



rijksuniversiteit
groningen

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

Kunst als Katalysator in de Zorg

Een kwalitatief onderzoek naar de rol van *muziek in de zorg*
bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners

Arts as Catalyst in Care

A qualitative study on the role of *music in health*
in the interpersonal relationships between caregivers

Anna van der Meulen

a.van.der.meulen.8@student.rug.nl
S3683834

MSc Sociologie: Gezondheid, Welzijn & Zorg

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit voor Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Begeleider:

Prof. Dr. Nardi Steverink

Referent:

Dr. Donald van Tol

Ingediend op:

12-03-2025

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie “Kunst als Katalysator in de Zorg: een kwalitatief onderzoek naar de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners”, ter afronding van de master Sociologie in de richting Gezondheid, Welzijn & Zorg. De keuze voor het onderwerp is voortgekomen uit de stage die ik heb gelopen bij Aletta Jacobs School of Public Health, waar ik in aanraking kwam met het thema “arts in health”. Ik zag de waarde en potentie van het toepassen van kunst in de gezondheidszorg, in het bijzonder dat van muziek, wat mij motiveerde om me hierin te verdiepen. Ik heb mij uiteindelijk gericht op wat *muziek in de zorg* doet met de zorgverleners onderling, aangezien uit gesprekken bleek dat hier nog weinig over bekend is.

Ik heb het onderzoek als interessant en verrijkend ervaren. Het zelfstandig opzetten en uitvoeren van een kwalitatief onderzoek bracht uitdagingen met zich mee, maar was bovenal enorm leerzaam. Bovendien is *muziek in de zorg* een onderwerp dat raakt; het gaat over emotie, verbinding en betekenis. Het was mooi om te ontdekken welke impact muziek kan hebben, niet alleen op cliënten, maar ook op zorgverleners. Het enthousiasme van de participanten over *muziek in de zorg* heeft mij nog meer doen inzien hoe krachtig kunst kan zijn in de gezondheidszorg.

Deze masterscriptie had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van anderen, waarvoor ik mijn dank wil uitspreken. Ik wil graag Ferdinand Lewis, Kirsten Krans en mijn stagebegeleider Nienke Schripsema bedanken voor hun ondersteuning in de eerste fase van het onderzoek, en voor het in contact brengen met relevante mensen in het veld van *muziek in de zorg*. Daarnaast ben ik Griet-Anne Banga, Krista de Wit en Luca Altdorfer zeer dankbaar voor hun hulp. Dankzij hen is het me gelukt om in contact te komen met de juiste participanten voor het onderzoek. Mijn dank gaat ook uit naar de participanten, voor hun tijd en het delen van hun ervaringen. Verder wil ik graag mijn scriptiebegeleider Prof. Dr. Nardi Steverink bedanken voor haar waardevolle feedback en fijne ondersteuning gedurende dit proces. Ook dank aan mijn referent Dr. Donald van Tol voor het meedenken en de nuttige feedback.

Ik hoop met dit onderzoek bij te kunnen dragen aan een verdere omarming van *muziek in de zorg*, hoe klein die bijdrage ook mag zijn. Ik wens u veel leesplezier.

Samenvatting

Onderhevig aan economische belangen, technologische ontwikkelingen, een toenemende zorgvraag en groeiende personeelstekorten zijn de interacties tussen zorgverleners en patiënten in de gezondheidszorg steeds functioneler geworden. Toch blijft menselijk contact met patiënten een essentieel onderdeel van het verlenen van zorg. Door deze ontwikkelingen dreigt de ziel uit het vak te verdwijnen, wat de behoefte aan een meer persoonsgerichte gezondheidszorg vergroot. Het toepassen van kunst in de zorg zou deze verschuiving kunnen ondersteunen, waarbij al veel bekend is over de impact van muziek.

De invloed van *muziek in de zorg* op zorgverleners en het zorgteam is nog relatief onduidelijk. Dit onderzoek verkent de potentie van het toepassen van muziek in de zorg verder, door zich te richten op de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* en de rol ervan bij interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. Deze onderlinge relaties zijn van belang voor zowel het welzijn van de zorgverleners als de kwaliteit van de zorg. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews met tien zorgverleners werkzaam in een verpleeginstelling in Noord-Nederland, die ervaring hebben met *muziek in de zorg*. De interviews zijn vervolgens geanalyseerd met een thematische analyse.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de participanten (zeer) goede ervaringen hebben met *muziek in de zorg*, waarbij ze sterk gericht zijn op hoe het cliënten kan helpen. Dit kan hen gevoelens van blijheid, voldoening en ontroering geven. *Muziek in de zorg* lijkt bovendien zowel de zorgverleners als de zorgverlening te kunnen ondersteunen. De positieve gevoelens kunnen participanten bijvoorbeeld energie en veerkracht geven. Daarnaast helpt *muziek in de zorg* zorgverleners om ontoegankelijke cliënten beter zorg te geven en faciliteert het menselijk contact. Op basis van de resultaten kan echter nog niet met zekerheid worden bepaald hoe *muziek in de zorg* de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners beïnvloedt. Wel zijn er enige aanwijzingen gevonden dat de sfeer in het team positiever en relaxter is na muzieksessies, zorgverleners leuke en informele gesprekken hebben met elkaar naderhand, en de lijnen tussen verschillende disciplines in de verpleeginstelling korter worden. De bevindingen nodigen uit voor vervolgonderzoek en een bredere toepassing van *muziek in de zorg* in de praktijk, waarvoor het onderzoek een aantal aanknopingspunten biedt. Voor zowel vervolgonderzoek als de praktijk zou een belangrijke volgende stap zijn om meer aandacht te besteden aan de betrokkenheid van zorgverleners.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	6
1.1.	Persoonsgerichte zorg	6
1.2.	De potentie van kunst in de zorg.....	7
1.3.	Kunst in de zorg in Noord-Nederland.....	8
1.4.	Het effect van <i>muziek in de zorg</i>	9
1.5.	Focus op interpersoonlijke relaties zorgverleners.....	10
1.6.	Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie	11
1.6.1.	Wetenschappelijke relevantie	11
1.6.2.	Maatschappelijke relevantie	12
2.	Theoretisch kader.....	13
2.1.	Muziek in de zorgomgeving	13
2.2.	Ervaringen van zorgverleners met <i>muziek in de zorg</i>	14
2.2.1.	Een sterkere patiënt-zorgverlener-relatie.....	14
2.2.2.	Vreugde voor patiënten	15
2.2.3.	Mogelijke negatieve invloed van <i>muziek in de zorg</i> op zorgverleners.....	16
2.3.	De invloed van <i>muziek in de zorg</i> op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners	17
2.3.1.	Onderling vertrouwen	17
2.3.2.	Goede communicatie.....	18
2.4.	Visualisering	19
3.	Methoden.....	20
3.1.	Methode van dataverzameling	20
3.1.1.	Onderzoeksopzet	20
3.1.2.	Wervingsproces participanten.....	21
3.1.3.	Interviews	23
3.2.	Methode van dataverwerking.....	25
3.2.1.	Analyseplan: thematische analyse.....	25
3.2.2.	Kwaliteitseisen kwalitatief onderzoek.....	28
3.3.	Ethische overwegingen	30
4.	Resultaten	32
4.1.	Participanten	32
4.1.1.	De participanten en de verschillende vormen van <i>muziek in de zorg</i>	33
4.2.	Kernthema's en subthema's	34
4.2.1.	Kernthema 1: Ervaringen met <i>muziek in de zorg</i>	35

4.2.2.	Kernthema 2: Veranderingen binnen het team	45
4.2.3.	Kernthema 3: Manieren waarop <i>muziek in de zorg</i> ondersteunend kan zijn aan zorgverleners en de zorg	48
4.2.4.	Conclusie.....	53
5.	Conclusie & discussie.....	56
5.1.	Belangrijkste bevindingen.....	56
5.1.1.	Deelvraag 1: Hoe ervaren zorgverleners <i>muziek in de zorg</i> ?	56
5.1.2.	Deelvraag 2: Wat doet <i>muziek in de zorg</i> volgens zorgverleners met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?.....	58
5.1.3.	Deelvraag 3: Hoe kan <i>muziek in de zorg</i> zorgverleners ondersteunen?	59
5.1.4.	Beantwoording hoofdvraag.....	60
5.2.	Sterke punten en beperkingen van het onderzoek.....	61
5.2.1.	Sterke punten.....	61
5.2.2.	Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	62
5.3.	Aanbevelingen voor de praktijk.....	64
5.4.	Slotwoord.....	65
6.	Literatuurlijst	67
7.	Bijlage.....	73
7.1.	Uitnodigingsmail participanten.....	73
7.2.	Toestemmingsformulier	74
7.3.	Interviewschema	76
7.4.	Codeboek	82

1. Inleiding

Menselijke interacties tussen zorgverlener en patiënt vormen de kern van de gezondheidszorg (Moll et al., 2015). Onderhevig aan economische belangen (Sinclair et al. 2016) en technologische ontwikkelingen is focus in de gezondheidszorg echter steeds meer komen te liggen op het uitvoeren van taken (McCabe, 2004). Tevens hebben zorgverleners vanwege de toenemende vergrijzing en het groeiend aantal personeelstekorten in de zorg te maken met een hoge werkdruk (Dirven & Gielen, 2022), waardoor minder tijd kan worden besteed aan interactie met patiënten (Ekman et al., 2011; McCabe, 2004). Interacties tussen zorgverleners en patiënten zijn hiermee steeds functioneler geworden (McCabe, 2004).

Het tekort aan betekenisvol menselijk contact heeft echter gevolgen voor zowel patiënten als zorgverleners. De focus op taken maakt dat patiënten veelal worden gereduceerd tot een ziekte die moet worden behandeld, waardoor er minder ruimte is om de patiënt als persoon te zien (Ekman et al., 2011). Daarnaast lopen zorgverleners een groter risico op compassiemoeheid, waardoor zorgverleners minder voldoening uit hun werk halen (Ricard, 2013), wat uiteindelijk kan leiden tot isolatie en onthechting (Bush, 2009). Bovendien kan compassiemoeheid negatieve uitkomsten hebben voor de kwaliteit van de zorg. Compassievolle zorg wordt gezien als belangrijk voor het succes van een behandeling en als bepalend voor de gezondheidsuitkomsten van patiënten (Lown et al., 2011).

Hiermee lijkt er sprake te zijn van een paradox. Contact met patiënten wordt veelal gereduceerd tot functioneel contact om het werk van zorgverleners behapbaar te houden, terwijl menselijk contact inherent is aan werken in de zorg en juist hetgeen lijkt te zijn wat werken in de zorg op de lange termijn vol te houden maakt. Overigens past een op ziekte gerichte gezondheidszorg niet goed bij een vergrijzende samenleving, wat zou betekenen dat het huidige zorgsysteem niet toekomstbestendig is (Tinetti et al., 2016). Ouderen hebben namelijk vaak meerdere aandoeningen die chronisch zijn, waarbij een focus op ziekte tot een enorm hoge behandellast zou leiden (Tinetti et al., 2016). Een meer persoonsgerichte gezondheidszorg lijkt nodig om een duurzaam zorgsysteem en uiteindelijk een betere werkervaring en welzijn van zorgverleners te kunnen waarborgen. Het belang van en de behoefte aan menselijkheid in de gezondheidszorg wordt tevens onderstreept door *medical humanities*, opkomend in het medisch onderwijs (Little, 2002).

1.1. Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg kan worden gedefinieerd als zorg die wordt gekenmerkt door compassie en zich richt op de behoeften van elke patiënt als persoon (Makoul et al., 2024). Een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg is de therapeutische relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Verondersteld

wordt dat een therapeutische patiënt-zorgverlener-relatie essentieel is om persoonlijke en holistische zorg te kunnen leveren (O’Connell, 2008). Menselijk contact draait hierbij om een gevoel van verbondenheid tussen de zorgverlener en de patiënt, en is dus meer dan alleen fysieke aanwezigheid (Turpin, 2014). Deze verbondenheid komt tot stand door onder andere oprechte betrokkenheid, in het moment zijn en de beschikbaarheid van de zorgverlener (Derksen, 2020; Turpin, 2014). Het is belangrijk dat de zorgverlener ‘met de patiënt is’, ook wel *nursing presence* genoemd (Turpin, 2014). Deze betrokkenheid kan een positief effect hebben op het welzijn van patiënten, maar ook op de werktevredenheid van de zorgverleners zelf (Wei et al., 2019).

Het tot stand brengen van een therapeutische relatie is veeleisend voor zorgverleners. Onder andere doordat het een beroep doet op hun emotionele intelligentie en doordat de houding van de zorgverlener altijd positief en oprecht moet zijn (O’Connell, 2008). Het is zaak dat zorgverleners zichzelf niet vergeten om te voorkomen dat ze kwetsbaar worden voor moeilijke gebeurtenissen, waardoor ze emotionele last kunnen ondervinden (Bush, 2009). Bovendien is het tot stand laten komen van persoonsgerichte zorg lastig doordat de therapeutische patiënt-zorgverlener-relatie sterk afhankelijk is van de context (O’Connell, 2008). Met name de technologische ontwikkelingen en de toegenomen focus op taken in de gezondheidszorg, zorgen ervoor dat de therapeutische patiënt-zorgverlener-relatie in het gedrang komt (Foster & Hawkins, 2013). Ondersteuning voor zorgverleners is nodig om persoonsgerichte zorg tot stand te kunnen brengen (Ekman et al., 2011).

1.2. De potentie van kunst in de zorg

Toepassingen van *arts in health*, een opkomend veld in Nederland, zou een verschuiving naar een meer persoonsgerichte gezondheidszorg wellicht kunnen ondersteunen. *Arts in health* is “*the practice of applying arts initiatives in a variety of settings to directly promote, maintain or improve health and wellbeing outcomes*” (Davies & Clift, 2022, p. 2). Internationaal is *arts in health* al een gevestigd veld in de cultuursector en de gezondheidszorg (Lewis et al., 2024). Ondanks dat de kennis hierover nog versnipperd is (De Boer & Te Marvelde, 2018), groeit het aantal onderzoeken dat de positieve bijdrage van kunst aan welzijn en gezondheid onderschrijft (Fancourt & Finn, 2019). In Nederland wordt de potentie van kunst in de zorg ook onderkend. Echter, het veld is nog erg gefragmenteerd en er bestaat vrijwel nog geen structurele (financiële) ondersteuning (De Boer & Te Marvelde, 2018; Lewis et al., 2024).

Arts in health verschilt van kunsttherapie doordat de interventies niet therapeutisch zijn bedoeld en dus niet het doel hebben om een bepaalde ziekte of aandoening te behandelen. Kenmerkend voor deze artistieke en creatieve praktijken is dat ze zijn bedoeld om persoonlijke beleving, betekenis- en zingeving teweeg te brengen (Bakker et al., 2018). *Arts in health* is daarmee een meer holistische benadering van gezondheid. Dit sluit aan op de groeiende behoefte om gezondheid op een meer

holistische wijze te benaderen (Fancourt & Finn, 2019). Deze behoefte is onder andere terug te zien in de veranderende visie op gezondheid, aangeduid met het concept positieve gezondheid, waarbij het algehele welzijn, actieve participatie en de patiënt centraal staan (Huber et al., 2016; Lewis et al., 2024). Naast veranderingen in de gezondheidssector, vinden er tegelijkertijd veranderingen plaats in de cultuursector die kunnen worden beschouwd als complementair (Lewis et al., 2024). Onder andere door overheidsbezuinigingen op cultuur en een groeiende behoefte in de cultuursector om van maatschappelijke betekenis te zijn, wordt kunst in toenemende mate gezien als middel om maatschappelijke doelen mee te bereiken, waaronder zorgdoelen (Bakker et al., 2018). De ontwikkelingen in de kunst kunnen hiermee ondersteunend zijn aan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Kunstvormen die worden gebruikt bij *arts in health* variëren sterk en kunnen behoren tot zowel de podiumkunst, beeldende kunst, literatuur, culturele kunst of digitale kunst (Davies et al., 2012). Het toepassen van kunst in de zorg kan een positieve bijdrage leveren aan welzijn en gezondheid, op zowel psychologisch, fysiek als sociaal vlak (Juslin, 2013). Positieve bijdragen van *arts in health* zijn onder andere het kalmeren van patiënten, helpen met zelfexpressie wat begrip en empathie kan promoten en het verminderen van medicatiegebruik voor pijnbestrijding (Staricoff, 2004).

1.3. Kunst in de zorg in Noord-Nederland

In Noord-Nederland bestaan verschillende *arts in health*-projecten. Net als in de rest van Nederland is een groot deel van de projecten in Noord-Nederland gericht op ouderen of maakt gebruik van muziek als kunstvorm. *Arts in health*-projecten in Noord-Nederland die gebruik maken van muziek vinden plaats in verschillende zorgcontexten, waaronder afdelingen van ziekenhuizen, verzorgingshuizen, woongroepen en dagbestedingen, en worden op verschillende manieren vormgegeven. Om een beter beeld te geven van hoe *muziek in de zorg* eruit kan zien, worden enkele initiatieven en projecten als voorbeelden besproken.

Onder andere Muziek aan Bed en Mimic organiseren projecten in ziekenhuizen. Vanuit Muziek aan Bed gaan twee musici langs bij kinderen en volwassenen in ziekenhuizen, met als doel om het emotionele en sociale welzijn van de patiënten te ondersteunen. De musici bespelen op unieke wijze gezamenlijk één cello, namelijk met vier handen en twee stokken tegelijk (<https://muziekaanbed.nl/>). Vanuit Mimic gaan musici ook langs bij de kamers van patiënten, en improviseren ze ter plekke live muziek op basis van hun behoeften en die van andere betrokkenen, zoals zorgverleners (<https://www.mimicmuziek.nl/>). Deze twee initiatieven organiseren eveneens projecten in verpleeginstellingen. Muziek aan Bed heeft bijvoorbeeld een tweejarig project georganiseerd voor ouderen met dementie, genaamd Muziek aan Tafel, waarbij met een cello muziekoptredens werden gegeven in verpleeginstellingen (<https://muziekaanbed.nl/>). Daarnaast is Mimic zich ook aan het richten

op interactieve projecten in de ouderenzorg en op revalidatieafdelingen (<https://www.mimicmuziek.nl/>). Het initiatief Embrace organiseert daarnaast projecten in zowel de zorg als het sociale domein, gericht op het geven van een beter leven aan kwetsbare mensen en hun omgeving. Een voorbeeld van een project in het zorgdomein is Muziek & Dementie, waarbij ouderen met dementie in verpleeghuizen of een dagopvang interactieve muziekworkshops volgen. Tijdens de workshop spelen musici muziek die is afgestemd op deze doelgroep en worden de ouderen gestimuleerd om zelf mee te doen met het muziek maken. Met deze workshops worden ook actief handvaten gegeven aan zorgverleners en mantelzorgers om muziek te integreren in de zorg die zij verlenen (<https://embracenederland.nl/>).

In deze masterscriptie wordt de term *muziek in de zorg* gebruikt om in brede zin te verwijzen naar het toepassen van muziek in de zorg met als doel om het welzijn en de kwaliteit van leven van een specifieke doelgroep te verbeteren, bijvoorbeeld dat van patiënten of ouderen. Onder *muziek in de zorg* wordt in dit onderzoek dus niet alleen muziekprojecten verstaan, zoals hierboven beschreven, maar alle toepassingen van muziek in de zorg, mits het actieve doel is om mensen te ondersteunen in welzijn en kwaliteit van leven. Muziektherapie wordt in dit onderzoek niet meegenomen als *muziek in de zorg*, aangezien het doel voornamelijk behandelen is.

1.4. Het effect van *muziek in de zorg*

Muziek kan op verschillende manieren worden gebruikt in de zorg. Zo kan muziek worden afgespeeld via een koptelefoon of live in de kamer van een patiënt (Van der Wal-Huisman et al., 2018). Ook kan muziek op een meer interactieve manier worden ingezet, zoals bij participatieve muziekprojecten. Een voorbeeld hiervan is het improviseren van live muziek in samenspel met de patiënten en aanwezige zorgverleners (Van der Wal-Huisman et al., 2021). Uit bestaande onderzoeken blijken verschillende positieve bijdragen van *muziek in de zorg*. Een aantal daarvan wordt hieronder besproken.

Veel van de bestaande onderzoeken richten zich op de invloed van *muziek in de zorg* op patiënten of andere kwetsbare groepen. Onderliggend aan de bevindingen van deze onderzoeken is de aanname dat muziek bijdraagt aan welzijn en gezondheid, doordat het patiënten emotioneel en fysiek ondersteunt. Bevindingen zijn onder andere dat muziek pijn en spanning vermindert, waardoor patiënten sneller herstellen van een operatie (Van der Wal-Huisman et al., 2018) of dat muziek dient als afleiding van de ziekte waarmee patiënten te maken hebben, wat een kalmerend effect heeft (Bradt et al., 2014). Een andere belangrijke bevinding is dat live (participatieve) muziek ervoor zorgt dat patiënten zich weer meer als mens gezien voelen (Van der Wal-Huisman et al., 2021) en meer verbondenheid ervaren met de betrokken muziekprofessionals en zorgverleners (Van der Wal-Huisman et al., 2023). Bovendien blijkt dat *muziek in de zorg* socialisatie kan bevorderen, doordat bewoners van verzorgingshuizen na deelname aan een muziekproject meer met elkaar praten en meer groepsactiviteiten met elkaar ondernemen, wat eenzaamheid onder ouderen kan verminderen (Cheetu et al., 2022). Eenzaamheid is

niet alleen belemmerend voor het welzijn en de mentale gezondheid, maar kan ook negatieve effecten hebben op de fysieke gezondheid. Het gevoel van erbij horen, een basisbehoefte van de mens, komt bij eenzaamheid namelijk in het gedrang, waardoor systemen in het lichaam uit balans kunnen raken (Jaremka & Sunami, 2018). Eveneens kan eenzaamheid leiden tot stress, doordat mensen het gevoel hebben dat ze minder controle hebben over hun leven (Cornwell & Laumann, 2015). *Muziek in de zorg* blijkt overigens ook een positieve bijdrage aan de familie van patiënten te kunnen leveren, doordat *muziek in de zorg* hen afleidt van de ziekte van hun dierbare (Preti & Welch, 2011), waar ook zij last van ondervinden (Lai et al., 2012).

Er zijn ook onderzoeken die aandacht besteden aan de ervaringen van betrokken zorgverleners met *muziek in de zorg*. Uit deze onderzoeken blijkt dat *muziek in de zorg* eveneens een positieve bijdrage aan het welzijn van zorgverleners kan leveren, onder andere doordat het hen goed doet dat de muziek een positief effect heeft op de patiënten (Van der Wal-Huisman et al., 2021). Bovendien komt naar voren dat muziekprojecten zorgverleners een prettige onderbreking van de dag kunnen bieden (Van der Wal-Huisman et al., 2021). Een andere interessante waarneming is dat *muziek in de zorg* ervoor kan zorgen dat de relaties tussen zorgverleners en hun patiënten verbetert (Toccafondi et al., 2017). Patiënten worden in een andere context geplaatst dan waarin zorgverleners hen doorgaans zien, waardoor zorgverleners hen weer meer zien als mens in plaats van als een onderdeel van het werk (Roe et al., 2014). Bovendien kan de participatie van patiënten aan creatieve activiteiten zorgverleners uitdagen om vooroordelen over de patiënten te heroverwegen en de patiënt minder als ziekte te zien (Fritsch et al., 2009).

1.5. Focus op interpersoonlijke relaties zorgverleners

In tegenstelling tot patiënten en andere kwetsbare groepen, is de invloed van *muziek in de zorg* op zorgverleners minder vaak onderzocht. Tevens richt het onderzoek dat er ligt zich vooral op de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* in relatie tot de patiënten. Bijvoorbeeld op de impact van *muziek in de zorg* op patiënten vanuit het perspectief van zorgverleners. Verder is nog niet duidelijk of, en zo ja, op welke manier *muziek in de zorg* invloed heeft op de onderlinge relaties tussen zorgverleners die ermee in aanraking zijn geweest.

Onderlinge relaties, ofwel interpersoonlijke relaties, spelen echter een belangrijke rol bij het leveren van kwalitatieve en effectieve zorg (Migowski et al., 2019). Medewerkers met zeer goede onderlinge relaties zijn over het algemeen beter in samenwerken en communiceren (Berman et al., 2002). Bovendien maken positieve relaties met collega's dat werknemers meer tevreden zijn met hun werk (Read & Laschinger, 2015). Mogelijk doordat goede relaties met collega's het gevoel erbij te horen versterken wanneer mensen onderdeel zijn van een organisatie (Reich & Hershcovis, 2011). Dat de onderlinge omgang en samenwerking tussen zorgverleners een belangrijk focuspunt is als men het

functioneren van een zorgteam wil onderzoeken, wordt ook bevestigd door het artikel van Pype et al. (2017). Zij stellen dat het functioneren van een zorgteam het best kan worden begrepen door te kijken naar de onderlinge relaties tussen zorgverleners – in plaats van naar zorgverleners als afzonderlijke individuen – omdat onderlinge communicatie en interacties sterk bepalend zijn voor het aanpassingsvermogen van het gehele team. Aangezien zorgteams werken in een complexe omgeving met een hoge zorgvraag en die onderhevig is aan maatschappelijke ontwikkelingen is deze vaardigheid essentieel om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren (Pype et al., 2017). De zojuist genoemde inzichten benadrukken de relevantie van meer inzicht krijgen in de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners.

Deze masterscriptie onderzoekt de mogelijke rol van *muziek in de zorg* en de impact ervan op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. Hieruit volgt de hoofdvraag van dit onderzoek: “*Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg, en wat doet het volgens hen met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”. De hoofdvraag kan worden opgedeeld in twee losse deelvragen:

Deelvraag 1: “*Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg?*”

Deelvraag 2: “*Wat doet muziek in de zorg volgens zorgverleners met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”

Aanvullend wordt geprobeerd een derde deelvraag te beantwoorden, die bevaart hoe *muziek in de zorg* zorgverleners kan ondersteunen. Deze vraag kan meer inzicht geven in de voordelen van *muziek in de zorg* specifiek voor zorgverleners, en aanknopingspunten bieden voor hoe *muziek in de zorg* kan worden georganiseerd zodat ook zorgverleners er de vruchten van kunnen plukken.

Deelvraag 3: “*Hoe kan muziek in de zorg zorgverleners ondersteunen?*”

1.6. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

In deze paragraaf wordt de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van de masterscriptie verder toegelicht.

1.6.1. Wetenschappelijke relevantie

Het aantal onderzoeken naar *arts in health*, waaronder het toepassen van muziek, is de afgelopen jaren wereldwijd toegenomen (Fancourt & Finn, 2019; Wilson et al., 2016). Het merendeel van deze onderzoeken is gericht op de invloed van de interventies op het (fysieke) welzijn of de levenskwaliteit van patiënten. Onderzoeken naar wat *muziek in de zorg* betekent voor zorgverleners zijn in opkomst, maar nog wel beperkt. Ook komt in deze onderzoeken niet duidelijk naar voren welke rol *muziek in de*

zorg speelt bij de relaties tussen de zorgverleners, terwijl goede onderlinge relaties op de werkvloer in de gezondheidszorg belangrijk zijn voor de werktevredenheid van zorgverleners (Read & Laschinger, 2015) en de kwaliteit van de geleverde zorg (Migowski et al., 2019). Deze scriptie heeft als doel om deze leemte in de literatuur op te vullen, door te onderzoeken wat de mogelijke rol van *muziek in de zorg* is bij de onderlinge relaties tussen zorgverleners. Naast wetenschappelijke inzichten kunnen de bevindingen ook aanknopingspunten bieden voor vervolgonderzoek.

1.6.2. Maatschappelijke relevantie

Met een vergrijzende bevolking en een groeiend tekort aan zorgpersoneel is de Nederlandse gezondheidszorg onder enorme druk komen te staan (VWS, 2022). Dit heeft invloed op de werkomstandigheden van de zorgverleners, wat zich vertaalt in een hoge werkdruk en veel werkstress (CBS, 2022). Van zorgverleners wordt verwacht dat ze kwalitatief goede zorg blijven leveren, terwijl hier minder tijd en middelen voor zijn. Het is niet alleen het groeiend aantal patiënten dat tot een hogere werkdruk leidt. Ook hogere mentale en emotionele eisen, die met deze ontwikkelingen gepaard gaan, spelen een rol bij zorgverleners (Neill, 2011). Een hoge werkdruk vergroot de kans op een burn-out, waarbij zorgverleners emotioneel, fysiek en mentaal zijn uitgeput (Diehl et al., 2021). Met de verwachting dat de zorgvraag alleen maar zal toenemen, is ondersteuning voor zorgverleners nodig om deze werkomstandigheden te kunnen volhouden en om emotionele uitputting te voorkomen. *Muziek in de zorg* kan de zorgvraag niet verlagen en het personeelstekort niet oplossen, maar zou wel ondersteunend kunnen zijn aan zorgverleners. Bijvoorbeeld door een kalmere werkomgeving te creëren of door af te leiden van stressvolle situaties (Apps & Sunderland, 2021). Het ondersteunen van zorgverleners werkt wellicht ook ondersteunend voor de relaties tussen de zorgverleners, wat vervolgens een positieve werking kan hebben op de werktevredenheid van de zorgverleners (Read & Laschinger, 2015) en kwaliteit van de zorg (Migowski et al., 2019).

Naast het ondersteunen van zorgverleners, lijkt *muziek in de zorg* ook bij te kunnen dragen aan een nodige systeemverandering in de gezondheidszorg. De zorg is steeds meer gericht op het uitvoeren van taken, waardoor de zorgverleners minder tijd en ruimte heeft voor persoonsgericht contact met patiënten (McCabe, 2004), terwijl dit menselijke contact wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg (Derksen et al., 2020). Hiermee dreigt de ziel uit het vak van de zorgverlener te verdwijnen (Glas, 2015). *Muziek in de zorg* zou kunnen helpen om meer verbinding tot stand te brengen in de zorg. Zo kan live muziek sociale interactie stimuleren (Apps & Sunderland, 2021) en kan kunst emoties losmaken bij mensen (Fancourt & Finn, 2019; Clift, 2020).

Door te focussen op veranderingen in de samenwerking en omgang tussen zorgverleners naar aanleiding van *muziek in de zorg*, hoopt deze masterscriptie meer inzicht te geven in hoe muziek kan worden ingezet om zorgverleners te ondersteunen bij de zojuist besproken uitdagingen.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksvraag nader theoretisch worden uitgewerkt. Allereerst zal worden besproken wat de invloed van *muziek in de zorg* is op de zorgomgeving, ofwel de verpleeginstelling of afdeling waar de muziek wordt toegepast (paragraaf 2.1.). Aansluitend wordt beschreven wat er al bekend is over de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* en wat het voor hen kan betekenen (paragraaf 2.2.). Vervolgens zal worden besproken welke rol *muziek in de zorg* kan spelen bij de omgang, samenwerking en relaties tussen zorgverleners, ofwel de interpersoonlijke relaties (paragraaf 2.3.). Het hoofdstuk sluit af met een visualisatie van het theoretisch kader, waarin de besproken theorie schematisch wordt weergegeven (paragraaf 2.4.).

2.1. Muziek in de zorgomgeving

Muziek in de zorg kan op verschillende manieren de zorgomgeving beïnvloeden. Allereerst blijkt uit een onderzoek van Apps & Sunderland (2021) dat muziekprojecten met live muziek een prettigere en rustigere sfeer kunnen creëren. De sfeer heeft invloed op de mensen die onderdeel zijn van de zorgomgeving, wat betekent dat muziek in een verpleeginstelling zowel zorgverleners als patiënten rustiger zouden kunnen maken. Hierbij krijgen ze als het ware een signaal van de omgeving om zich aan de rustige sfeer aan te passen (Apps & Sunderland, 2021). Rustigere patiënten bieden ook voordelen voor zorgverleners, omdat meewerkende patiënten hen kalmer en zelfverzekerder kunnen laten voelen tijdens de het verlenen van zorg (Giordano et al., 2020). Ook kan *muziek in de zorg* de zorgomgeving als meer sociaal toegankelijk laten aanvoelen. Bijvoorbeeld doordat muziek een prettiger omgevingsgeluid is dan stilte (Apps & Sunderland, 2021).

Muziek in de zorg kan er ook voor zorgen dat een verpleeginstelling als menselijker wordt ervaren. Zo blijkt uit het onderzoek van Apps & Sunderland (2021) dat muziekprojecten worden beschouwd als een effectief middel om in verbinding te komen met de betrokkenen. Verbinding ontstaat onder andere door vrolijke, maar ook door verdrietige momenten die de betrokkenen met elkaar delen tijdens de muziekprojecten (Apps & Sunderland, 2021). De emoties die de muziek losmaken, belichten bovendien de menselijke kant van patiënten, en mogelijk ook die van zorgverleners (Van den Berg et al., 2024). Ook het samen creëren van muziek kan de gedeelde menselijkheid benadrukken, wat veelal wordt gedaan tijdens participatieve muziekprojecten. Bij dergelijke projecten werken musici en patiënten samen als gelijken om muziek te maken, waarbij het proces van muziek maken ter plekke ontstaat (Clift, 2020). Doordat de betrokkenen niet alleen naar de muziek luisteren, maar ook gezamenlijk de muziek creëren, ontstaat er een gevoel van verbondenheid en eenheid. Participatieve muziek draait dan ook niet per se om het maken van muziek, maar om het samen ‘doen’ van muziek

(Turino, 2008). Het gevoel van verbondenheid maakt dat er aandacht is voor wat we met elkaar gemeen hebben, in plaats van hoe we van elkaar verschillen (Turino, 2008).

De zojuist besproken onderzoeken suggereren dat *muziek in de zorg* de zorgomgeving onder andere rustiger, sociaal toegankelijker en menselijker kan maken. Deze veranderingen kunnen bepalend zijn voor de werkervaringen van de zorgverleners en hoe zij met elkaar omgaan. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 2.2. en 2.3.

2.2. Ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*

In bestaand onderzoek naar *muziek in de zorg* worden soms ook ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* beschreven. In deze paragraaf zullen deze ervaringen verder worden toegelicht.

2.2.1. Een sterkere patiënt-zorgverlener-relatie

Uit onderzoeken komt naar voren dat *muziek in de zorg* de relatie en communicatie tussen zorgverleners en patiënten kan verbeteren (Wilson et al., 2016). Zo geven zorgverleners aan dat kunstprojecten kunnen worden gebruikt om gesprekken met patiënten tot stand te brengen (Wilson et al., 2016). De projecten stimuleren patiënten onder andere om persoonlijke verhalen te delen, die anders niet naar de voorgrond waren gekomen. Deze gesprekken kunnen zorgverleners helpen om een diepere verbinding met de patiënten aan te gaan, bijvoorbeeld doordat de verhalen informatie geven die de zorgverlener helpt om de patiënt of bewoner beter te begrijpen (De Wit, 2020). Muziekprojecten kunnen ook voor meer verbinding zorgen doordat zorgverleners en patiënten gezamenlijk emoties beleven, wat hen dichter bij elkaar brengt (Van den Berg, 2024). Muziekprojecten en de gedeelde herinneringen aan deze ervaring kunnen voor langere tijd een gespreksonderwerp blijven voor de patiënt en de zorgverlener, waarmee *muziek in de zorg* niet alleen op de korte termijn maar ook op lange termijn een positieve bijdrage lijkt te kunnen leveren aan patiënt-zorgverlener-relaties (Pavlicevic et al., 2013).

De versterkte relatie tussen de zorgverleners en patiënten heeft mogelijk een positieve uitwerking op de gemoedstoestand en het welzijn van zorgverleners. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren doordat persoonlijk contact met patiënten zorgverleners ondersteunt in het hebben van compassie voor de patiënten, wat bijdraagt aan voldoening. Compassie verwijst naar het willen verlichten van iemand zijn lijden en komt voort uit emoties zoals empathie en sympathie (Kneafsey et al., 2015).

Dat een sterkere verbinding tussen zorgverleners en patiënten zou kunnen bijdragen aan compassie blijkt wanneer er wordt gekeken naar de bouwstenen die volgens Sinclair et al. (2021) essentieel zijn voor het ontwikkelen van compassie bij zorgverleners. Zo is het volgens Sinclair et al. (2021) belangrijk dat zorgverleners de unieke en persoonlijke ervaringen van de patiënt willen begrijpen, waarmee de persoonlijke zorgbehoeften in kaart kunnen worden gebracht (Sinclair et al., 2021). De persoonlijk gesprekken en verhalen naar aanleiding van muziekprojecten zouden kunnen helpen. Ook

het zetten van een extra stapje in het geven van zorg om het lijden van patiënten te verlichten is van belang volgens Sinclair et al. (2021). Dit kan worden gekoppeld aan een onderzoek van Van den Berg (2024), waaruit blijkt dat een sterkere verbinding met patiënten zorgverleners meer bereid maakt om een extra stapje te zetten in de zorgverlening. De gedeelde menselijkheid die (participatieve) muziekprojecten benadrukken, kunnen bijdragen aan de laatste bouwsteen *human relating*. Deze bouwsteen verwijst naar het vermogen van zorgverleners om niet alleen vanuit hun professionele rol contact te zoeken met patiënten, maar ook om dit te doen als mens (Sinclair et al., 2021).

Doordat zorgverleners door *muziek in de zorg* worden ondersteund in het hebben van compassie voor patiënten, ervaren zij mogelijk meer voldoening. Bovendien is de verhouding tussen de positieve en negatieve effecten van compassie, ook wel *compassion satisfaction* en *compassion discomfort* genoemd, mogelijk meer in balans. *Compassion satisfaction* ontstaat doordat het helpen van een ander voldoening geeft en *compassion discomfort* ontstaat onder andere doordat het lijden van een patiënt verdriet kan oproepen of doordat het verlenen van zorg vermoeiend is (Hansen et al., 2018). Een balans hiertussen is belangrijk om de gemoedstoestand van zorgverleners te bewaken en om emotionele uitputting te voorkomen. Wanneer zorgverleners weinig *compassion satisfaction* ervaren en daarmee niet kunnen herstellen van de *compassion discomfort*, kan op den duur zelfs compassiemoeheid optreden (Hansen et al., 2018). Compassiemoeheid wordt in deze masterscriptie gezien als “*the final result of a progressive and cumulative process that evolves from compassion stress after a period of unrelieved compassion discomfort, which is caused by prolonged, continuous, and intense contact with patients, the use of self, and exposure to stress*” (Coetzee & Klopper, 2010, p. 237). Compassiemoeheid maakt dat zorgverleners niet meer in staat zijn om met het lijden van de patiënten mee te voelen, minder scherp zijn en niet meer verbonden zijn met zichzelf. Daarnaast kunnen zorgverleners zich minder goed concentreren en neemt hun aandachtspanne af (Coetzee & Klopper, 2010).

Op basis van de bovenstaande theorie zou verbinding en persoonlijk contact tussen zorgverleners en patiënten positieve implicaties kunnen hebben voor de gemoedstoestand en het welzijn van zorgverleners, doordat het contact zorgverleners ondersteunt in compassie en compassiemoeheid kan voorkomen. Dit menselijke contact kan worden gefaciliteerd door *muziek in de zorg*.

2.2.2. Vreugde voor patiënten

Aanvullend kan *muziek in de zorg* gevoelens van blijheid teweegbrengen bij zorgverleners (De Wit, 2021). Vreugde voelen voor iemand anders omdat hij of zij zich goed voelt of omdat het goed met hem of haar gaat, ook wel *sympathetic joy* genoemd, is een belangrijke waarde binnen de zorg (Jormsri, 2005). *Sympathetic joy* zou kunnen optreden wanneer zorgverleners een verbeterde gemoedstoestand of stressniveau bij patiënten observeren als gevolg van *muziek in de zorg* (zoals blijkt uit Wilson et al. (2016)), of wanneer de muziek patiënten kan afleiden van hun ziekte, wat kalmerend werkt (Bradt et al., 2014).

Sympathetic joy kan een positieve werking hebben op het welzijn van de zorgverleners. Positieve emoties dragen namelijk bij aan welzijn en persoonlijke bloei (Ascenso et al., 2016). Bovendien gaan het ervaren van positieve emoties verder dan alleen je goed voelen. Ze kunnen ook bijdragen aan werktevredenheid en het verbeteren van sociale relaties (Ascenso et al., 2016). Het ervaren van meer positieve emoties zou zorgverleners tevens kunnen helpen bij het omgaan met uitdagingen op het werk. De *broaden-and-build* theorie stelt dat positieve emoties het bewustzijn verbreden, waardoor ideeën creatiever, flexibeler en effectiever worden (Fredrickson, 2001). Dit kan helpen om betere sociale relaties op te bouwen, wat kan dienen als middel om beter om te gaan met uitdagingen (Fredrickson, 2001). Hierdoor worden zorgverleners veerkrachtiger. Dat positieve emoties zoals *sympathetic joy* wellicht een sleutelrol spelen bij de veerkracht van zorgverleners, blijkt ook uit een artikel van Hansen et al. (2018) dat suggereert dat positieve emoties of gebeurtenissen een essentiële rol spelen bij het draagbaarder maken van de negatieve gebeurtenissen voor zorgverleners.

2.2.3. Mogelijke negatieve invloed van muziek in de zorg op zorgverleners

Ondanks dat de zojuist besproken inzichten met name een positieve invloed van *muziek in de zorg* op zorgverleners laten zien, kunnen de zorgverleners ook negatieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg*. Uit een onderzoek van Preti & Welch (2012) blijkt dat sommige zorgverleners muziekprojecten als storend ervaren wanneer de gespeelde muziek steeds hetzelfde is. Ook geeft een aantal zorgverleners aan dat ze muziekprojecten als werkdrukverhogend ervaren, omdat de projecten extra aandacht vragen in al stressvolle situaties (Preti & Welch, 2012). Voornamelijk artsen rapporteren negatieve ervaringen (Preti & Welch, 2012). Uit een onderzoek van De Wit (2020) blijkt verder dat zorgverleners zich soms onzeker voelen tijdens muziekprojecten als voor hen niet duidelijk is wat er van hen verwacht wordt.

Uit de alinea's van paragraaf 2.2. blijkt dat zorgverleners voornamelijk positieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg*. Het kan de relatie tussen zorgverleners en patiënten bijvoorbeeld versterken, met eventueel positieve implicaties voor de gemoedstoestand en het welzijn van de zorgverleners. Ook de positieve gevoelens, die bij zorgverleners ontstaan bij een gunstig effect van *muziek in de zorg* op patiënten, kunnen hun gemoedstoestand verbeteren. Deze positieve gevoelens kunnen zorgverleners bovendien helpen om te gaan met vervelende gebeurtenissen tijdens het werk. Echter, er zijn ook onderzoeken die negatieve ervaringen van zorgverleners laten zien, wat hun gemoedstoestand eveneens kan beïnvloeden. Hoe zorgverleners zich op de werkvloer voelen, kan bepalend zijn voor de manier waarop zorgverleners met elkaar omgaan en samenwerken. De mogelijke invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht. Naast het bieden van inzicht in de ervaringen van zorgverleners, toont de zojuist besproken theorie ook hoe *muziek in de zorg* kan bijdragen aan het creëren van een meer persoonsgerichte gezondheidszorg.

2.3. De invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners

Reich & Hershcovis (2011) definiëren interpersoonlijke relaties als “*an individual’s subjective experience of repeated interaction or connection with another individual*” (p.5). Goede relaties tussen zorgverleners komen dus tot stand door herhaaldelijke interacties die als positief worden ervaren. Onderling vertrouwen en goede communicatie zijn onder andere belangrijk bij het tot stand brengen van goede relaties tussen zorgverleners. (Migowski et al., 2019). Zo brengt onderling vertrouwen zorgverleners dichterbij elkaar en maakt het goede samenwerking mogelijk (Migowski et al., 2019). Zorgverleners zullen bij vertrouwen in elkaar namelijk eerder bereid zijn om taken te delegeren en zijn meer gemotiveerd om taken goed uit te voeren (Migowski et al., 2019). Goede communicatie bouwt niet alleen interpersoonlijke relaties op, maar kan ook worden gezien als een uiting daarvan (Lee & Doran, 2017). Om te kunnen spreken van goede communicatie moet er sprake zijn van “*frequent, timely, and accurate communication that emphasizes problem-solving rather than blaming or avoidance strategies*” (Reich & Hershcovis, 2011, p.11). Aanvullend zou, net zoals bij patiënt-zorgverlener-relaties, meer persoonlijk en diepgaand contact de relaties tussen zorgverleners kunnen verdiepen.

Muziek in de zorg zou op verschillende manieren een bijdrage kunnen leveren aan de onderlinge relaties tussen zorgverleners. In deze paragraaf wordt er voortgebouwd op de bevindingen in de twee voorgaande paragrafen, door mogelijke implicaties voor onderling vertrouwen en communicatie, als determinanten van goede interpersoonlijke relaties, te bespreken.

2.3.1. Onderling vertrouwen

Allereerst zal worden besproken hoe *muziek in de zorg* zou kunnen bijdragen aan meer onderling vertrouwen, wat de relaties tussen zorgverleners kan versterken. Zoals uit paragraaf 2.2. blijkt, kan *muziek in de zorg* de patiënt-zorgverlener-relatie verbeteren. Het is mogelijk dat een vergelijkbaar proces optreedt tussen zorgverleners wanneer zij aanwezig zijn geweest bij muziekprojecten. Bijvoorbeeld doordat ook tussen hen gesprekken ontstaan die meer inzicht geven in elkaar als persoon. Deze informele gesprekken, die losstaan van het werk, zouden het onderling vertrouwen kunnen versterken. Een assumptie waarop onderling vertrouwen is gestoeld, is namelijk voorspelbaarheid (Hommel & Colzato, 2015). Dit houdt in dat hoe meer zorgverleners van elkaar weten, hoe gemakkelijker het wordt om elkaar te vertrouwen.

Het idee dat zorgverleners elkaar beter leren kennen door middel van muziekprojecten wordt versterkt door een onderzoek van Güsewell et al. (2022) dat de impact van kleine live concerten op saamhorigheidsgevoel en welzijn van werknemers in diverse werksectoren heeft onderzocht. In het onderzoek komt naar voren dat de muziek nieuwe gesprekken aanwakkert, waardoor werknemers elkaar beter leren kennen op een meer persoonlijk vlak, wat werknemers dichterbij elkaar brengt

(Güsewell et al., 2022). Ook kan het meemaken van een gedeelde ervaring en het daarbij ervaren van vergelijkbare emoties een gevoel van verbondenheid tussen collega's creëren (Güsewell et al., 2022).

2.3.2. Goede communicatie

Vooraf onderlinge communicatie lijkt een aspect van interpersoonlijke relaties waarop *muziek in de zorg* invloed kan hebben. Communicatie kan in verband worden gebracht met het overgrote deel van de bevindingen die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven.

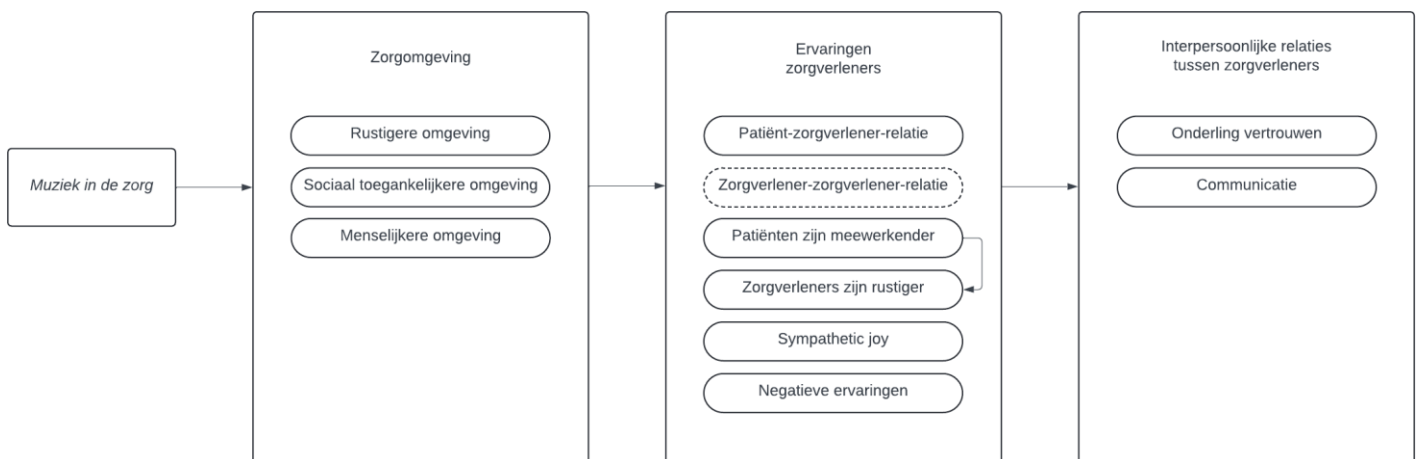
Allereerst zou een rustigere zorgomgeving, naar aanleiding van muziek, kunnen leiden tot kalmere communicatie tussen zorgverleners (Apps & Sunderland, 2021). Kalmere communicatie kan betekenen dat collega's geduldiger zijn of dat er minder misverstanden ontstaan, wat in lijn is met de definitie van goede communicatie van Reich & Hershcovis (2011). Deze gespreksvoering kan door zorgverleners als prettig worden ervaren en bijdragen aan goede onderlinge relaties. Immers, relaties worden versterkt door interacties die als positief worden ervaren (Reich & Hershcovis, 2011). Daarnaast kan een sociaal toegankelijker sfeer (Apps & Sunderland, 2021) ertoe leiden dat zorgverleners vaker met elkaar in contact komen. Meer frequente communicatie kan ook bijdragen aan betere interpersoonlijke relaties (Reich & Hershcovis, 2011).

Uit de voorgaande paragrafen komt ook naar voren dat *muziek in de zorg* de gemoedstoestand van zorgverleners kan beïnvloeden, zowel positief als negatief. Hoe een zorgverlener zich voelt, heeft mogelijk invloed op de relaties tussen de zorgverleners onderling. Compassiemoedheid kan zorgverleners bijvoorbeeld belemmeren in het aangaan van positieve relaties met anderen, omdat ze niet de emoties kunnen opbrengen die nodig zijn om een positieve relatie op te bouwen (Moll et al., 2015). Wanneer *compassion satisfaction* kan worden gestimuleerd bij zorgverleners door *muziek in de zorg*, kan emotionele uitputting door compassiemoedheid mogelijk worden voorkomen. Muziekprojecten zouden zelfs bij kunnen dragen aan de veerkracht van zorgverleners, doordat de positieve emoties zoals *sympathetic joy* hen helpen om met uitdagingen om te gaan, volgens de *broaden-and-build* theorie (Fredrickson, 2001). Dit zou eveneens kunnen bijdragen aan de relaties tussen zorgverleners, doordat de veerkracht er mogelijk voor zorgt dat zorgverleners minder reactief en prikkelbaar zijn in onderlinge communicatie bij uitdagingen op het werk. Deze manier van communiceren kan bijdragen aan het oplossen van problemen in plaats van het uit de weg gaan van moeilijke gesprekken met collega's, wat wordt gezien als goede communicatie volgens de definitie van Reich & Hershcovis (2011). Zorgverleners die veerkrachtig zijn, zijn vaak ook beter in communicatie met patiënten en hun familie, waarbij ze goed naar hen luisteren en duidelijke informatie verstrekken (Kong et al., 2016). Dit versterkt het idee dat veerkrachtigheid bijdraagt aan goede communicatie tussen zorgverleners, wat uiteindelijk een positieve werking kan hebben op de onderlinge relaties. Negatieve gevoelens die zorgverleners ervaren door *muziek in de zorg*, zoals irritatie en stress, zouden daarentegen juist goede communicatie kunnen belemmeren.

Bovenstaande inzichten laten mogelijke manieren zien waarop *muziek in de zorg* de relaties, omgang en samenwerking tussen zorgverleners zou kunnen beïnvloeden, via onderling vertrouwen en goede communicatie.

2.4. Visualisering

In onderstaand figuur (figuur 1) staat de zojuist besproken theorie schematisch weergegeven. Voor de overzichtelijkheid zijn de contexten zorgomgeving, ervaringen en interpersoonlijke relaties apart weergegeven. Echter, er is overlap en de processen binnen de verschillende contexten hangen mogelijk met elkaar samen. Met name binnen de zorgomgeving en bij de patiënt-zorgverlener-relatie zou *muziek in de zorg* kunnen leiden tot meer persoonsgerichte zorg. Aangezien de theorie, behorende bij de verschillende contexten, met elkaar in verbinding kan worden gebracht, zijn er pijlen tussen de contexten geplaatst. Geïnspireerd door het onderzoek van Apps & Sunderland (2021) verwacht ik dat de verschillende contexten invloed op elkaar hebben. Ik verwacht dat de zorgomgeving invloed heeft op de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*, en dat de ervaringen invloed hebben op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners.



Figuur 1: Visualisering theoretisch kader.

3. Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Allereerst wordt er ingegaan op de manier waarop de data zijn verzameld, waaronder de onderzoeksopzet en het interviewschema. Vervolgens is de methode van de dataverwerking beschreven, waaronder het analyseplan, de kwaliteitseisen van het onderzoek en de ethische overwegingen.

3.1. Methode van dataverzameling

3.2.1. Onderzoeksopzet

In deze masterscriptie wordt onderzocht hoe zorgverleners *muziek in de zorg* ervaren en wat de het doet met de relaties tussen zorgverleners. Doordat over dit laatste onderwerp nog relatief weinig bekend is, kan het onderzoek deels worden gezien als een verkennend onderzoek. De gekozen onderzoeksvorm is kwalitatief onderzoek, dat zich bij uitstek leent voor verkennend onderzoek. Met kwalitatief onderzoek kunnen processen en de complexe context waarin deze zich voordoen diepgaand worden begrepen (Hennink et al., 2020). Bovendien maakt kwalitatief onderzoek gebruik van een interpretatieve benadering, waarmee ervaringen van de te onderzoeken doelgroep kunnen worden begrepen vanuit hun perspectief (Hennink et al., 2020). Dit is nodig om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, die ervaringen van de zorgverleners bevroegt, namelijk: “*Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg, en wat doet het volgens hen met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”.

De onderzoeksvragen zijn onderzocht door middel van semigestructureerde interviews met zorgverleners die in de doelgroep van dit onderzoek vallen. De doelgroep wordt gevormd door 1) zorgverleners werkzaam in een verpleeginstelling in Noord-Nederland, 2) die in aanraking zijn geweest met vormen van *muziek in de zorg*, bedoeld om het welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënten of te verbeteren, en 3) samenwerken met andere zorgverleners. Onder zorgverleners worden in dit onderzoek personen die beroepsmatig zorg verlenen verstaan (VWS, 2024). De masterscriptie richt zich specifiek op zorgverleners die werkzaam zijn in verpleeginstellingen in Noord-Nederland om het onderzoek af te bakenen en de haalbaarheid te waarborgen. Zorgverleners die werkzaam zijn in ziekenhuizen worden dus buiten beschouwing gelaten. Aangezien ik met het onderzoek graag iets wil zeggen over zorgverleners in verpleeginstellingen als collectieve groep, is er verder geen onderscheid gemaakt in het type zorgverlener. Om de groep goed te kunnen vertegenwoordigen is geprobeerd om zorgverleners met verschillende functies te interviewen. Vormen van *muziek in de zorg* waarmee zorgverleners in aanraking kunnen zijn geweest, zijn bijvoorbeeld muziekprojecten of muziekoptredens.

Bij semigestructureerde interviews wordt er gebruik gemaakt van een interviewschema met vragen die zijn geformuleerd op basis van wat er al bekend is over het onderwerp, beschreven in het theoretisch kader. Het interviewschema biedt houvast en structuur tijdens het afnemen van de interviews, maar laat genoeg ruimte vrij om de diepte in te gaan en om door te vragen op de antwoorden van de participanten (Kallio et al., 2016). Hiermee zijn semigestructureerde interviews passend voor dit onderzoek dat deels verkennend is. De interviews zijn, met toestemming van de participanten, opgenomen met een videorecorder zodat hun antwoorden geanalyseerd konden worden. In het onderzoek is gestreefd naar in totaal twaalf interviews met een minimum van tien om de kans op saturatie te verhogen.

De interviews zijn face-to-face afgenomen op een locatie naar keuze van de participant, bijvoorbeeld op hun werk of bij hen thuis. De participanten kregen ook de optie om het interview online af te nemen. Deze overweging is gemaakt omdat zorgverleners over het algemeen een veeleisende baan hebben, waardoor het voor hen lastig kan zijn om tijd vrij te maken voor een interview. De aanvullende optie om het interview online te doen, kan het voor hen makkelijker maken om een passend moment te vinden. Indien mogelijk vond het interview plaats in een ruimte die is afgesloten van collega's, zodat zorgverleners vrijuit kunnen spreken. Immers, een deel van de vragen gaat over de samenwerking met en tussen collega's.

3.1.2. Wervingsproces participanten

Om zorgverleners uit de doelgroep te kunnen uitnodigen voor een interview, heb ik gebruik gemaakt van de contacten van 1) medewerkers van mijn stageplek bij Aletta Jacobs School of Public Health (AJSPH), 2) personen betrokken bij *muziek in de zorg*-initiatieven, 3) personen betrokken bij verpleeginstellingen en 4) de participanten zelf. Om de onderzoeksprocedure zo transparant en overzichtelijk mogelijk te kunnen beschrijven, zal ik spreken over 1) medewerkers van AJSPH, 2) tussenpersonen, 3) gatekeepers en 4) participanten. Gatekeepers worden zo genoemd omdat zij dankzij hun positie binnen de verpleeginstelling potentiële participanten kunnen aandragen. Door hun functie in de organisatie hebben ze goed zicht op welke personen geschikt zouden zijn voor deelname aan het onderzoek (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek zijn gatekeepers vaak coördinatoren.

Aan het begin van de onderzoeksprocedure heb ik medewerkers van AJSPH gevraagd om mij in contact te brengen met personen die betrokken zijn bij *muziek in de zorg*-initiatieven. Dit betrof bijvoorbeeld mensen die werkzaam zijn bij een initiatief of mensen die onderzoek doen naar de projecten van een initiatief. Aangezien "Arts in Health" een van de thema's is waar AJSPH zich mee bezighoudt, beschikken zij over een netwerk van contacten die betrokken zijn bij dergelijke initiatieven.

De contactpersonen die zij hebben aangedragen, ofwel de tussenpersonen, heb ik gemaild met informatie over mijn onderzoek en gevraagd of ze mij kunnen helpen inventariseren hoe ik in contact kan komen met de doelgroep van mijn onderzoek. Ik heb duidelijk gemaakt hoe ik aan hun contactgegevens ben gekomen. Vervolgens heb ik een (online) gesprek met hen ingepland of ben ik

doorverwezen naar iemand anders die zij geschikter achtten om mij te helpen. Met deze nieuwe tussenpersoon heb ik dezelfde informatie over het onderzoek gedeeld. In sommige gevallen konden de tussenpersonen die ik heb gesproken potentiële participanten uit hun eigen netwerk aandragen. Hierbij traden de tussenpersonen eigenlijk ook op als gatekeeper. In de meeste gevallen hebben de tussenpersonen mij in contact gebracht met iemand die werkzaam is bij een verpleeginstelling, ofwel een gatekeeper.

De gatekeepers brachten mij uiteindelijk in contact met de meeste potentiële participanten. De gatekeepers ontvingen evenals de tussenpersonen een mail met informatie over het onderzoek, de vraag of ze me konden helpen om in contact te komen met potentiële participanten en uitleg over hoe ik aan hun gegevens ben gekomen. Indien de gatekeepers kenbaar maakten dat er zorgverleners binnen de zorginstelling waren die openstonden voor deelname aan het onderzoek, heb ik de potentiële participanten per mail uitgenodigd voor een interview. Een opzet van de uitnodiging die de potentiële participanten ontvingen, is te vinden in 7.1. van de bijlage (p. 73). Om ervoor te zorgen dat de zorgverleners vrijwillig deelnamen en goed geïnformeerd waren over het onderzoek en het interview voordat ze hun deelname bevestigden, ontvingen ze samen met de uitnodigingsmail een toestemmingsformulier (Hennink et al., 2020). In het toestemmingsformulier staat informatie over het onderzoek en het interview beschreven (zie meer in 7.2., p. 74). Geïnformeerde toestemming voorafgaande het interview helpt voorkomen dat participanten deelnemen omdat zij zich gedwongen voelen door eventuele verwachtingen van de gatekeeper die hen heeft aangedragen (Hennink et al., 2020).

Aanvullend heb ik na afloop van vrijwel elk interview aan de participanten gevraagd of ze iemand anders kenden die zij geschikt achtten en mogelijk ook openstaat voor een interview. Deze manier van participanten werven wordt ook wel een sneeuwbalsteekproef genoemd, en helpt om met mensen in contact te komen met specifieke kenmerken of ervaringen (Hennink et al., 2020). In dit geval ervaring met *muziek in de zorg*. Aangezien het onderzoek geen extreem gevoelig of stigmatiserend onderwerp betreft, is het onwaarschijnlijk dat deze manier van werven reputatieschade met zich meebrengt voor de potentiële participant (Hennink et al., 2020). Het werven van participanten op deze wijze heeft ook geleid tot een aantal interviews. Deze participanten zijn, net als de overige potentiële participanten, met dezelfde uitnodiging gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek (zie ook 7.1., p. 73).

Een deel van de potentiële participanten die ik heb uitgenodigd voor een interview bleek achteraf toch niet geschikt, doordat ze niet in de doelgroep vielen. Met deze personen is in overleg besloten om uiteindelijk geen interview af te nemen. Sommige participanten zijn geïnterviewd over ervaringen met *muziek in de zorg* bij een zorginstelling waar ze momenteel niet meer werkzaam zijn. Dit heeft te maken met de manier waarop de participanten zijn geworven, namelijk op indirecte wijze via verschillende contactpersonen. De desbetreffende participanten leken geen moeite te hebben met terugdenken aan de ervaringen bij hun vorige werkplek.

Het onderzoek streefde naar twaalf participanten. Uiteindelijk zijn er tien zorgverleners geïnterviewd. Naarmate de interviews werden afgenomen, begonnen zich duidelijke patronen af te tekenen waarbij de participanten vergelijkbare antwoorden gaven. Op een groot deel van de bevroegde onderwerpen trad saturatie op, wat betekent dat nieuwe interviews waarschijnlijk weinig aanvullende inzichten zouden opleveren. Gezien de uitdagingen bij de werving van participanten en de beschikbare tijd binnen deze masterscriptie, is besloten dat volledige saturatie niet haalbaar was en dat tien interviews voldoende waren om relevante inzichten te verkrijgen.

3.1.3. Interviews

Zoals eerder benoemd, is voor het afnemen van de interviews een interviewschema opgesteld. Hieronder wordt het interviewschema toegelicht. Voordat het interviewschema is gebruikt, is er met het schema een pilotinterview afgenomen. Het volledige interviewschema is te vinden in de bijlage (7.3., p. 76). In deze alinea wordt ook het verloop van de interviews nader toegelicht.

Interviewschema

Het interviewschema is opgebouwd uit een introductie, inleidende vragen, kernvragen en afsluitende vragen (Hennink et al., 2020). Tijdens de introductie heb ik mijzelf voorgesteld en kort uitgelegd wat het onderwerp en het doel van het onderzoek zijn (Hennink et al., 2020). Ook heb ik een aantal belangrijke punten uit het toestemmingsformulier herhaald, zoals dat er een geluidsopname wordt gemaakt, en heb ik verteld wat de participanten van het interview kunnen verwachten, zoals de duur van het interview. Daarna ben ik het interview begonnen met een aantal openingsvragen. Zo heb ik gevraagd of de participanten iets konden vertellen over henzelf, hun dagelijkse werkdag en het team waarin ze werken. Deze vragen zijn bedoeld om een beeld te krijgen van de achtergrond van de participanten, maar ook om rapport op te bouwen (Hennink et al., 2020). Deze vragen kunnen helpen om de participanten zich op hun gemak te laten voelen, waardoor het interview later meer de diepte in kan gaan.

Vervolgens heb ik de kernvragen van het interview gesteld. Deze vragen zijn gebaseerd op het theoretisch kader en bedoeld om uiteindelijk de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Hoe de vragen en probes in verband staan met de theorie, is eveneens terug te vinden in het interviewschema (zie 7.3., p. 76). De kernvragen zijn opgesplitst in twee onderdelen, namelijk ‘ervaringen met *muziek in de zorg*’ en ‘invloed *muziek in de zorg* interpersoonlijke relaties’. Bij het eerste onderdeel heb ik gevraagd naar de vormen van *muziek in de zorg* waarmee de participanten in aanraking zijn geweest, onder andere om een beeld te krijgen van de mate waarmee de participanten betrokken zijn geweest bij projecten. Vervolgens heb ik gevraagd naar de ervaringen met *muziek in de zorg* van de participanten. Deze vraag is zo open mogelijk gesteld om de participanten de ruimte te geven om zelf onderwerpen aan te snijden. Door middel van subvragen en probes kon worden doorgevraagd. De probes zijn geformuleerd op basis van bestaande kennis over ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* en gaan zowel over positieve als negatieve ervaringen. Bij het tweede onderdeel is op verschillende

manieren gevraagd naar de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. Aangezien interpersoonlijke relaties wat abstract zijn om rechtstreeks te bevragen, is er gevraagd naar de invloed van *muziek in de zorg* op onder andere de onderlinge samenwerking, communicatie en contact. Ook is aan de participanten gevraagd op welke manier *muziek in de zorg* hen als zorgverlener heeft ondersteund.

Het interview werd afgesloten met een aantal afsluitende vragen, bedoeld om een abrupt einde te voorkomen (Hennink et al., 2020). Zo heb ik gevraagd wat de participanten ervan zouden vinden als er meer gebruik wordt gemaakt van *muziek in de zorg* in de verpleeginstelling waarin zij werken of in andere verpleeginstellingen. Ook is er gevraagd naar eventuele suggesties voor het verbeteren van *muziek in de zorg*, bijvoorbeeld hoe muziekprojecten patiënten, bewoners of zorgverleners nog beter kan ondersteunen. Tot slot is er gevraagd of de participanten nog opmerkingen hebben, iets willen benadrukken of nog iets willen benoemen dat nog niet aan bod is gekomen, om ervoor te zorgen dat de participanten alles hebben kunnen benoemen en om het interview af te ronden.

Pilotinterview

Voordat de interviews zijn afgenomen, is er een pilotinterview gedaan om de bruikbaarheid en relevantie van het interviewschema te testen (Kallio et al., 2016). Een pilotinterview helpt bijvoorbeeld bepalen of de vragen goed worden begrepen door participanten en of de volgorde van de vragen logisch is. Ook kan de duur van het interview met het in terviewschema worden getest (Hennink et al., 2020). Het pilotinterview is afgenomen met een participant die stageloopt in een verpleeginstelling waar gebruik wordt gemaakt van *muziek in de zorg*. Doordat de participant niet volledig in de doelgroep valt, omdat de participant stageloopt, en niet heel nauw betrokken was bij de manieren waarop muziek is gebruikt in de verpleeginstelling, leende deze persoon zich niet voor een interview maar wel voor een pilotinterview. Het pilotinterview heeft online plaatsgevonden.

Naar aanleiding van het pilotinterview is een aantal aanpassingen aan het interviewschema gemaakt. Allereerst zijn de subvragen die doorvragen op de ervaringen van de zorgverleners met *muziek in de zorg* in een andere volgorde gezet, zodat de subvragen eerst ingaan op de ervaringen van de zorgverleners gerelateerd aan de patiënten. Het pilotinterview deed namelijk vermoeden dat zorgverleners *muziek in de zorg* voor een groot deel ervaren via de ervaringen van de bewoners. Door het hier eerst over te hebben, is het mogelijk makkelijker voor de participant om daarna dieper na te denken over andere ervaringen met de *muziek in de zorg*. Ook vond de participant het soms lastig om vragen te beantwoorden over eventuele veranderingen in de samenwerking en omgang met collega's naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Om deze reden zijn de vragen minder abstract geformuleerd. Verder is besloten om vragen over de hiërarchische structuur van het team en systemisch leiderschap als een aspect van interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners uit het interviewschema te halen. De antwoorden op deze vragen zijn bij nader inzien niet nodig om de onderzoeksvragen te beantwoorden, aangezien ik niet zorgverleners van verschillende hiërarchische posities binnen een zorginstelling wil

interviewen. Het interviewschema in de bijlage is de definitieve versie waarin de aanpassingen zijn verwerkt (7.3., p. 76).

Verloop interviews

De interviews zijn afgenomen over een periode van acht weken. De duur van de interviews varieerde tussen de 16 minuten tot 55 minuten, waarbij het merendeel rond de 35 à 40 minuten duurde. Alle interviews hebben fysiek plaatsgevonden. De relevante achtergrondkenmerken van de participanten worden besproken aan het begin van het resultatenhoofdstuk (zie 4.1., p. 32)

De interviews vonden plaats in verschillende settings, afhankelijk van de voorkeur van de participanten. Twee participanten zijn thuis geïnterviewd, de overige interviews vonden plaats op het werk van de participant. In de meeste gevallen is het interview afgenomen tijdens de werkdag, maar soms ook ervoor of erna, afhankelijk van hun voorkeur. Meestal zaten de participant en ik tegenover of schuin tegenover elkaar aan een tafel. Vaak in een afgesloten ruimte, zoals een keuken of vergaderruimte. In twee gevallen vonden de interviews plaats in een openbare ruimte, zoals het restaurant van de zorginstelling. Hoewel er in deze setting achtergrondgeluid was door de aanwezigheid van anderen, leidde dit niet tot noemenswaardige afleidingen. In enkele gevallen werd de participant gebeld tijdens het interview vanwege hun werk. Dit leek de focus van de participanten niet enorm te beïnvloeden. Indien nodig werd de vraag herhaald, zodat de participant verder kon met het beantwoorden van de vraag.

Soms deelden de participanten na afloop van de interviews hoe ze het interview hebben ervaren. Het interview heeft sommige participanten aan het denken hebben gezet. Twee participanten gaven aan dat het interview hen liet inzien hoeveel ze eigenlijk al met muziek doen als zorgverlener. Ook gaven sommige participanten aan dat ze zich gemotiveerd voelden om meer met muziek te gaan doen. Enkele participanten vonden sommige vragen pittig om te beantwoorden. Desondanks gaf een groot deel van de participanten aan dat ze het interview leuk vonden om te doen.

3.2. Methode van dataverwerking

3.2.1. Analyseplan: thematische analyse

Voor het analyseren van de interviews heb ik gebruik gemaakt van de thematische analyse van Braun & Clarke (2012). De thematische analyse is een toegankelijke manier om patronen of thema's in verzamelde data te identificeren, analyseren en rapporteren, en bestaat uit zes verschillende fasen. De zes fasen zijn: 1) bekend worden met de data, 2) initiële codes genereren, 3) potentiële thema's identificeren, 4) potentiële thema's evalueren, 5) definitieve thema's definiëren en 6) analyse rapporteren (Braun & Clarke, 2012). Hoe deze fasen zijn doorlopen, zal hieronder nader worden besproken.

In de eerste fase van de thematische analyse heb ik de opnamen van de interviews getranscribeerd. Door de interviews woord voor woord uit te werken, kunnen de interviews in de volgende fasen worden geanalyseerd (Hennink et al., 2020). De interviews zijn zelf afgenomen en handmatig getranscribeerd, waardoor ik in de eerste fase al redelijk goed bekend ben geworden met de data. Ook heeft het herlezen van de transcripten om eventuele tyfouten eruit te halen, geholpen om de data beter te leren kennen. In de periode waarin de interviews zijn afgenomen, heb ik aantekeningen gemaakt die kunnen worden gebruikt bij het vormen van de codes (tweede fase) en de potentiële thema's (derde fase).

In de tweede fase zijn de transcripten op systematische wijze gecodeerd in het programma ATLAS.ti, versie 23. De codes die hieruit volgen zijn labels die de data samenvattend beschrijven, en vormen als het ware de bouwstenen van de thematische analyse (Braun & Clarke, 2012). Allereerst zijn de deductieve codes in ATLAS.ti gezet, zodat deze konden worden toegekend aan de data. Deze codes zijn voorafgaand aan de interviews geformuleerd op basis van de bestaande literatuur over de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* en de theorie over interpersoonlijke relaties, zoals besproken in hoofdstuk 2. Vervolgens is tijdens het coderen van de interviews een groot aantal inductieve codes naar voren gekomen, zoals "Uitgangspunt is de cliënt" en "Werkdrukverlagend". Het onderzoek is dan ook deels een verkennend onderzoek. Tijdens het coderen van de interviews zijn zowel beschrijvende codes geïdentificeerd als codes die een interpretatie zijn van de gegeven antwoorden (Braun & Clarke, 2012). Een beschrijvende code is bijvoorbeeld "Werksituatie" en een interpretatieve code is onder andere "Ontroerd", waarbij verschillende antwoorden van de participanten worden geïnterpreteerd als gevoelens van ontroering. Ook tijdens het coderen heb ik aantekening gemaakt om gedachten over potentiële codes vast te leggen, wat bijdraagt aan een diepere reflectie op de data (Hennink et al., 2020). De codes zijn bijgehouden in een codeboek (zie 7.4., p. 77), wat bijdraagt aan de consistentie van de codes (Hennink et al., 2020).

In de derde fase van de thematische analyse is vervolgens gezocht naar patronen en overlap in de gegenereerde codes in relatie tot de onderzoeksvragen (Braun & Clarke, 2012). Naar aanleiding hiervan zijn er twaalf potentiële thema's gevormd. Op dit moment sloten de thema's nog niet voldoende aan bij de codes. Hieronder wordt besproken hoe in de volgende fase de codes en potentiële thema's verder zijn geanalyseerd om tot een passende indeling te komen.

In de vierde fase is de kwaliteit van de geïdentificeerde thema's en codes nagegaan. Zo is bepaald of er sprake is van een thema of dat het ook gewoon een code kan zijn, of er genoeg zinvolle data is om het thema te ondersteunen of wat de grenzen van het thema zijn (Braun & Clarke, 2012). Dit is gedaan door te reflecteren op eerder gemaakte beslissingen en door de gecodeerde interviews meermaals door te nemen. Naar aanleiding hiervan is een aantal thema's samengevoegd en opgesplitst. Zo is bijvoorbeeld het thema "Cliënten zijn het uitgangspunt van muziek in de zorg" veranderd in de code "Uitgangspunt is de cliënt", behorend bij het nieuwe thema "Opvattingen over *muziek in de zorg*". Ondanks dat het een belangrijke bevinding is, bleek het niet toereikend genoeg om een thema op zichzelf

te zijn. Ook zijn de codes herzien om ervoor te zorgen dat ze een zo goed mogelijke weergave van de data zijn. Sommige codes zijn samengevoegd, bijvoorbeeld omdat ze afzonderlijk te weinig data omvatten. Andere codes zijn juist opgesplitst omdat de bijbehorende citaten bij nader inzien over verschillende onderwerpen bleken te gaan. Na de evaluatie van de codes en potentiële thema's, zijn er uiteindelijk acht thema's geformuleerd. De codes die te algemeen waren om onder te brengen onder een bestaand of een nieuw thema zijn samengevoegd tot het negende thema "Overig".

In de vijfde fase zijn de definitieve codes en thema's vastgesteld in een codeboek, samen met een omschrijvingen en voorbeeldcitaten (zie codeboek onder 7.4., p. 77). De negen definitieve thema's (zie tabel 1) met bijbehorende codes hebben betrekking op de onderzoeksvragen, overlappen niet ondanks dat ze aan elkaar gerelateerd zijn en lijken niet te breed (Braun & Clarke, 2012, p. 66). Van de thema's zijn met name thema 2 tot en met 8 relevant voor het beantwoorden van de deelvragen van het onderzoek. Deze zijn verdeeld in drie kernthema's die aansluiten op de drie deelvragen (zie ook tabel 1). Zo zijn thema 2 tot en met 6 samengenomen tot één kernthema, genaamd "Ervaringen met *muziek in de zorg*", omdat ze allen helpen om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van de participanten met *muziek in de zorg*, relevant voor het beantwoorden van de eerste deelvraag. Thema 7 is relevant voor het beantwoorden van de tweede deelvraag en thema 8 helpt de derde vraag beantwoorden, waarmee ze worden gezien als het tweede en derde kernthema. Ondanks dat thema 1 "Achtergrondkenmerken participanten" en 9 "Overig" niet direct worden gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn ze wel relevant om de antwoorden van de participanten in een context te plaatsen, waardoor de antwoorden soms beter geïnterpreteerd kunnen worden.

In de zesde en laatste fase van de thematische analyse zijn de bevindingen gerapporteerd in het resultatenhoofdstuk. Het hoofdstuk wordt gestructureerd door middel van de drie kernthema's die per paragraaf worden besproken, waarbij er gebruik wordt gemaakt van citaten ter illustratie (Braun & Clarke, 2012). De gerapporteerde analyse beantwoordt uiteindelijk de drie onderzoeksvragen.

Tabel 1: Overzicht thema's en kernthema's naar aanleiding van de thematische analyse.

Thema's	Kernthema's
1. Achtergrondinformatie participanten	
2. Effecten van <i>muziek in de zorg</i> op cliënten	1. Ervaringen met <i>muziek in de zorg</i>
3. Effecten van <i>muziek in de zorg</i> op zorgverleners	
4. Effecten van <i>muziek in de zorg</i> op groepsniveau	
5. Opvattingen over eigenschappen van muziek	
6. Opvattingen over <i>muziek in de zorg</i>	
7. Veranderingen binnen het team	2. Veranderingen binnen het team
8. Manieren waarop <i>muziek in de zorg</i> ondersteunend kan zijn aan zorgverleners en de zorg	3. Manieren waarop <i>muziek in de zorg</i> ondersteunend kan zijn aan zorgverleners en de zorg
9. Overig	

3.2.2. Kwaliteitseisen kwalitatief onderzoek

Om de kwaliteit en wetenschappelijke nauwkeurigheid van het onderzoek te waarborgen, is er rekening gehouden met de vier criteria van “trustworthiness” van kwalitatief onderzoek, zoals beschreven door Lincoln & Guba (1986). De vier criteria zijn geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, afhankelijkheid en overtuigingskracht (Lincoln & Guba, 1986; Nowell et al., 2017; Shenton, 2004). Hieronder wordt toegelicht hoe deze criteria in het onderzoek zijn toegepast.

Geloofwaardigheid

Met geloofwaardigheid wordt bedoeld dat de resultaten van het onderzoek een juiste weergave vormen van de ervaringen en perspectieven van de doelgroep (Shenton, 2004). In dit onderzoek is op verschillende manieren geprobeerd om aan deze kwaliteitseis te voldoen.

Allereerst zijn potentiële participanten met diverse kenmerken benaderd, als vorm van triangulatie (Shenton, 2004). Triangulatie houdt in dat verschillende onderzoeksmethoden, onderzoekers of participanten worden ingezet om de geloofwaardigheid van de resultaten te versterken (Lincoln & Guba, 1986). Het interviewen van een gevarieerde groep participanten helpt bijvoorbeeld om de invloed van specifieke omstandigheden of kenmerken van individuele deelnemers te minimaliseren (Shenton, 2004). Voor dit onderzoek is daarom gestreefd naar participanten met uiteenlopende functies, die werkzaam zijn bij verschillende verpleeginstellingen, en ervaring hebben met diverse vormen van *muziek in de zorg* (zie ook 4.1., p.33). Deze aanpak draagt bij aan de geloofwaardigheid van de bevindingen.

Tevens ben ik aanwezig geweest bij een muziekproject en een maandelijks muziekmiddag in een ontmoetingscentrum voor ouderen met dementie. Deze ervaringen stelden mij in staat om zelf *muziek in de zorg* te zien en ervaren. Ook heb ik tijdens het muziekproject en de muziekmiddag twee participanten kunnen observeren voordat ik ze heb geïnterviewd. Deze ervaringen en observaties hebben mogelijk bijgedragen aan een betere interpretatie van de antwoorden van de participanten, doordat ik een beeld had bij de verhalen die de participanten vertelden.

Tot slot zijn de participanten via het toestemmingsformulier geïnformeerd dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is en dat ze op elk gewenst moment kunnen stoppen met het interview zonder dat ze daarvoor een reden hoeven te geven. Door deze werkwijze wordt de eerlijkheid van de participanten vergroot, doordat degenen die besluiten deel te nemen waarschijnlijk daadwerkelijk gemotiveerd zijn om een interview te doen (Shenton, 2004).

Overdraagbaarheid

Onder overdraagbaarheid wordt de toepasbaarheid van het onderzoek verstaan. Ofwel, in welke mate de bevindingen van het onderzoek in andere contexten toepasbaar zijn (Shenton, 2004).

Om aan de eis van overdraagbaarheid te voldoen is in het methoden- en resultatenhoofdstuk de context waarin de interviews hebben plaatsgevonden zo transparant en getailleerd mogelijk beschreven,

ook wel *thick description* genoemd (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004; Nowell et al., 2017). Zo is omschreven bij wat voor soorten en hoeveel verpleeginstellingen de participantenpopulatie werkzaam is, hoeveel participanten hebben deelgenomen aan het onderzoek, op welke manier de data is verworven en over welke periode de interviews zijn afgenomen (Shenton, 2004). Aangezien het onderzoek zich richt op een bepaalde groep zorgverleners, namelijk zorgverleners die werkzaam zijn bij een verpleeginstelling in de regio Noord-Nederland, zijn de resultaten uitsluitend van toepassing op deze doelgroep en kunnen ze niet worden gegeneraliseerd naar alle zorgverleners in Nederland (Nowell et al., 2017). Echter, door middel van de transparante en gedetailleerde beschrijving van de dataverzameling en -analyse zouden lezers wel kunnen bepalen in hoeverre de bevindingen gelden voor zorgverleners in andere contexten (Lincoln & Guba, 1986).

Afhankelijkheid

Onder afhankelijkheid wordt verstaan dat herhaling van het onderzoek, met dezelfde methoden, participanten en context, tot vergelijkbare uitkomsten zou moeten leiden (Shenton, 2004).

Om de afhankelijkheid van het onderzoek te waarborgen, zijn de onderzoeksprocessen zo gedetailleerd mogelijk beschreven. Dit omvat de doelgroep, de participantenwerving, de methode van dataverzameling, het interviewschema en de wijze waarop de data zijn geanalyseerd. Met een gedetailleerd beschreven methode van dataverzameling en -analyse kan ervoor worden gezorgd dat als het onderzoek op dezelfde manier zou worden uitgevoerd, dezelfde uitkomsten naar voren komen (Shenton, 2004). Een nadeel van semigestructureerde interviews is dat ze niet volledig gerepliceerd kunnen worden vanwege het flexibele verloop.

Overtuigingskracht

Het criterium overtuigingskracht verwijst naar de mate van objectiviteit van het onderzoek (Shenton, 2004). Bij kwalitatief onderzoek is het waarborgen van objectiviteit complexer dan bij kwantitatief onderzoek, omdat de onderzoeker, met zijn of haar eigen overtuigingen en verwachtingen, vaak nauw betrokken is bij de verzameling en analyse van de data (Shenton, 2004). Om aan het criterium te voldoen zijn verschillende stappen ondernomen.

Een belangrijke eerste stap is dat de onderzoeker zich bewust is van zijn of haar mogelijke invloed op de onderzoeksresultaten (Shenton, 2004). Zo ben ik mij ervan bewust dat ikzelf eerder een voorstander dan een tegenstander ben van *muziek in de zorg*, wat invloed kan hebben op het verloop van de interviews. Om eventuele sturing van antwoorden te voorkomen, zijn er probes opgenomen in het interviewschema die gaan over zowel positieve als negatieve ervaringen met *muziek in de zorg*. Bovendien is het interviewschema voorgelegd aan mijn begeleider, referent en een derde onderzoeker die is gespecialiseerd in kwalitatief onderzoek. Op basis van hun feedback zijn de vragen aangepast en opener geformuleerd, om onbedoelde sturing verder te minimaliseren.

Verder heb ik aan het begin van elk interview benadrukt dat ik geïnteresseerd ben in de persoonlijke ervaringen van de participanten, en dat er dus geen goede of foute antwoorden zijn. Dit kan helpen voorkomen dat participanten aannemen dat ik specifieke verwachtingen heb over hun mening of houding ten aanzien van *muziek in de zorg*.

3.3. Ethische overwegingen

Tijdens de ontwerpfase van het onderzoek, de dataverzameling en de analyse van de data is nagedacht over de mogelijke impact van deelname aan het onderzoek op de participanten. Het is zaak om te waarborgen dat de participanten voldoende zijn geïnformeerd over het onderzoek, vrijwillig kunnen deelnemen, deelname mogen weigeren zonder consequenties, geen nadelige gevolgen ondervinden ten gevolge van deelname, beschermd worden in hun identiteit en ervan uit kunnen gaan dat er vertrouwelijk met hun gegevens wordt omgegaan (Hennink et al., 2020). Hieronder worden de overwegingen besproken die zijn gemaakt om deze principes te waarborgen.

Om een geïnformeerde en vrijwillige deelname te borgen, hebben de participanten samen met de uitnodiging voor deelname een toestemmingsformulier ontvangen. Met dit formulier zijn ze geïnformeerd over verschillende aspecten van het onderzoek, waaronder het doel, het verloop van het interview en eventuele voordelen en risico's van deelname (Hennink et al., 2020). Doordat de participanten deze informatie meteen met de uitnodiging ontvingen, konden de participanten een weloverwogen besluit nemen over hun deelname. Ook is met het formulier duidelijk gemaakt dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is (Hennink et al., 2020). Tevens konden de participanten na instemming ten alle tijden stoppen met het interview zonder hiervoor een reden op te hoeven geven. Het toestemmingsformulier is te vinden in de bijlage (7.2., p. 74). Bovendien kregen de participanten de mogelijkheid om voorafgaande het interview per mail eventuele vragen te stellen. De doelgroep van dit onderzoek wordt bovendien niet als kwetsbaar beschouwd en er wordt aangenomen dat zij zelfstandig kunnen beslissen over hun deelname. In de ontwerpfase hoeven hiervoor geen extra maatregelen te worden getroffen. Wel is er rekening gehouden met een mogelijke drukke agenda van de zorgverleners door hen de vrijheid te bieden zelf de datum, locatie en het tijdstip van het interview te bepalen.

Daarnaast is er een datamanagementplan opgesteld om de identiteit van de participanten te beschermen en om vertrouwelijke omgang met hun persoonlijke gegevens te waarborgen. De participanten waren voorafgaande de interviews op de hoogte van deze werkwijze, doordat het toestemmingformulier hier informatie over gaf. Zo zijn de geluidsopnamen van de interviews opgeslagen op een beveiligde server van de RUG, waar alleen ik en mijn scriptiebegeleider toegang tot hebben. De opnamen zijn vernietigd zodra de interviews zijn uitgewerkt. Bovendien zijn de interviews gepseudonimiseerd uitgewerkt en opgeslagen, om ervoor te zorgen dat de data niet herleid kunnen

worden tot specifieke participanten. De uitgewerkte interviews zijn eveneens opgeslagen op de beveiligde server van de RUG, en worden verwijderd zodra de masterscriptie is goedgekeurd.

4. Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van het onderzoek, gebaseerd op een thematische analyse van de interviews. Het hoofdstuk begint met paragraaf 4.1., waarin een beschrijving wordt gegeven van de geïnterviewde participanten en een toelichting wordt gegeven op de soorten *muziek in de zorg* die tijdens de interviews aan bod zijn gekomen. Vervolgens worden in paragraaf 4.2. de onderzoeksbevindingen besproken aan de hand van drie kernthema's. De drie kernthema's helpen elk om een van de drie deelvragen van het onderzoek te beantwoorden, waardoor uiteindelijk een antwoord kan worden gegeven op de hoofdvraag van het onderzoek: *"Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg, en wat doen dit volgens hen met de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners?"*

4.1. Participanten

De participantenpopulatie van dit onderzoek bestaat uit tien zorgverleners, waarvan acht vrouwen en twee mannen. Deze verhouding komt overeen met de geslachtsverhouding van Nederlanders die werkzaam zijn in de zorg- en welzijnssector (Langenberg, 2023). De participantenpopulatie bestaat uit een gevarieerde groep zorgverleners met uiteenlopende functies, zoals woonassistent, kwaliteitsverpleegkundige en activiteitenbegeleider. Zie ook tabel 2. De meeste participanten zijn werkzaam (geweest) in een woonzorgcentrum of woonzorglocatie. Daarbij gaat het om in totaal acht participanten, waarvan er vijf op een revalidatieafdeling werken. Verder zijn er twee participanten werkzaam in een ontmoetingscentrum voor ouderen met dementie en is er één participant werkzaam in een hospice nadat de participant ook in een woonzorgcentrum heeft gewerkt. Bij elkaar genomen zijn de participanten werkzaam (geweest) bij zes verschillende zorginstellingen, waarbij sommige participanten collega's van elkaar zijn (geweest). De doelgroepen waarmee de participanten werken zijn over het algemeen ouderen (met dementie), revalidanten en patiënten die palliatieve zorg ontvangen. In de rest van het onderzoek zal de overkoepelende term "cliënten" worden gebruikt, wanneer er wordt verwezen naar de doelgroepen. Alle participanten hebben ruime werkervaring in de zorg en zijn werkzaam in Noord-Nederland, namelijk in de provincies Groningen (n=7) en Friesland (n=3). Veel participanten lijken affiniteit te hebben met muziek. Voor sommigen was de liefde voor muziek zelfs een reden om betrokken te zijn bij muziekprojecten in de zorg.

Tabel 2: Achtergrondkenmerken van de participanten.

Participant	Geslacht	Functie	Zorginstelling	Doelgroep	Provincie
1	Vrouw	Verzorgende IG	Woonzorgcentrum	Ouderen (met dementie)	Friesland
2	Vrouw	Welzijnscoach	Woonzorgcentrum	Ouderen (met dementie)	Friesland

3	Vrouw	Verpleegkundige in opleiding	Woonzorglocatie	Revalidanten	Groningen
4	Vrouw	Kwaliteitsverpleegkundige	Woonzorglocatie	Revalidanten	Groningen
5	Vrouw	Activiteitenbegeleider	Ontmoetingscentrum	Ouderen met dementie	Groningen
6	Vrouw	Activiteitenbegeleider	Ontmoetingscentrum	Ouderen met dementie	Groningen
7	Vrouw	Verpleegkundige	Woonzorgcentrum Hospice	Ouderen (met dementie) en palliatieve patiënten	Friesland
8	Man	Kwaliteitsverpleegkundige	Woonzorglocatie	Revalidanten en palliatieve patiënten	Groningen
9	Vrouw	Leidinggevende	Woonzorglocatie	Revalidanten en palliatieve patiënten	Groningen
10	Man	Woonassistent	Woonzorglocatie	Revalidanten	Groningen

4.1.1. De participanten en de verschillende vormen van muziek in de zorg

De participanten beschrijven verschillende manieren waarop muziek wordt ingezet in de zorginstelling waar zij werken, met als doel om het welzijn en de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. De verschillende vormen van *muziek in de zorg* die uit de interviews naar voren zijn gekomen, zijn gecategoriseerd en weergegeven in tabel 3 (zie volgende pagina). Het soort muziek dat wordt gebruikt bij de vormen van *muziek in de zorg* waarover de participanten spreken, kan sterk verschillen en wordt vaak afgestemd op de behoeften van de doelgroep. Er wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van klassieke, Nederlandstalige en popmuziek, maar ook van een accordeonorkest of a capella zang.

Het aantal vormen van *muziek in de zorg* dat een participant noemt, verschilt sterk. Sommigen spreken enkel van een muziekproject, terwijl anderen een breder scala aan toepassingen noemen. Dit zou kunnen samenhangen met in hoeverre zijzelf of de zorginstelling al actief bezig zijn met *muziek in de zorg*. De participanten spreken het vaakst over muziekprojecten en het zelf inzetten van muziek als vormen van *muziek in de zorg*. Muziekprojecten waren dan ook vaak een aanknopingspunt voor een interview, en boden zorgverleners soms handreikingen om zelf muziek te gebruiken in de zorg. De besproken vormen van *muziek in de zorg* hebben allemaal hetzelfde doel, namelijk het bevorderen van welzijn, met de nadruk op dat van de cliënten. Echter, de manier waarop zij impact hebben, lijkt te variëren. Muziek in groepsverband wordt bijvoorbeeld vooral geassocieerd met groepsverbinding en onderling contact, terwijl zorgverleners muziek vaak inzetten om de zorgverlening te vergemakkelijken. Muziekprojecten onderscheiden zich daarbij van muzikoptredens door hun meer therapeutische insteek. Cliënten maken in deze projecten vaak onderdeel uit van het muziek maken, bijvoorbeeld doordat ze worden uitgenodigd om instrumenten te bespelen of te dirigeren. Wanneer het expliciet een enkele vorm van *muziek in de zorg* betreft, zal het in het onderzoek als zodanig worden benoemd. In de andere gevallen wordt er in het onderzoek gesproken van de overkoepelende term *muziek in de zorg*.

Hoe vaak participanten in aanraking zijn geweest met *muziek in de zorg* verschilt ook sterk. Sommigen zijn slechts één keer aanwezig geweest bij een muzieksessie als onderdeel van een

muziekproject, anderen een aantal keer, en voor anderen is muziek al langere tijd een geïntegreerd onderdeel van het werk. Naast dat dit kan samenhangen met de mate waarin de zorginstelling actief bezig is met *muziek in de zorg*, spelen de functies van de participanten hierbij mogelijk ook een rol. Voor welzijnscoaches en activiteitenbegeleiders is muziek bijvoorbeeld sterker verweven met hun werk, omdat hun taken minder gericht zijn op medische zorg en meer op het bevorderen van welzijn en kwaliteit van leven, waarbij muziek een rol kan spelen. In tegenstelling tot bijvoorbeeld verpleegkundigen.

Tabel 3: Vormen van muziek in de zorg die naar voren zijn gekomen in de interviews.

Categorie	Omschrijving/voorbeelden	Doelgroep
Activiteiten of optredens met muziek	Georganiseerd vanuit het welzijnsteam of door activiteitenbegeleiders (o.a. theater, zangkoor, troubadour, orkest, muziekmiddagen, muziekquiz).	Alle cliënten
Kleinschalige muziekoptredens in de huiskamers	Waarbij een vrijwilliger of (oud-)musici langskomt om muziek te spelen of te zingen (o.a. De zingende buschauffeur).	Cliënten van de desbetreffende afdeling
Muziekprojecten in groepsverband	Waarbij musici voor een bepaalde periode op wekelijkse basis langskomen om muziek te spelen of muziek te maken met een groep cliënten, vaak onder observatie van enkele zorgverleners (o.a. City Proms, REVA BEATS, Muziek bij Ons). Een muziekproject bestaat dus uit meerdere muzieksessies.	Deel van de cliënten (bijv. groep dementerenden, een revalidatieafdeling)
Muziekprojecten gericht op individuen	Waarbij musici op intieme wijze muziek spelen, zingen of muziek maken met cliënten van die dat willen, vaak op hun kamer (o.a. Bedside Singers).	Deel van de cliënten (bijv. palliatieve afdeling, hospice)
Objecten met muziek	Bepaalde objecten die muziek afspelen en kunnen worden gebruikt bij de dagbesteding (o.a. illi TV) of bij pijnbestrijding (o.a. VR-brillen met films met muziek).	Alle cliënten (NB: toepassing wordt door zorgverleners besloten)
Inzetten van muziek of zang door de zorgverleners zelf	Bij het verzorgen van cliënten (o.a. muziek opzetten die de cliënt leuk vindt) of als onderdeel van dagbesteding (o.a. samen muziek luisteren, samen zingen)	Alle cliënten (NB: toepassing wordt door zorgverleners besloten)

4.2. Kernthema's en subthema's

Uit de thematische analyse van de data zijn in totaal negen thema's naar voren gekomen. Deze zijn terug te vinden in het codeboek dat is opgenomen in de bijlage (7.4., p. 77). Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag zijn thema 2 tot en met 6 samengenomen tot een nieuw thema genaamd "Ervaringen met *muziek in de zorg*", aangezien al deze thema's relevant zijn voor het begrijpen van de ervaringen van de participanten met *muziek in de zorg*. Uit dit nieuwe thema komt een aantal bevindingen naar voren, die de leidraad zullen vormen voor het beantwoorden van de eerste deelvraag. De participanten staan over het algemeen zeer positief tegenover *muziek in de zorg*; spreken over de invloed ervan op de

zorgomgeving; vertellen over verschillende ervaringen met *muziek in de zorg* waarbij cliënten een centrale rol lijken te spelen en spreken van een aantal unieke eigenschappen van muziek die verder helpen begrijpen hoe zij *muziek in de zorg* ervaren. Deze bevindingen zijn geselecteerd als leidraad omdat ze aansluiten bij het theoretisch kader of regelmatig naar voren kwamen zonder dat hier expliciet naar werd gevraagd. De tweede deelvraag wordt beantwoord door middel van thema 7 “Veranderingen binnen het team” en deelvraag drie wordt beantwoord met thema 8 “Manieren waarop *muziek in de zorg* ondersteunend kan zijn”. In de onderstaande alinea’s zullen de resultaten van het onderzoek worden besproken aan de hand van deze drie kernthema’s.

4.2.1. Kernthema 1: Ervaringen met *muziek in de zorg*

Deelvraag 1: “ <i>Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg?</i> ”
--

Muziek in de zorg wordt “omarmd”

Uit de interviews komt naar voren dat de participanten met name positieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg*. Wanneer wordt gevraagd naar negatieve ervaringen, blijkt zelfs dat ze de ervaringen met *muziek in de zorg* vrijwel nooit als negatief labelen. Ook wanneer de muziek verdriet oproept bij de cliënten, omdat ze geraakt worden of omdat het herinneringen oproept, worden deze gebeurtenissen eigenlijk niet gezien als negatief. Sommige participanten geven aan dat ze het juist goed vinden dat muziek deze emoties kan losmaken. Zo zegt participant 5: “*Maar ik wil het niet echt naar noemen, want weet je, dat mag er ook zijn. En juist is het mooi, ook als iemand zich opent en zich vertrouwd voelt, dat er een emotie is van huilen.*”. Het enige dat soms als negatief wordt gezien, zijn afleidingen tijdens een muziek sessie of andere omgevingsfactoren die als storend worden ervaren.

De positieve ervaringen van de participanten vertalen zich in een over het algemeen erg positieve houding tegenover het inzetten van muziek om welzijn en kwaliteit van leven in zorginstellingen te bevorderen. Vrijwel alle participanten een voorstander van het vaker toepassen van *muziek in de zorg*. Muziekprojecten worden “*omarmd*”, participanten “*gunnen het iedereen*” en worden gezien als “*cadeautje*”. Wel moet worden opgemerkt dat de participanten vaak al affiniteit bleken te hebben met muziek, wat mogelijk een positiever beeld geeft van de houding van zorgverleners tegenover *muziek in de zorg*. Participanten gaven aan muzikliefhebber te zijn of lieten weten dat muziek belangrijk voor hen is. Voor drie participanten is muziek zelfs een geïntegreerd onderdeel van hun werk, vanwege hun functies als activiteitenbegeleider en welzijnscoach. Zij gebruiken muziek als onderdeel van de dagbesteding die zij voor cliënten organiseren.

“De muziek verbindt”

Alle participanten spreken van een positieve invloed van *muziek in de zorg* op de sfeer tijdens muzieksessies. De sfeer tijdens de muziekprojecten wordt gezien als prettig, en wordt onder andere omschreven als ontspannen en relaxt, maar ook als open en vrolijk. Zo geven participanten aan dat “*er rust heerst*”, maar ook dat “*mensen opengaan*”, er veel “*blijge gezichten*” te zien waren en dat er “*een goede energie*” vrijkwam. Bovendien merkt participant 7 op dat er een inclusieve sfeer was tijdens muziekprojecten, waarbij “*iedereen zichzelf mocht zijn*” en “*in zijn waarde werd gelaten*”. Participant 5 (activiteitenbegeleider) vergelijkt de sfeer tijdens een muziekproject zelfs met de geborgenheid en comfort van een warm bad en deken:

“Maar ik denk dat de sfeer daarin zo belangrijk is, de saamhorigheid, de eenheid, je mag er zijn, wie je bent. Dat dat zo'n warm bad is. Zo'n fijne sfeer. Ook al is die verdrietig, maar dan is het nog heel fijn. Ja. Net wat ik zeg, dat kan je haast niet omschrijven, dat is gewoon een gevoel, zo'n deken die om je heen komt dan. En wat ook onze mensen zo ervaren.”

Voortbordurend op dit citaat spreken participanten vaak van een verbindende werking van *muziek in de zorg*. Dit gaat zowel over een groepsverbinding, die veelal ontstaat tijdens muziekprojecten, als over een verbinding die ontstaat tussen enkele individuen, vaak in de vorm van gesprekken.

Wanneer de participanten spreken over groepsverbinding hebben ze het onder andere over een gevoel van “*saamhorigheid*”, “*eenheid*” en “*verbroedering*” dat ontstaat tijdens muziekprojecten waarbij samen muziek wordt gemaakt. Zo vertelt participant 1 dat gezamenlijk muziek maken en zingen een gevoel van saamhorigheid kan creëren doordat iedereen samen actief bezig is, zelfs degenen die niet zo veel meer kunnen. Participant 6 benadrukt dat ook de rol van de musici belangrijk is bij het creëren van een groepsgevoel, doordat zij actief steeds de verbinding en interactie met cliënten opzoeken. Volgens participant 8 en 9 draagt ook de opzet van muziekprojecten bij aan het groepsgevoel. Zij merken op dat doordat een muziekproject altijd op hetzelfde moment plaatsvindt en doordat het steeds dezelfde mensen zijn die deelnemen, er een groep wordt gevormd. Dat verbinding tussen cliënten niet vanzelfsprekend is op een revalidatieafdeling, blijkt uit het gesprek met participant 8. Volgens deze participant is revalideren is een vrij individueel proces, waarbij muziekprojecten juist die onderlinge verbinding kunnen stimuleren.

“En daarmee zie je dat mensen van een individualistische stand in één keer heel erg gaan ontspannen en in één keer een groepsverbinding krijgen. En dat is wel heel mooi om te zien, omdat revalideren is relatief individueel, want iedereen komt hier met of een gebroken heup...”

[...]

“Ja, en dat was daarvoor echt niet, nee. Dus dat is wel positief. We zien het ook onderling, bij revalidanten onderling. Want ze zijn vaak erg individualistisch, dit is mijn revalidatieproces. En nu zien we wat meer dat mensen samen koffie gaan drinken.”

Naast groepsverbinding spreken participanten ook over verbinding tussen cliënten of tussen zorgverleners en cliënten, waarbij *muziek in de zorg* een faciliterende rol heeft. Een aantal participanten benoemt dat er gesprekken ontstaan tussen cliënten nadat zij samen een muziek sessie hebben bijgewoond. Cliënten delen hun ervaringen en bespreken onder andere hoe gezellig ze het vonden, hoe leuk ze het hebben gehad of welke herinneringen naar boven zijn gekomen door de muziek. De gespreksstof naar aanleiding van muziekprojecten lijkt hiermee voor meer verbinding tussen de cliënten te zorgen. Muziekprojecten kunnen volgens de participanten ook zorgen voor meer verbinding tussen zorgverleners en cliënten op een vergelijkbare manier. Zo vertelt participant 4 dat een muziekproject tot nieuwe gesprekken leidde die ze normaal gesproken niet met cliënten zou voeren:

“Die wat oudere dame heb ik nog heel lang mee zitten kletsen, die vond het heel mooi want haar dochter maakte bijvoorbeeld violen. Dat zijn natuurlijk ook weer gesprekken die je normaal helemaal niet voert. Maar die vond het wel heel mooi, want er werd ook viool gespeeld, dus die was helemaal enthousiast.”

De belangrijke rol van cliënten: “Elke lach op een gezicht van iemand helpt mij ook”

De interviews geven de indruk dat zorgverleners *muziek in de zorg* voor een groot deel ervaren via de invloed die het heeft op de cliënten. Wanneer de participanten wordt gevraagd naar hun ervaringen met *muziek in de zorg* vertellen ze vaak vrijwel meteen over de invloed die de muziek op de cliënten heeft gehad en hoe mooi ze dat vonden. Muziekprojecten zijn natuurlijk ook vaak gericht op cliënten. De participanten spreken onder andere over de invloed van *muziek in de zorg* op de gemoedstoestand van cliënten, doordat ze in een vrolijkere stemming komen, opleven, rustiger en ontspannen worden, opener en toegankelijker zijn of juist emotioneel worden. Fysieke veranderingen bij cliënten worden ook waargenomen door participanten, bijvoorbeeld dat cliënten makkelijker bewegen, maar in mindere mate dan veranderingen in de gemoedstoestand. Verder kan *muziek in de zorg* volgens een aantal participanten cliënten afleiden van pijn en beperkingen of cliënten zelfs ondersteunen in hun revalidatieproces. Deze observaties doen wat met de participanten en leiden tot verschillende gevoelens. Deze uitwerkingen lijken een groot deel van de ervaringen van participanten met *muziek in de zorg* te vormen, en worden hieronder besproken.

Allereerst kan het zien van de positieve invloeden van *muziek in de zorg* op cliënten participanten een blij gevoel geven. Participanten worden er *“eigenlijk altijd gewoon heel blij van”* en vonden het *“heel leuk om te zien hoe mensen daarop reageerden”*. Zeven van de tien participanten geven aan dat het zien

van blijheid, enthousiasme of verbeteringen bij cliënten hen ook blij maakt. Participanten merken bijvoorbeeld op dat cliënten vrolijk en blij zijn naar aanleiding van muziekprojecten. Ze zijn zichtbaar aan het genieten en zingen, dansen en klappen soms zelfs mee. Ze laten hun enthousiasme over de muziekprojecten ook merken aan zorgverleners. Participanten vertellen dat cliënten na afloop van de projecten vaak aangaven dat ze het leuk vonden. Ook worden zorgverleners regelmatig gevraagd wanneer de musici weer langskomen. Participant 8 zegt over het enthousiasme van cliënten onder andere: “...we zien ook dat mensen gaan vragen, mag ik wat langer revalideren en ik vind de muziek zo leuk.”.

De invloed van *muziek in de zorg* op cliënten gaat soms verder dan een blijde stemming en enthousiasme. Vijf participanten merken op dat de muziek sommige cliënten kan laten opbloeien en doen opleven. Het gaat hierbij vaak om cliënten die over het algemeen wat meer in zichzelf zijn gekeerd, bijvoorbeeld omdat ze al flink op leeftijd zijn, dementerend zijn of van zichzelf een wat meer gesloten persoon zijn. Zo vertelt participant 7:

“En in de loop van het traject zag je gewoon dat mensen, tenminste de meeste, veel opener werden, veel makkelijker. En ook iemand die best wel dementerend was, die noemde zelfs de naam van de leider van oh, ben je er weer. En dat was heel leuk. Ja. Ook mensen die juist heel erg in de schulp zaten, waar je heel slecht contact mee kon krijgen, dat er toch af en toe ergens een sprankje was van hé, die kwam toch ergens los. Ja, heel bijzonder.”

Participanten vinden het “leuk” om te zien dat cliënten genieten van de muziek, in een blijde stemming komen, of relaxt worden, wat hen blij kan maken. Zo zegt participant 3:

“Maar ehm, ja nee, ik vond het ook gewoon heel leuk om te zien hoe mensen daarop reageerden. Ja, ik werd er zelf ook wel gewoon blij van [lacht]. Eigenlijk moet dat gewoon veel vaker gedaan worden. Ja.”

Participant 3 vindt het bovendien fijn dat er iets voor de revalidanten wordt georganiseerd, omdat de revalidatieafdeling in de woonzorglocatie vaak een beetje buiten de boot valt qua activiteiten. Verder zegt participant 9: “Ik vond het geweldig. [...] Ja [lacht]. Maar helemaal omdat mensen enthousiast waren.”. Participant 5 zegt aan het einde van het interview: “...ik word er eigenlijk altijd gewoon heel blij van. En ik, ja, gun het eigenlijk iedereen zo.”.

Het zien van de positieve veranderingen bij cliënten naar aanleiding van *muziek in de zorg* kunnen participanten ook een tevreden en voldaan gevoel geven. Zowel participant 2, 5 en 6 geven aan dat de blijdschap bij cliënten “is waar je het voor doet”. Participant 2 zegt: “Elke lach op een gezicht van iemand helpt mij ook. Want daar doe ik het voor; uiteindelijk.” wat een tevreden gevoel geeft. Daarnaast zegt participant 5 het volgende:

“We hadden afgelopen vrijdag de zingende buschauffeur. Dat gaat alle kanten op, dat is heel veel Nederlandstalig, daar als je dan ziet hoe mensen zo blij zijn, die willen je omhelzen, die knuffelen met je. Oh, wat hebben we weer een fijne middag gehad. Ze gaan zo blij naar huis. Dan denk ik ja, weet je, dat is waar je het voor doet. Dat is ook hoe je de mensen dan ziet. Die vreugde die ze dan hebben, mooier kan het gewoon niet eigenlijk, hè, en het contact en alles, je voelt het en ziet het aan alles. Mensen zijn in een hele blije stemming.”

Voldoening gaat ook over van betekenis kunnen zijn. Zo zegt participant 9: *“Nou, dat het heel mooi is en dat mensen daar echt nog, in je laatste levensfase dat het mensen raakt en dat je nog iets kan betekenen voor mensen. Zelfs mensen die al echt heel slecht zijn.”*

Daarnaast maken acht participanten opmerkingen over de invloed van *muziek in de zorg* op cliënten die kunnen worden geïnterpreteerd als ontroering. Zo vinden participanten het “mooi” als de muziek cliënten emotioneert, bijvoorbeeld doordat de muziek “*binnenkomt*” of cliënten “*raakt*”. In totaal merken zes participanten op dat *muziek in de zorg* cliënten emotioneel kan maken. Zo vertelt participant 9 dat cliënten emotioneel werden bij muzieksessies omdat ze recent iemand hadden verloren en de muziek hen raakte. Participant 9 vertelt ook over een emotioneel moment met muziek op de palliatieve afdeling:

“...we hebben ook palliatieve bedden, en daar zijn de musici bij de mensen die dat wilden wel aan bed langsgaan. En dat is natuurlijk heel emotioneel. Daar vroegen ze iets van goh, nou één waar hou je van, wat voor muziek, maar ook zullen we muziek creëren. Er was een keer iemand die had op een schip gewoond, dan ging ze een schip op het IJsselmeer naspelen met een gevoelige... Het was heel mooi allemaal. Maar het is wel heel erg emotioneel, zowel voor de mantelzorger die erbij was als de patiënt zelf.”

Ook participant 2 vertelt dat mensen tijdens muzieksessies soms verdrietig werden omdat muziek iets voor hen heeft betekent of omdat de muziek herinneringen oproept. Verder vertelt participant 8 dat muziek kan worden gebruikt om revalidanten te laten vertellen over lastige emoties die ze tijdens hun revalidatieproces ervaren, zoals rouw. Muziek lijkt hiermee een geleider van emoties die cliënten kan helpen om verdrietige emoties te uitten.

Participant 8: *“En juist muziek geeft meer ruimte om deze dingen te bespreken. Dus ik denk daar, als je muziek daar ook voor inzet, zou dat goed zijn. Dus als je gaat vragen aan revalidant van, hoe voelt u zich nu na zo'n heftige periode, met wat u mee heeft gemaakt? Omschrijf dat eens. Dan komt er dus een hele zware muziek, maar dan zie je wel helemaal iedereen geëmotioneerd raken. Dus het is haast een soort, therapievorm wil ik het niet noemen, want ik wil dus niet medicaliseren, maar het draagt wel iets bij.”*

Participanten lijken niet alleen ontroerd te raken wanneer participanten emotioneel worden door de muziek. Ze vinden het ook “prachtig”, “bijzonder” en “mooi” als muziek in de zorg op een andere manier van betekenis kan zijn voor cliënten. Zo vertelt participant 7 over twee verschillende muziekprojecten in het hospice:

“Bij één mevrouw ben ik er ook bij geweest, met de dochter, en dat was zo bijzonder. Die dochter zong zelf ook en die begon ook mee te zingen. Nou, dat was zo bijzonder, ja, dat was echt heel mooi.”.

[...]

“En wij zaten elders op het terras, van nou, dan kunnen we toch een beetje meeluisteren. En ja, dat is heel bijzonder. Zij, zij doen a capella, zingen ze. Echt wel een beetje muziek waarvan je heel rustig van wordt of zo. Ja, en die mevrouw vond het echt geweldig. Die vond het zo mooi. Ja, dat is zo mooi om te zien.”

Participant 2 zegt ontroerd te worden doordat zij ziet dat cliënten die zij kent opleven door de muziek:

“Ik vind het steeds weer fascinerend dat mensen die heel erg ziek zijn of die heel erg vergeetachtig zijn, hoe ze opleven als je een stukje muziek... Dat is nog steeds heel ontroerend. En ik bedoel, er is wel steeds meer verloop in het aantal bewoners, maar ik ken nog wel steeds mensen persoonlijk, en dat raakt me, als ik dat zie.”

Verder vertelt participant 9 over een cliënt die aangeeft dat het muziekproject haar helpt om een langdurig revalidatieproces vol te houden, wat zij omschrijft als prachtig:

“Er was ook een revalidant, die haakte dus af omdat het te zwaar voor haar was, en ik bracht haar terug, maar ze zei wel ik kijk wel uit naar de muziek, want daardoor hou ik mijn revalidatieproces langer vol. Zij moest heel lang, revalideren. En ze zei ik kijk uit, want het is even een lichtpuntje, even uit de sleur van mijn revalidatie. Nou dat, dat is toch prachtig.”

Naast dat de participanten *muziek in de zorg* ervaren door de invloed die het heeft op de cliënten, kunnen de participanten ook zelf genieten van de muziek. Zo geeft een aantal participanten aan dat ze altijd vrolijk worden van muziek of dat zorgverleners net zoals de cliënten de gespeelde muziek mooi kunnen vinden. Participant 1 en 7 zouden bijvoorbeeld graag met muziek op willen werken. Zelf genieten van de muziek lijkt voor vrijwel alle participanten echter wel van minder waarde dan de positieve invloed die *muziek in de zorg* heeft op cliënten. Onderstaande citaten laten duidelijk zien dat cliënten volgens de participanten het centrale uitgangspunt van *muziek in de zorg* moeten zijn.

Participant 10: *“Ja, ik vond dat ook heel erg leuk. Maar juist ook omdat je ziet wat het met die cliënt doet, zeg maar. Op die manier zit ik er ook bij, en kijk ik er ook naar. Niet puur... Ik ben ook een*

muziek liefhebber, maar dit is toch, op een andere manier ga je ermee om en kijk je ernaar. Snap je wat ik bedoel. Omdat je natuurlijk ook voor die revalidant daar zit. Wat doet het met een revalidant. Het gaat er niet om wat het met mij doet.”

Participant 9: *“Nou, ik deed mee, maar ik observeerde ook. Dus emoties die heb ik een beetje geparkeerd, want ik had zoiets van ik moet observeren en moet af en toe wat opschrijven. Maar ik deed wel blij mee, ik had van die muziekeitjes... [...]. Dus ehm, nee weet je, ik vond het heel mooi om te zien wat het met mensen deed.”*

Op basis van deze citaten en ook andere interviews lijken de participanten met name begaan met de invloed van *muziek in de zorg* op de cliënten, en in mindere mate met de invloed op overige aspecten, zoals hun eigen gemoedstoestand en emoties. Naast dat persoonlijke ervaringen voor participanten minder relevant zijn, lijken ze over het algemeen ook weinig bezig met de invloed die *muziek in de zorg* heeft op het team. Wanneer hiernaar wordt gevraagd, wekken de participanten vaak de indruk dat zij hier niet eerder bewust over hebben nagedacht

Aanvullend kan uit de bovenstaande citaten van participant 9 en 10 worden gehaald dat een focus op cliënten volgens hen een vanzelfsprekend onderdeel is van hun professionele rol als zorgverlener. Zij wonen de muzieksessies niet alleen bij als mens, maar ook als zorgverlener, wat maakt dat zij vanuit hun professionele rol gericht zijn op de cliënt en zijn of haar behoeften. Naast dat *muziek in de zorg* in eerste instantie vaak is gericht op cliënten, zou de professionele rol die participanten tijdens hun werk hebben, kunnen verklaren waarom zij *muziek in de zorg* voornamelijk ervaren via de invloed die het heeft op de cliënten.

De unieke eigenschappen van muziek: universeel, egaliserend en persoonlijk

Naast de zojuist beschreven ervaringen, spreken de participanten ook van andere ervaringen met *muziek in de zorg*. Zo maken de participanten tijdens de interviews verschillende opmerkingen over eigenschappen van muziek. Deze opmerkingen geven een breder beeld van de ervaringen die zorgverleners hebben met *muziek in de zorg*, en kunnen worden opgedeeld in dat muziek universeel, egaliserend en persoonlijk is. De eerste twee opmerkingen richten zich op fundamentele kenmerken van muziek die mogelijk verklaren waarom *muziek in de zorg* vaak een positieve uitwerking heeft. De opmerkingen benadrukken de unieke kenmerken en potentie van muziek als kunstvorm in de zorg. De derde opmerking biedt daarentegen meer inzicht in waarmee rekening moet worden gehouden bij het inzetten van *muziek in de zorg* volgens de participanten.

Allereerst geeft de helft van de participanten aan dat zij muziek beschouwen als iets universeels, een fundamenteel onderdeel van het mens-zijn. Participanten zeggen onder andere *“mensen vinden muziek altijd leuk”*, *“het zit heel diep”* en *“iedereen heeft volgens mij muziek nodig”*. Volgens participant

2 doet het er niet toe wie je bent en wat voor kenmerken je hebt. Zolang je mens bent, is de beleving van muziek van betekenis.

Participant 2: *“Nou ik denk eigenlijk dat ik het belangrijkste van muziek, dat gewoon de beleving van muziek zo belangrijk is voor elk mens in deze samenleving. Het maakt niet uit of je een vluchteling bent, dat je oud bent, dat je jong bent, of je ziek bent. Muziek... hoort volgens mij bij het leven. Ja. En is heel belangrijk.”*

Hoe fundamenteel muziek volgens de participanten voor de mens is, wordt extra duidelijk bij mensen met dementie waarbij veel andere functies zijn weggevallen. Zo blijkt uit een citaat van participant 8:

“En we zien ook mensen die vroeger bij het conservatorium hebben gewerkt, die misschien hier met dementie zitten, wonen, die eigenlijk heel erg weinig meer kunnen, maar zet ze achter een piano neer en ze spelen zo echt een heel stuk. Iets van Chopin dat je denkt... Je kan bij wijze van niet eens je eigen boterhammen smeren, maar dat kan je nog wel. Dus dat zit heel diep.”

In lijn hiermee merkt participant 2 op dat mensen met Alzheimer bij de eerste pianoklanken al meezingen met liedjes van vroeger, terwijl ze voor de rest veel wartaal uitslaan. Daarnaast zijn muziek en lekker eten volgens participant 6 de basisvoorwaarden voor mensen die wat ouder en dementerend zijn. Niet alleen cliënten met cognitieve problemen voelen zich tot muziek getrokken. Participant 8 vervolgt zijn antwoord door te vertellen dat mensen van alle geledingen, zo ook zorgverleners, afkomen op de live muziek die wordt gespeeld in het restaurant van de woonzorglocatie.

Ten tweede wordt er door twee participanten gesproken over muziek als iets dat egaliserend is. Zo vergelijkt participant 5 muziek met kinderen en dieren, die net als muziek door ouderen met dementie worden gezien als gelijkwaardig, waardoor ze in aanwezigheid hiervan het hiërarchische verschil tussen zichzelf en de zorgverlener niet meer zo voelen. Terwijl de hiërarchie op andere momenten soms als onprettig kan worden ervaren door de cliënten, bijvoorbeeld als ze niet uit hun woorden komen. Participant 8 spreekt ook van een vervaging van hiërarchie tussen zorgverleners en cliënten door muziek:

“Ja, ehm, er is een gevoel van... de hiërarchie verdwijnt. Als mensen hier komen, voelen ze toch wel, de revalidanten voelen wel een hiërarchie. Van oh, je hebt artsen, verpleegkundigen en fysio, dit en dat, en ik sta hier. Dus een hiërarchische laag, wat we eigenlijk niet willen, maar het is er wel. En juist muziek haalt deze hiërarchische laag weg, omdat je met z'n allen in een moment met muziek bezig bent. Dus dat soort sociale contexten, bij gebrek aan een beter woord, vervagen.”

Ten derde spreken de participanten erover dat muziek heel persoonlijk is. Hierover maken de participanten het vaakste opmerkingen. Participanten merken op dat niet iedereen dezelfde muzieksmaak heeft en dat dit af kan hangen van onder andere interesses, leeftijd, achtergrond en

stemming. Zo zegt participant 1: “...op mijn laatste werkplek was een meneer uit Bosnië, en dan moet je geen muziek uit Servië opzetten”. Participant 2 vertelt dat de jongere bewoners in het woonzorgcentrum absoluut niet graag luisteren naar een accordeonorkest. Zij luisteren liever naar een hardrockbandje. Daarnaast vertelt participant 8 dat patiënten op de palliatieve afdeling het soms niet prettig vinden om in hun laatste levensfase harde live muziek te horen. Verder merken participanten 1 en 7 op dat sommige mensen muziek helemaal niet zo leuk vinden. Zo zegt participant 7 bijvoorbeeld:

“Misschien houdt iemand juist helemaal niet van muziek. Dat gebeurt soms. Ik heb het een keer meegemaakt in het hospice, die mevrouw hield absoluut niet van muziek. Ik vind dat dan heel bijzonder [lacht], maar dat kan dus echt. Maar goed, dan kan je daar wel rekening mee houden. Als er dan een activiteit is met muziek, ja, dan moet je Pietje daar niet naartoe laten gaan, want die heeft daar niks mee.”

Dat muziek persoonlijk is, geldt ook voor zorgverleners. Zo zegt participant 1: “...als je bij mij Jantje Smit aanzet, dan ga ik gillend weglopen”. Ook merken participant 2 en 10 op dat niet iedere zorgverlener evenveel heeft met muziek. Participant 2 zegt bijvoorbeeld:

“Onder collega's... ja, de ene collega die is hier aan het werk dat er een muziekje op en die gaat meedoen en die ziet bewoners veranderen, en ziet hoe ze ervan genieten. Maar soms hebben ze er ook helemaal geen oog voor, zien ze het niet, want het is niet hun ding. Dat is wel heel verschillend. Dat, ja. Per collega ook verschillend.”

De participanten geven aan dat het luisteren naar muziek die je niet leuk vindt negatieve effecten op mensen kan hebben. Mensen worden daar niet vrolijk van of kunnen er zelfs boos van worden. Hiermee zou *muziek in de zorg* juist een averechts effect hebben. Participanten benadrukken daarom dat het belangrijk is om iemands muziekvoorkeur te weten. Participant 1 en 7 hebben zich bijvoorbeeld ingezet om muziekvoorkeuren in het zorgplan te laten opnemen, zodat alle zorgverleners kunnen zien welke muziek geschikt is om in te zetten als je een cliënt wilt helpen.

Aansluitend hierop is het volgens een aantal participanten belangrijk dat *muziek in de zorg* bewust wordt toegepast. Dit kan gaan over het bewust inzetten van het soort muziek. Zo wordt door participant 5 en 6 genoemd dat het belangrijk is om als zorgverlener oog te hebben voor het soort muziek dat je inzet en de verschillende effecten die het op mensen kan hebben, zoals emotioneren, zodat je niet onverwachts vervelende situaties hebt. Of zodat je het kan begeleiden als zorgverlener.

Participant 5: *“Heel vaak wordt het onbewust opgezet en heb je helemaal niet in de gaten wat het met mensen doet. Dan loop jij weer weg, want je moet naar de volgende, maar diegene laat je achter en die kan er heel verdrietig of boos of weet ik wat... Of je komt terug en dat iemand helemaal zo zit, maar dat kan wel zijn door die muziek, maar daar heb je dan helemaal geen aandacht meer voor. Dus ik denk wel dat het elke keer een bewuste keuze moet zijn, van wat voor muziek zet ik nu op.”*

Participant 6: *“Ja, of je vraagt aan de bezoekers, is het te veel voor je, zal ik er even wat anders opzetten. Ik betrek altijd degene erbij die daar eventueel last van heeft natuurlijk. Dat doe ik altijd. Niet eroverheen walsen en dan... Nee, ik vraag wel van goh, is dit te veel, zal ik even wat anders opzetten. Nou, en dan wordt er wat anders opgezet bijvoorbeeld.”*

Daarnaast gaat het ook over het inzetten van muziek met een bewust doel, namelijk het ondersteunen van een cliënt in zijn of haar welzijn. Zo vertelt participant 7 over een verpleeghuis waar zij vroeger heeft gewerkt waar vrijwel altijd de radio aanstond. De participant zegt hierover:

“Dan denk ik, ja, als je daarover nadenkt, dat zegt die mensen natuurlijk helemaal niks [lacht]. Nee denk ik, ja, dan doe je de muziek omdat jij het leuk vindt, maar niet om daar iets mee te bereiken voor die bewoner.”

Verder zegt participant 10:

“En zorg er ook voor dat het vooral een discipline is die helpt om cliënten verder te brengen. Het moet niet een muziekuurtje worden, van oh leuke muziek en that's it. Nee, de cliënt moet er echt bij betrokken worden, het moet echt een geheel zijn.”

Deze twee laatste citaten laten bovendien weer zien dat de zorgverleners vinden dat cliënten het uitgangspunt moeten zijn van *muziek in de zorg*.

De zojuist besproken bevindingen helpen om de eerste deelvraag te beantwoorden: *“Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg?”*. Allereerst blijkt dat de participanten vrijwel uitsluitend goede ervaringen hebben met *muziek in de zorg* en over het algemeen zeer positief staan tegenover het inzetten hiervan. Ze spreken tijdens de interviews veel over de verschillende positieve invloeden die *muziek in de zorg* heeft op de cliënten, wat de participanten positieve gevoelens geeft. Namelijk dat van blijheid, ontroering en voldoening. Duidelijk wordt dat de participanten cliënten zien als het uitgangspunt van *muziek in de zorg*. Persoonlijke ervaringen van de participanten of de invloed van *muziek in de zorg* op het team lijken meer bijzaak. Tot slot beschrijven de participanten muziek als universeel, egaliserend en persoonlijk, wat kan helpen verklaren waarom *muziek in de zorg* vaak een positieve uitwerking heeft en aandachtspunten biedt voor het succesvol inzetten van *muziek in de zorg* volgens zorgverleners.

4.2.2. Kernthema 2: Veranderingen binnen het team

Deelvraag 2: “*Wat doet muziek in de zorg volgens zorgverleners met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”

Ondanks dat de invloed van *muziek in de zorg* op het team meer wordt gezien als bijzaak, hebben de participanten wel een aantal veranderingen opgemerkt in het team zodra daarnaar wordt gevraagd. Allereerst zijn er veranderingen opgemerkt in de teamsfeer naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Participanten geven aan dat er ook binnen het team een positieve sfeer hangt wanneer er muzieksessies zijn. De sfeer in het team wordt op die momenten bestempeld als “*goed*”, “*prettig*” en “*anders*”. De opmerking “*anders*” suggereert dat de muziekprojecten een bepaalde sfeer met zich meebrengen die er op dagelijkse basis misschien niet per se is. Participant 8 beschrijft het muziekproject dat hij heeft bijgewoond dan ook als een “*cadeautje*”:

“[Korte stilte] hmm, ik ervaarde bijvoorbeeld, ik ga even terug naar het conservatorium project, als wat ik net zei, als iets heel positiefs, als een cadeautje. En daarmee wordt ook een afdelingsgevoel versterkt. Van, we mogen weer wat.”

Hiermee lijkt participant 8 het muziekproject te beschouwen als een bijzondere en waardevolle toevoeging die niet alleen een persoonlijke positieve impact had, maar ook bijdroeg aan het versterken van het groepsgevoel op de afdeling. Volgens participant 1 kunnen muziektoeepassingen door zorgverleners zelf ook een positieve invloed hebben op de sfeer in het team:

“Als je cliënten fijn geholpen kunnen worden door muziek in te zetten, dan komt dat de sfeer in het team ook ten goede. Hé, als je bij iemand komt die om zich heen slaat, en je komt dan terug van gadverdamme hij was weer hartstikke dwars, hij wilde weer niks. Dan is de sfeer anders dan als je iemand heel blij hebt kunnen helpen, heel vrolijk.”

Het is niet zo dat de sfeer binnen het team van de participanten vóórdat er *muziek in de zorg* werd toegepast niet goed was. De participanten zijn over het algemeen erg te spreken over het team waarin ze werken en de contacten die ze hebben met hun collega's. Wanneer er wordt gevraagd naar eventuele veranderingen in het team, zegt participant 4 dan ook: “*Nou we waren meer gewoon heel enthousiast erover. Dus je krijg gewoon hele andere praat en een beetje positiviteit zeg maar, op de afdeling. Nou was het er altijd wel maar, ja*”.

Uit de interviews blijkt verder dat zorgverleners onderling leuke gesprekken hebben naar aanleiding van de muziekprojecten die ze hebben bijgewoond. In meer formele settings, bijvoorbeeld tijdens een evaluatie van het project of als tijdens een wekelijks overleg, maar ook in meer informele

settingen, zoals tijdens de koffiepauze. Tijdens de gesprekken wordt veelal gesproken over de effecten die het project op de cliënten had en hoe leuk het was. Verder benoemt participant 8 dat de muziekprojecten de communicatie tussen zorgverleners meer open kan maken:

“En daarmee wordt ook een afdelingsgevoel versterkt. Van, we mogen weer wat. En daarmee heb je ook die communicatie en de handelingen en de samenwerking onderling, draagt dat muziekproject ook bij aan het versterken daarvan. En dan zie ik persoonlijk dat de communicatie wat opener wordt na zo'n ochtend.”

Participant 7 geeft aan dat de gesprekken ook kunnen helpen om collega's beter te leren kennen, bijvoorbeeld door erachter te komen van welk muziekgenre zij houden. Het delen van het enthousiasme over de muziekprojecten geeft volgens participant 4 en 6 andere contacten met collega's, ook wel *“andere praat”* genoemd. Wel geeft een aantal participanten aan dat veranderingen in onderlinge communicatie en gesprekken tussen zorgverleners vaak niet veel verder gaan dan alleen het delen van hun enthousiasme over de muziekprojecten.

Tevens worden er enkele veranderingen opgemerkt in de onderlinge samenwerking. Met name participant 4 en 8 maken opmerkingen over eventuele veranderingen in de samenwerking tussen zorgverleners naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Beide participanten spreken vanuit hun rol als kwaliteitsverpleegkundige, een functie die zich onder andere richt op beleid en processen. Hierdoor zijn zij mogelijk bij uitstek in staat om met een helicopterview inzicht te krijgen in de onderlinge samenwerking in het team. De opmerkingen van de twee participanten gaan niet zozeer over de samenwerking tussen zorgverleners met dezelfde functie, maar specifiek over die van verschillende disciplines. Zo spreekt participant 4 over een betere samenwerking tussen verschillende disciplines, doordat de zorgverleners door het muziekproject meer tot elkaar zijn gekomen en meer dingen samen zijn gaan doen. Onderstaand citaat van participant 8 geeft mogelijk inzicht in hoe muziekprojecten deze betere samenwerking tot stand laten komen. Participant 8 vertelt dat de communicatie tussen zorgverleners van verschillende disciplines, zoals een arts en verpleegkundige, gevoelsmatig gemakkelijker en directer is geworden, doordat zij tijdens de muziekprojecten al eerder met elkaar hebben gesproken. Deze kortere lijnen dragen volgens participant 8 mogelijk bij aan meer persoonsgerichte zorg:

“Effectievere samenwerking, een efficiëntere samenwerking en misschien een samenwerking die wat meer in balans is. Waarbij de revalidant centraal staat en het uitgangspunt is, in plaats van dat er wordt gekeken vanuit één professie. Er wordt gekeken meer als team in plaats van uit ik ben fysiotherapeut ik moet alleen dit stukje behandelen. Maar nu wordt gekeken oh ja, misschien is er wel iets meer dan een bij een stukje, dus laat we het met elkaar benaderen. En dat is er altijd al wel. Het is misschien wat zwart-wit hoe ik het zeg. Maar het draagt er zeker aan bij.”

Ook draagt een muziekproject volgens participant 8 bij aan het verder afbreken van de hiërarchische treden tussen verschillende disciplines, die vroeger sterk aanwezig waren. Verder merkt ook participant 1 (verzorgende IG) een verandering op in de samenwerking met collega's. Sinds de muziekprojecten communiceert zij niet alleen mondeling maar ook via de rapportages met collega's over de muziekvoorkeuren van cliënten, zodat zij deze informatie ook kunnen gebruiken tijdens hun werk.

De zojuist besproken bevindingen schetsen een beeld van verschillende manieren waarop *muziek in de zorg* daadwerkelijk invloed kan hebben op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. Tegelijkertijd laten de gesprekken met de participanten zien dat deze invloed genuanceerd moet worden bekeken. Vrijwel alle participanten geven tijdens de interviews aan dat ze geen duidelijke veranderingen hebben waargenomen in onderling contact, communicatie of samenwerking. Dit wijst erop dat de invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners en het team mogelijk beperkt is.

Uit de gesprekken met de participanten komt een aantal potentiële redenen naar voren voor waarom er (nog) beperkte veranderingen in het team zijn waargenomen naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Allereerst suggereren de antwoorden van participant 1 en 2 dat tijdgebrek mogelijk eventuele interpersoonlijke processen belemmert. Beide participanten geven aan dat er geen tijd is om observaties en ervaringen met *muziek in de zorg* te delen met collega's.

Participant 1: *“Bij [muziekproject] is er op een gegeven moment een mail uitgegaan wie mee wilde, wie dat wilde, en dat mochten maar een paar. En dan denk ik, ik vind dat zo jammer, want eigenlijk zou je dus veel meer... dan bereik je meer zorgverleners om het in te gaan zetten. Dan was het wel de bedoeling dat wij als, diegene die dat meegedaan hebben dat over gingen dragen aan onze collega's, maar vaak is daar nou juist niet de tijd voor.”*

Participant 1 en 9 geven bovendien aan dat vaak slechts enkele zorgverleners aanwezig konden zijn bij een muziekproject. Hierdoor blijven de positieve effecten van *muziek in de zorg* mogelijk beperkt tot een individueel niveau, bijvoorbeeld omdat ze de ervaringen alleen met elkaar konden delen en niet met het hele team. Participant 1 zegt daarover: *“...als je er niet bij bent geweest, kan je ook niet napraten hé. Dan kan je alleen maar, van nou kijk, ze zijn goed te pas dus de muziek zal wel leuk zijn geweest. Het is dan eigenlijk het enige dat je kan zeggen. Je kan niet hoe de muziek was... dat heb je dan niet meegemaakt.”* Participant 9 (leidinggevende) maakt zich er dan ook hard voor om zoveel mogelijk zorgverleners de muziekprojecten te laten ervaren, met name vanwege de positieve werking op de patiënt-zorgverlener relatie. Roostertechisch en vanwege personeelskrapte is dit echter lastig te verwezenlijken.

Bovendien heeft een deel van de zorgverleners die betrokken is geweest bij een muziekproject slechts enkele keren een sessie bijgewoond. Participant 3 en 4 zijn bijvoorbeeld maar één keer bij een

muzieksessie aanwezig geweest. Participant 9 is van mening dat een pilot-muziekproject met acht sessies ook nog steeds vrij kort is om iets te kunnen zeggen over de invloed op het team zorgverleners. Wanneer wordt gevraagd naar eventuele veranderingen in de samenwerking tussen zorgverleners, antwoordt participant 9: “Ja. Ik denk wel dat het positief beïnvloedt, ook omdat iedereen enthousiast was. Niet alleen de revalidanten, maar het team vond het ook mooi. In de huiskamer, alle mensen werden klaargezet, tafels aan de kant gezet, weet je, dus iedereen was proactief. Maar ik vind om daar echt een uitspraak over te doen het te kort.” Mogelijk is er door het beperkte aantal bijgewoonde muzieksessies door de zorgverleners onvoldoende tijd geweest voor de effecten van *muziek in de zorg* om door te werken op teamniveau.

Het kan natuurlijk zo zijn dat *muziek in de zorg* gewoon weinig invloed heeft op interpersoonlijk niveau binnen een zorgteam. Wel wordt duidelijk dat het betrekken van meer zorgverleners bij *muziek in de zorg* voor langere tijd een belangrijke volgende stap is om beter te kunnen zien welke invloed *muziek in de zorg* heeft op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners.

Met de zojuist beschreven bevindingen kan de tweede deelvraag worden beantwoord: “*Wat doet muziek in de zorg volgens zorgverleners met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”. Uit de interviews komt naar voren dat de participanten beperkte, maar wel enkele veranderingen hebben opgemerkt op interpersoonlijk niveau in het zorgteam. Zo kan de prettige sfeer tijdens een muzieksessie doorwerken in de sfeer binnen het team, vinden er meer leuke gesprekken plaats tussen zorgverleners naar aanleiding van muzieksessies en is er meer en makkelijkere samenwerking tussen verschillende disciplines in de zorg doordat muzieksessies tot meer onderlinge contacten hebben geleid. Kortom, de participanten lijken meer positiviteit in het zorgteam te ervaren naar aanleiding van muziekprojecten. Het is mogelijk dat tijdgebrek om ervaringen te delen en beperkte betrokkenheid van zorgverleners de invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners hebben beperkt. Toekomstig onderzoek en meer aandacht voor de betrokkenheid van zorgverleners bij muziekprojecten zullen dit moeten uitwijzen.

4.2.3. Kernthema 3: Manieren waarop *muziek in de zorg* ondersteunend kan zijn aan zorgverleners en de zorg

Deelvraag 3: “*Hoe kan muziek in de zorg zorgverleners ondersteunen?*”

Uit de interviews komen verschillen manieren naar voren waarop *muziek in de zorg* volgens de participanten ondersteunend kan zijn, zowel aan de zorgverleners zelf als aan de zorgverlening. Ten eerste lijkt *muziek in de zorg* te kunnen bijdragen aan meer energie en veerkracht. Zoals eerder beschreven, ervaren de participanten gevoelens van blijheid, ontroering en voldoening als zij zien wat

muziek in de zorg met de cliënten kan doen. Uit de antwoorden van drie participanten komt naar voren dat deze positieve gevoelens ondersteunend kunnen zijn aan zorgverleners doordat ze hier energie uit halen wat uiteindelijk veerkracht kan geven. Dit blijkt onder andere uit de antwoorden van participant 7, die vertelt over een muzieksessie in het hospice, waarbij aanwezige zorgverleners geraakt worden en het mooi vinden voor de cliënt. Wanneer wordt gevraagd wat voor invloed dit op haar werk geeft, zegt participant 7:

“Nou, ik denk dat je dat dan ook weer even tegen kunt of zo. Zo van, even weer wat energie. Ja, dat.” [...] “Ja, nou, op dat moment vond ik ja... Net of je daar ook wel even een poosje op kan teren of zo. Zo van oh wat mooi en dat het nog voor iemand gerealiseerd kan worden, zodat ie daar nou nog even een blij moment heeft. Voor zover dat nog kan. Ja, en dat is ook de doelstelling. Mensen in de laatste fase zorg verlenen in een hospice of waar dan ook, palliatieve zorg. Ja. Leven toevoegen aan de dagen.”

In de antwoorden van participant 2 en 5 komt ook naar voren dat van betekenis kunnen zijn voor de cliënten hetgeen is waarvoor ze het doen. Zo antwoordt participant 2 op de vraag hoe muziek haar als zorgverlener heeft kunnen ondersteunen met het volgende:

“Sinds dat ik hier in de zorg werk, ondersteunt muziek mij. Door de dingen die ik organiseer en de mensen die daar blij van worden, ondersteunt het mij net zo goed als de bewoners. Elke lach op een gezicht van iemand helpt mij ook. Want daar doe ik het voor, uiteindelijk.”

Verder vertelt participant 5 over het gezamenlijk zingen van liederen van vroeger, wat haar raakt, ontroert, maar ook heel veel plezier geeft, waarover de participant zegt: *“En dat is dus ook wel steeds dat het je werk zo leuk maakt. Dat je denkt, dit zijn de cadeautjes die je op een dag weer krijgt van mensen.”* Uit het interview met participant 5 blijkt zelfs dat de voldoening die zij uit het werk met cliënten haalt, kan compenseren voor minder leuke dingen die zij tijdens het werk ervaart:

“Dat is af en toe, dat ik zelf wel eens denk, de bezoekers houden mij op de been want dat vind ik ook de echte uitdaging, maar de dingen eromheen, hè, qua organisatie en wat er allemaal van jou verwacht wordt en wordt gevraagd, vind ik af en toe wel heel lastig.”

[...]

“En wat ik zeg, de doelgroep wel, en hoe onze mensen reageren, en wat je ervan terugkrijgt, en onze mantelzorgers... [...] Maar ik denk, zo lang dat maar boven hevelt naar dit stukje, qua organisatie, dan denk ik dan hou ik dit vol.”

Verder geeft participant 1 aan dat het gevoel van saamhorigheid dat tijdens een muzieksessie ontstaat, samen met de andere en prettige sfeer, ondersteunend kan zijn voor zorgverleners. Zowel op individueel niveau als binnen het team.

Ook zou *muziek in de zorg* de werkdruk van zorgverleners kunnen verlagen, doordat de muziek cliënten kan afleiden van hun pijn of beperkingen waardoor ze er minder last van hebben. Zowel participant 2, 10 en 8 spreken van een pijnverminderende werking van *muziek in de zorg*. Participant 10 vertelt het volgende:

“Nou, bijvoorbeeld een mevrouw die heel veel pijn had en die dan als ze een half uurtje, driekwartier bij de muziek gezeten had, dat ze daar de rest van de dag profijt van had en eigenlijk bijna geen... Ze had natuurlijk de pijnklachten, maar op één op andere manier druk je dat dan weg. Ik weet niet hoe het werkt natuurlijk in je hoofd. Maar het werkt wel het heeft zeker invloed op mensen. Dat ze daardoor ook positiever tegen de revalidatie aankijken zeg maar.”

De muziek “*verzacht*” pijn en maakt soms ook dat er minder pijnmedicatie nodig is. Participant 8 vertelt: “...we zien dat we de opiaten met de helft naar beneden kunnen krijgen als we een VR bril met muziek en beelden gebruiken. Dus daar gebruiken we het op een verpleegkundig vlak voor.”. Ook leidt muziek volgens participant 5 cliënten met dementie af van hun beperkingen doordat het laat zien wat ze nog wél kunnen:

“En soms ook, wat vroeger ook veel gebeurde als ze gingen afwassen, dan werd er tijdens het afwassen gezongen. Dat gebeurt hier ook heel veel. Dat is dan zo leuk, dat mensen zo goed in hun vel zitten. En ook allemaal vergeten van... dat is ook weer zoets, kijken wat er dus wel is, en dan vergeten ze ook alle dingen die ze niet meer kunnen. Daar zijn ze ook gewoon heel sterk en goed in. Als je ze dat laat zien, dan denk ik van ja, dat maakt hun dag weer zo goed. Dus dat is echt heel belangrijk.”

Participant 8 en 10 merken beiden op dat cliënten na een muzieksessie minder vaak om hulp bellen, wat de werkdruk van zorgverleners tijdelijk kan verlagen. Participant 8 (kwaliteitsverpleegkundige) legt uit dat de revalidatieafdeling een afname van bijna 60 procent in belgedrag heeft waargenomen, wat een aantal uur na de muzieksessie aanhoudt. Participant 10 die werkzaam is op dezelfde afdeling, beaamt de afname in belletjes en het effect dat dit heeft op de werkdruk:

“Meer dat het gewoon een positieve invloed op de cliënt heeft. Dat sowieso. Maar goed, dat werkt natuurlijk helemaal door in heel veel dingen, ook op de afdeling. Als iemand beter in zijn vel zit en minder vaak belt, hoef je ook minder vaak op belletjes te lopen. Dus dat scheelt gewoon, voor ons ook. Dus het vermindert in die zin ook een beetje de werkdruk. Ja.”

Vervolgens benadrukt participant 10 wel dat het verlagen van werkdruk voor zorgverleners niet het belangrijkste is. “.. dan gaat het er niet om dat wij het rustig hebben, het gaat er voornamelijk om dat die cliënt zich beter voelt en dus minder vaak op zijn bel hoeft te drukken, minder klachten heeft, en misschien zelfs daardoor ook sneller hersteld is en naar huis kan.”. Aansluitend op dat muziekprojecten

werkdrukverlagend kunnen zijn, geeft participant 8 aan dat een muziekprojecten zorgverleners ook een adempauze kan geven, waardoor zij rustiger kunnen worden:

“Maar ook de momenten na zo'n sessie. Je voelt je gewoon weer ontladen, blij en ehm, rustig. Want je dag is zo gehaast. Ook voor personeel zijn het rustmomenten. En ja, daar draagt muziek echt aan bij.”

[...]

“En als jij een moment hier zit met je revalidant of met je palliatieve patiënt, dan zie je letterlijk dat ze rustig worden. Het betekent dus een stuk, ehm, het is een kwaliteitsmoment op een dag, wat je ook even weer de energie geeft om door te gaan. Je hoeft niet altijd aan te staan, hier mag je even uit zijn en opgaan in de muziek. Ik denk dat... en dat heeft als verder gevolgd voor de rest van de dag dat je misschien wel wat gestructureerder of wat blijer de dag doorgaat.”

Volgens participant 8 zouden deze rustmomenten, net als de eerder besproken positieve gevoelens, energie kunnen geven aan zorgverleners, met als gevolg betere werkervaringen gedurende de dag.

Verder benoemen vijf participanten dat de ervaringen met *muziek in de zorg* meer inzicht hebben gegeven in de cliënt als mens, waardoor de participant meer begrip voor de cliënt heeft gekregen, en hierdoor uiteindelijk misschien makkelijker of meer persoonsgerichte zorg kan geven. Dit draagt bij aan menselijkheid in de zorg. Zo zegt participant 7 dat zij denkt dat je door muziek mensen beter kan leren kennen, waardoor je cliënten *“beter in hun vel kan laten zijn”* en waardoor *“jij makkelijker hulp kan verlenen”*. Daarnaast zegt participant 6 *“ik leer daar ook altijd heel veel van”* over de gesprekken die ontstaan naar aanleiding van muziek, waarin een cliënt bijvoorbeeld uitlegt wat de muziek met of haar heeft gedaan. Participant 5 geeft verder aan dat muziek haar kan helpen om lastig gedrag van cliënten te begrijpen, wat vervolgens kan dienen als basis voor verdere interactie of ondersteuning:

“Er wordt wel gezegd van iemand, die heeft vervelend gedrag of iemand is een naar persoon. Maar ik denk altijd van waarom is dat dan zo, waarom speelt dat de boventoon, wat ligt daarachter. En dan denk ik van soms door muziek of dat stukje... dat je denk van oh nou snap ik wel. Hè, iemand kan het niet uiten in woorden, maar door muziek zie je wel een uiting. Van kijk, dat is er aan de hand. Dus dat helpt je wel degelijk soms in je werk. Om dat weer als een lijntje te gebruiken, dat je daar weer verder mee kunt.”

Ook participant 8 (kwaliteitsverpleegkundige) neemt toegenomen begrip waar tussen zorgverleners en cliënten. Volgens hem zien mensen elkaar *“echt als mens”* doordat het samen bezig zijn tijdens een muziekproject de hiërarchie doet vervagen. Participant 8 zegt over zichzelf: *“...ik ben niet alleen een verpleegkundige, maar dan ben je ook iemand die daar geniet van muziek.”*

Tot slot komt in zes interviews regelmatig naar voren dat *muziek in de zorg* zorgverleners hulpmiddelen kan aanreiken om makkelijker en beter zorg te geven. Hierdoor ondersteunt *muziek in de zorg* hen als het ware in de zorgverlening. Allereerst vertellen participanten dat zij zelf muziek gebruiken als middel om makkelijker zorg te geven of contact te maken met cliënten. Dit gebeurt soms op eigen

initiatief, maar ook naar aanleiding van een muziekproject dat handreikingen heeft geboden. Bijvoorbeeld doordat het inzicht heeft gegeven in de muziekvoorkeuren van cliënten. Met name participant 1, maar ook participant 2, 5 en 7 vertellen dat het opzetten van muziek tijdens het geven van zorg cliënten toegankelijker, opener of rustiger kan maken, waardoor zij zich makkelijker laten helpen. Zo vertelt participant 1 over een dwarse cliënt die zich makkelijker liet helpen bij het wassen en aankleden, omdat de participant muziek had opgezet waarvan zij wist dat de cliënt mooi vond. *“We hebben zingend gewassen en aangekleed”*. Ook vertelt participant 1 *“...ik weet dat ik met mijn stem ook dingen kan doen om een cliënt prettig te laten voelen. Ik kan niet zingen, maar als ik binnenkom met 'goedemorgen' of ik kom binnen met 'goedemorgen' (op melodische toon), dat je verschillende toonhoogtes gebruikt, dat iemand ook al heel anders daarop reageert.”*. Over het inzetten van muziek als middel zegt participant 1: *“Als ik zie dat iemand gesloten is en eigenlijk niet meer toegankelijk is en door de muziek open is en toegankelijk is. Dat is voor mij de meerwaarde. Dan heb ik contact gemaakt”*.

Dat het inzetten van muziek zorgverleners kan helpen om gemakkelijker contact met hun cliënten te maken, blijkt ook uit de antwoorden van participant 5. Volgens participant 5 kan muziek een ingang geven om een gesprek aan te gaan met een minder toegankelijke cliënt, doordat ze opener worden of in een betere stemming komen. Zo zegt participant 5 het volgende:

“Als je een gesprek aangaat, soms is dat gewoon heel lastig. Maar met muziek, en je gaat dan een gesprek aan, dan zijn er veel meer deuren open, dan is er ook veel minder schaamte of zo. Dan gebeurt er zoveel. Ja, dat is echt heel mooi om daar bewust van te zijn, dat dat er gewoon is.”

[...]

“En ook wat ik net al wel zei, vanuit de thuissituatie, als jij muziek opzet en iemand is heel boos of verdrietig en dat kan dan net even die scherpte ervan afhalen, heb je wel weer een ingang om weer verder te kunnen gaan.”

Verder geven participant 8 en 9 aan dat wanneer zorgverleners samen met cliënten een muziekproject hebben bijgewoond, zij hun observaties en gedeelde herinneringen kunnen gebruiken om gemakkelijker of prettiger contact met cliënten te maken. Zo kreeg participant 9 de indruk dat zorgverleners makkelijker contact konden maken met cliënten die *“schuchter”* zijn of *“niet zo op een praatstoel zitten”* wanneer zorgverleners begonnen over de muzieksessie die ze beiden hadden meegemaakt. Ook kan het praten over emoties die zorgverleners toen hebben waargenomen bij een cliënt een opening zijn voor een gesprek. Uit een antwoord van participant 8 blijkt dat het bespreken van gedeelde ervaringen veiligheid kan bieden tijdens kwetsbare momenten tijdens de zorg:

“Dus je hebt samen een herinnering, en die herinnering is dan die muzieksessie. Dat is een wekelijks iets, dus dat is ook een veilig onderwerp om over te beginnen, ook tijdens de zorg zelf. Dus zo creëer je eigenlijk een stukje veiligheid in een heel kwetsbaar proces van dat je 's ochtends ondersteuning nodig hebt, of medicatie, of grote wondzorg. En als je dan zo'n veilig onderwerp kan gebruiken tijdens die processen, dan

wordt zo'n groot onderwerp ook wat minder beladen. Dus ik denk dat daar ook heel veel, heel veel potentie in zit.”

Met de zojuist besproken bevindingen kan de derde en laatste deelvraag van het onderzoek worden beantwoord: “*Hoe kan muziek in de zorg zorgverleners ondersteunen?*”. Uit de interviews blijkt dat *muziek in de zorg* zorgverleners kan ondersteunen in zowel hun welzijn als in het uitvoeren van hun werk. Zo kunnen gevoelens van blijheid, ontroering, voldoening en rustmomenten naar aanleiding van *muziek in de zorg* zorgen voor energie om op door te gaan en leiden tot meer veerkracht, wat aansluit op de *broaden-and-build* theorie. Bovendien komt sterk naar voren dat *muziek in de zorg* zorgverleners hulpmiddelen kan aanreiken, waarmee *muziek in de zorg* niet alleen de zorgverlener zelf maar vooral ook de zorgverlening ondersteunt. De hulpmiddelen betreffen zowel muziek die door de zorgverleners zelf kan worden ingezet als herinneringen aan een muzieksessie waar zowel de zorgverleners als cliënten bij aanwezig waren. Het vergemakkelijken van contact met cliënten kan bovendien bijdragen aan de patiënt-zorgverlener-relatie en meer persoonsgericht contact. Ook toegenomen begrip voor cliënten als mens naar aanleiding van *muziek in de zorg* kan meer menselijkheid in de zorg bevorderen.

4.2.4. Conclusie

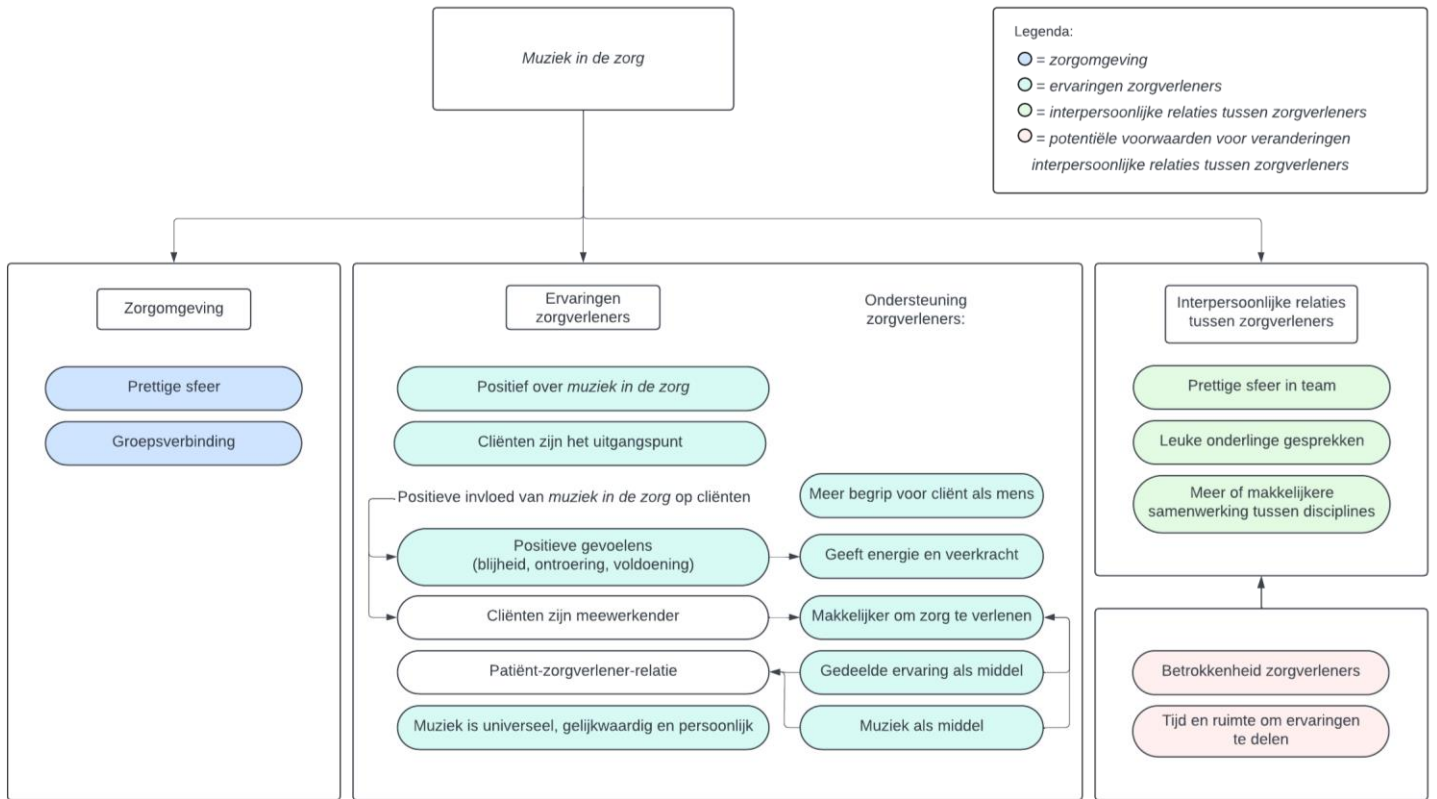
Op basis van de resultaten van de thematische analyse kan de visualisatie uit het tweede hoofdstuk, gebaseerd op de theorie, worden aangepast en verder uitgebreid (figuur 1). De nieuwe visualisatie wordt weergegeven in figuur 2 (zie p. 55).

De vele inductieve codes die zijn gevonden tijdens de thematische analyse maken dat er veel concepten zijn toegevoegd aan de nieuwe visualisatie, waaronder “cliënten zijn het uitgangspunt” en “prettige sfeer in team”. De nieuwe concepten zijn, samen met de concepten die zijn aangepast, aangeduid met kleur in tegenstelling tot de onveranderde concepten die wit zijn gebleven. De concepten hebben verschillende kleuren gekregen om meer overzicht te creëren in de verschillende contexten, zoals de zorgomgeving of de persoonlijke ervaringen van zorgverleners. Verder zijn in een nieuw vak “betrokkenheid zorgverleners” en “tijd en ruimte om ervaringen te delen” toegevoegd aan de visualisatie. Uit de interviews blijkt dat deze voorwaarden bepalend zouden kunnen zijn voor het plaatsvinden van veranderingen op teamniveau naar aanleiding van *muziek in de zorg*, waarmee deze nieuwe concepten een relevant onderdeel zijn van de visualisatie, die inzicht probeert te geven in hoe zorgverleners *muziek in de zorg* ervaren en wat het doet met de interpersoonlijke relaties tussen hen. Ook zijn de bevindingen met betrekking tot de manieren waarop *muziek in de zorg* zorgverleners kan ondersteunen in een nieuwe rij toegevoegd aan het vak dat de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* weergeeft. Aangezien de bevindingen laten zien dat er veel manieren zijn waarop *muziek in de zorg* zorgverleners kan ondersteunen, is het relevant om deze apart weer te geven in de visualisatie.

De manieren waarop *muziek in de zorg* zorgverleners ondersteunt, zijn bovendien nauw verweven met de overige ervaringen, wat is weergegeven met pijlen.

Ook zijn er op basis van de bevindingen concepten aangepast, zodat deze beter aansluiten op de resultaten. Een voorbeeld hiervan is “rustigere omgeving” die is vervangen door “prettige sfeer”, aangezien de sfeer tijdens *muziek in de zorg* niet alleen als rustig, maar ook als open en vrolijk wordt omschreven door de participanten. Verder is “menselijkere omgeving” opgesplitst in de concretere concepten “groepsverbinding” en “meer begrip voor cliënt als mens” naar aanleiding van de bevindingen. Tevens bleek het passender om *sympathetic joy* te veranderen naar blijheid en leken de participanten ook gevoelens van voldoening en ontroering te ervaren. De drie verschillende positieve gevoelens hangen overigens wel nauw met elkaar samen. Sommige concepten zijn helemaal weggelaten, omdat er op basis van de interviews niet kan worden gesteld dat het er is, zoals “negatieve ervaringen” met *muziek in de zorg*. Om dezelfde reden zijn de pijlen tussen de verschillende contexten weggelaten. Op basis van de bevindingen kan niet hard worden gemaakt dat de gevonden processen in de verschillende contexten op elkaar volgen, van zorgomgeving naar ervaringen naar interpersoonlijke relaties.

De nieuwe visualisatie helpt om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*, de invloed die het mogelijk heeft op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners, en om dit samenvattend weer te geven. Duidelijk wordt dat de gesproken zorgverleners op verschillende manieren (zeer) positieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg*, die voor een groot deel volgen uit de invloed die *muziek in de zorg* heeft op cliënten. Eveneens wordt duidelijk dat *muziek in de zorg* zorgverleners op verschillende manieren kan ondersteunen. Ook krijgen we iets meer inzicht in de invloed die *muziek in de zorg* heeft op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners, wat zich mogelijk verder zou kunnen ontwikkelen als muziekprojecten bijvoorbeeld vaker plaatsvinden en zorgverleners daar meer bij worden betrokken.



Figuur 2: Visualisering van de resultaten op basis van de thematische analyse.

5. Conclusie & discussie

Dit hoofdstuk presenteert de belangrijkste bevindingen van het onderzoek, dat zich richtte op de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. Tevens is onderzocht hoe zorgverleners *muziek in de zorg* ervaren en op welke manieren het hen kan ondersteunen. Het betreft een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op tien semigestructureerde interviews met zorgverleners die werkzaam zijn in een verpleeginstelling in Noord-Nederland en ervaring hebben met *muziek in de zorg*. De interviews zijn vervolgens geanalyseerd middels een thematische analyse.

Het onderzoek had als doel om meer inzicht te krijgen in de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners, om zo een lacune in de wetenschappelijke kennis over *muziek in de zorg* te vullen. Ook beoogde het onderzoek bij te dragen aan de beweging *arts in health*, die momenteel nog in opkomst is, maar potentie heeft om een waardevolle bijdrage te leveren aan actuele vraagstukken in de zorg. Deze beweging beoogt bij te dragen aan de behoefte aan een holistische benadering van gezondheid en meer menselijkheid in de zorg. Ook zou *muziek in de zorg* zorgverleners kunnen ondersteunen in hun steeds veeleisendere werkomstandigheden.

Dit hoofdstuk begint met de beantwoording van de onderzoeksvragen en duiding van de resultaten (5.1.). Vervolgens komen de sterke punten en beperkingen van het onderzoek aan bod en worden er aanknopingspunten voor vervolgonderzoek (5.2) en de praktijk besproken (5.3.). Het hoofdstuk sluit af met een slotwoord waarin de kernboodschap van het onderzoek wordt samengevat (5.4.).

5.1. Belangrijkste bevindingen

5.1.1. Deelvraag 1: Hoe ervaren zorgverleners *muziek in de zorg*?

Aan de hand van de bevindingen uit de thematische analyse kan er een antwoord worden gegeven op de eerste deelvraag van het onderzoek. In het theoretisch kader zijn verschillende onderzoeken besproken die inzicht geven in de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*. *Muziek in de zorg* zou de zorgomgeving kalmer en sociaal toegankelijker kunnen maken, en een effectief middel zijn om met elkaar in verbinding te komen (Apps & Sunderland, 2021). Ook zou het de relatie tussen zorgverleners en patiënten kunnen versterken (Wilson et al., 2016) en kan *muziek in de zorg* tot positieve gevoelens leiden bij zorgverleners wanneer zij zien dat het cliënten kan helpen (Jormsri, 2005; Ricard, 2013). De bevindingen van dit onderzoek bevestigen grotendeels de uitkomsten van eerder onderzoek, maar bieden ook nieuwe inzichten en geven een completer beeld van de ervaringen van zorgverleners.

Uit het onderzoek blijkt dat de geïnterviewde zorgverleners vrijwel uitsluitend positieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg*. In tegenstelling tot het onderzoek van Preti & Welch (2012),

worden muziekprojecten niet als storend of werkdrukverhogend ervaren. Het kan zijn dat dergelijke ervaringen wel bij andere zorgverleners voorkomen, bijvoorbeeld bij artsen in ziekenhuizen, aangezien voornamelijk artsen negatieve ervaringen rapporteerden in het onderzoek (Preti & Welch, 2012). Participanten spreken eerder van praktische zaken die het verloop van muzieksessies negatief kunnen beïnvloeden, zoals omgevingsgeluiden. Dat vrijwel alle participanten voorstander zijn van het toepassen van *muziek in de zorg* op grotere schaal, wekt de indruk dat zorgverleners over het algemeen een positieve houding hebben ten opzichte van *muziek in de zorg*. Dat muziek door de participanten wordt gezien als universeel en egaliserend geeft verder inzicht in waarom *muziek in de zorg* zo positief wordt ervaren door zowel cliënten als zorgverleners. Als muziek inderdaad fundamenteel is aan mens-zijn, zoals deze bevindingen suggereren, is het begrijpelijk dat veel mensen baat hebben bij *muziek in de zorg* en er enthousiast over zijn. Ook geeft het inzicht in waarom *muziek in de zorg* gevoelens en emoties kan oproepen, doordat het een diepere laag in ons raakt.

De ervaringen van de participanten met *muziek in de zorg* lijken grotendeels te worden beïnvloed door de impact die zij bij cliënten waarnemen, aangezien dit is waar ze voornamelijk over spreken. Uit het onderzoek komt naar voren dat wanneer de participanten zien dat *muziek in de zorg* van betekenis kan zijn voor cliënten, zij gevoelens van blijheid, voldoening en ontroering ervaren. Deze bevindingen zijn in lijn met het onderzoek van Van der Wal-Huisman et al. (2021), waaruit blijkt dat het positieve effect van de muziek op patiënten zorgverleners een goed gevoel geeft. De gevonden gevoelens van blijheid kunnen worden gekoppeld aan *sympathetic joy* – vreugde om het welzijn van een ander – wat volgens het theoretisch kader een rol kan spelen in de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*. Ontroering was daarentegen een bevinding die niet werd verwacht op basis van het theoretisch kader, en geeft aanvullende inzichten in wat *muziek in de zorg* met zorgverleners doet. In lijn met het onderzoek van Van den Berg (2024) trad blijheid vaak op naar aanleiding van enthousiasme en ervoeren participanten vooral ontroering wanneer cliënten emotioneel reageerden, wat erop duidt dat de gevoelens gerelateerd kunnen zijn aan empathie voor de cliënten. Andere ervaringen, zoals genieten van de muziek, lijken voor de participanten van ondergeschikt belang, wat suggereert dat zorgverleners vooral waarde hechten aan *muziek in de zorg* als dat een positieve invloed op cliënten heeft. Zij moeten volgens de participanten het uitgangspunt zijn. Deze overtuiging sluit aan op hun professionele rol als zorgverlener, waarbij de behoeften en welzijn van cliënten vaak centraal staan.

Een andere opvallende ervaring van de participanten met *muziek in de zorg* is het verbindende karakter van muziek en de muziekprojecten die ze waarnemen. Deze bevinding laat zien hoe *muziek in de zorg*, als onderdeel van *arts in health*, kan bijdragen aan de patiënt-zorgverlener-relatie en meer menselijk contact in de zorg. Net als in het onderzoek van Wilson et al. (2016) wordt er gevonden dat de projecten nieuwe gesprekken tussen zorgverleners en cliënten kunnen faciliteren. Uit de bevindingen blijkt verder dat muziekprojecten meer inzicht kunnen geven in de cliënt als mens, mede door de verhalen die de muziek oproept, wat vergelijkbaar is met de bevindingen van De Wit (2020). Dit kan bijdragen aan meer begrip, en sluit aan bij het idee om cliënten minder vanuit hun ziekte te benaderen,

zoals beschreven door Fritsch et al. (2009), wat bijdraagt aan persoonsgerichte zorg. De bevindingen laten ook zien dat *muziek in de zorg* groepsverbinding en waardevol contact tussen cliënten kan faciliteren. Uit de interviews blijkt echter niet dat een verbeterde patiënt-zorgverlener-relatie bijdraagt aan het welzijn van zorgverleners door het stimuleren van meer compassie of het voorkomen van compassiemoeheid, zoals geschetst in het theoretisch kader. Op basis van de interviews lijkt het aannemelijker dat een betere patiënt-zorgverlener-relatie leidt tot meer welzijn bij zorgverleners, doordat zij betere werkervaringen hebben, bijvoorbeeld doordat het verlenen van zorg makkelijker gaat.

5.1.2. Deelvraag 2: Wat doet *muziek in de zorg* volgens zorgverleners met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?

De resultaten van het onderzoek helpen ook om de tweede deelvraag te beantwoorden. In het theoretisch kader werd er een koppeling gemaakt tussen de bestaande kennis over de invloed van *muziek in de zorg* op de zorgomgeving en zorgverleners, en de theorie over interpersoonlijke relaties volgens Reich & Hershcovis (2011), Migowski et al. (2019) en Lee & Doran (2017). Beargumenteerd werd dat *muziek in de zorg* een positieve invloed kan hebben op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners, doordat de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* kunnen bijdragen aan het versterken van onderling vertrouwen en het verbeteren van communicatie. De onderzoeksresultaten schetsen echter een ietwat ander beeld, en bieden waardevolle inzichten in de potentiële rol van *muziek in de zorg* bij de relaties tussen zorgverleners.

Allereerst komt uit het onderzoek naar voren dat *muziek in de zorg* een 1) positieve en ontspannen sfeer in het zorgteam kan bevorderen, 2) kan leiden tot leuke en informele gesprekken tussen zorgverleners en 3) kan zorgen voor meer contacten tussen verschillende disciplines binnen de verpleeginstelling, wat hun samenwerking ten goede komt. Met het onderzoek zijn geen concrete aanwijzingen gevonden voor een toegenomen onderling vertrouwen tussen zorgverleners naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Ook wordt niet duidelijk of de informele gesprekken tussen zorgverleners helpen om collega's beter te leren kennen op persoonlijk vlak, zoals bleek uit het onderzoek van Güsewell et al. (2022). Het is wel mogelijk dat onderling vertrouwen een rol heeft gespeeld bij de kortere lijnen tussen zorgverleners van verschillende disciplines door de gesprekken die ze hebben gevoerd bij muziekprojecten. Echter, dit kan niet hard worden gemaakt op basis van de interviews. Dat *muziek in de zorg* kan bijdragen aan kortere lijnen tussen verschillende disciplines in een verpleeginstelling is bovendien een interessante bevinding, die op basis van het theoretisch kader niet werd verwacht. Deze bevinding kan betekenen dat *muziek in de zorg* samenwerking die al redelijk nauw is mogelijk niet verder kan beïnvloeden, maar wel van betekenis kan zijn voor bredere samenwerking tussen zorgverleners van verschillende disciplines.

Voor communicatie, als aspect van interpersoonlijke relaties, geldt dat er alleen aanwijzingen zijn gevonden voor frequentere communicatie en leuke gesprekken tussen zorgverleners naar aanleiding

van *muziek in de zorg*. Deze gesprekken gaan vaak over hoe leuk ze het project vonden of hoe mooi ze het vonden dat de muziek een positieve werking op de cliënten had. De waarde van deze gesprekken is met name dat ze positiviteit met zich meebrengen. Op basis van de resultaten kan er niet worden gesteld dat zorgverleners door *muziek in de zorg* kalmer of geduldiger zijn wanneer ze met elkaar communiceren. Bovendien bieden de resultaten geen ondersteuning voor een eventuele rol van compassie(moeheid) bij de invloed van *muziek in de zorg* op de communicatie tussen zorgverleners. De resultaten laten wel zien dat de zorgverleners voldoening voelen door *muziek in de zorg*, maar op basis van de interviews lijkt dit met name bij te dragen aan hun individuele welzijn en werktevredenheid. Hetzelfde geldt voor veerkracht. In dit onderzoek wordt gevonden dat positieve gevoelens kunnen leiden tot meer veerkracht. Echter, op basis van de resultaten kan niet worden gesteld dat dit bijdraagt aan de interpersoonlijke relaties doordat het tot betere communicatie leidt. Ook veerkracht lijkt eerder bij te dragen aan welzijn en werktevredenheid. Verder zijn er geen ervaringen gevonden van zorgverleners met *muziek in de zorg* die de onderlinge relaties binnen het team negatief zouden hebben beïnvloed.

Ten tweede komt uit het onderzoek naar voren dat de rol van *muziek in de zorg* bij interpersoonlijke relaties mogelijk minder groot is dan voorafgaand werd gedacht. Een groot deel van de participanten heeft namelijk geen of weinig veranderingen opgemerkt in de omgang, samenwerking of communicatie tussen zorgverleners naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Deze bevinding kan verschillende dingen betekenen. Allereerst kan het zijn dat *muziek in de zorg* weinig invloed op de interpersoonlijke relaties en het team heeft, en beperkt blijft tot invloed op de zorgverleners als individu. Daarnaast kan het zijn dat *muziek in de zorg* wel invloed kán hebben op de interpersoonlijke relaties en het team, maar dat deze nu niet zijn gevonden vanwege beperkende factoren. Potentiële beperkende factoren zijn te weinig tijd en ruimte voor zorgverleners om ervaringen met collega's te delen of een beperkte betrokkenheid van zorgverleners, waardoor veranderingen op interpersoonlijk niveau of teamniveau nog niet hebben kunnen plaatsvinden.

5.1.3. Deelvraag 3: Hoe kan *muziek in de zorg* zorgverleners ondersteunen?

Vervolgens kan aan de hand van de resultaten de derde deelvraag worden beantwoord. Het doel van de derde deelvraag is om een vertaalslag te maken naar aanknopingspunten voor hoe *muziek in de zorg* kan worden georganiseerd, zodat ook zorgverleners hiervan kunnen profiteren. Uit de bestaande inzichten bleek dat *muziek in de zorg* patiënten kan kalmeren waardoor ze meewerkender zijn, wat zorgverleners kalmer en zelfverzekerder kan maken in hun werk (Giordano et al., 2020). Bovendien kunnen positieve gevoelens bijdragen aan veerkracht, waardoor zorgverleners beter om kunnen gaan met vervelende gebeurtenissen op het werk (Fredrickson, 2001; Hansen et al., 2018). De bevindingen uit dit onderzoek blijken echter rijker dan alleen deze twee aspecten.

Uit het onderzoek komt naar voren dat *muziek in de zorg* ondersteunend kan zijn aan zowel zorgverleners als aan het zorg verlenen zelf. Allereerst is *muziek in de zorg* ondersteunend aan het

welzijn en werktevredenheid van de zorgverleners, doordat het positieve gevoelens teweegbrengt. Uit deze positieve gevoelens kunnen zorgverleners vervolgens energie putten wat hen kan helpen om met vervelende gebeurtenissen op het werk om te gaan. Dit sluit aan op de *broaden-and-build* theorie (Fredrickson, 2001). Daarnaast blijkt dat *muziek in de zorg* werkdruk verlagend kan zijn voor zorgverleners, doordat muzieksessies pijnklachten bij cliënten tijdelijk kunnen verminderen, waardoor ze om minder hulp vragen. Verder komt een enkele keer naar voren dat muziekprojecten zorgverleners een rustmoment bieden, wat kan dienen als een adempauze. Dit sluit aan op het onderzoek van Van der Wal-Huisman et al. (2021), waaruit naar voren komt dat muziekprojecten zorgverleners een prettige onderbreking van de dag kunnen bieden.

Verder lijkt *muziek in de zorg* het verlenen van zorg te kunnen ondersteunen. Dit gebeurt met name doordat *muziek in de zorg* zorgverleners handreikingen aanbiedt, waarmee ze gemakkelijker of beter zorg kunnen geven. Als eerste komt naar voren dat zorgverleners muziek kunnen inzetten om cliënten ontvankelijker te maken, wat de zorgervaring prettiger maakt voor zowel cliënt als zorgverlener. Deze bevinding sluit enigszins aan op het onderzoek van Giordano et al. (2020). Ook kan muziek meer inzicht geven in de cliënt als mens, wat het maken van persoonsgericht contact gemakkelijker maakt voor zorgverleners. Ze krijgen meer begrip voor de cliënt, waardoor ze beter weten hoe ze verbinding kunnen maken. Dit is in lijn met een bevindingen genoemd in Staricoff (2004), namelijk dat zelfexpressie van cliënten kan leiden tot meer begrip en empathie. Daarnaast kunnen de gedeelde herinneringen aan een muzieksessie, waarbij zowel de zorgverleners als cliënten aanwezig waren, worden ingezet door zorgverleners om verbondenheid te creëren en betere zorg te geven. Door het als gespreksonderwerp aan te snijden kan er bijvoorbeeld makkelijker contact worden gelegd met meer gesloten cliënten. Ook kan het rust of veiligheid bieden tijdens kwetsbare momenten bij het geven van zorg.

Bovenstaande bevindingen bevestigen opnieuw dat *muziek in de zorg* positiviteit meebrengt. Tegelijkertijd kan het een verlichtend effect hebben voor zorgverleners. Bovendien lijkt *muziek in de zorg* de zorgverlening te kunnen ondersteunen, wat kan bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg. De participanten benadrukken vooral de ondersteunende rol van *muziek in de zorg* bij het verlenen van zorg, waarmee dit wordt gezien als een belangrijke bevinding van het onderzoek. Dat participanten muziek regelmatig als persoonlijk omschrijven, benadrukt verder het belang van een bewuste inzet van muziek in de zorg, afgestemd op de doelgroep en gericht op het ondersteunen van welzijn. Dit sluit goed aan op persoonsgerichte zorg.

5.1.4. Beantwoording hoofdvraag

Tot slot kan met behulp van de bovenstaande bevindingen de hoofdvraag van het onderzoek worden beantwoord: “*Hoe ervaren zorgverleners muziek in de zorg, en wat doet het volgens hen met de interpersoonlijke relaties tussen de zorgverleners?*”.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de participanten vrijwel uitsluitend goede ervaringen hebben met *muziek in de zorg*, waarbij ze sterk gericht zijn op hoe *muziek in de zorg* cliënten kan helpen, wat zorgverleners gevoelens van blijheid, voldoening en ontroering kan geven. Deze positieve gevoelens kunnen zorgverleners vervolgens ondersteunen doordat ze hier energie van krijgen, wat kan bijdragen aan hun veerkracht om met vervelende dingen op werk om te gaan. Bovendien brengt *muziek in de zorg*, en het enthousiasme dat het bij cliënten en zorgverleners teweegbrengt, positiviteit met zich mee op de werkvloer. *Muziek in de zorg* kan zorgverleners ook helpen om zelf muziek in te zetten, waarmee niet alleen de zorgverlener maar ook de zorgverlening wordt ondersteund. Door middel van muziek kunnen zorgverleners bijvoorbeeld gemakkelijker zorg geven of contact maken met cliënten die anders niet zo toegankelijk zijn. Ook kunnen zorgverleners gedeelde herinneringen aan een muzieksessie inzetten om beter zorg te geven of contact te maken. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de zorgverleners ook zelf aanwezig zijn geweest bij de muzieksessie. *Muziek in de zorg* is dus niet alleen iets dat zorgverleners ‘passief’ ervaren. Ze kunnen het ook actief inzetten met uiteindelijk een positieve uitwerking voor zowel zichzelf, de kwaliteit van de zorg als de cliënten. Ook wordt duidelijk dat *muziek in de zorg* persoonsgericht en betekenisvol contact kan faciliteren tussen zorgverleners en cliënten, doordat het helpt verbinding te creëren. Hiermee zou *muziek in de zorg* kunnen bijdragen aan een nodige systeemverandering in de gezondheidszorg (zoals besproken in 1.6.2., p. 12), waarbij er meer ruimte is voor menselijk contact in plaats van een sterk taakgerichte benadering.

De resultaten geven echter nog geen eenduidig beeld van de invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners. De participanten kunnen vaak geen veranderingen benoemen in de onderlinge omgang, samenwerking en communicatie tussen zorgverleners of binnen het team naar aanleiding van *muziek in de zorg*. Dit kan betekenen dat *muziek in de zorg* weinig invloed heeft op de interpersoonlijke relaties. Echter, het is ook mogelijk dat er beperkende factoren zijn geweest, waardoor er geen invloed is gevonden terwijl deze er wel zou kunnen zijn. Op basis van de gesprekken met de participanten zouden een gebrek aan tijd en ruimte om ervaringen met elkaar te delen en een beperkte betrokkenheid van zorgverleners bij *muziek in de zorg* hierbij een rol kunnen hebben gespeeld. Wel zijn er enige aanwijzingen gevonden dat de sfeer in het team positiever en relaxter is na muzieksessies, zorgverleners leuke en informele gesprekken met elkaar hebben naderhand en dat de lijnen tussen verschillende disciplines in de verpleeginstelling korter worden.

5.2. Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

5.2.1. Sterke punten

Het onderzoek kent een aantal sterke punten. Allereerst, zoals ook uit de voorgaande paragraaf blijkt, biedt het onderzoek nieuwe inzichten, waarmee het bijdraagt aan de huidige kennis over de invloed van *muziek in de zorg* op zorgverleners. Het onderzoek heeft de rol van *muziek in de zorg* bij de

interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners verkend, een breder beeld gegeven van de ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg* en aangetoond dat *muziek in de zorg* zorgverleners en zorgverlening kan ondersteunen. Hoewel dit geen focuspunt was, bevestigen bevindingen uit dit onderzoek bestaande inzichten over hoe waardevol *muziek in de zorg* kan zijn voor cliënten. De bevindingen onderstrepen de potentie en waarde van *muziek in de zorg*, waarmee het onderzoek hoopt bij te dragen aan verdere integratie van muziek in de zorg. Bovendien onderscheidt dit onderzoek zich van andere onderzoeken naar *muziek in de zorg*, doordat het de ervaringen van de zorgverlener centraal stelt. Hiermee kan dit onderzoek in relatie tot *muziek in de zorg* ‘het verhaal’ van de zorgverlener vertellen.

Verder wordt de diversiteit binnen de participantenpopulatie gezien als een sterk punt. Doordat de participanten uiteenlopende kenmerken hadden, krijgen de bevindingen die in vrijwel alle interviews zijn gevonden meer gewicht, wat bijdraagt aan de geloofwaardigheid van deze bevindingen (als onderdeel van “trustworthiness”, 3.2.2., p. 28). Enthousiasme over *muziek in de zorg*, focus op de impact op cliënten en positieve gevoelens zoals blijheid, voldoening en ontroering lijken hiermee niet gebonden aan kenmerken, zoals functie of afdeling, en gelden dus mogelijk voor een grote groep zorgverleners.

5.2.2. Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Deze zullen in de onderstaande alinea worden besproken en helpen om de resultaten van het onderzoek beter te kunnen interpreteren. Eventuele aanbevelingen voor vervolgonderzoek die hieruit volgen, worden eveneens besproken in deze alinea.

Allereerst zijn er factoren die het verkrijgen van inzicht in de rol van *muziek in de zorg* bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners kunnen hebben belemmerd. Zo is muziek mogelijk nog te weinig geïntegreerd in de zorg om veranderingen in interpersoonlijk relaties tussen zorgverleners te kunnen vinden. Zoals eerder aangegeven, kunnen participanten mogelijk weinig uitspraken doen over eventuele veranderingen op interpersoonlijk niveau, doordat zorgverleners te weinig betrokken zijn geweest bij *muziek in de zorg* of doordat een te klein deel van het team aanwezig is geweest. Dit vermindert de geloofwaardigheid (3.2.2., p.28) van de bevindingen met betrekking tot dit onderwerp. Er moet mogelijk eerst meer tijd zijn verstreken of worden gezocht naar een participantenpopulatie die niet door deze belemmeringen wordt beïnvloed, om met vervolgonderzoek meer inzicht te kunnen krijgen in wat *muziek in de zorg* doet met de relaties tussen zorgverleners. Daarnaast, hoewel de diversiteit in participanten ook wordt gezien als een sterk punt van het onderzoek, was een heterogene doelgroep mogelijk niet geschikt om de invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties goed in kaart te brengen. Door de verschillen in functies, afdelingen en type zorginstelling, zat er ook veel verschil in het aantal collega’s waarmee participanten samenwerkten, de hoeveelheid contact die ze met collega’s hadden en de positie die ze binnen een team innamen. Het is mogelijk dat zorgverleners met een leidinggevende functie andere ervaringen hebben met *muziek in de zorg* op interpersoonlijk of teamniveau dan zorgverleners die meer aan het bed staan. Door bij vervolgonderzoek te kiezen voor een

meer homogene en sterker afgebakende doelgroep kan er mogelijk beter saturatie en diepgang worden behaald op dit specifieke onderwerp, wat de geloofwaardigheid van de bevindingen met betrekking tot dit onderwerp verhoogt. Relevante afbakeningen zouden zijn om het onderzoek te richten op zorgverleners die allemaal in vergelijkbaar teamverband werken of om slechts een enkele afdeling of een enkele functie bij het onderzoek te betrekken.

Ten tweede is de invloed van *muziek in de zorg* op de interpersoonlijke relaties een lastig onderwerp om te bevragen, waardoor de interviews mogelijk oppervlakkiger zijn gebleven en geen volledig beeld hebben gegeven. Dit kan ook de geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten hebben beïnvloed. De kwaliteit van onderlinge relaties is een abstract onderwerp waar zorgverleners mogelijk nog niet eerder heel bewust over hebben nagedacht. De ambiguïteit en moeilijkheid van het onderwerp is geprobeerd te omzeilen door gebruik te maken van probes en door te vragen naar onderdelen van interpersoonlijke relaties die meer tot de verbeelding speken, zoals samenwerking en communicatie. Echter, alsnog konden veel participanten niet alle vragen over interpersoonlijke relaties beantwoorden. Naast dat het onderwerp inherent moeilijk is om te bevragen, zou dit ook te maken kunnen hebben met dat *muziek in de zorg* daadwerkelijk weinig invloed heeft op de interpersoonlijke relaties. Of dit het geval is, zal moeten blijken uit vervolgonderzoek, waarbij rekening wordt gehouden met de beperkingen van dit onderzoek. Voor vervolgonderzoek zou het relevant zijn om gebruik te maken van focusgroepen in plaats van of ter aanvulling op interviews, aangezien deze onderzoeksmethode kan bijdragen aan meer diepgang tijdens het bevragen van onderwerpen waar participanten nog niet eerder bewust over hebben nagedacht. Groepsgesprekken kunnen participanten op ideeën brengen die anders niet naar voren waren gekomen. Een sociale netwerkanalyse zou ook kunnen worden overwogen om de invloed van *muziek in de zorg* op aspecten als samenwerking en onderlinge gesprekken te onderzoeken. Ondanks dat het in kaart brengen van de invloed van *muziek in de zorg* op de omgang en samenwerking tussen zorgverleners en het zorgteam door bovenstaande beperkingen is belemmerd, heeft het onderzoek wel enige interessante inzichten opgeleverd.

Ten derde kan er op twee manieren sprake zijn van een selectiebias, wat een vertekening van de werkelijkheid geeft. Allereerst is het mogelijk dat er vooral zorgverleners zijn geïnterviewd die positieve ervaringen hebben met *muziek in de zorg* door de manier waarop de participanten zijn geworven. Vrijwel alle participanten zijn geworven via een derde persoon, een zogenoemde tussenpersoon of gatekeeper, die vanuit zijn of haar netwerk potentiële participanten heeft aangedragen. Deze tussenpersonen en gatekeepers hebben hoogstwaarschijnlijk zorgverleners aangedragen die kenbaar hebben gemaakt dat ze enthousiast zijn over een muziekproject dat ze hebben bijgewoond. Zorgverleners met negatieve of neutrale ervaringen met *muziek in de zorg* zijn mogelijk minder vaak of zelfs niet aangedragen. Hierdoor zijn de ervaringen van de zorgverleners mogelijk te positief ingeschat, en zijn de resultaten minder goed toepasbaar op de gehele populatie zorgverleners, werkzaam in verpleeginstellingen in Noord-Nederland. Daarnaast is het mogelijk dat er voornamelijk zorgverleners zijn geïnterviewd die affiniteit hebben met muziek. Aangezien liefde voor muziek voor sommige participanten een reden is geweest om deel te

nemen aan muziekprojecten, en deelname aan het onderzoek vereiste dat participanten ervaring hadden met *muziek in de zorg*, bestond de onderzoeksdoelgroep wellicht uit disproportioneel veel muziekliefhebbers. Dit kan eveneens hebben geleid tot een overschatting van positieve ervaringen van zorgverleners met *muziek in de zorg*. Immers, zoals een aantal participanten aangaven, zijn er ook mensen die helemaal niet van muziek houden, waardoor zij mogelijk minder genieten van de muziekprojecten. In vervolgonderzoek kunnen deze selectiebiases worden verkleind door het onderzoek uit te voeren op één of enkele afdelingen, waarbij een groot aantal zorgverleners betrokken is geweest bij *muziek in de zorg*, en waarbij alle betrokken zorgverleners worden benaderd voor deelname. Om zoveel mogelijk deelname aan het onderzoek te stimuleren, kan bij de benadering van potentiële participanten worden benadrukt dat het belangrijk is om zoveel mogelijk perspectieven te verzamelen.

Tot slot is er bij dit onderzoek slechts één onderzoeker betrokken geweest bij het analyseren en verwerken van de interviews, omdat het een scriptie betreft, waardoor de data niet dubbel is gecodeerd en er geen intercodeerbaarheidscheck kon worden gedaan. De afhankelijkheid van het onderzoek kan hierdoor zijn beïnvloed (ook onderdeel van “trustworthiness”, 3.2.2., p. 29). Het is aan te raden om wel gebruik van te maken van team-codering bij vervolgonderzoek, om de invloed van de persoonlijke overtuigingen en beslissingen van de onderzoeker op de interpretaties en conclusies zoveel mogelijk te beperken. Ook is het goed om te benoemen dat de overtuigingskracht (3.2.2., p. 29) van het onderzoek enigszins kan zijn verzwakt, doordat het contact met de participanten vaak tot stand kwam naar aanleiding van een muziekproject. Sommige participanten leken hierdoor te denken dat ik onderzoek deed voor het project, wat hen mogelijk heeft beïnvloed om positiever te spreken over *muziek in de zorg*.

5.3. Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de bevindingen en beperkingen volgen verder twee concrete aanknopingspunten voor de uitvoering van *muziek in de zorg* in de praktijk. Allereerst onderstreept dit onderzoek, net als veel andere onderzoeken naar *muziek in de zorg*, het belang om muziek verder in de zorg te integreren. De bevindingen suggereren dat *muziek in de zorg* waardevol is voor zowel cliënten, zorgverleners als de kwaliteit van de zorg, en heeft volgens de participanten relatief weinig nadelen. Gesprekken met participanten tonen aan dat tijd- en geldtekort beperkende factoren kunnen zijn voor verdere integratie van muziek in de zorg. Zorgverleners zonder ervaring met *muziek in de zorg* lijken hier, door hun veeleisende werk, soms geen tijd en ruimte voor te ervaren. Geldoverwegingen spelen vooral bij het management een rol. Voor beide partijen geldt dat een gebrek aan kennis over de voordelen van *muziek in de zorg* de bereidheid om er tijd en geld voor vrij te maken kan beperken. Het zou relevant zijn om hierop in te spelen. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door pilot-muziekprojecten te stimuleren, indien mogelijk met zo weinig mogelijk kosten. De pilots kunnen zorgverleners en het management laten ervaren wat de voordelen van *muziek in de zorg* voor hen en de cliënten kunnen zijn. Voordelen

die ver reiken, zoals een vermindering van pijnbestrijding, het ondersteunen van revalidatieprocessen of het verbeteren van de werkervaringen van zorgverleners. Door middel van pilots kan *muziek in de zorg* op meer plekken laagdrempelig worden geïntroduceerd, kunnen zorginstellingen zelf ervaren wat de waarde van *muziek in de zorg* voor hen is, en rolt het balletje mogelijk door. Vooral op managementniveau kan dit nuttig zijn, aangezien financiële overweging een belangrijk struikelblok kunnen vormen. Daarnaast is het relevant om zoveel mogelijk succesverhalen te delen om de weg vrij te maken voor *muziek in de zorg* binnen het beleid van zorginstellingen. Dit onderzoek hoopt daaraan bij te kunnen dragen.

Ten tweede lijkt het zaak om meer aandacht te besteden aan de betrokkenheid van zorgverleners bij *muziek in de zorg* en de potentiële voordelen die zij hieruit kunnen halen. Sommige initiatieven die muziekprojecten organiseren, richten zich al op zorgverleners. Echter, door zorgverleners vaker en in grotere aantallen bij *muziek in de zorg* te betrekken, kunnen nog meer zorgverleners er de vruchten van plukken. Meer betrokkenheid van zorgverleners kan hen en de zorgverlening ondersteunen, en geeft *muziek in de zorg* bovendien meer kans de omgang, communicatie en samenwerking tussen zorgverleners ook positief te beïnvloeden. Onderkend wordt dat het betrekken van alle zorgverleners bij *muziek in de zorg*, zoals muziekprojecten, erg lastig kan zijn om te verwezenlijken in de praktijk. Het kan voor zorginstellingen bijvoorbeeld roostertechisch uitdagend zijn, omdat zorgverleners vaak vaste werkdagen hebben terwijl het voor cliënten belangrijk is dat muzieksessies op vaste momenten plaatsvinden. Desalniettemin lijken er mogelijkheden te zijn om de betrokkenheid van zorgverleners bij muziekprojecten te verbeteren door meer aandacht aan de voordelen te besteden. Bovendien kan er ook worden ingezet op andere manieren om muziek in de zorg te integreren. Zorgverleners kunnen uitleg krijgen over hoe ze zelf muziek kunnen gebruiken bij het verlenen van zorg, bijvoorbeeld in de vorm van workshops, en er kan aandacht worden besteed aan de muziekvoorkeuren van cliënten, bijvoorbeeld door deze op te nemen in het zorgplan.

5.4. Slotwoord

Duidelijk is geworden dat muziek veelbelovend is als ondersteuning in de zorg, en wordt omarmd door zowel cliënten als zorgverleners zodra ze er mee in aanraking zijn geweest. Het onderzoek onderstreept de potentie van *muziek in de zorg*, en laat zien dat niet alleen cliënten, maar ook zorgverleners er baat bij hebben. Nog breder getrokken, kan *muziek in de zorg* van waarde zijn voor de kwaliteit van de zorg. Het fungeert als katalysator voor onderling contact, verbinding en positiviteit, vergemakkelijkt de zorgverlening en draagt bij aan persoonsgerichte zorg. Eventuele negatieve kanten van *muziek in de zorg* lijken bovendien klein of zelfs afwezig. Deze uitkomsten benadrukken het belang van verdere integratie van muziek in de zorg, waarbij er aandacht is voor de brede impact die het kan hebben. Dit zou tevens

ruimte bieden voor vervolgonderzoek om de rol van *muziek in de zorg* nog beter in te kaart te brengen, zoals bij de interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners.

6. Literatuurlijst

- Apps, K., & Sunderland, N. (2021). Live music in hospital oncology settings: environmental, interpersonal, and personal outcomes for staff, patients, and carers. *Arts & Health, 15*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/17533015.2021.1946110>
- Ascenso, S., Williamon, A. & Perkins, R. (2016). Understanding the wellbeing of professional musicians through the lens of positive psychology. *Psychology of Music, 45*(1), 65-81. <http://dx.doi.org/10.1177/0305735616646864>
- Bakker, F., Smits, C., Van Meerveld, B., & Van Campen, C. (2018). Kunst en zorg: een zoektocht naar bewijs voor gezondheidseffecten. *Gerōn, 20*(1), 22–25. <https://doi.org/10.1007/s40718-018-0006-4>
- Bradt, J., Potvin, N., Kesslick, A., Shim, M., Radl, D. M., Schriver, E., Gracely, E. J., & Komarnicky-Kocher, L. T. (2014). The impact of music therapy versus music medicine on psychological outcomes and pain in cancer patients: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer, 23*(5), 1261–1271. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2478-7>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 57–71). <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Berman, E. M., West, J. P., & Richter, M. N., Jr. (2002). Workplace relations: friendship patterns and consequences (according to managers). *Public Administration Review, 62*(2), 217–230. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00172>
- Bush, N. J. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum, 36*(1), 24–28. <https://doi.org/10.1188/09.onf.24-28>
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2022, 23 februari). Helft zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog. *Centraal bureau voor Statistiek*. Geraadpleegd via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helft-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog>
- Cheetu, S., Medeiros, M., Winemaker, L., Li, M., Bartel, L., Foster, B., & Mackinnon, C. (2022). Understanding the effects of music care on the lived experience of isolation and loneliness in long-term care: a qualitative study. *Healthcare, 10*(3), 457. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030457>
- Clift, S. (2020). Matarasso, F. (2019). A restless art: how participation won, and why it matters. *Nordic Journal of Arts Culture and Health, 2*(2), 158–162. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2020-02-08>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing and Health Sciences, 12*(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Comwell, B., & Laumann, E. O. (2015). The health benefits of network growth: new evidence from a national survey of older adults. *Social science & medicine, 125*, 94-106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.011>
- Davies, C. R., & Clift, S. (2022). Arts and health glossary – a summary of definitions for use in research, policy and practice. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949685>
- Davies, C., Rosenberg, M., Knuijan, M., Ferguson, R., Pikora, T., & Slatter, N. (2012). Defining arts engagement for population-based health research: art forms, activities and level of engagement. *Arts & Health, 4*(3), 203–216. <https://doi.org/10.1080/17533015.2012.656201>
- De Boer, D., & Marvelde, D. T. (2018). Kunst en positieve gezondheid: een kennissynthese. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen, 96*, 178–179. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0153-y>

- Derksen, F. A., Hartman, T. O., & Lagro-Janssen, T. (2020). The human encounter, attention, and equality: the value of doctor–patient contact. *British Journal of General Practice*, 70(694), 254–255. <https://doi.org/10.3399/bjgp20x709817>
- De Wit, K. (2020). Legacy: participatory music practices with elderly people as a resource for the well-being of healthcare professional (Proefschrift), Hanzehogeschool Groningen. Geraadpleegd op: <https://research.hanze.nl/en/projects/legacy-participatory-music-practices-with-elderly-people-as-a-res/publications/>
- De Wit, K. (2021). Person-centred music-making as a cultural change agent for compassionate healthcare: through the lens of experiential workplace learning. *Research in Arts and Education*, 2021(4), 326–354. <https://doi.org/10.54916/rae.119540>
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Pinzon, L. C. E., & Dietz, P. (2021). The relationship between workload and burnout among nurses: the buffering role of personal, social and organisational resources. *PloS One*, 16(1), e0245798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>
- Dirven, H. J. & Gielen, H. D. W. (2022, 17 november). *Werkdruk en arbeidstevredenheid in de zorg*. Centraal Bureau Voor de Statistiek. Geraadpleegd via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/werkdruk-en-arbeidstevredenheid-in-de-zorg?onepage=true>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care — ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Fancourt, D. & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/329834>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. 10.1037/0003-066X.56.3.218
- Foster, T., & Hawkins, J. (2005). The therapeutic relationship: dead or merely impeded by technology? *British Journal of Nursing*, 14(13), 698–702. <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.13.18449>
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R. J. V., & Basting, A. (2009). Impact of timeslips, a creative expression intervention program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *The Gerontologist*, 49(1), 117–127. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp008>
- Giordano, F., Zanchi, B., De Leonardis, F., Rutigliano, C., Esposito, F., Brienza, N., & Santoro, N. (2020). The influence of music therapy on preoperative anxiety in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. *The Arts in Psychotherapy*, 68, 101649. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101649>
- Glas, G. (2015). Persoonsgerichte zorg. In E. van Meekeren, & J. Baars (Eds.), *De ziel van het vak. Over contact als kernwaarde in therapie*. (pp. 28-35). <https://hdl.handle.net/1871/53829>
- Güsewell, A., Gay-Balmaz, S., & Imseng, C. (2022). Musicdrops@work: impact of shared listening to short live music interventions on sense of belonging and subjective wellbeing at work. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.865938>
- Hansen, E. M., Eklund, J. H., Hallén, A., Bjurhager, C. S., Norrström, E., Viman, A., & Stocks, E. L. (2018). Does feeling empathy lead to compassion fatigue or compassion satisfaction? The role of time perspective. *The Journal of Psychology*, 152(8), 630–645. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1495170>
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2de ed.). Sage: London

- Hommel, B., & Colzato, L. S. (2015). Interpersonal trust: an event-based account. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01399>
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Jaremka, L. M., & Sunami, N. (2018). Threats to belonging threaten health: policy implications for improving physical well-being. *Policy insights from the behavioral and brain sciences*, 5(1), 90–97. <https://doi.org/10.1177/2372732217747005>
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S., & Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12(6), 582–594. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne828oa>
- Juslin, P. (2013). From everyday emotions to aesthetic emotions: towards a unified theory of musical emotions. *Physics Of Life Reviews*, 10(3), 235–266. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2013.05.008>
- Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kneafsey, R., Brown, S., Sein, K., Chamley, C., & Parsons, J. (2015). A qualitative study of key stakeholders' perspectives on compassion in healthcare and the development of a framework for compassionate interpersonal relations. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 70–79. <https://doi.org/10.1111/jocn.12964>
- Kong, L., Liu, Y., Li, G., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2016). Resilience moderates the relationship between emotional intelligence and clinical communication ability among Chinese practice nursing students: a structural equation model analysis. *Nurse Education Today*, 46, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.028>
- Lai, H., Li, Y., & Lee, L. (2012). Effects of music intervention with nursing presence and recorded music on psycho-physiological indices of cancer patient caregivers. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(5–6), 745–756. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03916.x>
- Langenberg, H., Melsers, C., Peters, M. J (2023, 23 februari). Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn in 2022. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. Geraadpleegd op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn-in-2022>
- Lee, C. T., & Doran, D. M. (2017). The role of interpersonal relations in healthcare team communication and patient safety. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 75–93. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
- Lewis, F., Groot, B., Krans, K.L.S., van Leeuwen, B., van de Wal-Huisman, H., Abma, T.A., Tal, M., van Campen, C., Kiss, K., Bussemaker, J., Finnema, E., Kolsteeg, J., Buskens, E., te Marvelde, D., van den Berg, N. (2024) *Arts in health* in the Netherlands: a national agenda. University of Groningen Press. <https://doi.org/10.21827/659e5951e7776>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Little, J. M. (2002). Humanistic medicine or values-based medicine . . . what's in a name? *Medical Journal of Australia*, 177(6), 319–321. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04792.x>
- Lown, B. A., Rosen, J., & Marttila, J. (2011). An agenda for improving compassionate care: a survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, 30(9), 1772–1778. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539>

- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- Makoul, G., Noble, L., Gulbrandsen, P., & Van Dulmen, S. (2024). Reinforcing the humanity in healthcare: the Glasgow consensus statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, 108158.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108158>
- Migowski, S. A., Gavronski, I., De Souza Libânio, C., Migowski, E. R., & Duarte, F. D. (2019). Efficiency losses in healthcare organizations caused by lack of interpersonal relationships. *RAC. Revista de Administração Contemporânea*, 23(2), 207–227.
<https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2019170396>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022, 23 februari). Het Integraal Zorgakkoord - samenwerken aan gezonde zorg. *Rijksoverheid*. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/integraal-zorgakkoord>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024, 23 februari). Algemene vragen over de Wtza. *Rijksoverheid*. Geraadpleegd op: <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/wat-betekent-de-wtza/vragen-en-antwoorden-wtza#:~:text=Wat%20is%20de%20definitie%20van,bijvoorbeeld%20ook%20verzorgenden%20en%20begeleiders.>
- Moll, S., Frolic, A., & Key, B. (2015). Investing in compassion: exploring mindfulness as a strategy to enhance interpersonal relationships in healthcare practice. *Journal of Hospital Administration*, 4(6), 36. <https://doi.org/10.5430/jha.v4n6p36>
- Neill, D. (2011). Nursing workload and the changing health care environment: a review of the literature. *Administrative Issues Journal*, 1(2), article 13. <https://dc.swosu.edu/aij/voll/iss2/13>
- Nowell, L., Norris, J. M., White, D. L., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- O’Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: a reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 138–143.
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00273.x>
- Pavlicevic, M., Tsiris, G., Wood, S., Powell, H., Graham, J., Sanderson, R., Millman, R., & Gibson, J. (2013). The ‘ripple effect’: towards researching improvisational music therapy in dementia care homes. *Dementia*, 14(5), 659–679.
<https://doi.org/10.1177/1471301213514419>
- Perkins, R., Mason-Bertrand, A., Fancourt, D., Baxter, L., & Williamon, A. (2020). How participatory music engagement supports mental well-being: a meta-ethnography. *Qualitative Health Research*, 30(12), 1924–1940. <https://doi.org/10.1177/1049732320944142>
- Preti, C., & Welch, G. F. (2011). Music in a hospital: the impact of a live music program on pediatric patients and their caregivers. *Music and Medicine*, 3(4), 213–223. <https://doi.org/10.1177/1943862111399449>
- Preti, C., & Welch, G. F. (2012). The incidental impact of music on hospital staff: an Italian case study. *Arts & Health*, 4(2), 135–147.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2012.665371>
- Pype, P., Krystallidou, D., Deveugele, M., Mertens, F., Rubinelli, S., & Devisch, I. (2017). Healthcare teams as complex adaptive systems: focus on interpersonal interaction. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2028–2034.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.029>
- Read, E. A., & Laschinger, H. K. (2015). The influence of authentic leadership and empowerment on nurses’ relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 71(7), 1611–1623.
<https://doi.org/10.1111/jan.12625>

- Reich, T. C., & Hershcovis, M. S. (2011). Interpersonal relationships at work. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol. 3. Maintaining, expanding, and contracting the organization* (pp. 223–248). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12171-006>
- Ricard, M. (2013). *Altruism: the power of compassion to change yourself and the world*. Little, Brown and Company.
- Roe, B., McCormick, S., Lucas, T., Gallagher, W., Winn, A., & Elkin, S. (2014). Coffee, cake & culture: evaluation of an art for health programme for older people in the community. *Dementia, 15*(4), 539–559. <https://doi.org/10.1177/1471301214528927>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education For Information, 22*(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/efi-2004-22201>
- Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0>
- Sinclair, S., Bouchal, S. R., Schulte, F., Guilcher, G. M. T., Kuhn, S., Rapoport, A., Punnett, A., Fernandez, C. V., Letourneau, N., & Chung, J. (2021). Compassion in pediatric oncology: a patient, parent and healthcare provider empirical model. *Psycho-oncology, 30*(10), 1728–1738. <https://doi.org/10.1002/pon.5737>
- Staricoff, R. L. (2004). Arts in health: a review of the medical literature. Research report 36. *Arts Council England*.
- Tinetti, M. E., Naik, A. D., & Dodson, J. A. (2016). Moving from disease-centered to patient goals-directed care for patients with multiple chronic conditions. *JAMA Cardiology, 1*(1), 9. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2015.0248>
- Toccafondi, A., Bonacchi, A., Mambrini, A., Miccinesi, G., Prosseda, R., & Cantore, M. (2017). Live music intervention for cancer inpatients: the music gives format. *Palliative & Supportive Care, 16*(6), 777–784. <https://doi.org/10.1017/s1478951517000165>
- Turino, T. (2008). *Music as social life: the politics of participation*. Chicago: The University of Chicago Press
- Turpin, R. L. (2014). State of the science of nursing presence revisited: knowledge for preserving nursing presence capability. *International Journal for Human Caring, 18*(4), 14–29. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.4.14>
- Van den Berg, N. M., Paans, W., Schroevers, M. J., Van der Wal-Huisman, H., & Van Leeuwen, B. L. (2024). Does a participatory live music practice support nurses to deliver compassionate care to hospitalised patients? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.17213>
- Van der Wal-Huisman, H., Dons, K., Smilde, R., Heineman, E., & Van Leeuwen, B. L. (2018). The effect of music on postoperative recovery in older patients: a systematic review. *Journal of Geriatric Oncology, 9*(6), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.03.010>
- Van der Wal-Huisman, H., Heineman, E., & Van Leeuwen, B. L. (2021). Live bedside music in daily clinical practice of a surgical hospital ward among older patients: a controlled study design of an innovative practice. *Journal of Geriatric Oncology, 12*(6), 960–963. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.01.007>
- Van der Wal-Huisman, H., Van De Berg, N., Paans, W., Bezold, L., Stegemann, T., De Graeff, P., & Van Leeuwen, B. L. (2023). Live bedside music for hospitalized older adults: a qualitative descriptive interview study. *International Journal of Older People Nursing, 18*(6), e12574. <https://doi.org/10.1111/opn.12574>
- Wei, H., Fazzone, P. A., Sitzman, K., & Hardin, S. R. (2019). The current intervention studies based on Watson's theory of human caring: a systematic review. *International Journal for Human Caring, 23*(1), 4–22. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.23.1.4>

Wilson, C., Bungay, H., Munn-Giddings, C., & Boyce, M. P. (2016). Healthcare professionals' perceptions of the value and impact of the *arts in healthcare* settings: a critical review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 90–101.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.11.003>

7. Bijlage

7.1. Uitnodigingsmail participanten

Titel: Uitnodiging deelname afstudeeronderzoek muziek in de zorg

Beste meneer/mevrouw,

Ik heb u contactgegevens gekregen van [contactpersoon]. Graag nodig ik u uit voor deelname aan mijn afstudeeronderzoek naar muziek in de zorg. Ik ben geïnteresseerd in hoe zorgverleners muziek in de zorg ervaren en hoe zij denken dat de muziekinterventies de omgang en samenwerking tussen zorgverleners beïnvloeden. Ik heb begrepen dat u wel eens aanwezig bent geweest bij een muziekinterventie.

Voor het onderzoek neem ik graag een interview met u af. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren en kan plaatsvinden op een locatie naar uw keuze, bijvoorbeeld op uw werk, bij u thuis of online. Graag hoor ik wat uw voorkeur heeft en wanneer u beschikbaar bent.

In de bijlage vindt u een toestemmingsformulier met daarin meer informatie over het interview en wat u van het interview kan verwachten. Indien u besluit mee te doen, ontvang ik graag voorafgaande het interview het ondertekende toestemmingsformulier.

Ik zie graag een reactie tegemoet! Alvast bedankt voor uw tijd.

Met vriendelijke groet,

Anna van der Meulen

7.2. Toestemmingsformulier

Betreft: Kwalitatief onderzoek naar de rol van *muziek in de zorg* bij de samenwerking en omgang tussen zorgverleners.

Doel van het onderzoek: Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van zorgverleners met interventies in de zorg die gebruik maken van muziek, bedoeld om het welzijn en de kwaliteit van leven van patiënten en ouderen te verbeteren, en hoe deze muziekinterventies een rol spelen bij de samenwerking en omgang tussen zorgverleners. Uw deelname kan hierbij helpen.

Wat houdt deelname in: Als u besluit deel te nemen, zal u gevraagd worden om deel te nemen aan een interview dat ongeveer 45 minuten zal duren. Tijdens dit interview zullen u vragen worden gesteld over uw ervaringen met *muziek in de zorg* en uw mening over de invloed die muziekinterventies hebben op de samenwerking en omgang met collega's. Van het interview wordt een geluidsopname gemaakt. Deze geluidsopname zal uitsluitend worden gebruikt om het interview woord voor woord uit te werken, zodat deze kan worden geanalyseerd.

Vertrouwelijkheid: Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld. De geluidsopname en het uitgewerkte interview worden opgeslagen op een beveiligde omgeving van de universiteit. Alleen de onderzoeker (masterstudent) en scriptiebegeleider hebben toegang tot deze gegevens. Na afronding van het onderzoek, zal de geluidsopname worden vernietigd. Verder zullen de uitgewerkte interviews gepseudonimiseerd worden opgeslagen en geanalyseerd, wat betekent dat deze niet naar u als persoon te herleiden zijn.

Risico's en voordelen: Uw antwoorden kunnen bijdragen aan waardevol wetenschappelijk inzicht en helpen om meer aandacht te besteden aan *muziek in de zorg* en hoe zorgverleners kunnen worden ondersteund door middel van muziekinterventies. De risico's verbonden aan deelname aan dit onderzoek zijn minimaal. Mogelijk voelt u zich ongemakkelijk bij het beantwoorden van sommige vragen. U kunt er dan voor kiezen om een vraag niet te beantwoorden.

Vrijwillige deelname: Uw deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. U kunt op elk moment stoppen zonder dat dit nadelige gevolgen voor u heeft. U hoeft geen reden op te geven voor uw beslissing om te stoppen.

Gebruik van gegevens: De gegevens die tijdens dit onderzoek worden verzameld, zullen worden gebruikt om een afstudeerscriptie te schrijven. Personen die een bijdrage hebben geleverd aan het afstudeeronderzoek kunnen na afronding het afstudeeronderzoek of een samenvatting daarvan

ontvangen. Als u daar belangstelling bij heeft, kunt dit aangeven of contact met mij opnemen (zie contactinformatie).

Contactinformatie voor vragen: Als u vragen heeft over dit onderzoek, kunt u contact met mij opnemen via a.van.der.meulen.8@student.rug.nl.

Hierbij verklaar ik dat ik:

- bovenstaande informatie over het onderzoek heb gelezen en heb begrepen;
- vragen heb kunnen stellen en dat deze vragen helder en duidelijk zijn beantwoord;
- toestemming geef om tijdens het interview een geluidsopname te maken;
- toestemming geef voor het verzamelen en gebruiken van mijn antwoorden voor de
- beantwoording van de onderzoeksvraag;
- begrijp dat de gegevens die de onderzoeker voor het onderzoek bewaart en rapporteert niet te herleiden zijn naar mij als persoon. De gegevens worden gepseudonimiseerd;
- begrijp dat de geluidsopname van het interview na afronding van het onderzoek wordt vernietigd;
- voldoende tijd heb gehad om na te kunnen denken over mijn toestemming;
- begrijp dat deelname aan het onderzoek helemaal vrijwillig is en dat ik mijn toestemming op elk gewenst moment, zonder een reden te geven, weer kan intrekken.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening onderzoeker:

7.3. Interviewschema

Inleidende tekst

Allereerst wil ik je bedanken dat je mee wilt doen aan dit interview en dat je hiervoor tijd hebt vrijgemaakt. Zoals je misschien al weet, neem ik dit interview af voor mijn afstudeeronderzoek voor de opleiding Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Door mee te doen, helpt je mij met mijn afstudeeronderzoek en om beter te begrijpen wat muziek in de zorg doet met de omgang en samenwerking tussen zorgverleners.

Het interview gaat om uw ervaringen, dus er zijn geen foute of goede antwoorden. Ik zal nog een aantal dingen herhalen over wat je van het interview kan verwachten, daarna kunnen we beginnen met het interview.

Het interview zal ongeveer 30 minuten duren en er zal een geluidsopname worden gemaakt. Deze geluidsopname wordt uitsluitend gebruikt om het interview uit te werken en wordt opgeslagen in een beveiligde omgeving van de universiteit, waar alleen ik en mijn scriptiebegeleider toegang tot hebben. Na het uitwerken van het interview wordt de opname vernietigd. Bij het opslaan en uitwerken van de interviews worden uw persoonsgegevens weggelaten, zodat je als persoon niet te herleiden bent. Als je een vraag krijgt die je liever niet wilt beantwoorden, kan je dit aangeven. Ook kan je op elk moment stoppen met het interview zonder hier een reden voor te geven.

Dan zal ik nu beginnen met wat inleidende vragen om een beeld te krijgen van uw werksituatie, daarna kunnen we het hebben over uw ervaringen met muziek in de zorg en hoe je denkt dat dit de samenwerking en omgang tussen zorgverleners kan beïnvloeden. Heeft je nog vragen of opmerkingen over de dingen die ik zojuist heb uitgelegd? [Ruimte voor vragen of opmerkingen].

Dan kunnen we beginnen met het interview en start ik nu de geluidsopname. *Opname starten*

Interviewvragen

Inleidende vragen

Vragen	Probes en subvragen	Relevante literatuur	Functie vraag
1. Kan je wat over jezelf vertellen en over wat voor werk je doet in [Zorginstelling]?	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: welke functie, welke taken, werkervaring (hoelang in de zorg/bij deze zorginstelling), • Wat is voor jou de motivatie geweest om in de zorg te gaan werken? 	Prosociale karaktereigenschappen vormen een van de bouwstenen van compassie (Sinclair et al., 2021)	<p>Om inzicht te krijgen in de achtergrond van de participant.</p> <p>Om te bepalen of prosociale eigenschappen een rol hebben gespeeld om in de zorg te gaan werken.</p> <p>Om rapport op te bouwen.</p>
2. Hoe ziet een dagelijkse werkdag er voor jou uit?	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: lengte werkdag, structuur werkdag, contact met bewoners. • Kan je eens terugdenken aan de laatste keer dat je het druk had op uw werk, hoe zag deze dag eruit en waarom ervaarde je de dag als druk? 	Een hoge werkdruk belemmert menselijk contact met patiënten (Ekman et al., 2011; McCabe, 2004) en vergoot de kans op een burn-out (Diehl et al., 2021)	<p>Om een beeld te krijgen van de algemene werkervaringen en de ervaringen met werkdruk.</p> <p>Om rapport op te bouwen.</p>
3. Kan je wat vertellen over het team waarin je werkt?	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: hoeveel zorgverleners in het team, welke functies. • Op welke manieren werk je samen met uw collega's? • Hoe goed ken je deze collega's? • Hoe ervaar je het contact met collega's in het team? 		<p>Om te bepalen met hoeveel zorgverleners de participanten samenwerken of contact hebben, en hoe de onderlinge relaties met andere zorgverleners zijn.</p> <p>Om rapport op te bouwen.</p>

Kernvragen

Vragen	Probes en subvragen	Literatuur	Functie vraag
Ervaringen met muziek in de zorg			
4. Kan je iets vertellen over de manieren waarop muziek wordt gebruikt in [Zorginstelling] om het welzijn en de kwaliteit van leven van de mensen in de zorginstelling te verhogen?	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: wat voor muziek, op welke manier wordt muziek toegepast, participatief, frequentie. • Kan je wat vertellen over jouw betrokkenheid bij het gebruik van muziek in de zorg? <u>Probes</u>: regelmatig aanwezig, deelnemen of observeren. 	N.v.t.	Om inzicht te krijgen in de muziekinterventies waarmee de zorgverleners in aanraking zijn geweest.
5. Hoe heb je deze muziekinterventies ervaren?	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe zou je de sfeer tijdens de muziekinterventies beschrijven? En na de interventies? <u>Probes</u>: rustigere omgeving, gevoel van verbondenheid, menselijkheid. • Veel muziekinterventies zijn voornamelijk gericht op de bewoners. Als je terugdenkt aan de interventies, hoe heb je de invloed van de muziek op de bewoners ervaren? <u>Probes</u>: goed gevoel, blij voor de bewoner, voldoening. • Kan je vertellen over het contact met bewoners tijdens en na de muziek in de zorg? <u>Probes</u>: menselijker contact, compassie. • Kan je vertellen over de gesprekken die je hebt gehad met bewoners, aanwezige familieleden, musici of collega's naar 	Muziekinterventies in de zorg kunnen voor een rustige en sociaal toegankelijke sfeer zorgen (Apps & Sunderland, 2021), de gedeelde menselijkheid benadrukken (Turino, 2008), positieve emoties teweegbrengen die zorgverleners veerkrachtiger maken (Fredrickson, 2001; Hansen et al., 2018), als stoorzender of als werkdrukverhogend worden ervaren (Preti & Welch, 2012).	Om inzicht te krijgen in de ervaringen van de zorgverleners met de muziekinterventies. De ervaringen kunnen worden vergeleken met de ervaringen beschreven in de bestaande literatuur.

	<p>aanleiding van de muziek in de zorg? <u>Probes</u>: uitten van emoties en gedachten, delen persoonlijke verhalen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan je vertellen hoe de muziek in de zorg je liet voelen? <u>Probes</u>: tijdens/erna, meer in het moment, rustiger, positieve emoties, energie. • Kan je vertellen over eventuele negatieve ervaringen met het gebruik van muziek in de zorg? <u>Probes</u>: muziek was storend, verhoogde werkdruk, stress, onzeker gevoel door onduidelijkheid. • Kan je vertellen op welke manier zorgverleners bij de muziekinterventies worden betrokken? Hoe ervaar je dit? • Kan je vertellen op welke manier er met zorgverleners rekening wordt gehouden tijdens de muziekinterventies? Wat vind je hiervan? 		
<p>Invloed <i>muziek in de zorg</i> interpersoonlijke relaties</p>			
<p>6. Je hebt net verteld over jouw ervaringen met muziek in de zorg. Ik ben nieuwsgierig of je ook iets kan vertellen over eventuele veranderingen die je in je <u>werk of werkomgeving</u> hebt opgemerkt toen er muziekinterventies waren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: het team waarin je werkt, korte termijn/ lange termijn. • Hoe hebben de muziekinterventies jouw werk beïnvloed? • Hoe hebben de muziekinterventies volgens je invloed gehad op het contact met je collega's? 		<p>Vraag om de focus van het interview te verplaatsen naar de relaties en het contact dat zorgverleners hebben met collega's.</p> <p>Deze vraag geeft participanten bovendien de ruimte om zelf onderwerpen aan te snijden.</p>

<p>7. Kunt je vertellen over of en hoe muziek in de zorg de samenwerking met je collega's heeft veranderd?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: meer geduld, meer begrip voor elkaar, afgeleid, minder tijd voor elkaar. • Hoe hebben de muziekinterventies volgens je invloed gehad op hoe je met je collega's omgaat? Of hoe zij met jou omgaan? <u>Probes</u>: op lange termijn. 	<p>Medewerkers die goede relaties met elkaar hebben, kunnen over het algemeen beter samenwerken (in Reich & Hershcovis, 2011).</p>	<p>Inzicht krijgen in de rol van muziekinterventies bij onderlinge relaties tussen zorgverleners door meer te weten te komen over de invloed van muziekinterventies op de onderlinge samenwerking.</p>
<p>8. Hoe heb je de communicatie met collega's tijdens en na de muziekinterventies ervaren? En welke rol heeft muziek in de zorg daar volgens jou in gespeeld?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: rustig/onrustig, efficiënt, vriendelijk, informeel, frequent, begrip voor elkaar, muziek leidt af. • Hoe zijn de gesprekken die je met je collega's hebt veranderd? • Kan je vertellen hoe de veranderde communicatie de relaties met je collega's heeft beïnvloed? 	<p>Onderlinge communicatie vormt een van de aspecten van interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners (Migowksi et al., 2019). Goede communicatie is "<i>frequent, timely, and accurate communication that emphasizes problem-solving rather than blaming or avoidance strategies</i>" (Reich & Hershcovis, 2011, p.11).</p>	<p>Inzicht krijgen in de rol van muziekinterventies bij onderlinge relaties tussen zorgverleners door meer te weten te komen over de invloed van muziekinterventies op communicatie tussen zorgverleners.</p>
<p>9. Kan je vertellen of en op welke manier de muziek in de zorg ervoor heeft gezorgd dat je je collega's beter hebt leren kennen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: informele gesprekken, het delen van persoonlijke verhalen, zien collega's meer ook als mens en niet alleen als collega. • Wat heeft dit betekent voor de relaties met je collega's? <u>Probes</u>: onderling vertrouwen, meer gesprekken. 	<p>Onderling vertrouwen vormt een van de aspecten van interpersoonlijke relaties tussen zorgverleners (Migowksi et al., 2019). Vertrouwen is gestoeld op de assumptie voorspelbaarheid (Hommel & Colzato, 2015).</p>	<p>Inzicht krijgen in de rol van muziekinterventies bij onderlinge relaties tussen zorgverleners door meer te weten te komen over de invloed van muziekinterventies op onderling vertrouwen en de rol van informele gesprekken.</p>
<p>10. Kijkend naar het team in zijn geheel, hoe ben je van mening dat muziek in de zorg het team waarin je werkt heeft beïnvloed?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Probes</u>: samenwerking, communicatie. • Hoe zou je de sfeer binnen het team beschrijven nadat er een muziekinterventie is geweest? 	<p>N.v.t.</p>	<p>Om ook op team-niveau inzicht te krijgen in de rol die muziekinterventies spelen in de onderlinge relaties tussen zorgverleners, ook al is dit op indirecte wijze (secundaire data).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Hoe bent je van mening dat de muziekinterventies de kwaliteit van de zorg hebben beïnvloed? 		
11. Als je nog eens terugdenkt aan de muziekinterventies die je hebt bijgewoond. Hoe hebben de muziekinterventies jou als zorgverlener ondersteund?	<ul style="list-style-type: none"> <u>Probes</u>: zorgverleners meer betrekken, meer afstemmen op roosters zorgverleners. Op welke andere manieren zou muziek zorgverleners kunnen ondersteunen? Hoe zou muziek de relaties met je collega's kunnen ondersteunen? Hoe zouden muziek het team kunnen ondersteunen? 	N.v.t.	Om inzicht te krijgen in hoe zorgverleners volgens henzelf ondersteund zouden kunnen worden door middel van muziek in de zorg.

Afsluitende vragen

Vragen	Probes en subvragen	Literatuur	Functie vraag
12. Wat zou je ervan vinden als [muziekinterventie] vaker plaatsvindt in [Zorginstelling]?	<ul style="list-style-type: none"> Wat zou je ervan vinden als muziek in de zorg in meer zorginstellingen zou worden toegepast? 	N.v.t.	Om het interview langzaam mee af te bouwen, zodat het interview niet abrupt stopt.
13. In het algemeen, wat zouden jouw suggesties zijn voor het verbeteren van muziekinterventies?	<ul style="list-style-type: none"> <u>Probes</u>: wat voor soort interventies, met muziek of juist zonder muziek. 	N.v.t.	Om het interview langzaam mee af te bouwen, zodat het interview niet abrupt stopt.
14. Tot slot, heb je verder nog opmerkingen? Bijvoorbeeld iets dat je nog wilt benadrukken of iets dat nog niet aan bod is gekomen?	N.v.t.	N.v.t.	Bedoeld om het interview mee af te sluiten en om ervoor te zorgen dat de participant alles heeft kunnen benoemen wat hij/zij kwijt wil tijdens het interview.

Dan wil ik je graag bedanken voor het interview. Het interview is nu afgelopen.

7.4. Codeboek

Thema	Code	Type	Omschrijving	Voorbeeld
1. Achtergrondinformatie participanten	Affiniteit met muziek	Inductief	De participant geeft aan affiniteit met muziek te hebben.	“En nou ja, toen was dus ook de oproep van, nou ja, wie van de collega's kan daarbij zijn. Het was volgens mij acht keer, dus je moest ook die acht keer beschikbaar zijn. En nou ja, goed, ik heb gewoon wat met muziek, ik hou van muziek, ik zing zelf. Dus ik denk nou, dat is echt wat voor mij.”
	Werksituatie	Deductief	De participant beschrijft zijn of haar (mening over de) werksituatie waaronder: loopbaan, functie, taken, verloop dagelijkse werkdag, organisatie, team, manieren van samenwerken.	“Ja, je start de ochtend met het uit bed halen van een cliënt. Het wassen, het aankleden, begeleiden naar het ontbijt toe, soms een broodje smeren. Zorgen natuurlijk dat je de kamer netjes achterlaat als je de kamer verlaat. Net zo lang totdat iedereen uit bed is.”
	Vormen van muziek in de zorg	Deductief	De participant beschrijft met welke vormen van <i>muziek in de zorg</i> hij of zij in aanraking is geweest.	“Dat was een sessie van acht weken waarin mensen met Alzheimer en dementie aanwezig waren. Dat was ook afgesloten, zodat het niet gestoord kon worden. Dat begon dan met het individueel begroeten van de mensen en dan uiteindelijk... Er waren drie muzikanten bij aanwezig. Er zaten vier observators, die observeerden wat deed het met de mens. Na het begroeten werd er vaak even een stukje gespeeld, er kreeg iemand het dirigeerstokje. Dan gingen de muzikanten erbij zitten en speelden ze wat de dirigent, de cliënt, dan aangaf. Uiteindelijk werd er met zijn allen muziek gemaakt. Dan werden er muziekinstrumenten uitgedeeld.”
	Betrokkenheid zorgverleners projecten	Deductief	De participant vertelt over de manier waarop en mate waarin hij of zij betrokken is geweest bij <i>muziek in de zorg</i> -projecten.	“Nou, zij deden het ook echt heel leuk. En betrokken ons er ook als zorgmedewerkers bij. De cliënten kregen op een gegeven moment muziekinstrumenten waarop ze mee konden doen, maar wij werden er ook bij betrokken. Dus wij kregen ook iets in de handen gedrukt.”
	Doelgroep	Inductief	De participant beschrijft (kenmerken van) de doelgroep waarmee hij of zij werkt.	“Onze bezoekers zijn allemaal dementerend, of hebben een ongebooren hersenletsel. Dus hun geheugenproblematiek is best wel een ding, is eigenlijk

				hun ziekte. Dus dat brengt heel veel spanning en stress met zich mee. Want het vergeten, het niet meer weten, is gewoon heel naar. Die lopen tegen heel veel dingen aan. En dan is het ook nog de maatschappij die doordendert, je moet van alles.”
	Motivatie werken in de zorg	Deductief	De participant beschrijft zijn of haar motivatie om destijds in de zorg te gaan werken.	“Ik wilde iets voor mijn medemens betekenen.”
	Persoonsgerichte zorg	Inductief	De participant spreekt over de persoonsgerichtheid in zijn of haar werk.	“Dan is er vaak ook weer een activiteit. Dat kan heel breed zijn. Dat kan van een spelactiviteit tot een creatieve activiteit. Of soms gaan we erop uit, een uitstapje. Of een hersengymnastiek. Dat is ook weer aftastend van hé hoe zit de groep erbij, wat heeft de groep nu even nodig.”
2. Effecten van muziek in de zorg op cliënten	Vrolijk	Inductief	Cliënten genieten of zijn waarneembaar vrolijk en blij door <i>muziek in de zorg</i> .	“Mensen genieten echt, klappen in hun handen, zitten mee te deinen en te doen. Soms wordt er nog een dansje gewaagd. Het is echt, ja... het doet wel wat met mensen.”
	Bloei	Inductief	Cliënten leven op door <i>muziek in de zorg</i> . Niet alleen tijdens <i>muziek in de zorg</i> , maar ook naderhand, bijvoorbeeld wanneer ze weten dat ze weer een muziekproject hebben.	“En ook iemand die best wel dementerend was, die noemde zelfs de naam van de leider van oh, ben je er weer. En dat was heel leuk. Ja. Ook mensen die juist heel erg in de schulp zaten, waar je heel slecht contact mee kon krijgen, dat er toch af en toe ergens een sprankje was van hé, die kwam toch ergens los. Ja, heel bijzonder.”
	Enthousiasme cliënten	Inductief	Cliënten zijn enthousiast over <i>muziek in de zorg</i> . Ze geven onder andere aan dat ze de muziekprojecten leuk of geweldig vinden en kijken ernaar uit.	“Mensen zeiden na die tijd ook van dit is echt leuk. Ze vonden het echt gewoon leuk. Van oh leuk, tot volgende week weer. Het deed mensen echt wel goed. En 's avonds hadden mensen het er dan nog wel over, van oh, het was vanmorgen zo leuk.”
	Rustig	Inductief	Cliënten worden rustig naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Je ziet ook gewoon dat mensen daar rustig van worden. Als iemand onrustig is en je weet dat iemand van klassieke muziek houdt en je zet de iPad op met klassieke muziek bijvoorbeeld, dan zie je gewoon dat iemand tijdens de zorg die normaal heel angstig is gewoon heel rustig wordt.”
	Emotioneel	Inductief	Cliënten worden emotioneel naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Er was een keer iemand die had op een schip gewoond, dan ging ze een schip op het IJsselmeer

			naspelen met een gevoelige... Het was heel mooi allemaal. Maar het is wel heel erg emotioneel, zowel voor de mantelzorger die erbij was als de patiënt zelf. Dus dat is mooi. Dat blijven we ook doen.”
Fysieke verbeteringen	Inductief	De participant merkt fysieke verbeteringen op bij cliënten naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Maar dat weet ik gewoon, want als hier een Parkinsoncliënt loopt en ik ga ritmisch tellen, 1, 2... [tikt op de tafel], dan gaat het lopen veel makkelijker. Of als je ze in de benen wil krijgen, en je gaat dat zingende doen, dan wordt dat veel makkelijker.”
Opener en toegankelijker	Inductief	Cliënten worden als meer open en toegankelijk gezien naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Waar je muziek inzet en dat mensen opener werden, meer benaderbaar. Eerst even samen een liedje zingen. Dan ging het vaak beter, dan waren ze veel toegankelijker.”
Afgeleid van pijn of beperkingen	Inductief	Cliënten worden afgeleid door <i>muziek in de zorg</i> , waardoor ze minder last hebben van pijn of beperkingen, gerelateerd aan hun aandoening, ziekte of revalidatie.	“En soms ook, wat vroeger ook veel gebeurde als ze gingen afwassen, dan werd er tijdens het afwassen gezongen. Dat gebeurt hier ook heel veel. Dat is dan zo leuk, dat mensen zo goed in hun vel zitten. En ook allemaal vergeten van... dat is ook weer zoiets, kijken wat er dus wel is, en dan vergeten ze ook alle dingen die ze niet meer kunnen.”
Muziek maakt herinneringen los	Inductief	De participant spreekt over dat muziek herinneringen losmaakt bij cliënten.	“Herinneringen van bepaalde muziek. We hebben hier een paar dames die altijd gedanst hebben met hun man, vroeger. Ook bij zo'n dansschool, Bus, hoor ik dan vaak. En dan, ja, dan willen ze hier ook wel eens een dansje nog even laten zien. En ja, je ziet helemaal opbloeien, ja.”
Positief effect zorgproces	Inductief	De verbeterde gemoedstoestand van cliënten heeft een positief effect op het revalidatieproces.	“Maar ook op een hele andere manier met de revalidatie bezig zijn. [...] Want bij de fysio moeten ze stukjes fietsen of lopen of wat oefeningetjes doen. En dat is veel droger. Nu heb je er muziek bij. Mensen bloeien er toch wel wat meer van op. Dus in die zin heb ik ook het idee dat ze... kijk dat vonden ze heel leuk om te doen, waardoor ze ook juist wat gemotiveerder waren om met hun revalidatie bezig te gaan.”
Enthousiasme cliënten	Inductief		“Je zag gewoon echt wel dat mensen daar echt van genoten. Er werd zelfs een mevrouw heel emotioneel. Mensen zeiden na die tijd ook van dit is echt leuk. Ze

				vonden het echt gewoon leuk. Van oh leuk, tot volgende week weer.”
	Vermoeid	Inductief		“En de mensen zijn gewoon helemaal relaxt na die tijd. Toch ook wel vermoeid. Ja, dat merkte je ook wel.”
3. Effecten van muziek in de zorg op zorgverleners	Sympathetic joy	Deductief	De participant ervaart blijheid bij het zien van blijheid of verbeteringen bij cliënten naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Kijk, op een woonafdeling wordt best veel georganiseerd. Maar op deze afdeling, mensen vallen vaak een beetje buiten de boot qua activiteiten. Dus ik vond het eigenlijk wel heel leuk dat die pilot nu op de revalidatie was. Ehm, maar terug naar jouw vraag, wat doet het met mij. Ik, ik vind het gewoon wel fijn dat er dingen voor mensen worden georganiseerd. Ja, eigenlijk dat. Ja.”
	Ontroerd	Inductief	De participant wordt ontroerd door de muziek of gebeurtenissen tijdens <i>muziek in de zorg</i> .	“Ook liedjes die ze zingen vanuit vroeger met die verhalende, vertellende teksten. Dan denk ik ja, dat raakt mij. Ik word er heel blij van, want ik heb er ook heel veel plezier en lol van. Dat je ook echt heel veel kan lachen met ze. Maar het is ook heel ontroerend om te zien wat er gebeurt. Ja, dus het doet echt heel veel met mij.”
	Voldoening	Inductief	De participant ervaart voldoening bij het zien van de effecten van <i>muziek in de zorg</i> op de cliënten.	“Door de dingen die ik organiseer en de mensen die daar blij van worden, ondersteunt het mij net zo goed als de bewoners. Elke lach op een gezicht van iemand helpt mij ook. Want daar doe ik het voor, uiteindelijk.”
	Genieten van muziek	Inductief	De participant genieten van de muziek tijdens <i>muziek in de zorg</i> .	“Ja, het blijft bij mij heel lang door sudderen. Dat ik het gewoon lekker vindt. Ik zou ook heel graag met muziek op werken.”
4. Effecten van muziek in de zorg op groepsniveau	Positieve sfeer	Deductief	<i>Muziek in de zorg</i> heeft een positief effect op de sfeer in de ruimte waar de muziek wordt toegepast.	“Ja, was ook heel positief. Ja, iedereen was echt enorm aan het genieten, en aan het meezingen. Net wat ik net zei, die mevrouw werd wat emotioneel. Het is gewoon echt een hele positieve sfeer. Er was eigenlijk niemand die met een zuur gezicht zat of die dacht van nou... nee.”
	Verbinding	Deductief	De participant beschrijft <i>muziek in de zorg</i> als iets dat mensen met elkaar verbindt.	“We zien het ook onderling, bij revalidanten onderling. Want ze zijn vaak erg individualistisch, dit is mijn revalidatieproces. En nu zien we wat meer dat mensen samen koffie gaan drinken. En dan van, wat was het

				gisteren leuk met de muziek. Ja, want ik heb dit en dit gedaan, wat heb jij gedaan. Dus het verbindt.”
	Contact tussen cliënten	Inductief	De participant beschrijft contactmomenten tussen cliënten die ontstaan tijdens of na <i>muziek in de zorg</i> , zoals gesprekken.	“Nou daarna, want... toen moest de ruimte snel weer leeg omdat de lunch alweer begon. Dus dat was wel een beetje... Maar daarna hoorde ik mensen wel, als ik de huiskamer in kwam, wel tegen elkaar zeggen oh echt super leuk.”
	Contact zorgverlener en cliënt	Deductief	De participant beschrijft contactmomenten tussen zorgverlener en cliënt die ontstaan tijdens of na <i>muziek in de zorg</i> , zoals gesprekken.	“Die wat oudere dame heb ik nog heel lang mee zitten kletsen, die vond het heel mooi want haar dochter maakte bijvoorbeeld violen. Dat zijn natuurlijk ook weer gesprekken die je normaal helemaal niet voert. Maar die vond het wel heel mooi, want er werd ook viool gespeeld, dus die was helemaal enthousiast.”
5. Opvattingen over eigenschappen van muziek	Muziek is universeel	Inductief	De participant beschrijft muziek als een fundamenteel onderdeel van de mens.	“Nou ik denk eigenlijk dat ik het belangrijkste van muziek, dat gewoon de beleving van muziek zo belangrijk is voor elk mens in deze samenleving. Het maakt niet uit of je een vluchteling bent, dat je oud bent, dat je jong bent, of je ziek bent. Muziek... hoort volgens mij bij het leven. Ja. En is heel belangrijk.”
	Muziek is persoonlijk	Inductief	De participant benadrukt dat de voorkeuren rondom muziek per persoon verschillen en dat hij of zij het belangrijk vindt om rekening te houden met deze verschillen.	“Het goed vastleggen in een zorgplan. De muziek voorkeuren... de [korte stilte]. Zodat je weet wat je kunt inzetten. Want, ja, je moet niet het verkeerde inzetten. Daar bereik je vaak niks mee. Als je voor iemand muziek inzet waar die absoluut niet van houdt, dan wordt die cliënt daar niet vrolijker van.”
	Muziek is egaliserend	Inductief	De participant beschrijft muziek als iets dat niet oordeelt en egaliserend is doordat het verschillen tussen mensen, zoals hiërarchische status, doen laten verdwijnen.	“Ja, heel positief eigenlijk. En wat voor emotie daar ook aanhangt. Maar ik denk dat de sfeer daarin zo belangrijk is, de saamhorigheid, de eenheid, je mag er zijn, wie je bent. Dat dat zo'n warm bad is. Zo'n fijne sfeer. Ook al is die verdrietig, maar dan is het nog heel fijn. Ja. Net wat ik zeg, dat kan je haast niet omschrijven, dat is gewoon een gevoel, zo'n deken die om je heen komt dan. En wat ook onze mensen zo ervaren.”
6. Opvattingen over muziek in de zorg	Wordt omarmd	Inductief	De participant spreekt met veel lof over <i>muziek in de zorg</i> en zou graag willen dat het op grotere schaal wordt toegepast.	“Het is mijn grote droom en mijn grote wens. Hoe meer hoe beter [lacht]. Die klankbeleving, daarvan heb ik nog maar twee sessies gehad, nou, van mij mogen ze... ik wil ze wel elke maand hier.”

	Uitgangspunt is de cliënt	Inductief	Uit de antwoorden van de participant blijkt dat hij of zij vindt dat de cliënt het uitgangspunt is en moet zijn van <i>muziek in de zorg</i> .	“De hoofdmoot is het organiseren, en vragen behandelen en wensen invullen. Als het leeft vanuit de bewoners dat er Dansen op Recept komt, dan ga je dat invullen. Dus de onderlinge contacten met mijn collega's... Kijk, er staan nu ook geen muzikje aan hier, hé. De muziek die wordt afgestemd op de bewoners die op de huiskamer zitten, maar als het goed is niet op de collega's.”
	Kleine moeite voor grote impact	Inductief	De participant vindt dat het toepassen van muziek in de zorg een relatief kleine moeite is in vergelijking met de impact die het heeft op cliënten.	“Ja, nee, je zou eigenlijk moeten zeggen van ja, eigenlijk moet overal wel iets zijn om, hè, om dat mee te nemen, om muziek te gebruiken. Al... het hoeft maar heel klein te zijn, hè, wat ik zei van nou, doe tijdens de koffie even een YouTube filmpje aan van BZN. Dat mensen dat gewoon al mooi vinden.”
	Eigenlijk geen negatieve ervaringen	Inductief	Minder positieve ervaringen tijdens <i>muziek in de zorg</i> kunnen volgens hen niet als negatief bestempeld worden.	“Ik heb eigenlijk geen... De enige negatieve ervaringen die je zou kunnen bedenken is dat er altijd mensen zijn die het niet leuk vinden. Dat hou je toch, maar dat heb je met alles. Het zijn allemaal mensen met hun eigen interesses. Dus voor zover je dat negatief moet noemen. Ik vind eigenlijk niet dat je dat negatief moet noemen. De één heeft hier wat meer mee als de andere. Maar verder heb ik eigenlijk alleen positieve... gevoel erbij.”
	Obstakels muziek in de zorg	Inductief	De participant beschrijft zaken als tijd- en geldtekort die worden gezien als een obstakel voor het kunnen laten plaatsvinden van <i>muziek in de zorg</i> .	“Ja. Op de financiën. Dan denk ik, dat vind ik zo jammer. Je had zoveel mensen nog een fijne tijd kunnen gunnen. Openheid, toegankelijkheid. Dan denk ik, weer dat rot geld, waardoor het niet doorgaat.”
	Praktische zaken	Inductief	De participant beschrijft aanpassingen die zijn gemaakt of kunnen worden gemaakt aan praktische aspecten van <i>muziek in de zorg</i> , zoals de ruimte of opstelling waarin projecten plaatsvinden.	“Dus we kwamen er ook achter, het is niet handig als mensen fysiotherapie hebben op dezelfde dag of daarvoor. Dat wisten we niet, want muziek... Maar we gingen op een gegeven moment ook experimenteren met een jonge fysiotherapeut die wat oefeningen ging doen. Dat was een beetje te veel soms voor sommige mensen [lacht]. Weet je, zo leer je.”
	Initieel sceptische houding	Inductief	De participant beschrijft dat cliënten of collega's eerst een sceptische houding hebben tegenover muziekprojecten,	“De mensen waren een beetje sceptisch. Dus toen collega's een beetje waren bijgedraaid merkte je wel van, oh ja, het heeft echt wel ook op ons wel een

			totdat ze het hebben meegemaakt.	positieve invloed. En de mensen zijn gewoon helemaal relaxt na die tijd.”
	Krachtiger dan verwacht	Inductief	De participant is verrast door hoe groot het positieve effect is van <i>muziek in de zorg</i> op de cliënten.	“Nee, ik vond het wel... Nou, ik had niet verwacht dat het zoveel effect zou hebben. Dus dat vind ik nog wel leuk, ja. Ik had niet verwacht dat de mensen... ik dacht, oh ze vinden het leuk, maar ze waren echt heel erg enthousiast. En we hebben het daar nog heel lang, hebben we dat ook nog in de wandelgangen gehoord. Dus in die zin doet het wel wat met de mensen.”
	Muziek moet bewust worden toegepast	Inductief	De participant benadrukt dat als zorgverleners muziek in de zorg gebruiken, zij zich bewust moeten zijn van de voorkeuren en behoeften van de cliënt, en dat het uitgangspunt is om iets voor de cliënt te betekenen.	“Maar als jij de hele dag bijvoorbeeld André Rieu hoort, en je hoort een bepaald nummer waar je helemaal niks mee hebt of juist boos van wordt, en je hoort het de hele dag maar door, en je hebt daar geen oog voor als medewerker, dat kan heel veel oproepen. En ik denk dat het wel heel belangrijk is om je daar bewust van te zijn, wat het dus met iemand kan doen.”
	Iedereen zou het moeten ervaren	Inductief	De participant is van mening dat iedereen <i>muziek in de zorg</i> zou moeten kunnen ervaren omdat het zoveel kan brengen. De participant spreekt zowel over cliënten als zorgverleners.	“Ja. Ik bedoel, we hebben dan CityProms gehad, maar ja, dan hebben we maar een kleine groep medewerkers. Wat mij betreft mochten dat soort dingen wel veel meer gebeuren. Maar goed. Er is nu een ander onderdeel, de gaten in de zorg, dat er te weinig personeel is. Dat heeft op dit moment meer aandacht dan dat soort dingen.”
	Zorgverleners positief over musici	Inductief	De participant spreekt positief over musici die betrokken zijn bij projecten en heeft bewondering voor de manier waarop zij met de doelgroep omgaan.	“En die dames die dat een beetje deden, deden het ook hartstikke leuk. Die pasten zich ook wel een beetje aan de mensen die daar zaten, en die stemden ook wel continu af waar de behoefte een beetje lag zeg maar.”
	De effecten blijven doorwerken	Inductief	De participant geeft aan dat de positieve effecten van <i>muziek in de zorg</i> blijven doorwerken.	“Ja, het blijft bij mij heel lang door sudderen. Dat ik het gewoon lekker vindt. Ik zou ook heel graag met muziek op werken.”
	Projecten niet geforceerd	Inductief	De participant merkt op dat de muziekprojecten geen verplichting waren voor cliënten.	“Hè, als iemand geen zin had, dan werd dat ook zo gelaten. Iedereen werd in zijn waarde gelaten. Er waren ook mensen die vonden dat gewoon heel spannend. Zo van nee, dat ga ik niet doen hoor, nee dat doe ik niet. Nou, dan werd het even geprobeerd, maar als ze niet wilde, dan niet.”

7. Veranderingen binnen het team	Onderlinge gesprekken	Deductief	De participant spreekt over gesprekken tussen zorgverleners die plaatsvinden naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Nou bijvoorbeeld als je er bij bent geweest van goh, wat was dit leuk. Heb je gezien hoe ze met zijn allen hebben genoten. Dat heb je wel. Dat je even napraat met mekaar.”
	Onderlinge samenwerking	Deductief	De participant spreekt over veranderingen in samenwerking tussen zorgverleners naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Je werkt wat meer samen met bepaalde dingen. Wij hebben hier eigenlijk apart ons stukje. De fysio heeft zijn stukje, de zorg heeft zijn stukje. En nu doe je toch ook wel dingen samen. Dus in die zin vind ik wel dat je wat meer tot elkaar komt. Dus de samenwerking gaat wel beter daardoor. Ja.”
	Positieve sfeer team	Deductief	<i>Muziek in de zorg</i> heeft een positief effect op de sfeer binnen het team.	“[Korte stilte] hmm, ik ervaarde bijvoorbeeld, ik ga even terug naar de conservatoriumproject, als wat ik net zei, als iets heel positiefs, als een cadeautje. En daarmee wordt ook een afdelingsgevoel versterkt. Van, we mogen weer wat.”
	Geen effect interpersoonlijke relaties	Inductief	<i>Muziek in de zorg</i> lijkt (vrijwel) geen effect te hebben op de communicatie, samenwerking of ander contact tussen zorgverleners.	“Hmm... [korte stilte], nou ik zit even te denken. De fysio was daarbij, de ergo, [P04] en ik. Nee... nee, we zijn eigenlijk altijd wel... dat we goed met elkaar omgaan. Dus het is niet dat er een afstand is tussen fysio en ons of zo, dat het daardoor verbeterd is of zo. Nee, dat loopt eigenlijk altijd wel goed. Dus, nee, ook dat... nee.”
	Redenen geen effect	Inductief	De participant benoemd potentiële reden voor dat er geen veranderingen in het team hebben kunnen plaatsvinden naar aanleiding van <i>muziek in de zorg</i> .	“Want als je er niet bij bent geweest, kan je ook niet napraten hé. Dan kan je alleen maar, van nou kijk, ze zijn goed te pas dus de muziek zal wel leuk zijn geweest. Het is dan eigenlijk het enige dat je kan zeggen. Je kan niet hoe de muziek was, dat heb je dan niet meegemaakt.”
8. Manieren waarop muziek in de zorg ondersteunend kan zijn aan zorgverleners en de zorg	Energie en veerkracht	Deductief	Gevoelens, zoals blijheid, ontroering en voldoening, geven zorgverleners energie en veerkracht.	“Net of je daar ook wel even een poosje op kan teren of zo. Zo van oh, wat mooi en dat het nog voor iemand gerealiseerd kan worden, zodat ie daar nou nog even een blij moment heeft.”
	Muziek als middel	Inductief	De participant beschrijft manieren waarop hij of zij muziek kan gebruiken als middel om betere te zorg te leveren aan cliënten.	“Ik weet een cliënt, die zou ik helpen, maar die was niet toegankelijk. Die sloeg om hem heen en die was kwaad. Die had er gewoon geen trek in. Doordat diezelfde meneer mee heeft gedaan aan de CityProms wist ik wat zijn voorkeur voor muziek was. Ik heb dat opgezocht op YouTube en ik heb het aangezet, en we hebben zingend gewassen en aangekleed.”

Gedeelde ervaring als middel	Inductief	De participant beschrijft manieren waarop hij of zij gedeelde ervaringen muziekprojecten kan gebruiken als middel om betere te zorg te leveren aan cliënten.	“Dus je hebt samen een herinnering, en die herinnering is dan die muzieksessie. Dat is een wekelijks iets, dus dat is ook een veilig onderwerp om over te beginnen, ook tijdens de zorg zelf. Dus zo creëer je eigenlijk een stukje veiligheid in een heel kwetsbaar proces van dat je 's ochtends ondersteuning nodig hebt, of medicatie, of grote wondzorg.”
Begrip voor cliënt als mens	Deductief	De ervaringen met <i>muziek in de zorg</i> hebben meer inzicht gegeven in de cliënt als mens, waardoor de participant meer begrip voor de cliënt heeft gekregen en mogelijk betere zorg kan geven.	“Als je soms weet wat die mensen allemaal hebben meegemaakt, positief of negatief, maar dat kan soms wel een gedrag verklaren. Waarom iemand hier zo zit of tegen alles aanschopt. En dat je soms met muziek dat doorbreken kan, en dat je dan ziet van hé als ik het op die manier aanbiedt dan zie je gewoon een heel ander persoon, dan krijg je er ook meer begrip voor.”
Rustmoment	Inductief	<i>Muziek in de zorg</i> -projecten kunnen rustmomenten creëren voor de zorgverleners, waardoor ze kunnen ontladen, rustiger zijn of meer energie hebben.	“En als jij een moment hier zit met je revalidant of met je palliatieve patiënt, dan zie je letterlijk dat ze rustig worden. Het betekent dus een stuk, ehm, het is een kwaliteitsmoment op een dag, wat je ook even weer de energie geeft om door te gaan. Je hoeft niet altijd aan te staan, hier mag je even uit zijn en opgaan in de muziek.”
Werkdrukverlagend	Inductief	De positieve effecten van <i>muziek in de zorg</i> op cliënten kunnen de werkdruk voor zorgverleners tijdelijk verminderen.	“Sommige mensen doen dat heel dwangmatig, dat bellen. En als zij naar die muziek zijn geweest, zien we dat er een afname is van bijna 60 procent van belgedrag. Dus dat betekent ook, vertaald naar de zorg, dat ze minder bellen hoeven te lopen en dat het ook wel echt wat oplevert, ook in tijd voor de verpleegkundige.”
Stimuleert eigen inzet muziek	Inductief	De ervaringen met <i>muziek in de zorg</i> hebben de participant gemotiveerd om zelf vaker muziek te gebruiken tijdens zijn of haar werk.	“En ik merk ook dat ik, ja ook weer meer met muziek ben gaan doen. Ja, de muziekquizen weer uit de kast getrokken en zo. En nou is dat wel heel wat anders, want helaas, ik kan geen muziekinstrumenten spelen. Ik kan een beetje zingen, maar ook niet heel veel. Maar dan merk ik wel van, oh ja, het doet ze zoveel, dus ja, dan vind ik dat ik dat ook vaker aan moet bieden, hè.”
Geen ondersteuning	Inductief	De participant geeft aan dat hij of zij <i>muziek in de zorg</i> niet echt ziet als ondersteunend aan hem of haar als zorgverlener.	“Nee, niet. Het was leuk en je merkt gewoon dat iedereen er heel positief over was. Dus het bracht ook wel weer een fijne sfeer op de afdeling, even een

				andere sfeer. Maar voor de rest vind ik niet dat het iets heeft gebracht.”
9. Overig	Algemene opmerking	Inductief	De participant maakt een opmerking dat niet geplaatst kan worden in andere codes.	“Erik Scherder heeft er ook al heel veel onderzoek naar gedaan. Weet je dat? Erik Scherder is een bekend neuroloog hier in het land en die doet heel veel onderzoek, neurologisch ook, op het gebied van muziek. Wat doet muziek bij met name ouderen en dementerenden. Wat doet beweging. Wat doet... hij heeft nog meer onderwerpen hoor. Maar echt een aanraden om daar eens wat meer...”
	Overige frustraties	Inductief	De participant spreekt over de persoonsgerichtheid in hun werk, waarbij muziek een belangrijke rol kan spelen.	“Eh, nou ja, ik vind soms dat je onze bezoekers tekortdoet. Want je moet je aandacht nu verdelen over acht à tien mensen, en iedereen heeft zo zijn eigen zorgvraag, en dan kan je er niet altijd aan voldoen. Dus het geeft best wel veel stress.”
	Suggesties	Inductief	De participant geeft suggesties voor manieren waarop <i>muziek in de zorg</i> kan worden verbeterd.	“Ik denk inderdaad ook toch een stukje bijscholing. Door op een bepaalde manier toch iedereen te laten zien van, hé, wat doet muziek nou en wat gebeurt er allemaal en wat voor soorten muziek zijn er allemaal. Ook een beetje van in welke doelgroep werk ik en wat was in die tijd belangrijk, wat voor muziek werd er toen gedraaid. Toch meer de verdieping. Maar ook inderdaad wat je met muziek kan bereiken.”

