databewerking en data-analyse

Bij de start van dit onderzoek is besloten om de databewerking en data-analyse van de resultaten via de computer uit te voeren, omdat dit het geheel minder arbeidsintensief maakt. Daarnaast is alles via software makkelijk terug te vinden; gecodeerde fragmenten kunnen makkelijk worden teruggezocht, er is een zoekfunctie naar woord/code/combinatie en de software is van grote waarde bij het in elkaar zetten van de resultatensectie. Ondanks al deze voordelen van het werken met de computer is in dit onderzoek toch gekozen voor een analyse met de hand. Het uitvoeren met de hand kost in principe veel meer tijd, geduld en moeite dan het uitvoeren met de software, maar een voordeel aan het werken met de hand is dat er meer grip is op waar je mee bezig bent en alles staat op papier. Ik ben iemand die veel met papier werkt en slecht van de computer kan aflezen, waardoor dit voor mij een fijne manier is geweest om te werken.

De analyse van de data gaat in drie fasen: *open coderen*, *axiaal coderen* en *selectief coderen* (Boeije, 2008). In de eerste fase wordt er open gecodeerd in de teksten, waarbij relevante fragmenten zijn gelabeld en gecodeerd. Van die codes (samenvattende notaties van een stukje tekst) is een codeboom gemaakt, deze codeboom zorgt voor een duidelijk overzicht van de codes, waarbij alles in één schema wordt gezet. De tweede fase is het axiaal coderen, waarbij fragmenten geïnterpreteerd en vergeleken zijn en waar de ordening van de codes heeft plaatsgevonden. De relevantie van de begrippen is in deze fase van analyseren bepaald. Tot

slot is in de laatste fase selectief gecodeerd, waarbij structurering van de codes plaatsvindt, kernbegrippen zijn bepaald, de samenhang tussen begrippen is vastgesteld, er is geïnterpreteerd vanuit de literatuur en er zijn conclusies getrokken. De codeboom die in de bijlage staat is het eindresultaat van de laatste fase van de analyse; het selectief coderen.

5 Resultaten onderzoek Diva Dichtbij

In dit deel van het eindverslag worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en wordt een antwoord gegeven op de deelvragen.

De vraagstelling die bij het empirische deel van het onderzoek hoort is als volgt: ‘In hoeverre wordt de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen als verbeterd ervaren door de optredens van Diva Dichtbij?’

In paragraaf 5.1 tot en met 5.4 wordt een antwoord gegeven op de volgende deelvragen:

1. Hoe ervaren de participanten het optreden van de diva in het algemeen?
2. Wat is het effect in termen van lichamelijk welbevinden (gezondheidsgerelateerde factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?
3. Wat is het effect in termen van participatie (sociale factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?
4. Wat is het effect in termen van mentaal welbevinden (individuele factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

5.1 Het optreden van Diva Dichtbij in het algemeen

De eerste vragen in de interviews gingen over de algemene mening van de participanten over het optreden van de diva. Wat is hun mening over het optreden, wat vonden zij van de keuzes voor de liederen die gezongen werden? Ervaren zij een optreden zoals dat van de diva als een aanvulling op de dagelijkse bezigheden en willen zij een soortgelijk optreden vaker meemaken? Wat vinden de chronisch somatisch zieke ouderen ervan dat het optreden in hun eigen huiskamer plaatsvindt? Hier zal de eerste deelvraag worden behandeld: *Hoe ervaren de participanten het optreden van de diva in het algemeen?*

5.1.1 Keuze voor de liederen

De keuze voor de liederen kunnen bepalend zijn voor hoe iemand een optreden ervaart. Smaken verschillen en sommige mensen houden van klassieke muziek, anderen meer van meezingers. Over het algemeen wordt de keuze van de diva voor de liederen als goed ervaren. De liederen zijn vrolijk, mooi, herkenbaar en soms ook nieuw voor de ouderen. De meeste ouderen vinden de verschillende liederen veelzijdig, maar soms niet veelzijdig genoeg op het gebied van de taal waarin de liederen gezongen worden. Sommige ouderen zouden graag meer Nederlandse liederen willen horen, omdat ze liederen in een andere taal niet kunnen verstaan en begrijpen. De uitleg die de diva geeft bij de buitenlands gezongen liederen wordt

daarom als erg prettig ervaren.

Vooral de bekende liederen vonden de chronisch somatisch zieke ouderen erg leuk. Veel participanten vinden liederen waarbij zij kunnen meezingen ook erg leuk, maar de keuze voor de liederen zoals die bij het optreden was ook goed: *‘Van mij persoonlijk hadden er wat meer meezingers mogen komen, maar goed, dan wordt het weer zo vlak hè, dat hebben we al zo vaak meezingers. Nee, dit was heel fijn.’* (vrouw, 74 jaar).

5.1.2 In één woord

Elke participant is naast gevraagd om het optreden van de diva in één woord te beschrijven. Veelgehoorde antwoorden op deze vraag zijn *goed*, *geweldig* en *leuk*, daarnaast zijn genoemd: *mooi*, *uitstekend*, *prima* en *een verademing*. Twee van de participanten gaven aan het optreden niet in één woord te kunnen omschrijven; *‘Nee, dat kan ik niet [...] nou ja, mooi benadert het wel het beste [...] er werd gewoon mooi gezongen’* (man, 79 jaar) en *‘Nee, dat kan ik niet omschrijven in één woord. Het is gewoon wat ik onderging [...] troost is een groot woord, maar toch deed dit zoveel goed dat je een soort geluk over je kreeg, dat je dit nog mee kan maken. En als je één woord wil hebben: het was gewoon goed.’* (vrouw, 95 jaar).

5.1.3 Het optreden als aanvulling op de dagelijkse bezigheden

De meeste participanten zien een optreden als dat van Diva Dichtbij als een aanvulling op de dagelijkse bezigheden: *‘Ja, ik vind het zeker een aanvulling, ik hoop dat ze iedere dag komt, maar ja, dat is niet haalbaar natuurlijk’* (vrouw, 74 jaar).

Twee participanten willen het niet direct een aanvulling op de dagelijkse bezigheden noemen, maar geven wel aan dat het fijn is dat een optreden als dat van de diva hen even uit de sleur haalt. Eén van de participanten geeft aan dat zij niet kan zeggen of het een aanvulling is op de dagelijkse bezigheden, omdat het bij haar in de zorginstelling slechts een eenmalig optreden was.

De ouderen zien het optreden over het algemeen als een aanvulling op de dagelijkse bezigheden, omdat het even iets anders is dan het dagelijks leven in de zorginstelling. Ze ervaren het optreden als een extraatje, iets onverwachts waar iedereen naar uit kijkt. Sommige participanten geven aan dat het aanvoelt als een uitstapje: *‘Het is altijd wel leuk om ergens heen te gaan, want je zit de hele dag op de kamer. Je gaat wel eens even naar beneden dat is het enige. Dat is de enige afleiding. Het is beneden ook wel eens, maar dat is groter hè.’* (vrouw, 85 jaar).

5.1.4 De huiskamer als locatie voor het optreden

De optredens van Diva Dichtbij vinden plaats in de huiskamer van de ouderen, om zo een intieme sfeer te creëren. In de meeste zorginstellingen is een grote zaal te vinden, waar de meeste optredens plaatsvinden. De participanten in dit onderzoek ervaren de eigen huiskamer als een geschikte locatie voor het optreden: *‘Niet zo kolossaal, [...] ik vond het erg leuk. Als je in de grote zaal zit, dan heb je altijd mensen die gaan praten met elkaar dan word je toch afgeleid. Nee, ik vond het hier prettig.’* (vrouw, 66 jaar). Hoewel de huiskamer klein is en de diva wellicht in een grotere zaal beter tot haar recht komt (vrouw 80 jaar), wordt het optreden als intiem en fijn ervaren. De ouderen voelen zich thuis in de eigen huiskamer: *‘Ik vind het hier leuker, een beetje onder elkaar, intiemer. Dat je met je eigen mensen bent, waar je alle dagen mee zit.’* (vrouw, 93 jaar).

5.1.5 Goed voor zorginstelling

De ouderen ervaren het optreden van de diva als goed voor de zorginstelling. Zij geven aan dat het voor veel ouderen belangrijk is om afleiding en afwisseling te hebben. De participanten geven aan dat zij denken dat het optreden voor iedereen goed is om mee te maken en de combinatie van zingen en praten bevalt goed. Enkele participanten hebben nog wel wat twijfels over of het goed is voor de ouderen in de zorginstelling: mensen moeten het optreden wel snappen; wellicht is het voor sommigen te gevoelig. Belangrijkste reden dat een optreden als dat van Diva Dichtbij goed is voor de zorginstelling is omdat het afleiding betekent voor de bewoners; het is even wat anders dan de normale gang van zaken. Over het algemeen vinden de ouderen vooral dat het optreden goed is voor de bewoners van de zorginstelling, zij houden zich niet echt bezig met het imago van de zorginstelling: *‘Het is niet dat we morgenavond hiervan een stukje in de krant zullen zien. Het zal geen grootse bekendheid worden zeker. Het is meer voor de interne kring. Wordt wel een keer een foto gemaakt, maar die foto komt niet verder dan de bekende kring.’* (man, 80 jaar). Eén van de participanten denkt wel aan het imago van het huis: *‘Misschien is het voor sommige mensen aantrekkelijker, als er in huis dergelijke dingen gebeuren.’* (man, 79 jaar)

5.1.6 Vaker meemaken

De meeste chronisch somatisch zieke ouderen willen een optreden als dat van Diva Dichtbij vaker meemaken: *‘Ja, alstublieft. Zeer gaarne. En ik denk dat u dat meer hoort, daar heb ik de anderen ook over gehoord. [...] Omdat ik het zo fantastisch vond, daar kan je niet voor naar het theater gaan. En daardoor is dat makkelijker voor ons. Naar het theater gaan is ook niet meer haalbaar voor ons.’* (vrouw, 74 jaar).

Slechts twee participanten geven aan het niet nog een keer mee te willen maken. Voor de een omdat het precies was als verwacht en daardoor ‘nietszeggend’. Deze meneer (80 jaar) heeft vaker een optreden van Diva Dichtbij meegemaakt en vond het teveel hetzelfde als de vorige keer. Hij staat wel open voor een nieuwe diva. De andere participant die een optreden van de diva niet meer zou willen meemaken, had hier een heel andere reden voor: *‘Nou, als ik eerlijk moet zeggen: nee. Ik vond het wel mooi, daar niet van, hoor. [...] Nou ja, omdat alles weer zo boven komt hè, van vroeger.’* (vrouw, 85 jaar).

De participanten die aangeven wel vaker een optreden als dat van de diva mee te willen maken, staan wel open voor een verandering in het optreden. Bijvoorbeeld een andere diva en minder sentimentele liederen die gezongen worden. De meeste participanten geven echter aan het zo precies goed te vinden. Ze willen het vaker meemaken, omdat het een extra vorm van afleiding is. Anderen geven aan het vooral mooi te vinden: *‘Ja graag, het kan mij niet teveel zijn, ik vind het zoiets prachtigs! En niet omdat ik geen afleiding heb, want ik heb genoeg afleiding.’* (vrouw, 77 jaar).

Vrijwel alle participanten geven aan een optreden als dat van Diva Dichtbij vaker mee te willen maken, omdat ze het mooi en leuk vonden, maar ook omdat ze even uit de dagelijkse sleur worden gehaald.

5.1.7 Hoe ervaren de participanten het optreden van de diva in het algemeen?

Alle participanten hebben zich positief uitgelaten over het optreden van de diva. Veel complimenten werden gemaakt over het zingen; de mooie stem van de diva. Daarnaast zijn ook opmerkingen gemaakt over het optreden van de diva in het geheel: *‘Ze was grappig, ze had attributen mee zoals een lieveheersbeestje dat vond ik heel leuk en een bal, beetje kinderlijk, maar toch wel leuk. En dat dansen dat deed ze ook leuk.’* (vrouw, 93 jaar).

Sommige participanten waren blij verrast door het optreden: *‘Ik dacht eerst klassieke muziek blèèh, maar ik vond het fantastisch mooi. Geweldig! Ik vond ook de entree al zo geweldig, met die kar. Een beauty met een kar. Het was de hele performance [...] ik vond het geweldig. [...] Zoals ze iedere keer bij iemand ging zitten als ze aan het zingen was, het was eindeloos.’* (vrouw, 74 jaar). Andere participanten waren milder in hun mening, maar prijzen de manier waarop de diva het optreden geeft: *‘Nou, ze heeft ontzettend haar best gedaan, dat vind ik toch een heel pluspunt. Ze heeft toch een bepaalde categorie mensen vermaak gegeven.’* (man, 80 jaar).

De algemene mening van de ouderen over het optreden van Diva Dichtbij is zeer

positief. De ouderen vonden het leuk, de diva sympathiek en enthousiast en vonden het zingen erg mooi. Zij ervaren het optreden als een extra activiteit, die hen even uit de dagelijkse beslommeringen haalt: *‘Om het kort zo samen te vatten, een verademing dat ik weer eens goede muziek [hoorde] en dan zo dichtbij. Die mevrouw die straalde iets uit. Iedere keer stond ze me aan te kijken en ik was gewoon door alle narigheid blij geworden toen ik dat hoorde.’* (vrouw, 95 jaar).

5.2 Diva Dichtbij en het lichamenlijk welbevinden

De respondenten in dit onderzoek zijn allen chronisch somatisch ziek en leven (meestal fulltime, soms parttime) in een zorginstelling. Zij hebben fysieke klachten, waardoor zij beperkt worden in het dagelijks leven. Tijdens de interviews is gevraagd naar de fysieke beperking, de vermoeidheid, pijn en benauwdheid die participanten in het dagelijks leven ervaren. Daarnaast is gevraagd naar de vermoeidheid, pijn en benauwdheid die tijdens en na het optreden zijn ervaren. De deelvraag hierbij is: *Wat is het effect in termen van lichamenlijk welbevinden (gezondheidsgerelateerde factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?*

5.2.1 Fysieke belemmeringen

De fysieke beperkingen van de respondenten zijn verschillend van aard. Alle participanten hebben moeite met lopen, de meesten zitten in een rolstoel, enkelen hebben een rollator waarmee zij zelfstandig kunnen lopen. Een aantal participanten is nog enigszins zelfstandig en komt slechts een paar dagen per week naar de dagopvang in hun zorginstelling, maar de meeste participanten wonen fulltime in de zorginstelling.

De meest genoemde beperking is het niet meer kunnen lopen en het daardoor niet meer zelfstandig zijn. *“Ik kan niet zomaar meer lopen. Ik heb een attack, een lichte hersenbloeding, TIA, gehad en ik ben blij dat mijn kop weer goed is geworden. Ik ben drie maanden weg geweest, dat ik het niet meer wist, maar ik ben toch weer opgeknapt. Onze lieve heer heeft nog geen plaats voor mij. [...] Nou, ik ben er nog goed afgekomen, hoor.”* (vrouw, 93 jaar).

Vier participanten geven aan een beroerte te hebben gehad, waardoor ze daarna niet meer konden lopen. Twee van hen zijn daardoor halfzijdig verlamd geraakt en een helft van hun lichaam functioneert niet meer. Andere genoemde beperkingen zijn: osteoporose, verbrijzelde knieën, incontinentie, reuma, een stoma met ernstige buikpijn, een verkeerd gegroeide rug en een klapvoet. Eén van de participanten antwoordt op de vraag ‘wat

belemmert u vooral?’ met de zin *‘Nou alles. Dat ik mijn benen niet kan gebruiken en mijn hand niet kan gebruiken. Ik kan totaal niets. Ik kan alleen een sigaretje roken.’* (vrouw, 66 jaar).

Bij fysieke belemmeringen horen vaak ook fysieke klachten als vermoeidheid, pijn en benauwdheid. Het zijn vervelende klachten, waarmee chronisch somatisch zieke ouderen vaak te maken hebben. Interessant is om te kijken of deze klachten bij de participanten bestaan en indien dat zo is, of er een verandering in die klachten is opgetreden tijdens of na het optreden van één van de diva’s van de stichting Diva Dichtbij.

5.2.2 Vermoeidheid

Van de 15 chronisch somatisch zieke ouderen die zijn geïnterviewd geven er negen aan dat zij vaak moe zijn. Twee van de participanten geven aan soms moe te zijn en vier zijn zelden tot nooit moe: *‘Ik zit de hele dag, je kunt niks doen, dus dan kan je ook niet moe worden.’* (vrouw, 85 jaar). De participanten die aangeven soms moe te zijn, waren niet vermoeid tijdens het optreden, waarvan één aangaf: *‘[...] dan zit ik er bij, dus dan heb ik er geen last van.’* (vrouw, 77 jaar), de ander gaf aan niet moe te zijn, maar ook niet fit te zijn. Van de negen participanten die hebben aangegeven dat ze vaak moe zijn, waren er twee waarbij de vermoeidheid ‘gemiddeld’ van aard was en er was één mevrouw die tijdens het optreden erg vermoeid was, naar eigen zeggen doordat zij: *‘Eerst nog therapie heeft gehad en daarna naar het zingen’* ging (vrouw, 93 jaar). Zes van de vaak vermoeide ouderen hebben aangegeven tijdens het optreden niet vermoeid te zijn geweest. Een participant gaf als reden: *‘dan heb ik er geen erg in, dan let je er niet op. Dan heb je iets anders te bekijken en te voelen’* (vrouw, 85 jaar). Een andere participant antwoordde op de vraag ‘Hoe voelde de vermoeidheid tijdens het optreden’ met: *‘Niet gevoeld, maar ik hoefde ook niets te doen, ik kon alleen maar genieten.’* (vrouw, 74 jaar). De meerderheid van de chronisch somatisch zieke ouderen die geïnterviewd zijn en hebben aangegeven last te hebben van vermoeidheid, hebben tijdens het optreden van de diva geen last van deze vermoeidheid of hebben hier minder last van dan normaal. De meest genoemde reden van deze wegblijvende vermoeidheid is dat het optreden boeit, dat het rustgevend is en dat de ouderen niets anders hoeven te doen dan zitten en luisteren.

5.2.3 Pijn

Op gebied van pijn in het dagelijks leven geven vijf participanten aan niet vaak pijn te ervaren en ook tijdens het optreden geen pijn te hebben ervaren. Drie van de geïnterviewden hebben soms pijn, waarvan twee geen pijn hebben ervaren tijdens het optreden van de diva, zij waren

de pijn door afleiding even vergeten: *‘Dan denk ik er niet aan [...] Geen pijn, niets gevoeld’* (vrouw, 66 jaar). De ander gaf aan tijdens het optreden geen pijn te hebben gehad, maar kon niet zeggen dat hij (man, 79 jaar) de pijn vergeten was. Zeven van de participanten hebben aangegeven in het dagelijks leven pijn te ervaren, waarvan er één vooral hoofdpijn ervaart en geen verschil heeft gemerkt in pijn tijdens het optreden: *‘nee, gaat gewoon door hoor’* (vrouw, 93 jaar). Drie participanten zeggen dat door afleiding de pijn minder is geworden; *‘Soms [gaat de pijn weg], maar dan moeten mijn gedachten heel ver weg zijn. Dan gaat het wel weg.’* en op de vraag ‘Hoe was dat tijdens het optreden van de diva?’ antwoordde zij: *‘Ja, dat ging wel’* (vrouw, 83 jaar). Eén participant (vrouw, 95 jaar) was de pijn vergeten tijdens het optreden en heeft het ervaren als een cadeautje. *‘Je kunt de pijn eigenlijk niet vergeten, maar het is niet zo dat ik erdoor gehinderd word om te genieten. Ik geniet wel van het optreden’* was de reactie van een andere participant (vrouw, 88 jaar). Twee participanten die zeggen in het dagelijks leven pijn te ervaren hebben tijdens het optreden helemaal geen pijn gevoeld; als redenen voor het niet voelen van hun pijn noemen zij: afleiding waardoor zij het even vergeten waren; *‘Ik ben zo afgeleid dat ik het niet gevoeld heb. Dat is ook de wens van deze stichting he, dat je je pijn even opzij zet en geniet’* En op de vraag of de pijn veranderd is sinds of tijdens het optreden antwoordde zij: *‘Nee, is niet veranderd. Tijdens het optreden wel, maar daarna ben je gewoon je eigen oude zelf. Dat is gewoon zo’* (vrouw, 74 jaar). De pijn die deze chronisch somatisch zieke ouderen ervaren in het dagelijks leven is bij de meeste participanten tijdens het optreden vergeten door de afleiding die het hen biedt. Na het optreden is er geen effect meer zichtbaar; de pijn is bij alle respondenten dan weer terug.

5.2.4 Benaauwdheid

Een andere beperking die chronisch somatisch zieke ouderen vaak ervaren is slecht kunnen ademen door benauwdheid. Van de vijftien respondenten geven er vijf aan geen last te hebben van benauwdheid. Vier van de participanten geven aan soms last te hebben van een benauwd gevoel en ruim een derde van de geïnterviewden geeft aan wel last te hebben van benauwdheid. Van de tien respondenten die aangegeven hebben soms of vaak last van benauwdheid te hebben, is er niemand die tijdens het optreden last heeft gehad van benauwdheid. Als reden voor het wegblijven van de benauwdheid wordt genoemd: afgeleid zijn en het vergeten van eigen leed: *‘je voelt jezelf ontspannen en dan voelde je het [de benauwdheid] niet. Dan denk je daar niet aan’* (vrouw, 73 jaar). Sommige respondenten konden geen reden bedenken waarom ze geen last van de benauwdheid hadden tijdens het optreden. Het effect van een optreden van de diva is van positieve invloed geweest op de

ervaren benauwdheid van de respondenten tijdens het optreden in dit onderzoek. Na het optreden is de benauwdheid bij de mensen gelijk aan de normale omstandigheden. De ouderen zijn door het optreden hun benauwdheid even vergeten, maar na het optreden komt de benauwdheid weer terug.

5.2.5 Ontspanning

Op de vraag of de chronisch somatisch zieke oudere zich ontspannen voelde tijdens het optreden hebben 13 participanten een volmondig ja te kennen gegeven: ‘Ja, ik genoot alleen maar’ (vrouw, 74 jaar) en ‘*Het was geen inspanning [...] Heel ontspannend [...] Het zingen was niet onplezierig, een bepaald gevoel geeft het*’ (man, 80 jaar). Eén van de participanten wist eigenlijk niet of zij ontspannen was tijdens het optreden: ‘*Zal wel, heb ik niet zo op gelet hoe ik me voelde, want dan luister je. Dus dan zal ik toch wel ontspannen zijn zo, denk je niet?*’ (vrouw, 85 jaar). Eén participant gaf aan zich niet zo ontspannen te voelen tijdens het optreden. Op de vraag waarom hij zich niet ontspannen voelde werd geantwoord: ‘*Ik zat niet prettig en met z’n allen in een kring is niet erg ontspannen vind ik [...] omdat er voortdurend mensen naar je kijken*’. Deze participant vertelde ook dat hij het contact met de diva in het begin ongemakkelijk vond: ‘*Ja, de eerste keer, daarna niet meer [stilte] ik ben het niet gewend toegezongen te worden*’ (man, 79 jaar).

Bijna iedereen is tijdens het optreden van de diva ontspannen en ervaart een rustgevend gevoel; er wordt aandachtig geluisterd en genoten van het optreden, waarbij de ouderen zich op hun gemak voelen. De participanten ervaren geen verschil in ontspanning na het optreden van de diva vergeleken met de normale situatie van voor het optreden.

5.2.6 Wat is het effect in termen van lichamelijk welbevinden van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

Diva Dichtbij heeft tijdens het optreden een zeer positief effect op het gebied van ervaren lichamelijk welbevinden. De ouderen ervaren tijdens het optreden nauwelijks fysieke klachten als vermoeidheid, pijn en/of benauwdheid. Zij vergeten hun fysieke klachten door het geboeid luisteren naar de diva. De participanten voelen zich bijna allemaal ontspannen tijdens het optreden. Na het optreden is geen positief effect meer zichtbaar bij de ouderen; de fysieke klachten komen na het optreden weer terug.

5.3 Participatie

Eén van de factoren die meespeelt in het beoordelen van de kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen is de sociale factor. Hieronder wordt de sociale participatie van de ouderen verstaan. Belangrijk is hierbij in hoeverre de ouderen contact hebben met anderen, of zij actief mee doen met activiteiten in hun zorginstelling en hoe zij het contact met de diva hebben ervaren tijdens het optreden. Hier wordt antwoord gegeven op de vraag: *Wat is het effect in termen van participatie (sociale factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?*

5.3.1 Praten met anderen

Een belangrijk aspect van sociale participatie is het praten met anderen. Interessant is het om te weten of de chronisch somatisch zieke ouderen die bij een optreden van Diva Dichtbij zijn geweest ook met anderen napraten over het optreden. En indien zij hierover praten met anderen, met wie praten zij hier dan over en wat wordt er gezegd?

Van de 15 participanten geven er drie aan niet te zullen praten over het optreden. Twee hiervan geven hiervoor geen duidelijke reden. De derde die er niet over zal praten doet dit niet omdat het haar (vrouw, 80 jaar) dan weer teveel zou raken. Zij geeft aan dat bij het terugdenken aan het optreden teveel de gevoelige snaar wordt geraakt.

Twee respondenten geven aan er misschien over te praten; het ligt eraan of er iemand is om mee te praten, maar ze zullen er niet snel zelf over beginnen. Mocht erover gepraat worden, dan weet de een (man, 79 jaar) nog niet wat er gezegd zal worden; dit is van toeval afhankelijk. De ander (vrouw, 88 jaar) geeft aan het wellicht met kennissen te bespreken en zal het vooral hebben over haar tevredenheid en de waardering die zij heeft voor de diva.

De overige 10 ouderen geven aan waarschijnlijk wel te zullen praten over het optreden van de diva of hebben dit al gedaan. Met wie zij praten over het optreden verschilt per persoon; voor de meesten zijn dat de bewoners en verzorgenden. De laatste groep wordt vooral aangesproken, omdat sommige ouderen het lastig vinden om er met medebewoners over te praten. Zij zijn bang dat de ander niet meer goed bij geest is en daarom niet weet waarover het gesprek gaat; dan wordt het gesprek liever vermeden. Anderen geven aan juist niet met verzorgenden te praten, want die weten toch al wat er gebeurd is. Naast andere bewoners en verzorgenden wordt er slechts zelden met mensen van buiten de zorginstelling over het optreden gepraat. Een enkeling vertelt over het optreden aan familie of kennissen. De meest genoemde gesprekspartner om te praten over het optreden van de diva is een andere bewoner. Het onderwerp van gesprek varieert: van het bespreken van de fotokaart die ze

gekregen hebben, tot de mooie jurk die de diva aan heeft, tot de attributen die gebruikt werden tijdens het optreden, tot de zangkwaliteiten van de diva. Het meest besproken zijn de zangkwaliteiten van de diva. Er wordt gevraagd naar de mening van anderen, maar meestal wordt een gesprek gestart met: 'wat was ze goed, hè' en komt daar een reactie op. Soms vinden de ouderen het moeilijk om zo'n gesprek te starten: *'Ja, zo terloops. "Hoe vond jij het dan", zoiets. "Ja, wel aardig." Maar er is heel weinig om over te praten, heel weinig.'* (man, 80 jaar). Een ander geeft aan al over het optreden gepraat te hebben: *'Ja, we hebben gisteravond nog nagesproken met de bewoners, iedereen vond het zo prachtig en zo mooi. We zeiden, "ze moet gewoon meer komen".'* En over wat er gezegd wordt: *"Nou, hoe vond je het en zo'n jonge vrouw en zo'n mooie stem" [...] ze [andere bewoners] vonden haar er leuk uit zien en die kar zo leuk van haar. Ze had een kar met allerlei spullen erin en een microfoon en zo. Die [anderen] hebben vanmorgen nog zitten zingen.'* (vrouw, 66 jaar).

Er wordt over de optredens nagepraat, maar vooral binnen de eigen kring van mensen. Veelal praten de bewoners met elkaar en/of met hun verzorgenden over het optreden. De gesprekken die zij voeren zijn overwegend heel positief. Geen van de respondenten heeft tijdens het interview aangegeven dat er iets negatiefs zou zijn of worden gezegd over het optreden van de diva, misschien uit angst dat de diva dit te horen kreeg. Wel vertelde één van de ouderen: *'Toen zat er een man en die zei: "ik vond het wel mooi hoor, maar ze zong vals." Toen zei ik; "dat is niet waar, ze zong heel mooi alleen op het eind een beetje vals, dan wordt ze moe denk ik, daar komt het door"'* (vrouw, 93 jaar).

5.3.2 Actief meedoen

Veel van de ouderen gaven aan vaker deel te nemen aan activiteiten in hun zorginstelling. Toch nemen sommige participanten weinig deel aan activiteiten in hun zorginstelling. Twee respondenten geven aan vrijwel nooit activiteiten in het huis te bezoeken en twee geven aan slechts af en toe naar een activiteit te gaan.

Redenen die genoemd zijn om niet mee te doen aan activiteiten: er wordt weinig georganiseerd (slechts bij één participant, die in een particuliere zorginstelling verblijft), geen zin in, meestal bezoek, ik wil niet ergens alleen naar toe (dus geen activiteiten bezoeken die buiten de huiskamer plaatsvinden), het parttime verblijven in de zorginstelling (daardoor niet te vaak er willen zijn) en het niet meer in staat zijn tot meedoen aan activiteiten. Meerdere respondenten geven aan door hun chronisch somatische ziekte beperkt te zijn en daardoor niet meer in staat zijn om aan verschillende activiteiten deel te nemen. Activiteiten die zij moeten missen zijn bijvoorbeeld: bewegen voor ouderen (door het niet meer goed kunnen bewegen),

handwerken (door teveel klein priegelwerk) en bingo (door slechtziendheid). Deze respondenten geven aan dit erg jammer te vinden, maar de meesten van hen nemen wel veel deel aan andere activiteiten, zoals: spelletjes, luisteren naar gedichten, luisteren naar het voorlezen van de krant, schilderen, zang- en dans, knutselen, zittend bewegen (gym voor ouderen), bloemschikken en het bezoeken van optredens.

5.3.3 Contact met de diva

Van de vijftien respondenten gaf de grote meerderheid aan contact te hebben ervaren met de diva die voor hen kwam zingen. Slechts één participant (man, 80 jaar) gaf aan geen contact met de diva te hebben ervaren, omdat hij de (niet-Nederlandse) liederen niet begreep.

Vier respondenten gaven aan over het contact met de diva te twijfelen, waarvan één het contact vooral eenzijdig vond, maar *‘ze deed erg haar best mensen aan te kijken’*. Deze participant gaf aan zich ongemakkelijk te voelen bij het idee van contact zoeken tijdens het zingen: *‘Ja, de eerste keer, daarna niet meer... ik ben het niet gewend toegezongen te worden’* (man, 79 jaar). Een andere respondent gaf aan eerst te twijfelen over het contact met de diva, maar kwam uiteindelijk toch tot de conclusie dat zij wel contact had met de diva. De diva had volgens deze vrouw (88 jaar) geprobeerd zoveel mogelijk contact te zoeken met de bewoners van het huis en doordat de diva knielde bij de mensen, de mensen mooi toezong en een dansje maakte met een paar van de bewoners was het zoeken van contact volgens deze mevrouw gelukt. Een andere respondent die twijfels had over het hebben van contact met de diva had waarschijnlijk moeite met de interviewvraag die gesteld werd. Er werd namelijk gevraagd: *‘Had u het gevoel dat u contact had met de Diva?’*. Deze mevrouw vatte deze vraag erg letterlijk op: *‘Ja, je kent zo’n vrouw niet, dus nee ik weet niet’* (vrouw, 67 jaar). Later stelde deze mevrouw dat zij toch contact had met de diva, doordat de diva haar vastpakte. Dit heeft zij als prettig ervaren. De andere twijfelaar had niet heel erg het idee dat de diva contact met haar had, maar wel het idee dat de diva contact had met de anderen; de diva pakte af en toe de hand van anderen en ze deed heel leuk met de mensen. Ondanks het feit dat deze mevrouw op zichzelf niet per se contact met de diva heeft ervaren, gaf deze mevrouw (85 jaar) wel aan het contact dat de diva met anderen had leuk te vinden; het deed haar en de anderen goed.

De overige 10 respondenten gaven een stellig *‘ja’* als antwoord op de vraag of zij het gevoel hadden contact te hebben gehad met de diva. Veelgenoemde manieren waarop er contact was met de mensen waren: het voorstellen aan het begin van het optreden met een hand geven, het recht in de ogen aankijken van de mensen, bij mensen knielen en erbij blijven zitten tijdens het zingen, het echt met de mensen praten en het stellen van vragen tussen de

liederen door en het dansen met de mensen, ook al zitten ze in een rolstoel. Eén van de participanten was verbaasd over de makkelijke manier waarop de diva contact maakte met de mensen uit haar zorginstelling: *‘Ze had dacht ik met iedereen contact. De hele voorkamer was zo spontaan’* (vrouw, 74 jaar). Een andere respondent gaf aan dat zij heel emotioneel werd door het contact dat zij met de diva had. Zij kon zelfs niet meer onder woorden brengen op welke manier zij contact had met de diva: *‘Ik kan het gewoon niet onder woorden brengen [...] ik moest zo hard huilen, zoveel deed het me. Dat had ze wel in de gaten. [...] ze bleef ook zo staan’* (vrouw, 85 jaar). Ondanks deze heftige emotie, voelde zij zich wel op haar gemak tijdens het optreden van de diva.

Vrijwel iedereen voelde zich op zijn/haar gemak bij het contact met de diva, slechts twee participanten gaven aan zich hierbij niet op hun gemak te voelen. Eén man (79 jaar) omdat hij het niet gewend was om toegezongen te worden en zich daarnaast al ongemakkelijk voelde omdat hij het zitten in een kring als onprettig ervaart. De ander die zich ongemakkelijk voelde was een mevrouw van 93 jaar die vroeger zelf gezongen had. Zij had het idee dat de diva door had dat zij een zeer scherp gehoor had; dit vond zij niet zo leuk: *‘Niemand hier weet dat ik een zangeres ben geweest [...] ik voelde me er niet lekker bij. Nou ja, ik heb het aangehoord, ben maar blijven zitten. Je kan ook weglopen als je dat wil, maar dat doe ik niet, daarvoor vond ik het veel te mooi’* (vrouw, 93 jaar). De overige 13 participanten gaven aan zich op hun gemak te voelen doordat zij onder andere het idee hadden dat de diva hen kon aanvoelen, doordat de diva bij hen bleef staan als ze emotioneel werden en doordat de diva keurig door bleef zingen, ondanks getoonde emoties.

5.3.4 Wat is het effect in termen van participatie van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

Een optreden van Diva Dichtbij heeft weinig effect wat betreft de ervaren sociale participatie van de chronisch somatisch zieke ouderen. De ouderen praten niet meer of minder met elkaar (en anderen) dan voor het optreden van de diva. Zij praten kort na over het optreden, waarbij zij hun mening geven over de diva en haar zangkwaliteiten, maar er wordt niet veel of lang over gepraat. De ouderen nemen over het algemeen vaak deel aan activiteiten in de zorginstelling en ervaren een optreden als dat van Diva Dichtbij daarbij een aanvulling op de dagelijkse bezigheden. Het contact met de diva tijdens het optreden wordt door de participanten overwegend als prettig ervaren.

5.4 Het optreden van de diva en mentaal welbevinden

Individuele factoren spelen mee in het beoordelen van de kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen. Hieronder wordt het mentaal welbevinden van de ouderen verstaan. Belangrijk hierbij is hoe de ouderen zich tijdens het optreden van de diva voelden; voelden zij zich op hun gemak of juist niet? Hebben de ouderen bepaalde herinneringen bij de liederen die gezongen werden en wat zijn de emoties die naar voren kwamen? In dit deel wordt antwoord gegeven op de vraag: *Wat is het effect in termen van mentaal welbevinden (individuele factoren) van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?*

5.4.1 Gevoel tijdens het optreden

‘Geluk is een goot woord, maar dat was het toch, dat ik me kalmer ging voelen van binnen.’ (vrouw, 95 jaar).

De meeste participanten voelden zich op hun gemak tijdens het optreden van de diva en waren ontspannen: *‘Het was geen inspanning, niet inspannend was het. Heel ontspannend.’* (man, 80 jaar). De prettige gevoelens die de chronisch somatisch zieke ouderen tijdens het optreden ervaren hebben, kwamen niet alleen door het zingen, maar ook door het karakter van de diva: *‘Door het gemak waar ze alles mee bracht. De sfeer was heel ontspannen, we konden allemaal genieten van haar prachtige stem, wat moet je dan nog meer.’* (vrouw, 74 jaar).

Twee ouderen gaven aan dat het optreden goed was en zij zich ontspannen voelden, maar ook dat ze erg ontroerd waren door het optreden en het contact met de diva. De diva had bij hen een gevoelige snaar geraakt, waardoor ze niet zo goed meer wisten of zij zich wel op hun gemak voelden. Een belangrijke factor waardoor de ouderen zich zo goed voelden tijdens het optreden, is het zingen in de eigen huiskamer: *‘Gewoon goed hoor, lekker in mijn vel. Gewoon ontspannen zoals ik nu ook ben [...] Nouja, door het zingen van haar en met onze hele groep erbij waarmee we altijd eten, dat vond ik leuk. Niet die vreemden van de andere kant, nee ons eigen groepje.’* (vrouw, 66 jaar).

De participanten voelden zich allemaal op hun gemak tijdens het optreden van de diva. Zij voelden zich ontspannen, mede doordat zij geen inspanning hoefden te leveren, maar alleen hoefden te zitten en luisteren naar de diva. Daarnaast voelden de ouderen zich op hun gemak omdat het optreden in de eigen vertrouwde omgeving plaats heeft.

5.4.2 Herinneringen bij de liederen

Over de keuze voor de liederen waren de participanten gematigd positief (zie paragraaf 5.1.2 *keuze voor de liederen*). De participanten gaven aan vooral de liederen die zij kenden leuk te vinden. Vier van de respondenten had geen herinneringen bij liederen, omdat zij de liederen niet kenden of omdat zij het niet goed konden horen (slecht gehoor). Bij de overige participanten kwamen wel af en toe herinneringen aan vroeger naar boven tijdens het optreden van de diva. Vaak bleef deze herinnering vrij abstract, het was vooral de herkenning van het lied dat ze aan iets (de schoolperiode, vroeger radio luisteren) deed herinneren: *‘Ja, liederen op school die ik al zoveel meer had gehoord.’* Op de vraag waar deze meneer dan aan dacht aan de schoolperiode reageerde hij lachend: *‘Ja, over een paar uur is het afgelopen, dan kunnen we weer naar huis.’* (man, 80 jaar).

Veel genoemd zijn herinneringen aan het familieleven van vroeger. Liederens herinnerden de ouderen aan het samen leven met ouders, partner en/of kinderen, die inmiddels overleden zijn. Het gemis naar het familieleven zoals dat vroeger was kwam naar boven. Naast deze emotioneel zware herinneringen als het gemis van bijvoorbeeld partner en kinderen, kwamen ook veel leuke en vrolijke herinneringen naar boven bij de ouderen. Bijvoorbeeld de herinnering aan een eerste date, de bevrijding na de tweede wereldoorlog, het huwelijksfeest van ouders en vakanties.

De ouderen die veel herinneringen hadden bij de verschillende liederen, waren bijna allemaal muzikaal, of hadden iets bijzonders met muziek. Zij speelden zelf piano, zongen vroeger veel of hadden een thuissituatie waarin muziek een grote rol speelde.

5.4.3 Emoties tijdens het optreden

Mensen kunnen door liederen emotioneel geraakt worden, soms door fijne of pijnlijke herinneringen, maar soms ook door gewoon iets heel erg mooi te vinden. De meeste participanten waren naar eigen zeggen niet emotioneel geraakt tijdens het optreden: *‘Nee, ik was even nuchter als altijd.’* (man, 79 jaar). Sommigen werden juist erg emotioneel geraakt en moesten huilen tijdens het optreden of erna: *‘Gisteren zat ik hier [na het optreden] en heb ik heerlijk zitten jengelen, dat de druk van de ketel is. Dat het zo een genoeg was.’* (vrouw, 95 jaar).

Een paar participanten waren erg geraakt door het optreden en vonden het erg moeilijk om over deze emoties te praten: *‘Hoe moet ik het zeggen, ontroerd. [...] ze kwam iedere keer zo bij me als ze zo’n lied zong. [...] dan komt er ook weer veel naar boven, vroeger. Dat is natuurlijk uit je jeugd.’* (vrouw, 85 jaar). Deze mevrouw was zo ontroerd door het optreden,

waarbij veel herinneringen uit haar jeugd naar boven kwamen, dat zij hier niet verder over kon en wilde praten.

Naast moeilijke emoties door herinneringen aan het leven van vroeger, waarbij gehuild werd om het gemis van familieleden, kwamen bij sommige participanten ook vrolijke emoties los door het optreden van de diva: *'Ik ben vrij nuchter. Maar als ze bij mij kwam, [...] dan keek ze me met die blauwe ogen aan, die grote ogen en dan schoot ik in de lach.'* (vrouw, 73 jaar).

De meeste participanten werden naar eigen zeggen niet emotioneel geraakt, omdat zij tijdens het optreden even nuchter als altijd waren. Sommige chronisch somatisch zieke ouderen moesten tijdens het optreden wel huilen. Zij ervoeren dit over het algemeen als een opluchting, het was fijn om even te huilen. Voor sommige participanten was het optreden van de diva echter zo emotioneel, dat zij hier verder niet over wilden praten.

5.4.4 Wat is het effect in termen van mentaal welbevinden van een optreden van Diva Dichtbij op chronisch somatisch zieke ouderen?

Tijdens het optreden van de diva voelden de chronisch somatisch zieke ouderen zich over het algemeen op hun gemak, zij voelden zich ontspannen bij het optreden dat plaats vond in de eigen groep. De meeste ouderen hadden bij de liederen af en toe herinneringen aan vroeger, met name aan het familieleven en het gemis hiervan. Opvallend is dat de ouderen die zelf een muzikaal verleden hebben, meer herinneringen hebben bij de liederen dan ouderen die geen muzikaal verleden hebben. Wat betreft het emotioneel worden tijdens het optreden; de meeste ouderen hadden geen emoties bij het optreden van de diva; zij hadden wel herinneringen bij sommige liederen, maar het deed hen verder niets. Anderen werden juist erg emotioneel en moesten bij enkele liederen huilen, wat over het algemeen als prettig werd ervaren, maar sommige participanten vonden het moeilijk om over deze emoties te praten.

6 Discussie en conclusie

6.1 Samenvatting resultaten

In onderhavig onderzoek zijn de ervaringen van chronisch somatisch zieke ouderen van de optredens van Diva Dichtbij beschreven, waarbij vooral gekeken is naar de ervaren kwaliteit van leven van de ouderen. *In hoeverre wordt de ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen als verbeterd ervaren door de optredens van Diva Dichtbij?*

De chronisch somatisch zieke ouderen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek laten zich allemaal positief uit over het optreden van Diva Dichtbij. Hoewel sommige liederen bij hen onbekend zijn, vinden zij de keuze voor de liederen goed en zien zij het optreden van de diva als een aanvulling op de dagelijkse bezigheden. De participanten willen een optreden van de diva vaker meemaken en denken dat een soortgelijk optreden goed is voor hun zorginstelling; het geeft de mensen afleiding en haalt ze uit de dagelijkse beslommeringen van het leven. Dat het optreden in de huiskamer plaatsvindt, dat vinden de ouderen erg fijn. Hoewel de ruimte vaak net iets te klein is, wordt het wel als prettig ervaren dat de ouderen met de eigen groep mensen het optreden meemaken.

Op het gebied van fysiek welbevinden (de gezondheidsgerelateerde benadering) hebben de ouderen tijdens het optreden van Diva Dichtbij een positief effect ervaren. De vermoeidheid, pijn en benauwdheid wordt tijdens het optreden even vergeten. Door de afleiding van het optreden denken de ouderen niet meer aan hun fysieke klachten en voelen zij zich ontspannen. Na het optreden is er geen enkel effect meer zichtbaar bij de ouderen.

Uit onderhavig onderzoek kan geconcludeerd worden dat een optreden van Diva Dichtbij weinig effect heeft op de sociale participatie van de ouderen. De ouderen gaan niet meer met elkaar praten door het optreden van de diva en zullen ook niet vaker of minder vaak aan activiteiten in hun zorginstelling deelnemen. Het contact dat de participanten met de diva ervaren hebben, is wel als zeer prettig ervaren.

Een optreden van Diva Dichtbij bewerkstelligt een effect op het mentaal welbevinden van de chronisch somatisch zieke ouderen. Herinneringen van vroeger worden weer naar boven gebracht, waarbij ook de nodige emoties los komen. Hoewel deze emoties soms heftig waren, werd het wel als prettig ervaren en voelden de meeste ouderen zich erg op hun gemak tijdens het optreden van de diva. Het effect na het optreden is niet onderzocht en daar kan dan ook niets over geconcludeerd worden.

De ervaren kwaliteit van leven van chronisch somatisch zieke ouderen wordt tijdens

het optreden van de diva als beter ervaren dan voor het optreden. Na het optreden van Diva Dichtbij is er echter geen effect meer waargenomen door de ouderen.

Op het gebied van sociale participatie is er in onderhavig onderzoek weinig effect gemeten. Wat betreft fysiek welbevinden is er sprake van een tijdelijk effect; ouderen zijn tijdens het optreden van Diva Dichtbij hun pijn, vermoeidheid en benauwdheid vergeten, zij zijn afgeleid. Aan de hand van eigen observaties tijdens de optredens van Diva Dichtbij, kan door de onderzoeker gesteld worden dat op het gebied van emotioneel welbevinden meer aan de hand is dan ouderen zelf aangeven. Veel ouderen waren emotioneel geraakt tijdens het optreden, maar gaven later tijdens het interview aan dat zij geen last hadden van emoties. Ondanks verder doorvragen tijdens de interviews, hielden de ouderen voet bij stuk en zeiden zij geen emoties te hebben ervaren tijdens het optreden. Dit verschil in observatie en wat verteld is door de ouderen zou te maken kunnen hebben met de generatie van de ouderen. Wellicht zijn de ouderen het niet gewend om over hun emotionele gevoelens te praten.

6.2 Theoretische reflectie

Muziek heeft voor iedereen een grote kracht, ongeacht de vraag of er iets mee gedaan wordt (Sacks, 2009). Diva Dichtbij gebruikt de kracht van de muziek in combinatie met interactie. Muziek wordt gezien als een universele uitingsvorm voor emoties (Van der Pasch-Flierman, 2006). Uit onderhavig onderzoek is inderdaad gebleken dat ouderen die geen muzikale achtergrond hebben, heel erg geraakt werden door het optreden van Diva Dichtbij. Zij waren ontroerd door de muziek, hadden er bepaalde herinneringen bij en werden emotioneel. Volgens Sacks (2009) is dat ook de kracht van muziek; het kan herinneringen en emoties opwekken.

Muziek en emotie liggen dan ook dicht bij elkaar (Zantopp, 2009). Met name bij ouderen kan muziek sterke emoties en herinneringen opwekken die zowel positief als negatief ervaren kunnen worden (Zantopp, 2009). Uit onderhavig onderzoek is inderdaad gebleken dat de muziek van Diva Dichtbij bij veel participanten herinneringen en emoties hebben opgewekt die zowel positief (lachen, fijn om te huilen) als negatief (vervelend, nare herinneringen kwamen naar boven) werden ervaren. Mensen kunnen troost vinden in muziek, muziek kan als prikkel tot activiteit werken en het kan mensen helpen te ontspannen (Van der Pasch-Fliermann, 2006). De ouderen in dit onderzoek voelden zich voornamelijk ontspannen door de liederen die de diva voor hen zong. Sommigen vonden ook troost in de muziek. Het voor onderhavig onderzoek belangrijkste ervaren effect van muziek is dat het als afleider kan dienen van vervelende prikkels, zoals pijn of benauwdheid (Van der Pasch-Fliermann, 2006).

De ouderen waren tijdens het optreden hun fysieke klachten even vergeten.

Het doel van muziektherapie is het verbeteren van de kwaliteit van leven op gebied van onder andere sociaal, fysiek en mentaal welbevinden (Hilliard, 2005). Hoewel dit niet een direct doel is van Diva Dichtbij, is het wel iets dat zij met haar optredens kan bereiken. Uit onderhavig onderzoek is namelijk gebleken dat de kwaliteit van leven van ouderen op het gebied van fysiek welbevinden een tijdelijke verbetering laat zien en op gebied van mentaal welbevinden kan gesteld worden dat er ook een effect zichtbaar is; de ouderen haalden vroegere herinneringen op, werden emotioneel tijdens het optreden en voelden zich hierbij op hun gemak.

Het optreden van Diva Dichtbij vindt niet in een therapeutische sessie plaats en is geen muziektherapie, maar Diva Dichtbij kan wel gezien worden als een vorm van complementaire (aanvullende) zorg. Het gaat dan om een tussenvorm van het luisteren naar muziek ter ontspanning (of amusement) en het ontvangen van receptieve muziektherapie. Bij receptieve muziektherapie gaat het om de beleving van de muziek en daaraan verbonden het kunnen herkennen, aannemen en uiten van emoties (Zantopp, 2009). De ontvanger van de therapie neemt niet actief deel aan het maken van muziek, maar heeft de rol van luisteraar, net als de ouderen in de zorginstellingen waar Diva Dichtbij komt optreden.

Uit onderzoek van Gallagher et al. (2006) blijkt dat muziektherapie een verbetering laat zien op onder andere de ervaren pijn en benauwdheid van chronisch zieken. Dit is een effect dat ook in onderhavig onderzoek naar voren is gekomen. Er is sprake van minder pijn, vermoeidheid en benauwdheid en vrijwel alle participanten hadden een ontspannen gevoel tijdens het optreden. De literatuur ondersteunt deze bevinding, dat bij een eenmalige sessie muziektherapie al een significant ontspannend effect wordt geconstateerd (Krout, 2001).

Daarnaast is uit onderzoek van Hilliard (2003) gebleken dat elke sessie van muziektherapie significant bijdraagt aan verbetering van kwaliteit van leven op gebied van fysiek welbevinden van chronisch zieken. Een enkel optreden van Diva Dichtbij, dat vergelijkbaar is met een eenmalige sessie receptieve muziektherapie kan dus een positief effect bewerkstelligen op de mate van fysieke pijn en ontspanning van de chronisch somatisch zieke ouderen.

Uit meerdere onderzoeken (Knapp et al., 2009; Gallagher et al., 2006; Hilliard, 2003; Krout, 2001; Wlodarczyk, 2003) is gebleken dat werken met muziek een waardevolle aanvulling kan zijn op de reguliere zorg. Uit de literatuur blijkt wel dat het belangrijk is om bij het werken met muziek als aanvullende zorg de muziekkeuze goed af te stemmen op de luisteraar en altijd goed op te letten hoe de toehoorder reageert op de muziek (Van der Pasch-

Flierman, 2006). Uit eigen observaties tijdens de optredens en ook uit de verhalen die de ouderen naderhand vertelden, blijkt dat de diva tijdens het optreden goed oplet hoe de reacties van de ouderen zijn. Als zij ziet dat iemand erg geraakt is door de muziek, dan komt zij even bij diegene staan, om tijdens het zingen met een blik aan te geven 'het is goed'. De ouderen die deze emotionele ervaring hebben meegemaakt hebben dit als zeer prettig ervaren. Diva Dichtbij werkt met verschillende diva's, die allemaal een eigen stijl en repertoire hebben. In een vervolgonderzoek zou het interessant zijn om na te gaan hoe dit zich verhoudt tot de ouderen voor wie zij zingen; zien de ouderen de ene diva bijvoorbeeld liever dan een andere diva? En wat zou de reden daarvoor kunnen zijn?

In dezelfde periode als dat onderhavig onderzoek heeft plaatsgevonden, is ook een soortgelijk onderzoek uitgevoerd door medestudente Roanne van Leijden (2010). Zij heeft een kwantitatieve studie gedaan naar het effect van een optreden van Diva Dichtbij op sociale, emotionele, cognitieve, fysieke en spirituele ervaringen van de patiënten en hun omgeving. Uit haar onderzoek is onder andere gebleken dat de medewerkers van de zorginstellingen waar zij geweest is de optredens van Diva Dichtbij als een waardevolle aanvulling ervaren op de reguliere zorg van de ouderen. Daarnaast heeft zij net als in dit onderzoek fysieke ontspanning gesignaleerd tijdens het optreden en is gebleken dat bewoners erg van het optreden van Diva Dichtbij genieten.

Opvallend is dat in het onderzoek van Van Leijden (2010) ongeveer hetzelfde naar voren is gekomen als in onderhavig onderzoek op gebied van emoties; de emoties van de ouderen zijn wel geobserveerd, maar niet als een (positief dan wel negatief) effect op het optreden van de diva aangegeven. De ouderen vonden het wellicht lastig om over hun emoties te praten. Misschien is het iets dat met de generatie te maken heeft; wellicht zijn zij het niet gewend om te praten over emoties?

Een andere interessante vraag is of een optreden van Diva Dichtbij meer is dan alleen vermaak? Het antwoord op die vraag is enerzijds dat het een vorm van entertainment is, omdat de diva een optreden geeft waar mensen plezier aan beleven en waar geen therapie aan verbonden is. Anderzijds is het wellicht meer dan alleen vermaak, door het persoonlijke contact tussen de diva en de ouderen tijdens het optreden. De ouderen ervaren het directe contact met de diva als prettig en voelen zich hierdoor op hun gemak; zij zijn ontspannen en vergeten de pijn, vermoeidheid en benauwdheid die zij in het dagelijks leven wel ervaren. De ouderen worden afgeleid tijdens het optreden, zij hebben geen last van hun fysieke klachten, omdat zij alleen maar hoeven te genieten tijdens het optreden. De chronisch somatisch zieke ouderen kunnen hun pijn opzij zetten.

Door het directe contact met de diva en de huiskamer als (intieme) locatie voor het

optreden, ervaren de ouderen dat zij zich tijdens het optreden emotioneel kunnen laten gaan. De ouderen hebben een goed gevoel bij het optreden, omdat het plaatsvindt binnen de kleine, vertrouwde groep mensen waarmee ze vaak samen zijn. Bovendien is een belangrijk positief effect van Diva Dichtbij dat de chronisch somatisch zieke ouderen nergens naar toe hoeven voor een optreden, de diva komt naar hen.

6.3 Methodische reflectie

Allereerst is er gezocht naar literatuur over de stichting Diva Dichtbij, de doelgroep (chronisch somatisch zieke ouderen in zorginstellingen) en het werken met muziek als complementaire (aanvullende) zorg. De resultaten uit de literatuurstudie zijn relevant geweest voor het opstellen van de topiclijst, de voorbereiding op de interviews en voor de uiteindelijke verwerking van de informatie uit de interviews.

Het is van belang om te weten dat er tijdens het onderzoek doen verschillende diva's hebben opgetreden in de verschillende huizen. Door het verschil in diva's zal er ook een verschil in ervaring van het optreden en ervaring van het contact met de diva zijn. Bij een volgend onderzoek naar het effect van de optredens van Diva Dichtbij zou eventueel per diva onderzocht kunnen worden hoe zijn/haar optreden een effect heeft op de ervaren kwaliteit van leven bij de ouderen voor wie hij/zij optreedt.

De selectie van de respondenten heeft veelal plaatsgevonden op basis van aanwijzingen die het personeel van de zorginstellingen hebben gegeven. De invloed hiervan is dat het personeel wellicht alleen de ouderen uitkiest die enthousiast zijn, die graag praten en positief zijn over het optreden van de diva. Ondanks dit nadeel, is er wel voor gekozen om de aanwijzingen van het personeel zo goed mogelijk op te volgen. Ten eerste omdat de interviewer te gast was in hun zorginstelling, maar ten tweede (en zeker niet onbelangrijk), omdat zij goed weten welke ouderen ertoe in staat zijn om interviewvragen te beantwoorden. Het was voor de onderzoeker fijn om de aanwijzingen van het personeel op te kunnen volgen, omdat de verzorgenden een goede inschatting kunnen maken van wie wel/niet mee kan of mee wil werken aan het interview. Daarnaast hadden alle participanten de vrijheid om wel of niet mee te werken en zijn de onderzoeken geanonimiseerd. Door vooraf te vertellen over de anonimisering van de interviews, werd voorkomen dat de ouderen sociaalwenselijke antwoorden zou geven. Het helemaal voorkomen van reactiviteit is echter onmogelijk, omdat de onderzoeker recht tegenover de geïnterviewde zit. Om dit toch tot een minimum te beperken is voorafgaand aan het interview verteld dat het gaat om een onafhankelijk

onderzoek, waarbij de onderzoeker niet in dienst is van Diva Dichtbij of de zorginstelling.

Er is gekozen voor het houden van semigestructureerde interviews in plaats van open interviews, met als voordeel dat er flexibel kan worden ingespeeld op de situatie van de respondenten, maar ook dat toevallige fouten worden voorkomen, wat de betrouwbaarheid van onderzoek doen vergroot (Boeije, 2008). Daarnaast heeft de interviewer het als groot voordeel ervaren dat zij de vragen persoonlijk kon stellen; als een participant tijdens het interview de vraag niet goed begreep of verkeerd interpreteerde, dan kon zij dit als onderzoeker uitleggen. Bij semigestructureerde interviews is er enerzijds de ruimte om te anticiperen op het verhaal van de geïnterviewde, anderzijds is er ook sprake van een structuur in het interview, waardoor de interviewer veel houvast heeft en de verschillende interviews makkelijker te analyseren zijn.

Tijdens het interview verliep de interpretatie van de interviewvragen goed. De participanten begrepen de vragen die gesteld werden en bij eventueel onbegrip kon de onderzoeker de gestelde vraag verhelderen of op een andere manier stellen. Hoewel dat een voordeel is van het zelf interviewen van de participanten, kan het ook een nadeel zijn; het was voor de onderzoeker soms lastig om tijdens het interview bij het onderwerp te blijven. Het is een belangrijk leerpunt geweest voor de onderzoeker om altijd goed de afstand tussen de onderzoeker en de participant te bewaren, om de validiteit van het onderzoek te vergroten.

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, omdat hierbij de dataverzameling en data-analyse met elkaar worden afgewisseld. Het grote voordeel hiervan ten opzichte van kwantitatief onderzoek doen is dat tussentijdse interpretaties in het vervolg van het onderzoek reeds bekeken en geanalyseerd worden, wat zorgt voor een vergroting van de validiteit en waarnemingen worden gerepliceerd, wat zorgt voor een vergrote betrouwbaarheid (Boeije, 2008).

Er is in onderhavig onderzoek voldaan aan het minimum van 15 interviews om een valide uitspraak te kunnen doen over het effect van een optreden van Diva Dichtbij. Bij de laatste interviews is het saturatie effect bereikt; er kwamen geen nieuwe, verrassende resultaten meer naar voren. In een vervolgonderzoek zou het echter wel wenselijk kunnen zijn dat er meer mensen geïnterviewd worden. Er zou in een vervolgonderzoek aandacht kunnen worden besteed aan één effect van het optreden van Diva Dichtbij. Zo zou een vervolgonderzoek gericht op alleen het fysiek welbevinden, wellicht ook meer informatie kunnen geven over het effect hierop van een optreden van Diva Dichtbij. Voor ouderen is het vaak lastig om een lang interview af te nemen, omdat zij sneller dan jongeren de concentratie kunnen verliezen. Daarom is een interview van een uur niet wenselijk. Bij een interview

alleen gericht op bijvoorbeeld fysiek welbevinden en het optreden van Diva Dichtbij, kunnen er meer vragen over één en hetzelfde onderwerp gesteld worden, waardoor er meerdere metingen zijn over hetzelfde effect. Zo geldt dat ook op gebied van sociale participatie en emotioneel welbevinden. In onderhavig onderzoek was er echter geen ruimte om eindeloos vragen te stellen over één onderwerp, omdat ervoor gekozen is om na te gaan in hoeverre de kwaliteit van leven verbeterd wordt door een optreden van Diva Dichtbij. Daarom zijn zowel de sociale, fysieke, als emotionele aspecten van kwaliteit van leven gemeten om een volledig beeld te geven van het effect van Diva Dichtbij.

Bij een volgend onderzoek zou het wellicht nuttig zijn om een voor- en nameting te doen in plaats van slechts één meetmoment. Het voordeel van een voor- en nameting is dat er korte- en langetermijneffecten gemeten kunnen worden en er kan nagegaan worden in hoeverre de ouderen zelf een verandering hebben ervaren in het verschil voor het optreden of na het optreden. In onderhavig onderzoek is echter gekozen voor een opzet zonder voormeting, omdat een voormeting de participanten teveel zou kunnen sturen in een bepaalde richting.

Daarnaast zou het onderzoek andere resultaten kunnen laten zien als de onderzoeker een week na het optreden haar interviews had gehouden. Op het gebied van sociale participatie kan naar aanleiding van dit onderzoek op dit moment namelijk weinig gesteld worden; er was nauwelijks een effect zichtbaar. De ouderen gaven aan niet veel na te praten over het optreden van de diva, maar uit onderzoek van Van Leijden (2010) is gebleken dat dit juist wel het geval is. Wellicht zou het onderzoek andere uitkomsten hebben, wanneer de interviews ongeveer een week na het optreden uitgevoerd zouden zijn, in plaats van de dag zelf of een dag na het optreden.

Literatuur

- Beek, A.P.A. van, Boer, M.E. de, Nispen, R.M.A., Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: De verfijning van een meetinstrument*. Deelrapport 2. Utrecht: NIVEL.
- Beek, A.P.A. van, Wagner, C., Frijters, D.H.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Groenewegen, P.P. Ribbe, M.W. (2004). *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Utrecht: NIVEL
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S. en Visser, A. (2006) *Inleiding complementaire zorg*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Gallagher, L.M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M.P., LeGrand, S.B. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Support care cancer*, 859-866.
- Hart, H. 't, Boeije, H., Hox, J. (red.) (2006). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Hilliard R.E. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy*, 113-137.
- Hilliard, R.E. (2005). Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 173-178.
- Hoeymans, N., Timmermans, J.M., Klerk, M.M.Y. de, Boer, A.H. de, Deeg, D.J.H., Poppelaars, J.L., Thissen, F., Drooglever Fortuijn, J.C., Hollander, A.E.M. de (2004). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: RIVM
- Hupkens, S. (2006) in Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S. en Visser, A. (red.) *Inleiding complementaire zorg*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 31-48.
- Klerk, M.M.Y. de (2005). *Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Curtis, C., Sloyer, P., Shenkman, E. (2009). Music therapy in an integrated pediatric palliative care program. *American journal of hospice and palliative medicine*, 449-455.
- Kooistra, J. Hart, H. 't (2006) in Hart, H. 't, Boeije, H., Hox, J. (red). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Krout, R.E. (2001). The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 383-390.

- Leijden, R. (2010). *Bachelorscriptie Algemene Sociale Wetenschappen: Muziek en zorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Lorr, M. McNair, D.M., Heuchert, J.W.P., Droppleman, L.F. (2003). *Profile of mood states: Identifies and assesses transient, fluctuating affective mood states*. Canada: Multi Health Systems.
- Nispen, R.M.A., Beek, A.P.A van, Wagner, C. (2005). Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: Een kwalitatief onderzoek. Deelrapport 1. Utrecht: NIVEL.
- Oneschuk, D., Balneaves, L. Verhoef, M., Boon, H., Demmer, C. Chiu, L. (2007). The status of complementary therapy services in Canadian palliative care settings. *Support Care Cancer*, 939–947.
- Pasch-Flierman, J. van der (2006) in Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S. en Visser, A. (red.) *Inleiding complementaire zorg*, Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 353-376.
- Poortvliet, M.C., Beek, A.P.A. van, Boer, M.E. de, Gerritsen, D.L., Wagner, C. (2006). *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Sacks, O. (2009). *Musicofilia: Verhalen over muziek en het brein*. Amsterdam: Meulenhoff.
- Schok, M.L. (2002). De kwaliteit van leven: Een vernieuwend perspectief in de zorg aan veteranen? *Nederlands Militair Geneeskundig tijdschrift*, 80-83.
- Wellink, H. (2003). *Een beetje meer draagkracht graag: Determinanten van de kwaliteit van leven van mensen met lichamelijke beperkingen*. Utrecht: master's thesis Universiteit Utrecht.
- Wlodarczyk N. (2003). *The effect of music therapy on the spirituality of persons in an in patient hospice unit as measured by self-report*. Tallahassee, Florida: master's thesis Florida State University.
- Ybarra, O., Burnstein, E., Winkielman, P., Keller, M.C., Manis, M., Chan, E., Rodriguez, J. (2008). Mental exercising through simple socializing: Social interaction promotes general cognitive functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 248-259

Geraadpleegde websites:

- Diva Dichtbij: www.divadichtbij.nl
- Stichting voorlichting palliatieve zorg: www.palliatievezorg.nl
- Theater Veder: www.theaterveder.nl
- Divertimento Muziek: www.divertimentomuziek.nl
- Wieteke van Dort: www.wietekevandort.nl
- Zantopp muziektherapeute: www.zantopp.nl/muziektherapie

Bijlagen

Bijlage 1 - Topiclijst

Sophia Geerars

Datum interview: ___ - ___ - _____

Participantnummer: ___

Instellingnummer: ___

Geslacht participant: man / vrouw

Leeftijd participant: ___ jaar

Tijd interview: __: __ u tot __: __ u

Totale tijdsduur interview: _____ minuten

Introductie

Hallo!

Ik ben Sophia Geerars. Ik werk niet in uw zorginstelling (ik ben iemand van buitenaf), ik ben een studente aan de Universiteit Utrecht.

Ik wil vandaag met u een gesprek voeren over het optreden van Diva Dichtbij. Ik wil graag weten wat u vindt van het optreden van Diva Dichtbij en of het kan verbeteren.

Het gesprek zal ongeveer een half uur duren.

Ik wil benadrukken dat uw gegevens vertrouwelijk worden behandeld en dat alles anoniem verwerkt wordt. (Uw naam zal dus nergens in het onderzoek genoemd worden)

De gegevens worden gebruikt om na te gaan hoe de mensen hier een optreden van Diva Dichtbij ervaren, zodat er misschien een verbetering van het optreden mogelijk is.

Voor het interview begint wil ik u nog vragen of ik het gesprek mag opnemen. Zo kan ik beter naar u luisteren. Ik zal zorgvuldig met dit bandje omgaan, niemand anders dan ikzelf zal het afluisteren en na verwerking van het interview zal ik het direct vernietigen.

Heeft u nog vragen of opmerkingen voordat het interview begint?

Optreden Diva Dichtbij

(→ Foto van de Diva laten zien!)

Ik ga u een paar vragen stellen over de Diva die bij u in het verpleeghuis is komen zingen.
(Kunt u zich het optreden nog herinneren?)

Algemeen

Wat vond u van het optreden van Diva Dichtbij?
Kunt u uitleggen waarom u dat vond?

Vertel daar eens wat meer over

Keuze voor liederen + herinneringen

Wat vond u van de keuze voor de liederen?

Waarom was dit een goede/foute keus?

Had u bepaalde herinneringen aan de liederen?
Kunt u dat toelichten?
Hoe vond u dat?

Contact met de Diva

Had u het gevoel dat u contact had met de Diva?

Indien ja: Hoe dan?
Hoe voelde u zich toen?
Kunt u dat toelichten?

Participatie

Voelde u zich op uw gemak tijdens het optreden?

Praten met anderen

Praat u met anderen na over het optreden?
Indien ja: Met wie? (vb. bewoners, verzorgenden, familie, vrienden)
Waar heeft u het dan over?
Wat zegt u dan?
Wat zeggen anderen?

Welbevinden

Mentaal welbevinden

Hoe voelde u zich tijdens het optreden?
Hoe kwam dat?

Waarom denkt u dat u dat voelde?
Waar kwam dat gevoel vandaan?

Kunt u het optreden van de Diva in één woord omschrijven?
Waarom vond u dat?
Werd u emotioneel tijdens het optreden?
Wat gebeurde er toen?
Hoe denkt u dat dat kwam?
Vertelt u daar eens iets meer over

Kwamen er bepaalde herinneringen naar boven tijdens het optreden?
Kunt u daar wat meer over vertellen?

Fysiek welbevinden

Ik begrijp dat u een beperking heeft, want u zit in een rolstoel.
Wat belemmert u vooral?

Bent u vaak moe?
Indien ja: Hoe voelde dat tijdens het optreden? (moe/juist niet moe?)
Hoe kwam dat denkt u?

Heeft u pijn?
indien ja: Hoe voelde u zich tijdens het optreden (op gebied van pijn)?
Is de pijn veranderd sinds of tijdens het optreden?

Was u de pijn tijdens het optreden even vergeten?

Bent u wel eens benauwd?
indien ja: Hoe was dat tijdens het optreden?
Heeft u daar last van gehad?
Hoe kwam dat denkt u?

Voelde u zich ontspannen tijdens het optreden?

Voelt u zich lichamelijk anders tijdens of na het optreden vergeleken met voor het optreden?

Voelde u zich op uw gemak tijdens het optreden?

Ervaringen

Ervaart u het optreden als een aanvulling op de dagelijkse bezigheden?

Wat vond u ervan dat het optreden hier in de huiskamer plaats vond?

Actief meedoen (*participatie / welbevinden*)

Zou u vaker zo'n optreden als dit willen meemaken?

Waarom wel/niet?

Denkt u dat het goed is voor het huis om zo'n optreden als dat van Diva Dichtbij mee te maken?

Neemt u vaak deel aan de activiteiten in het verpleeghuis?

Waarom wel/niet?

Welke activiteiten zijn dat?

Dit waren de laatste vragen.

Heeft u nog op- of aanmerkingen?

Heel erg bedankt voor het meewerken!

Bijlage 2 - Codeboom

Algemeen beeld van het optreden

Mening over het optreden

In één woord

Goed

Zelfde als vorige keer / Best gedaan

Ouderen vermaak gegeven

Zingt goed

Goede stem

Verademing

Eenvoudige uitstraling diva

Cadeautje

Die stem!

Leuk

Goede stem

Goed zingen

Heel mooi

Vrolijk

Prima

Zuivere stem

Diva leuk, aantrekkelijk, beschaafd

Geweldig

Zo mooi zingen

Fantastisch mooi

Entree (binnenkomst) diva

Eindeloos

Klasse

Contact met de diva

Knap dat ze dit kan / doet

Geeft vreugde aan de mensen

Goed dat dit gedaan wordt

Voor herhaling vatbaar

Uitstekend

Heel mooi

Zong goed

Contact met diva

Sympathiek

Mooi

Ontroerde me, prachtig

Leuk en verschrikkelijk mooi

Wel een valse noot

Prima

Prachtig

Enthousiast

Ze deed het met gevoel
Kan ik niet
Mooie stem / mooi gezongen
Goed in hoge tonen
Het ondergaan, troost / geluk
Het was af

Keuze voor de liederen

Goed

Veelzijdigheid

Soms niet veelzijdig qua taal
Misschien meer meeziingers?
Niet kinderachtig

Nieuw

Kende niet veel liederen

Vrolijk

Niet saai/taai

Mooi

Uitleg bij de liederen goed

Herkenning

Vooral de bekende liederen leuk

Veel hetzelfde

Je moet er van houden

Wil meer Nederlandse liederen

Kan geen andere talen
Ik snapte de inhoud niet

Kende de liederen niet

Niet meezingen

Jammer

Huiskamer als locatie

Klein

Beknopt en fijn
Niet zo kolossaal
Grotere ruimte beter tot haar recht

Maakt niet uit

Ben er toch al
Vind alles goed
Andere zaal was ook prima

Grote zaal

Niet fijn
Anderen er bij
Afleiding
Slechte akoestiek

Leuk / Prettig

Zoals thuis
Intiemer
Eigen groep mensen
Heel goed
Kind eigen
Kan ook niet meer naar concert toe

Aanvulling dagelijkse bezigheden

Ja
Afleiding
Uit dagelijkse sleur
Totaal iets anders
Zou het wel meer willen

Hoop dat ze iedere dag komt
Het was een extraatje

Leuk en afwisselend
Voelt als een uitstapje
Andere ontspanning
Anders hele dag binnen en op kamer
Iedereen kijkt er naar uit

Nee
Het was maar eenmalig
Even iets anders / uit de sleur

Vaker meemaken

Nee
Nietszeggend
Voldeed aan verwachting / niets nieuws
Volgende keer andere diva
Wel mooi
Veel emoties los

Ja
Graag
Mooie stem
Eenvoud
Even wat anders / afleiding
Cadeautje
Mag ook anders
Andere diva
Orkestjes
Minder sentimentele liederen

Valse noot er uit

Goed voor zorginstelling

Ja

Afleiding
Afwisseling
Dat er iets georganiseerd wordt
 Aantrekkelijk voor buitenstaanders
Positief voor alle bewoners
Combinatie zingen en praten
Als mensen het snappen
 Misschien te gevoelig?

Fysiek welbevinden

Fysieke belemmeringen

Rolstoel

Rollator

Niet goed kunnen lopen
Hersensbloeding/TIA
 Halfzijdige verlamming

Vermoeidheid

Dagelijks leven

Moe
 Tijdens het optreden
 Niet moe

 Vergeten

 Afleiding
 Geboeid
 Andere reden
 Zitten maakt niet moe
 Weet niet waarom niet

 Wel moe
 Van tevoren al moe
 Een beetje moe/af en toe moe

Niet moe

Pijn

Dagelijks leven

Veel pijn

 Tijdens het optreden
 Geen pijn
 Vergeten
 Afleiding
 Weet niet waarom niet

Wel pijn

Emotioneel lied

Altijd pijn

Een beetje pijn/viel mee

Na het optreden

Wel pijn

Gaat gewoon door

Geen/weinig pijn

Benauwdheid

Dagelijks leven

Benauwd

Tijdens het optreden

Niet benauwd

Vergeten

Afleiding

Ontspanning

Geen reden tot benauwdheid

Zitten

Wel benauwd

Af en toe benauwd

Soms benauwd

Tijdens het optreden

Niet benauwd

Vergeten

Ontspanning

Geen reden voor

Wel benauwd

Af en toe benauwd

Nooit benauwd

Ontspannen

Tijdens het optreden

Ontspannen

Zitten

Luisteren naar zang

Bekende melodietjes

Op mijn gemak
Geen zorgen
Wel verwacht

Niet ontspannen

Ongemakkelijk

In kring zitten

Toegezongen worden

Weet ik niet

Niet op gelet

Zal dan wel ontspannen zijn

Mentaal welbevinden

Gevoel tijdens optreden

Weet niet

Geen bijzondere gevoelens

Ontroerd

Contact met de diva

Moe

Teveel gedaan

Intens luisteren

Goed

Ontspannen

Geen inspanning

Nergens aan hoeven denken

Kalmer

Geen zorgen maken

Eigen groep mensen

Iets te doen

Even wat anders

Luisteren en kijken

Mooi zingen

Vrolijke liederen

Raakte gevoelige snaar

Nieuwsgierig

Herinneringen bij liederen

Geen

Kende de liederen niet

Slecht gehoor

Af en toe herinnering aan vroeger

School
Radio
Leven van familie
 Gemis van familie
Vage herkenning liederen
Veel herinneringen
 Vroeger zelf muzikaal
 Piano
 Zingen
 Vader pianoleraar
 Gedwongen sfeer
Bevrijding
Feest ouders
Vakanties van vroeger
Leven van familie
 Gemis van familie

Emoties

Emotioneel
 Huilen
 Missen van familie
 Jeugd
 Druk van de ketel
 Opluchting / fijn
 Aangrijpend lied
 Sympathie
 Lachen
 Als de diva bij me kwam
Geen emoties
 Wel herinneringen
 Deed me niets
 Gelukkig geen emoties
 Nuchter als altijd

Participatie

Praten met anderen over het optreden

Nee
 Doe ik gewoon niet
 Raakt me teveel
 Emoties, tere snaar

Misschien

Van toeval afhankelijk
Als het ter sprake komt

Ja

Met wie erover praten
Andere bewoners
Die weten waar je het over hebt / waren erbij

Alleen degene die me snappen
Niet met andere bewoners
Niet goed gesprek mee te voeren
Weten niet waar je het over hebt
Verzorgenden

Die weten waar je het over hebt / waren erbij
Ook over emoties vertellen
Niet met verzorgenden
Die weten het
Bezoek
Niet met bezoek
Die waren er niet bij
Met wie er is/wie wil luisteren

Maar niet aan bezoek
Die waren er niet bij/snappen het niet

Wat wordt er gezegd
Uitstraling Diva

Mooie jurk

Kar
Zelfgemaakt
Vrolijk
Sympathiek
Kaart
Foto
Zangkwaliteiten
Goed
Mooie stem
Knap

Vals
Niet vals, op eind moe
Vorige keer

Andere diva
Deze beter
Vroeger
Eigen verhalen over zingen

Emoties die los kwamen
Ontroering
Wat het bij me losmaakte

Actief meedoen

Andere activiteiten in het huis

Nee

Er wordt weinig georganiseerd
Zou meer willen, met name orkestjes
Particuliere zorginstelling

Geen zin

Meestal visite

Zit er parttime

Wil niet meer dan nodig is komen

Soms

Alleen als het in de huiskamer is
Niet op mijn gemak
Wil niet alleen naar iets toe
Voel me hier niet zo thuis

Ja

Gym / Sport

Bewegen voor ouderen

Zittend bewegen

Overgooien vanuit de rolstoel

Knutselen

Handwerken / breien

Kaarten maken

Andere knutselwerkjes

Spelletjes

Bingo

Spelen met taal

Quiz

Bloemschikken

Gedichten

Zingen

(Rolstoel)dansen

Naar buiten

Krant voorlezen

Optredens

Meezingers

Zangkoor

Andere optredens

Reden om mee te doen
 Ontspanning
 Even wat anders
Beperkingen bij activiteiten
 Geen fysieke activiteiten meer mogelijk
 Bewegen voor ouderen (gym / sport)
 Lichamelijk kan dit niet
 Te vermoeiend
 Handwerken
 Teveel priegelen
 Bingo
 Slechtziend

Contact met de diva

Geen contact
 Versta de tekst van de liederen niet
Misschien contact
 Je kent zo'n vrouw niet
 Niet bij mij, wel bij anderen
 Vooral eenzijdig
 Deed haar best: aankijken
 Ze zocht wel contact en is gelukt
 Knielen
 Dansen
 Zingen
Wel contact
 Aankijken
 Doorzingen
 Bij me komen zitten / knielen
 Tegenover me zitten
 Bij me blijven staan
 Aanraken
 Even (hand) vastpakken
 Zingen
 Iedereen hand geven
 Zich even voorstellen
 Dansen
 Praten met mensen

Vragen stellen

Lachen

Gevoel bij het contact

Op mijn gemak zijn

Niet weglopen

Goed gevoel

Ze bindt me

Fijn

Hard huilen

Ze bleef zo staan

Prima

Leuk

Genieten

Ik hoorde er bij

Voelde goed

Ongemakkelijk

Niet gewend toegezongen te worden

In kring zitten

Iedereen kijkt je aan

Ze voelde dat ik alles hoorde

Ik ben scherp van gehoor, zei hoorde dat

Niet prettig

Anderen weten dit niet van mij

De diva

Gelijk met iedereen eigen

Sympathiek

Ze voelt mij aan