

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Klanken die resoneren: ervaringen van verpleeghuisbewoners met klankschalen. Een exploratieve kwalitatieve studie

Henrike Konings^{1*}, Roeslan Leontjevas¹, Wendy Willemsen², Els Derksen^{3,4}

Samenvatting

Binnen de verpleeghuiszorg neemt de aandacht voor complementaire zorg toe ter ondersteuning van de kwaliteit van leven van kwetsbare bewoners. Klankschaalsessies worden ingezet om rust en comfort te bevorderen, maar het bewonersperspectief blijft nog onderbelicht. In dit exploratieve onderzoek is verkend hoe bewoners in een Nederlands verpleeghuis (twee locaties) individuele klankschaalsessies ervaren. Participerende observaties tijdens 41 sessies bij 25 bewoners (59–97 jaar) met dementie en somatische aandoeningen van zeven afdelingen (3 psychogeriatrische, 3 somatische en 1 revalidatieafdeling) zijn inductief geanalyseerd. Klankschaalsessies riepen voornamelijk positieve ervaringen op, ook bij bewoners met beperkte verbale mogelijkheden. Vier centrale thema's vatten deze samen: ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect. Daarnaast werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en innerlijke rust. Aandachtsspanne en omgevingsprikkels beïnvloedden deze ervaringen soms. De bevindingen suggereren dat klankschaalsessies aansluiten bij beschikbare vermogens van bewoners en relevant zijn voor emotionele, sociale en spirituele dimensies van kwaliteit van leven. De studie maakt zichtbaar dat bewoners, ook wanneer communicatie beperkt is, op eigen wijze actief betrokken kunnen blijven. Dit vraagt om vervolgonderzoek naar welke bewoners en omstandigheden samenhangen met verschillende vormen van respons.

Trefwoorden: complementaire zorg, klankschaalsessies, bewonersperspectief, verpleeghuiszorg, kwaliteit van leven

1 Open Universiteit, Heerlen.

* Corresponderend auteur: Henrike Konings, onderzoekklankschalen@proton.me.

2 Kalorama, Beek.

3 Kenniscentrum zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam.

4 Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, Nijmegen.

Sounds that resonate: nursing home residents' experiences with singing bowls. An exploratory qualitative study

Henrike Konings^{1*}, Roeslan Leontjevas¹, Wendy Willemsen², Els Derksen^{3,4}

Abstract

In nursing home care, attention to complementary care is increasing to support the quality of life in vulnerable residents. Singing bowl sessions are used to promote calm and comfort, yet residents' own perspectives remain underrepresented. This exploratory qualitative study examined how residents in a Dutch nursing home (two locations) experienced individual singing bowl sessions. Participatory observations were analysed inductively across 41 sessions involving 25 residents (59–97 years) with dementia and somatic conditions from 7 wards (3 psychogeriatric, 3 somatic and 1 rehabilitation). The sessions elicited predominantly positive responses, including those from residents with limited verbal communication. Four themes captured these experiences: emotional resonance, relaxation, connectedness and positive affect. Two recurring behaviours were observed: falling asleep and entering an inner state of calm. Attention span and environmental stimuli sometimes influenced these experiences. The findings suggest that singing bowl sessions align with residents' available capacities and can evoke meaningful experiences across emotional, spiritual and social dimensions of quality of life. This study shows that residents, even when communication is limited, are able to remain actively engaged in the experience in their own way. This calls for further research into which residents and circumstances are associated with different forms of response.

Keywords: Complementary care, Singing bowl sessions, Residents' perspective, Nursing home care, Quality of life

1 Open University, Heerlen.

* Corresponding author: Henrike Konings, onderzoekklankschalen@proton.me.

2 Kalorama, Beek.

3 Knowledge Center for Care Innovation, Rotterdam University of Applied Sciences, Rotterdam.

4 University Knowledge Network for Elderly Care Nijmegen, Nijmegen.

Inleiding

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking gaat gepaard met een toename van ouderen met complexe zorgvragen, waaronder dementie en somatische multimorbiditeit (het gelijktijdig voorkomen van meerdere chronische aandoeningen). Dementie zal naar verwachting in 2040 de grootste ziektelast veroorzaken¹, waardoor zorgzwaarte en kwetsbaarheid van verpleeghuisbewoners toenemen. Tegelijkertijd kunnen wensen en ervaringen bij deze groep niet altijd verbaal tot uitdrukking worden gebracht. Dit vraagt om benaderingen die het bewonersperspectief zichtbaar maken, ook als communicatie beperkt is. In deze context komt kwaliteit van leven (KvL) nadrukkelijker centraal te staan.

KvL verwijst naar de ervaren positie van een persoon in relatie tot eigen doelen, verwachtingen en sociale context en omvat lichamelijke, psychologische, sociale en spirituele dimensies.² In het verpleeghuis staat KvL vaak onder druk: bewoners ervaren minder autonomie³, eigen regie⁴ en mogelijkheden tot sociale participatie⁵. Uitingen als agitatie⁶, onrust of angst⁷ kunnen samenhangen met een verminderde KvL. Ze weerspiegelen verlies van verbondenheid en invloed.⁸

Waar KvL een breed, overkoepelend concept vormt, verwijst welbevinden naar de subjectieve affectieve ervaring, zoals tevredenheid en een positieve gemoedstoestand.^{9,10} Het omvat niet noodzakelijk hoe bewoners specifieke situaties ervaren of duiden (het bewonersperspectief). Complementaire zorg (CZ) richt zich op welbevinden, met een holistische visie en aandacht voor de interactie tussen zorgverlener en bewoner.¹¹⁻¹³ In verpleeghuizen wordt CZ steeds vaker ingezet om ontspanning en comfort te bevorderen en onrust of pijn te verlichten.^{11,12} Onderzoek naar de bijdrage van CZ aan KvL blijft vooralsnog beperkt.¹²

Binnen dit bredere kader van CZ zijn klankschaalsessies een specifieke interventie. Akoestische analyses tonen aan dat klankschalen complexe frequentiepatronen en langdurige resonanties produceren.¹⁴ Volgens literatuur over vibro-akoestische stimulatie kunnen deze niet alleen auditief, maar ook lichamelijk worden waargenomen.¹⁵ Daarmee omvatten klankschaalsessies meer dan auditieve stimulatie alleen.

Binnen de gezondheidszorg zijn studies uitgevoerd naar klankschaalsessies. Bij patiënten met kanker werden naast verbeteringen in welbevinden ook fysiologische veranderingen gerapporteerd in elektro-encefalogram (EEG) en hartslagvariatie.¹⁶ De effecten hielden enkele dagen aan.¹⁶ In een gerandomiseerd onderzoek bij vrouwen met borstkanker werd Tibetaanse geluidsmeditatie vergeleken met een controlegroep.¹⁷ De interventiegroep liet verbeteringen zien in cognitief functioneren en zelfgerapporteerde mentale gezondheid en spiritualiteit direct na afloop van de interventie. Deze effecten waren echter niet meer aantoonbaar bij follow-up na één maand.¹⁷ In deze studie werden geen fysiologische metingen verricht.

Aanvullend liet een gerandomiseerde cross-overstudie bij gezonde volwassenen zien dat een korte klankschaalsessie voorafgaand aan geleide ontspanning gepaard ging met sterkere fysiologische reacties dan stilte, waaronder een grotere daling in

systolische bloeddruk en hartslag.¹⁸ Voor psychologisch welbevinden werden geen interventiespecifieke verschillen gevonden: in beide condities namen positieve en negatieve affect-scores in gelijke mate af.¹⁸ Deze bevinding suggereert een algemene ontspanningsrespons, terwijl fysiologische responsen en subjectieve beleving uiteen kunnen lopen.

Een pre-poststudie rapporteerde na een klankschaalsessie van 60 minuten een afname van spanning en negatieve stemming.¹⁹ Deze effecten waren het sterkst bij deelnemers zonder eerdere ervaring met klankschalen, terwijl ervaren deelnemers vooral een toename in spiritueel welbevinden rapporteerden. Door het ontbreken van een controlegroep blijft causaliteit onduidelijk.¹⁹

Binnen de verpleeghuiszorg zijn studies naar klankschalen schaars. In een Australisch verpleeghuis rapporteerden Bulsara, Seaman en Steuxner²⁰ een afname van agitatie bij bewoners met dementie na herhaalde klankschaalsessies. Hoewel gedragsmatige uitkomstmaten veranderingen in respons of affect weergeven, bieden zij beperkt inzicht in het bewonersperspectief.

Eerder onderzoek liet zien dat mensen met dementie andere dimensies van KvL benadrukken dan professionals en meetinstrumenten, zoals esthetiek, autonomie, zingeving en spiritualiteit.²¹ Bovendien kunnen beoordelingen van KvL verschillen tussen bewoners, naasten en zorgprofessionals.^{22,23} Juist omdat perspectieven op KvL uiteen kunnen lopen, is expliciete aandacht voor het bewonersperspectief essentieel. Inzicht hierin is belangrijk voor een persoonsgerichte inzet van CZ en de positionering van klankschaalinterventies in de verpleeghuiszorg. Tegen deze achtergrond verkent deze studie hoe bewoners met dementie en somatische aandoeningen individuele klankschaalsessies binnen het verpleeghuis ervaren, aangezien de toepassing van klankschaalsessies niet diagnosespecifiek is en relevant kan zijn voor verschillende doelgroepen.

Methode

Onderzoeksopzet

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet met participerende observaties. Deze benadering past bij het doel om inzicht te krijgen in hoe bewoners klankschaalsessies beleven. Observatie in de natuurlijke leefomgeving biedt, ook bij bewoners met beperkte verbale communicatie, direct zicht op (non)verbaal gedrag en affect.

Deelnemers en setting

Het onderzoek vond plaats tussen maart en juni 2019 op twee locaties van een Nederlandse zorgorganisatie. Deelnemers zijn geïnccludeerd vanuit zeven afdelingen: drie psychogeriatrische (PG), drie somatische en één revalidatie. Inclusie vond plaats binnen de bestaande zorgpraktijk en betrof deelnemers die al individuele

klankschaalsessies ontvingen, bedoeld voor bewoners met moeilijk te duiden gedrag (onbegrepen gedrag) of beperkte deelname aan groepsactiviteiten. Deelnemers werden geselecteerd via een gelegenheidssteekproef met variatie in afdelingen en bewonerskenmerken. De geselecteerde afdelingen weerspiegelen de variatie binnen de organisatie, waardoor ervaringen van bewoners met uiteenlopende zorgprofielen konden worden meegenomen. Er zijn geen formele exclusiecriteria gehanteerd, passend bij het exploratieve karakter van de studie. De interventie werd ingezet op basis van klinische inschatting door betrokken zorgprofessionals; bij acute psychiatrische ontregeling, zoals psychose of delier, werd de interventie in de praktijk niet aangeboden.

Interventie

Het betrof individuele klankschaalsessies, uitgevoerd door een ervaren geschoolde klankschaalbegeleider (klankschaalspecialist). De sessies vonden plaats op de kamer van de bewoner en werden op vaste dagdelen aangeboden: één ochtend op locatie A en één middag op locatie B. De duur varieerde van 20 tot 45 minuten en volgde de bestaande werkwijze, zonder aanpassingen voor het onderzoek (zie Tabel 1).

Tabel 1 Fasen van klankschaalsessie

Nr.	Fase	Omschrijving
0	Vorbereiding	Doornemen dossier en afstemmen met zorgmedewerker. Klaarzetten materialen en rustige sfeer in kamer creëren.
1	Contact en introductie	Contact maken via oog- of handcontact. Aangeven met zachte stem dat klankschaalsessie start, bewoner mag ontspannen en eventuele vragen beantwoorden.
2	Inleiding	Introduceren met kleine zenschaal (licht), via hartschaal (medium) naar grote bekkenschaal (zwaar), waarbij klanken en trillingen geleidelijk verdiepen en intensiveren.
3	Verdieping	Bewegen van bekkenschaal driemaal langs het lichaam (hoofd → voeten). Aanslaan van alle vijf schalen eenmalig, daarna herhaling in rustig, harmonisch ritme van kleine naar grotere schalen.
4	Observatie en afstemming	Continu observeren (mimiek, houding, verbale signalen). Flexibel aanpassen van tempo, duur en keuze van schalen aan respons van bewoner.
5	Afsluiting	Afronden met koshi (windgong met zachte, licht klingelende klanken). Mondeling afronden en kort nabespreken bij wakkere bewoner. Kamer rustig verlaten bij slapende bewoner.
6	Nazorg / opvolging	Terugkoppeling geven aan zorg/familie en verslaglegging. Bespreking in multidisciplinair overleg.

Procedure

De planning vond plaats in overleg met betrokken zorgprofessionals. Voorafgaand aan elke klankschaalsessie ontving de onderzoeker beknopte contextinformatie, zoals medische achtergrond, recente gebeurtenissen of bijzonderheden in gedrag. Soms was familie of een kamergenoot aanwezig. Bij een deel van de bewoners vonden meerdere observaties plaats. Deze waren niet vooraf gepland, maar volgden uit de reguliere zorgpraktijk op momenten dat bewoners aanwezig en wakker waren. Herhaalde observaties maakten het mogelijk gedrag en affect op meerdere momenten te volgen en konden bijdragen aan herkenning en vertrouwdeheid, waardoor gedrag mogelijk minder geremd tot uiting kon komen.

Dataverzameling

De observaties waren participierend; de onderzoeker was zichtbaar aanwezig zonder de sessies te beïnvloeden. Tijdens en direct na de sessies zijn veldnotities gemaakt over gedrag, affect, mimiek, lichaamstaal en contextuele factoren. Deze zijn dezelfde dag uitgewerkt tot observatieverslagen. Daarnaast zijn waarnemingen, interpretaties en beslissingen vastgelegd in een reflectief dagboek.

Analyse

De observatieverslagen zijn thematisch geanalyseerd met ATLAS.ti, waarbij coderingsprocedures uit grounded theory (open en axiale codering) zijn toegepast en categorieën geclusterd tot thema's. De analyses waren primair beschrijvend; theorievorming viel buiten de reikwijdte van deze studie. De analyse verliep iteratief volgens constante vergelijking, waarbij observaties binnen en tussen casussen werden vergeleken. Memo's dienden om ideeën, voorlopige interpretaties en beslissingen vast te leggen, vooronderstellingen te expliciteren en de vertaalslag naar thematische interpretaties te ondersteunen. De hoofdonderzoeker besprak de analyse regelmatig met twee medeonderzoekers. Verzadiging functioneerde als stopcriterium: de laatste twee geïncludeerde deelnemers leverden geen nieuwe codes of thema's op.

Kwaliteitsborging

Dataverzameling en analyse zijn uitgevoerd door een externe onderzoeker, onafhankelijk van de zorgorganisatie, onder academische verantwoordelijkheid van de Open Universiteit. Regelmatige collegiale toetsing met twee onderzoekers, één verbonden aan de zorgorganisatie en één aan de Open Universiteit, ondersteunde het expliciteren van aannames en het toetsen van interpretaties. Dit resulteerde in een audit trail en intersubjectieve controle. De geloofwaardigheid werd ondersteund door variatie in setting en diagnose, collegiale toetsing en documentatie (codeboekversies, memo's, logboeken). Betrouwbaarheid is geborgd door een vast analyseprotocol en systematische verslaglegging. Overdraagbaarheid is bevorderd

door rijke beschrijvingen van setting, deelnemers en interventie. De bevindingen zijn in de resultatensectie geïllustreerd met representatieve citaten en observatiefragmenten, zodat de koppeling tussen data en interpretatie zichtbaar blijft. Citaten zijn geanonimiseerd weergegeven met participant- (P) en observatiecodes (O). Reflectie op aannames en betrokkenheid is vastgelegd in het reflectief dagboek.

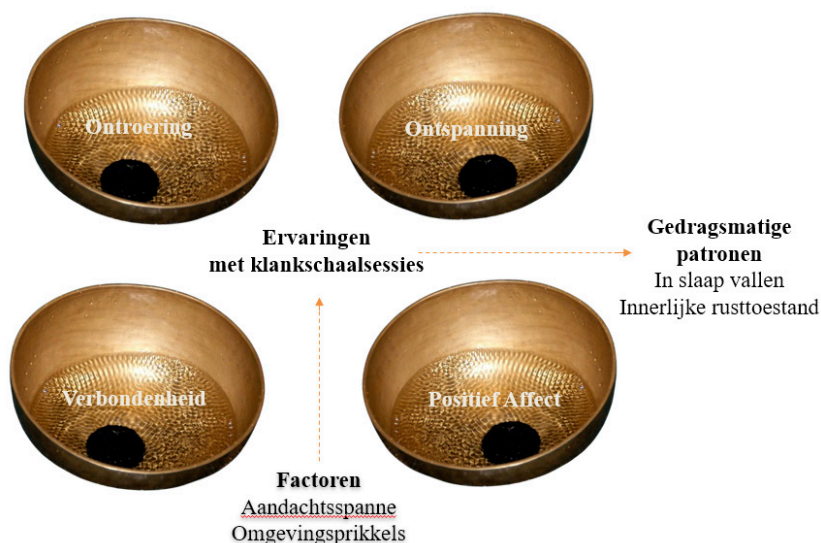
Ethiek

Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Ethische Toetsing Onderzoek van de Open Universiteit en viel buiten de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. Mondelinge toestemming is verkregen van bewoners of, bij beperkte wilsbekwaamheid, van hun wettelijk vertegenwoordiger. Omdat het ging om een bestaande CZ-interventie, is deze werkwijze niet gewijzigd. Deelnemers zijn niet extra belast: deelname was vrijwillig en sessies konden op elk moment worden beëindigd op verzoek van de bewoner of bij signalen van overbelasting. Tijdens het onderzoeksproces zijn de ruwe gegevens beveiligd en versleuteld opgeslagen, conform de AVG. Voor analyse en rapportage is gewerkt met een geanonimiseerde dataset. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens algemeen aanvaarde ethische principes, met bijzondere aandacht voor kwetsbare personen.²⁴

Resultaten

Er zijn 41 klankschaalsessies geobserveerd bij 25 bewoners (14 mannen, 11 vrouwen; 59–97 jaar) op zeven afdelingen: PG ($n = 21$), somatiek ($n = 16$) en revalidatie ($n = 2$). Hiervan waren 39 sessies individueel; één duosessie op revalidatie is als twee observaties geregistreerd ($n = 2$). Tot de deelnemers behoorde een bewoner met een andere moedertaal dan het Nederlands. Vier sessies werden voortijdig beëindigd: één doordat de bewoner wegliep en drie op initiatief van de klankschaalspecialist wegens waargenomen signalen van overbelasting. Deze omvatten verbale agitatie, lichamelijke spanning en een expliciet verzoek de sessie te beëindigen, bijvoorbeeld herhaald roepen om zorg bij plasdrang of zichtbare spanning zoals wijd geopende ogen.

De analyse resulteerde in vier thema's (ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect); deze worden opgevat als kernervaringen. Daarnaast werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand. Deze gedragingen bleken samenhangend en terugkerend en worden daarom beschreven als gedragsmatige patronen. Vanwege hun primair observeerbare en gedragsmatige karakter worden zij onderscheiden van de interpretatieve thema's die betrekking hebben op betekenisgeving. Ook werden twee contextuele factoren onderscheiden (aandachtsspanne en externe verstoringen). Deze elementen zijn samengebracht in een conceptueel raamwerk (Figuur 1).



Figuur 1 Conceptueel raamwerk van thema's gedrag en factoren bij individuele klankschaalsessies

Noot: Onderbroken pijlen duiden op een mogelijke richting in samenhang, zonder implicatie van causaliteit. Afbeelding van klankschaal gebruikt met toestemming van de auteursrechthebbende.

Thema 1: Ontroering verwijst naar een intense emotionele reactie waarin de bewoner zich “geraakt voelde” of waarbij de sessie “iets losmaakte”, zowel positief als negatief. Het kwam voor bij bewoners met dementie, somatische aandoeningen en revalidanten. De reactie uitte zich in non-verbale signalen, zoals tranen, zuchten of het vasthouden van een hand. Sommige bewoners benoemden hun beleving met uitspraken als “onwaarschijnlijk” (P20), “dit raakt me” (P7) of door het expliciete verzoek om een knuffel. Ontroering was vaak verbonden met herinneringen en leidde tot het delen van emotioneel beladen momenten, zoals het aanhalen van een overleden dierbare.

Positieve ontroering kreeg uiteenlopende duidingen. Bij sommige bewoners stond een religieuze beleving centraal, zichtbaar in rituele gebaren zoals gevouwen handen in gebedshouding voor de borst of uitspraken als “Hemelse muziek” (P6, O6). Anderen benoemden herinneringen uit hun jeugd of het gezin van herkomst, wat gepaard ging met emotionele reacties. Zo zei een bewoner met dementie huilend: “Ik mis mijn ouders zo. Het kwam door de klanken. Ik ben heel blij dat ik dit gehoord heb” (P11, O21). Daarnaast werd de ervaring soms spiritueel geduid, zoals een revalidant die zei: “Ik reis door het universum. Dit benadrukt zo dicht wat ik voel. Dank je wel ... Ik was bij het universum. Als ik daarover denk, dat is niet te geloven. Het is geweldig” (P20, O40).

Negatieve ontroering werd sporadisch waargenomen, uitsluitend bij bewoners met dementie die bekend waren met onbegrepen gedrag. Zij vertoonden tekenen van emotionele overprikkeling, zoals wijd geopende ogen, snelle ademhaling, spierspanning, zuchten met een gespannen onderton of weglopen. Een bewoonster verwoordde dit als: "Ik ben geraakt ... ik krijg het benauwd" (P13, O14).

Thema 2: Ontspanning kenmerkte zich door het ervaren van rust. Dit werd frequent waargenomen. Een bewoonster met somatische klachten verwoordde dit als: "Het brengt me een beetje rust. Daar ben ik gelukkig mee. Als je je onrustig voelt, is dat een verschrikkelijk gevoel" (P05, O33). Ontspanning uitte zich in non-verbale signalen, zoals het sluiten van de ogen, een tragere buikademhaling, het zakken van schouders en het verdwijnen van fronsrimpels. Soms nam onsamenhangende spraak, trillen of de beweeglijkheid van een lichaamsdeel af. De overgang van spanning naar ontspanning trad meestal kort na de start op en hield gedurende de sessie aan. Na afloop bleef ontspanning soms zichtbaar, bijvoorbeeld in een trager spreektempo of doordat bewoners bleven doorslapen.

Thema 3: Verbondenheid verwijst naar de mate waarin bewoners zich actief betrokken toonden tijdens de sessie, ongeacht hun cognitieve status. Dit uitte zich soms verbaal, zoals in de vraag: "Wat voor geluid is dat?" (P9, O20), maar vaker non-verbaal, via kijken, hummen of kleine gebaren. Bewoners volgden met hun ogen de aanslag van de klankschaal of richtten hun lichaam naar de geluidsbron.

In verschillende observaties ontstonden momenten van gedeelde aandacht, zichtbaar in oogcontact, knikken of korte uitwisselingen. Een revalidant deelde zijn kennis over klankschalen als volgt: "Alle geluiden en klanken hebben een naam gekregen: ze staan op een kussentje, zodat de klanken niet verloren gaan ... Achter ieder geluid zit een kern" (P20, O32). De responsiviteit van de klankschaalspecialist speelde hierin een rol: het vermogen aan te sluiten bij het tempo en initiatief van de bewoner. Zo bleef een bewoner met gevorderde dementie naar een klankschaal wijzen, waarna de klankschaalspecialist hem deze liet vasthouden. Hij betastte de schaal met zijn handen en glimlachte vervolgens breed.

Thema 4: Positief affect verwijst naar emotionele expressies van plezier en tevredenheid. Dit werd waargenomen via lachen, meeneuriën of een vriendelijke blik naar de klankschaalspecialist. Bij meerdere bewoners met dementie veranderde de gezichtsuitdrukking van neutraal naar positief; een bewoner legde de hand op het hart. Een bewoner merkte op: "Die klanken zijn mooi, die wil ik wel mijn hele leven horen" (P11, O31) Anderen gebruikten woorden als "prachtig" (P9), leuk (P18) en "wonderful" (P23), of zeiden: "ik vind het mooi" (P7, O7) of "dit wil ik vaker" (P11, O11). Positief affect werd gezien bij vrijwel alle bewoners die zich verbaal of non-verbaal konden uitdrukken, met uitzondering van bewoners met ernstige somatische klachten en een verlaagd bewustzijn (bij niet-aangeboren hersenletsel).

Terugkerende gedragingen

Naast de thema's werden twee terugkerende gedragingen waargenomen: in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand.

Negen bewoners vielen tijdens de sessie in slaap. Dit ging gepaard met gesloten ogen, een tragere ademhaling, verminderde spierspanning en het wegvallen van respons op prikkels. Soms zakte het hoofd naar voren of snurkten bewoners. De meesten bleven slapen tot na afloop, een enkeling ontwaakte en merkte op: "Ik zat te slapen." (P15, O19)

Zeven bewoners vertoonden een verstilte, naar binnen gerichte toestand die duidelijk te onderscheiden was van slapen. Zij vermeden oogcontact, hielden de ogen (half)gesloten en lieten minimale expressie zien, vaak in combinatie met een diepe buikademhaling. Hoewel bewoners niet actief reageerden, waren subtiele responsen zichtbaar, bijvoorbeeld via gelaatsuitdrukking of lichte handbewegingen.

Factoren

Binnen het conceptuele raamwerk ontstonden twee contextuele factoren. Ten eerste speelde de aandachtsspanne van bewoners een rol: wanneer deze beperkt was, nam de aandacht tijdens de sessie af. Dit uitte zich in afleiding, zoals friemelen aan een kleedje of onrustig verzitten, of in expliciete opmerkingen, zoals: "Dit duurt wel heel lang hè?" (P9, O9). Dit werd vooral waargenomen bij bewoners met dementie. Daarnaast konden externe prikkels, zoals geluiden op de gang of binnenkomend personeel, de concentratie en ontspanning onderbreken. In dergelijke situaties raakten bewoners soms uit hun ontspannen toestand en hadden ze moeite deze opnieuw te hervinden, zoals een bewoner verwoordde: "Hoe storend zo iets kleins kan zijn" (P20, O32).

Casus: inzet bij stervensbegeleiding

Naast de algemene bevindingen is één casus geobserveerd bij een 95-jarige bewoner met dementie in de palliatief-terminale fase. De sessies waren aangepast in toonkeuze en instrumentarium, gericht op maximaal comfort en loslaten. De volgorde was verschillend van de gebruikelijke werkwijze (Tabel 1), namelijk van de voeten richting het hoofd. Tijdens de eerste sessie sprak de bewoner zacht: "Mama, mama" (P10, O10). In de tweede sessie werden enkel non-verbale signalen van ontspanning en wisselende ademhaling waargenomen. Deze casus illustreert dat klankschalen ook bij de stervensbegeleiding kunnen bijdragen aan rust en innerlijke overgave. Hoewel deze observatie buiten de hoofdonderzoeksvraag valt, onderstreept zij de potentiële reikwijdte van klankschaalinterventies in de laatste levensfase.

Discussie

Deze exploratieve studie biedt inzicht in hoe verpleeghuisbewoners klankschaalsessies ervaren, een invalshoek die in onderzoek naar klankschalen en CZ nog beperkt is belicht. De bevindingen lieten uiteenlopende emotionele en relationele reacties zien die verschillende aspecten van KvL raken. Deze zijn weergegeven in een conceptueel raamwerk waarin kernervaringen, gedragsmatige patronen en contextuele factoren in samenhang zijn geplaatst (Figuur 1).

Dit biedt een meer gedifferentieerd inzicht in het bewonersperspectief en de rol van contextuele factoren. In een latere analytische fase is het inductief ontwikkelde raamwerk abductief geïnterpreteerd in relatie tot de Sociale Productie Functies (SPF)-theorie van Lindenberg.^{10,25} Deze theorie beschrijft hoe mensen welbevinden realiseren via de basisbehoeften comfort, stimulatie, affect, gedragsbevestiging en status. Deze behoeften worden vervuld via uiteenlopende hulpbronnen en activiteiten, waarbij hulpbronnen tot op zekere hoogte onderling vervangbaar zijn.

Hoewel ook andere theoretische kaders voor welbevinden en KvL denkbaar zijn, biedt de SPF-theorie hier een passend perspectief door haar nadruk op basisbehoeften en de vervangbaarheid van hulpbronnen. Wanneer gebruikelijke bronnen beperkt zijn – zoals vaak in het verpleeghuis – kunnen alternatieve vormen een vergelijkbare functie vervullen.^{10,25}

Deze interpretatie vanuit de SPF-theorie biedt een psychologisch perspectief op hoe bewoners betekenis geven aan klankschaalsessies en welke basisbehoeften daarbij worden aangesproken. De reacties van bewoners sluiten aan bij meerdere basisbehoeften: comfort in de vorm van ontspanning; stimulatie via auditieve en vibro-akoestische prikkels; affect in momenten van verbondenheid en wederkerigheid; gedragsbevestiging in responsieve interactie en status wanneer persoonlijke kennis of identiteit naar voren komt.

Binnen dit kader worden kernervaringen besproken. Ontroering kwam naar voren als een diep persoonlijke respons, vaak verbonden met autobiografische herinneringen. Dit komt overeen met bevindingen buiten het verpleeghuis waarin klankschaalinterventies worden gekoppeld aan subjectieve verdieping, zoals welbevinden en spirituele beleving.^{17,19} Dit past binnen processen van affectregulatie en herinneringsactivatie: emotionele herinneringen die eerder buiten het bewustzijn lagen, worden opnieuw beleefd en krijgen betekenis in het heden. De klanken kunnen daarbij fungeren als prikkels die impliciet geheugen activeren en gevoelens van samenhang oproepen, een ervaring die in de dagelijkse verpleeghuiszorg niet eenvoudig te faciliteren is. Dat deze reacties vaker voorkwamen bij bewoners met dementie, kan samenhangen met afgenomen cognitieve remming, waardoor emoties directer zichtbaar worden.

Ontspanning trad op bij veel bewoners en leeksamente hangen met de klankschaalsessies. Dit is consistent met studies die fysiologische ontspanningsindicatoren^{16,18}

en afname van spanning rapporteren.¹⁹ Lichamelijke signalen, zoals een rustigere ademhaling en verminderde spierspanning, wijzen op activering van het parasympathische zenuwstelsel, dat geassocieerd is met herstel en vermindering van spanning, zoals beschreven in de polyvagaaltheorie.²⁶ In lijn met deze theorie kan dit worden geduid als een vorm van lichamelijke co-regulatie: de klanken en vibraties bieden ritme en ondersteunen zo het proces van tot rust komen. Het laagbelastende karakter van de interventie kan hierbij een rol spelen, doordat prikkels geleidelijk en voorspelbaar worden aangeboden. Dit kan verklaren waarom de interventie ook toegankelijk lijkt voor bewoners met beperkte communicatieve mogelijkheden.

De twee terugkerende gedragsmatige patronen in slaap vallen en zich terugtrekken in een innerlijke rusttoestand lijken verschillende vormen van co-regulatie te vertegenwoordigen. Waar het eerste een fysiologische overgave aan rust laat zien, wijst het tweede op een interne beleving of meditatieve toestand. Beide patronen laten zien dat klankschaalsessies innerlijke stabiliteit kunnen faciliteren, ook bij bewoners die in het dagelijkse leven onrustig of gespannen zijn.

Tijdens de sessies tonen bewoners zich niet alleen ontvangers van zorg, maar ook actief betrokken. Waar betrokkenheid verwijst naar aandacht, duidt verbondenheid op een relationele en emotionele dimensie: het ervaren van nabijheid en wederkerigheid. Dit vormt een essentieel onderdeel van de ervaren KvL bij ouderen met dementie.^{4,10} Deze nuance maakt duidelijk dat bewoners niet alleen *bij* de activiteit betrokken waren, maar soms ook werkelijk verbonden waren *met* de klanken of de ervaring zelf, veelal via non-verbale responsen. Relationele afstemming werd in de analyse zichtbaar in subcodes zoals gedeelde aandacht en wederkerigheid, met name binnen het thema verbondenheid. Het betreft daarmee geen afzonderlijk thema, maar komt tot uiting in de interactie tussen bewoner en klankschaalspecialist. In een context waarin eigen regie en sociale participatie vaak beperkt zijn, kunnen dergelijke momenten van afstemming bijdragen aan het ervaren van invloed en relationele aanwezigheid.²¹ Deze vorm van afstemming past binnen de kern van CZ, waarin interactiekwaliteit en relationele responsiviteit centraal staan.¹¹⁻¹³

Positief affect duidt erop dat bewoners emotioneel kunnen afstemmen op deze vorm van CZ, ook wanneer cognitieve vermogens zijn afgenomen. Dit sluit aan bij een studie waarin een vergelijkbare interventie een toename in positief affect liet zien¹⁷, terwijl een crossover-onderzoek juist aantoonde dat affectverandering niet noodzakelijk interventiespecifiek is¹⁸.

Hoewel de meeste bewoners positief reageerden, liet een kleine subgroep onrust of afwijzende reacties zien. De voortijdige beëindiging van enkele klankschaalsessies bij signalen van overbelasting onderstreept het belang van klinische alertheid en responsiviteit. Mogelijke verklaringen zijn sensorische overprikkeling, auditieve gevoeligheid of gevoelens van verlies aan controle; ook aandachtsspanne en omgevingsprikkels lijken hieraan bij te dragen. Daarnaast kan emotionele activatie soms

intense of beladen herinneringen oproepen. Deze variatie benadrukt de noodzaak van een zorgvuldige, persoonsgerichte en behoeftegebaseerde afweging van de inzet en frequentie van klankschaalsessies. In de verpleeghuiscontext vraagt dit om systematische observatie en regelmatige evaluatie door betrokken zorgprofessionals. Klinische studies tonen immers vooral kortdurende verbeteringen aan.^{16,17}

Deze studie kent enkele beperkingen. De heterogeniteit van de populatie bemoeit lijkt vergelijking tussen bewoners. Als kwalitatieve verkenning zijn de bevindingen contextgebonden. De uitvoering binnen één zorgorganisatie en door één klankschaalspecialist, evenals mogelijke interpretatiebias van de observator, kunnen de resultaten mede hebben beïnvloed. Bij bewoners met een sterk verlaagd bewustzijn was interpretatie complexer door beperkte zichtbare respons. Member-checking was niet haalbaar vanwege cognitieve beperkingen binnen de onderzoekspopulatie en beperkte toegang tot het verpleeghuis tijdens de COVID-19-pandemie, wat de verificatie van interpretaties beperkte. Desondanks bieden de bevindingen waardevolle inzichten in de ervaren betekenis van klankschaalsessies.

Conclusie

Door het bewonersperspectief centraal te stellen, biedt deze studie een aanvulling op onderzoek dat vooral was gericht op algemene welbevindingsmaten of fysiologische effecten.

Het laat zien dat klankschaalsessies betekenisvolle reacties kunnen oproepen bij verpleeghuisbewoners met uiteenlopende cognitieve en communicatieve mogelijkheden en mogelijk ook bij bewoners met een andere taalachtergrond. Ontroering, ontspanning, verbondenheid en positief affect illustreren dat bewoners gebruikmaken van beschikbare vermogens, ook bij gevorderde cognitieve of fysieke beperkingen. Daarmee kunnen klankschaalsessies bijdragen aan emotionele, sociale en spirituele dimensies van KvL vanuit het bewonersperspectief.

De bevindingen sluiten aan bij de SPF-theorie, die een psychologisch kader biedt voor deze reacties. Als exploratieve observatiestudie in de Nederlandse verpleeghuiszorg wijzen de resultaten op mogelijke verdere ontwikkeling en toepassing van klankschaalinterventies binnen de CZ. Juist in de kwetsbaarheid van het verpleeghuis, waar woorden soms ontoereikend zijn, laten de observaties zien hoe zorgvuldig afgestemde klanken, in interactie met de bewoner, ruimte kunnen openen voor rust, contact en betekenis.

Aanbevelingen

Klankschaalinterventies lijken veelbelovend binnen CZ, vooral voor bewoners met dementie of beperkte communicatiemogelijkheden. De interventie benut emotionele en sociale vermogens die beschikbaar zijn en kan een waardevolle aanvulling zijn op persoonsgerichte zorg, mits afgestemd op individuele behoeften en gevoeligheden en uitgevoerd door een klankschaalspecialist. In de praktijk vraagt dit om een zorgvuldige afstemming, waarbij bewonersreacties systematisch worden geobserveerd en de interventie wordt geëvalueerd door zorgprofessionals.

Vervolgonderzoek kan deze inzichten verdiepen door te onderzoeken bij welke bewoners en onder welke omstandigheden klankschaalsessies verschillende vormen van respons oproepen, variërend van ontspanning en ontroering tot overbelasting, en wat de effecten zijn van deze ervaringen op bijvoorbeeld onbegrepen gedrag en slapen. Onderzoek kan daarnaast worden versterkt door het perspectief van zorgverleners, naasten en – waar mogelijk – bewoners te integreren, zodat de interpersoonlijke context beter zichtbaar wordt. Bij bewoners met een sterk verlaagd bewustzijn kan het zinvol zijn om kwalitatieve observaties te combineren met eenvoudige fysiologische metingen, zoals ademhaling of hartslag, om subtiële responsen beter te duiden.

De SPF-theorie biedt een geschikt kader om de werking van klankschaalinterventies te conceptualiseren. Door systematisch te onderzoeken hoe niet-talige, zintuiglijke en relationele elementen bijdragen aan het vervullen van basisbehoeften, kan een sterker theoretisch fundament ontstaan voor de positionering van klankschaalinterventies binnen de verpleeghuiszorg.

Dankwoord

We zijn de bewoners dankbaar voor hun openheid en het vertrouwen dat we deelgenoot mochten zijn van hun unieke ervaringen. Daarnaast dank aan zorgorganisatie Kalorama voor het faciliteren van dit onderzoek.

Literatuur

1. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Synthese. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018.
2. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: World Health Organization, 1997.
3. Mjorud M, Kirkevold M, Rosvik J, Selbaek G, Engedal K. Variables associated to quality of life among nursing home patients with dementia. *Aging Ment Health*. 2014;18(8):1013-21.
4. Nakrem S, Vinsnes AG, Seim A. Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(11):1357-66.
5. Van Campen C, Verbeek-Oudijk D. Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.

6. Beerens HC, Zwakhalen SM, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JP. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1259-70.
7. Goyal AR, Bergh S, Engedal K, Kirkevold M, Kirkevold O. Anxiety, Anxiety Symptoms, and Their Correlates in Persons with Dementia in Norwegian Nursing Homes: A Cause for Concern. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2017;43(5-6):294-305.
8. Algase DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimers Dis*. 1996;11(6):10-19. doi:10.1177/153331759601100603.
9. Ettema TP, Dröes RM, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. Handleiding QUALIDEM: een meetinstrument kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
10. Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME, Ribbe MW. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res*. 2004;13(3):611-24.
11. Busch M, Jong M, Baars E. Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen: eerste Nederlandse inventarisatie. Driebergen: Louis Bolk Instituut; 2015. Contract No.: 2015-005 VG.
12. Brouwer A, Busch M, Van Vliet M. Proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg. Driebergen: Louis Bolk Instituut; 2019. Contract No.: 2019-008 VG.
13. Hupkens S. Wat is complementaire zorg? In: Busch M, Huisman A, Hupkens S, Visser A, editors. *Inleidend complementaire zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017. p. 31-48.
14. Ann IS, Bae M. Analysis of singing bowl's sound. *J Acoust Soc Am*. 2017;142:2613. Abstract.
15. Punkanen M, Ala-Ruona E. Contemporary vibroacoustic therapy: perspectives on clinical practice, research, and training. *Music Med*. 2012;4(3):128-135.
16. Bidin L, Piagiani L, Carini M, Seghini P, Cavanna L. Feasibility of a trial with Tibetan Singing Bowls and suggested benefits in metastatic cancer patients. A pilot study in an Italian Oncology Unit. *Eur J Integr Med*. 2016;8(5):747-55.
17. Milbury K, Chaoul A, Biegler K, Wangyal T, Spelman A, Meyers CA, et al. Tibetan sound meditation for cognitive dysfunction: results of a randomized controlled pilot trial. *Psychooncology*. 2013;22(10):2354-63.
18. Landry JM. Physiological and psychological effects of a Himalayan singing bowl in meditation practice: a quantitative analysis. *Am J Health Promot*. 2014;28(5):306-9.
19. Goldsby TL, Goldsby ME, McWalters M, Mills PJ. Effects of singing bowl sound meditation on mood, tension, and well-being: An observational study. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2017;22(3):401-6.
20. Bulsara C, Seaman K, Steuxner S. Using sound therapy to ease agitation amongst persons with dementia: a pilot study. *Aust Nurs Midwifery J*. 2016;23(7):38-9.
21. Gerritsen DL, Dröes RM, Ettema TP, Boelens E, Bos J, Meihuizen L, et al. Kwaliteit van leven bij dementie: Opvattingen onder mensen met dementie, hun zorgverleners en in de literatuur. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2010;41(6):241-55.
22. Crespo M, Bernaldo de Quiros M, Gomez MM, Hornillos C. Quality of life of nursing home residents with dementia: a comparison of perspectives of residents, family, and staff. *Gerontologist*. 2012;52(1):56-65.
23. Leontjevas R, Teerenstra S, Smalbrugge M, Koopmans RT, Gerritsen DL. Quality of life assessments in nursing homes revealed a tendency of proxies to moderate patients' self-reports. *J Clin Epidemiol*. 2016;80:123-133.
24. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4.
25. Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Vonkorff M. Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Soc Sci Med*. 1997;45(7):1051-63.
26. Porges SW. The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation. New York: Norton; 2011.