

Hulptroepen in de strijd tegen kanker

Een actiegericht onderzoek naar de implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de multidisciplinaire oncologieafdeling in Atrium MC

N.W.G. Pauwels (1058681)
T.G.J. van Rossum (1058223)

Opleiding Creatieve Therapie
Afstudeerrichting Muziek
Zuyd Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg

Scriptiebegeleider: Juliane Tissen
woensdag 4 juni 2014

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Voorwoord.....	3
Inleiding	5
1. Probleemstelling.....	6
1.1 AANLEIDING VOOR HET ONDERZOEK	6
1.1.1 Aanleiding van Nele	6
1.1.2 Aanleiding van Teun	6
1.2 ROL VAN HET MEDIUM	7
1.3 DE DOELGROEP	7
1.4 ZOEKSTRATEGIE	8
1.4.1 Zoekstrategie van Nele	8
1.4.2 Zoekstrategie van Teun	8
1.5 UITEENZETTING VAN DE LITERATUUR.....	9
1.5.1 Indicaties voor muziektherapie in de oncologie	9
1.5.2 Hoe muziektherapie kan worden ingezet.....	10
1.5.3 Resultaten uit onderzoek	10
1.5.4 Muziektherapie in de palliatieve zorg.....	13
1.5.5 Ervaringen van patiënten, bezoekers en personeel	13
1.6 BELANGRIJKSTE BEGRIPPEN.....	13
1.7 RELEVANTIE VOOR AANVULLEND ONDERZOEK	14
1.8 VRAAGSTELLING.....	14
1.9 DOELSTELLING	14
2. Opzet van het onderzoek	15
2.1 ONDERZOEKSTYPE	15
2.2 ONDERZOEKSMETHODE.....	15
2.3 VOORFASE	16
2.4 ORIËNTATIEFASE	17
2.5 DIAGNOSTISCHE FASE	18
2.6 ONTWIKKELFASE	18
2.7 ACTIEFASE.....	19
2.8 EVALUATIEFASE	20
2.8.1 Procesevaluatie	20
2.8.2 Productevaluatie	23
2.9 KWALITEITSCRITERIA	23
2.9.1 Samenwerking.....	23
2.9.2 Reflectie	24
2.9.3 Kennisbronnen	24
2.9.4 Bruikbaarheid	24
2.9.5 Transparantie	24
2.9.6 Kritische en zorgvuldige omgang met aannames	25

2.9.7	Verantwoording	25
3.	Resultaten	26
3.1	SYSTEMATIC REVIEW	26
3.1.1	Zoekgeschiedenis en vormgeving	26
3.1.2	Beschrijving van de resultaten	26
3.1.3	Relevantie	27
3.1.4	Het product: de systematic review.....	27
3.2	ERVARINGEN VAN PATIËNTEN EN PERSONEEL	32
3.2.1	Patiënten	32
3.2.2	Personeel	38
3.3	RANDVOORWAARDEN.....	39
3.3.1	Ziekenhuisprotocollen	40
3.3.2	Hygiëne	40
3.3.3	Profilering op de afdeling voor zowel patiënten als personeel.....	41
3.3.4	Benodigdheden voor muziektherapie	41
3.3.5	Kosten voor de aanschaf van instrumenten.....	42
3.3.6	Financiering van muziektherapie.....	43
4.	Discussie.....	44
4.1	DISCUSSIE VAN NELE	44
4.1.1	Sterkte- en zwakteanalyse	44
4.1.2	Verklaring en interpretatie van de resultaten	46
4.1.3	Aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.....	50
4.1.4	Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen.....	51
4.1.5	Beantwoording van de vraagstelling.....	53
4.2	DISCUSSIE VAN TEUN	54
4.2.1	Sterkte- en zwakteanalyse	54
4.2.2	Verklaring en interpretatie van de resultaten	57
4.2.3	Aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.....	63
4.2.4	Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen.....	64
4.2.5	Beantwoording van de vraagstelling.....	66
5.	Samenvatting	68
	Literatuuropgave.....	69
	Bijlage 1: Zoekgeschiedenis	74
	ZOEKGESCHIEDENIS VAN NELE	74
	ZOEKGESCHIEDENIS VAN TEUN	76
	Bijlage 2: Informed consent	79
	Bijlage 3: Informatiefolder voor patiënten.....	81
	Bijlage 4: Cochrane review.....	82

Voorwoord

Aan het begin van deze scriptie willen wij graag een aantal mensen bedanken, die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze scriptie. Allereerst willen wij dr. Asiong Jie bedanken. Asiong, jouw enthousiasme voor dit onderzoek werkte zeer inspirerend voor ons. We vonden het erg fijn dat je altijd klaarstond om ons van advies te voorzien en mee te denken over de inhoud en het verloop van dit onderzoek. Daarnaast willen wij dr. Kathinka Poismans en dr. Susan van Hooren van KenVaK bedanken voor hun waardevolle en vakkundige ondersteuning en inbreng. Kathinka, jou willen we nog extra bedanken voor je hulp bij het maken van de systematic review. Fijn dat je ons richting kon geven in een voor ons totaal onbekend terrein. Vervolgens gaat onze dank ook uit naar onze scriptiebegeleider Juliane Tissen. Juliane, je bemoedigende woorden, je heldere en zeer bruikbare feedback en je frisse blik waren zeer waardevol bij de vormgeving en invulling van de scriptie. We willen van de gelegenheid gebruik maken om je ook te bedanken voor de kundige en zeer prettige begeleiding tijdens de afgelopen vier jaar.

Het werken in het ziekenhuis was voor ons een hele fijne en leerzame ervaring. Dit is mede te danken aan de medewerkers van de oncologieafdeling: Hans Verbong, Bénédicte Coenegracht en de andere verpleegkundigen. Hans, allereerst dank dat je ons de kans gegeven hebt om dit onderzoek te mogen uitvoeren. Fijn dat, als wij weer eens 'last minute' met een idee kwamen of zo nodig iets moesten presenteren, je het geduld en de flexibiliteit had om het te regelen voor ons. We vonden het een hele prettige samenwerking. Bénédicte, bedankt voor je betrokkenheid, je enthousiasme en je mee willen denken, dat je ons wegwijs maakte op de afdeling en dat we altijd met vragen naar jou toe mochten komen. Aan alle verpleegkundigen, dank voor jullie medewerking, jullie interesse en jullie actieve betrokkenheid bij ons onderzoek. We hadden echt het gevoel dat we door jullie werden opgenomen in de 'afdelingsfamilie'. Dankjewel voor de overweldigende positieve reacties die we in het eindevaluatiegesprek van jullie mochten ontvangen.

Verder willen we ook Inge Bracke bedanken. Inge, dankjewel om tijd vrij te maken voor het fijne interview. Je expertise leverde een goede bijdrage aan ons onderzoek. Een laatste woord van dank gaat naar Roos Vos, Manon van Bussel en Greet Liekens voor het nalezen van en feedback geven op deze scriptie.

Wij willen hier ook nog even de ruimte nemen voor persoonlijke opmerkingen en bedankingen.

- Nele

Ten eerste wil ik mijn scriptiegenoot Teun van Rossum bedanken. Teun, we hebben tijdens dit onderzoek goed en prettig kunnen samenwerken. Dat had ook alleen maar met jou zo gekund. Bedankt voor je inzet, je kennis, je kunde, en voor de bemoedigingen en de gekke grapjes tussendoor. Deze samenwerking was een mooie afsluiter van de vier jaar die we samen hebben doorgemaakt op de opleiding.

Vervolgens wil ik alle personen bedanken die onrechtstreeks ervoor hebben gezorgd dat ik me bleef inzetten voor dit onderzoek. Bedankt aan alle mensen die mijn koffiepauzes opvrolijkten en aan iedereen die me aanmoedigde als ik het even zwaar had. In het bijzonder noem ik graag Kristien Maus, Moniek Ronkaars en Sabine Verdoold: jullie waren niet alleen medestudenten, maar zijn ook hartsvriendinnen geworden. Bedankt, lieve meiden, voor onze momenten van samen lachen en soms ook samen huilen. Jullie hebben me veel steun gegeven tijdens de hele opleiding en tijdens de scriptie! Bedankt ook aan Katharina Schüßler voor de muzikale autoritten tussen Maastricht en Heerlen, waardoor ik elke lange scriptiedag op een vrolijke manier kon starten.

En last but not least wil ik mijn familie bedanken: mijn twee lieve broers die altijd in mij hebben geloofd, mijn oma die tijdens de scriptie met me mee leefde en me verraste met bemoedigende brieven en sms'jes, en natuurlijk ook mijn ouders. Moeke, vake, jullie hebben me altijd gesteund en jullie stonden altijd voor de volle 100% achter mijn keuze om een muziektherapeut te worden. Jullie volledige vertrouwen in mij is van onschatbare waarde geweest tijdens de opleiding en tijdens de scriptie.

- Teun

Als afstuderende student Creatieve therapie muziek ben ik trots met het eindproduct van ons onderzoek; de afstudeerscriptie die nu voor u ligt. Ik heb een geweldige tijd gehad in het Atrium MC op de oncologieafdeling en erg veel voldoening gehaald uit het werken met kankerpatiënten. Ik ben blij dat ons muziektherapeutisch aanbod zo goed ontvangen is door patiënten en verpleegkundig personeel. De bedankjes, de complimenten, de tips, de samenwerking, de mooie woorden, ik heb me echt een onderdeel van de afdeling gevoeld. Ik heb met veel kankerpatiënten gewerkt en ik wil toch ook even mijn bewondering uitspreken voor deze patiënten en hun familieleden voor hun strijdlust, hun kwetsbaarheid, hun openheid en eerlijkheid. Ik vond het inspirerend om te zien hoe ze met deze zware ziekte omgaan, zich staande houden, kunnen lachen en kunnen huilen en ik vond het contact wat ik met deze mensen gehad heb erg bijzonder. Het lijkt vaak alsof maskers van alledag niet meer belangrijk of nodig zijn. Een mens zonder opsmuk, een mens in alle kracht en kwetsbaarheid. Dat pure, integere, zuivere, échte contact, dát heeft zeer grote indruk op mij gemaakt en ik ben blij en vereerd dat ik met deze patiënten al die mooie momenten heb mogen delen. Er zijn een tweetal mensen wie ik persoonlijk nog wil bedanken. Allereerst wil ik jou bedanken collega, studiegenoot en goede vriendin Nele Pauwels. bedankt voor je inzet, je input, voor het feit dat je me er doorheen hebt gesleept als ik het moeilijk had en voor de zeer prettige samenwerking. Ik had dit onderzoek met niemand liever willen doen. Tot slot nog een dank je wel aan Manon van Bussel voor je steun en feedback. Fijn dat je er voor me was als ik even in de stress schoot en een knuffel nodig had.

Nele Pauwels en Teun van Rossum, zondag 1 juni 2014

Inleiding

Stel je voor, je krijgt de diagnose kanker. Je komt in het ziekenhuis terecht. Je voelt je ziek en zwak. Je voelt je machteloos, maar je moet toch vechten voor je leven. Hoe zou jij je dan voelen? Wie of wat helpt je in jouw strijd tegen kanker? Zou jij behoefte hebben aan extra ondersteuning? Aan een plek waar je je emoties kwijt kan en je malende gedachtes even tot rust kunnen komen. Waar gelachen en gehuild kan worden?

In het kader van de zoektocht naar meer patiëntgerichte zorg in het Atrium MC, werd ons gevraagd om te onderzoeken hoe muziektherapie kan worden opgenomen in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten op de multidisciplinaire oncologieafdeling. In deze afstudeerscriptie gaan we op zoek naar het antwoord op deze vraag.

In hoofdstuk 1 beschrijven we de probleemgebiedverkenning, waarin we ons oriënteren op de doelgroep kankerpatiënten, resultaten weergeven uit literatuuronderzoek en uitleggen hoe dit onderzoek tot stand is gekomen. Aan het eind van hoofdstuk 1 formuleren we de vraagstelling en de doelstelling van dit onderzoek.

Het tweede hoofdstuk gaat over de gekozen onderzoeksmethode. We beschrijven hierin de verschillende fases van het actiegericht onderzoek dat we uitvoerden op de multidisciplinaire oncologieafdeling in het Atrium MC.

In hoofdstuk 3 geven we de resultaten uit dit onderzoek weer. We presenteren een systematic review, waarin we een overzicht geven van recent wetenschappelijk onderzoek m.b.t. muziektherapie in de oncologie. We beschrijven de reacties van patiënten en personeel op ons muziektherapeutisch aanbod. We besluiten dit hoofdstuk met het beschrijven van de randvoorwaarden ter implementatie van muziektherapie.

In hoofdstuk 4 kijken we kritisch naar het onderzoek. We verklaren en interpreteren de resultaten, doen aanbevelingen voor vervolgonderzoek, beschrijven de competenties die we met dit onderzoek hebben ontwikkeld en beantwoorden de vraagstelling.

Hoofdstuk 5 geeft een samenvatting weer van deze scriptie. Aan het eind van deze scriptie vindt u een lijst van de gebruikte literatuur en een aantal bijlagen waar we in de tekst naar verwezen hebben.

Aangezien wij dit onderzoek in duo hebben uitgevoerd, vindt u in deze scriptie ook onze persoonlijke inbreng terug. De naam van de betreffende student die het geschreven heeft, staat dan bovenaan de paragraaf vermeld.

1. Probleemstelling

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

1.1.1 Aanleiding van Nele

Aan het begin van de zomervakantie 2013 werd ik door dr. Kathinka Poismans, onze docent, benaderd met de vraag of ik samen met Teun van Rossum mee wilde werken aan een project op de oncologieafdeling in het Atrium MC te Heerlen. Ik twijfelde even, omdat ik oorspronkelijk al een ander idee had voor een scriptieonderwerp, maar stemde toch in. Aan het begin van het nieuwe schooljaar vond er een gesprek plaats met dr. Asiong Jie, internist-hematoloog in het Atrium MC, bijzonder lector op Zuyd Hogeschool en tevens initiatiefnemer van dit onderzoeksproject. Omwille van twee redenen heeft dit gesprek me erg gemotiveerd en me er volledig van overtuigd dat het een interessant en relevant onderzoek zou worden. Ten eerste is dit een project waarbij muziektherapie geprofileerd wordt. Muziektherapie is in de hele zorgsector nog relatief onbekend en dus vind ik profilering erg belangrijk. Ik grijp deze kans om dit nu nog onder begeleiding van docenten en in het kader van de opleiding te doen, vooraleer ik mezelf als jonge afgestudeerde muziektherapeut zal gaan profileren. Met dit project hoop ik ook dat er nieuwe werkmogelijkheden kunnen gecreëerd worden voor muziektherapeuten. Ten tweede heb ik vanuit mijn stage op de afdeling kinderoncologie in het UZ Gasthuisberg te Leuven al wat ervaring opgedaan omtrent het werken in een ziekenhuissetting en met de doelgroep oncologie. Volgens mij is er veel overlap tussen de volwassenenoncologie en de kinderoncologie wat betreft de muziektherapeutische behandeling. Ik kan me bijvoorbeeld voorstellen dat de therapeutische doelen die ik in de kinderoncologie opstelde, zoals verminderen van angst en het verwerken van verdriet, ook gelden voor volwassenen. Bovendien vind ik het boeiend en leerrijk om te kijken wat muziektherapie op een andere afdeling, in een ander ziekenhuis, in een ander land kan betekenen en op welke manier. Ik wil mijn ervaring vanuit mijn stage meenemen naar dit project, naar deze plek, waar muziektherapie nog nieuw en onbekend is.

1.1.2 Aanleiding van Teun

In de zomervakantie van 2013 werd ik door dr. Poismans, een docent van die opleiding die ik volg op Zuyd Hogeschool, benaderd met de vraag of ik in het kader van mijn afstudeerscriptie mee zou willen werken aan een onderzoek. Het betrof een onderzoek naar de mogelijkheid tot het opnemen van muziektherapie in het behandelaanbod op de afdeling oncologie van het Atrium MC te Heerlen. Ik zou voor dit onderzoek samen gaan werken met studiegenoot Nele Pauwels.

In het oriënterend gesprek over het onderzoek met dr. Jie, internist-hematoloog op het Atrium MC, dr. Poismans, dr. van Hooren, lector KenVaK, en N. Pauwels (persoonlijke communicatie, 17 september 2013), kwam naar voren dat er in het ziekenhuis voornamelijk een focus op 'cure' ligt: het genezen van een ziekte, en minder op 'care': aandacht voor de patiënt als persoon met al zijn of haar gedachten en gevoelens. Dr. Jie vindt het belangrijk om 'care' meer te integreren in het ziekenhuis en heeft de toegevoegde waarde hiervan met eigen ogen in Amerika gezien. Dr. Jie sprak over mogelijke probleemgebieden als angst, pijn en kwaliteit van leven, waarop muziektherapie zich mogelijk zou kunnen gaan richten. Ik herkende deze probleemgebieden vanuit mijn eerdere stage-ervaringen.

In mijn stage bij de Archipel zorggroep werkte ik met cliënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en met cliënten uit de (psycho)geriatrie. In het muziektherapeutisch behandelen van deze mensen merkte ik dat muziektherapie een erg goed middel is om te werken aan verlies- en rouwverwerking, het verminderen van angst en onrust, het bieden van ontspanning door prikkelreductie en het bieden van structuur, en het ontladen en uiten van emoties. Ik verwachtte dat deze doelen ook van toepassing konden zijn in het muziektherapeutisch werken met kankerpatiënten, en deze doelen leken me goed aan te sluiten bij de probleemgebieden waar dr. Jie over sprak (A. Jie, persoonlijke communicatie, 17 september 2013).

Dit onderzoek raakt daarnaast nog een persoonlijk stuk. Rond de tijd dat ik gevraagd werd deel te nemen aan dit onderzoeksproject werd bij mijn stiefmoeder leukemie geconstateerd en is ook een bevriende studiegenoot geconfronteerd met de diagnose kanker. Daardoor heb ik van zeer dichtbij meegemaakt wat

de impact van deze ziekte is op de zieke en zijn of haar omgeving. Ik heb dan ook een sterke persoonlijke motivatie om door middel van dit onderzoek iets te kunnen betekenen in de ondersteuning van patiënten met kanker.

1.2 Rol van het medium

In een ziekenhuis gaat de aandacht vooral uit naar het genezen of behandelen van de ziekte, in dit specifieke geval is dat kanker. Bij muziektherapie staat voorop dat een mens de ziekte heeft, en niet de ziekte is. In het volgende hoofdstuk over de doelgroep wordt uitgelegd dat deze ziekte een grote psychologische druk met zich meebrengt. Patiënten krijgen een zware klap te verwerken, hun leven verandert drastisch op emotioneel, sociaal-maatschappelijk en lichamelijk functioneel opzicht (Smeijsters, 2006). Wij vinden het erg belangrijk om patiënten daarom, naast de behandeling van de ziekte, ook ondersteuning te bieden bij het verwerken ervan. Muziektherapie biedt wat dat betreft nogal wat mogelijkheden.

Smeijsters (2006) beschrijft dat een groot deel van de kracht van muziek ligt in het zeer direct, op het emotionele niveau en waarnemingsniveau zonder woorden, bereiken van de desbetreffende persoon. Daardoor kunnen verwerkings- en acceptatieprocessen worden ingezet. Het is die directe link die muziek heeft met ons gevoelsleven waarin de kracht van muziektherapie ligt.

Onze ervaring met muziektherapie leverde ons het inzicht op dat het werken met de zieke mens, zijn angsten en onzekerheden, zijn frustratie en boosheid, zijn pijn en zijn wereld die op zijn kop staat, allemaal thema's zijn die binnen de muziektherapie vorm kunnen krijgen, lucht kunnen krijgen, zichtbaar en hoorbaar kunnen worden en verklankt kunnen worden. Niet zozeer in woorden, want soms zijn er geen woorden te vinden, maar juist in klanken, in ritme, in volume, binnen een improvisatie op een instrument, het zingen van een lied, het muzikaal je verhaal vertellen, je emoties uiten. Luisteren naar muziek kan herinneringen en gevoelens oproepen. Muziek kan ontspannen, de hartslag verlagen, de ademhaling vertragen, pijn verzachten, rust brengen, structuur in de chaos brengen. Smeijsters (2006) schrijft dat de relatie tussen muziek en lichaam de mogelijkheid biedt somatische klachten te verminderen door gericht gebruik te maken van muzikale elementen.

Binnen muziektherapie kunnen patiënten in contact komen met zichzelf, of in contact komen met de therapeut of met hun naasten van mens tot mens. Niet als zwakke zieke, maar als volwaardig persoon in de breedste zin van hun zijn. Op die manier kan een muziektherapeut die persoon ondersteunen en begeleiden in het omgaan met zijn ziek-zijn en het behandelen van psychische en fysieke klachten.

1.3 De doelgroep

Het onderzoek betreft volwassen patiënten die opgenomen zijn op de multidisciplinaire oncologieafdeling (MOA) in het Atrium MC te Heerlen. De duur van de opname van deze patiënten verschilt naargelang van de medische diagnose: er zijn patiënten die enkele uren op de afdeling verblijven in de dagbehandelkamer, bv. voor een chemotherapiekuur, er zijn er die enkele dagen tot weken moeten blijven in een één- of tweepersoonskamer, bv. vanwege een infectie. In ons onderzoek richten wij ons op al deze patiënten, met uitzondering van isolatiepatiënten.

Een kankerdiagnose is een van de meest gevreesde en zware levensgebeurtenissen (Stanczyk, 2011). De diagnose ontwricht het sociale, fysieke en emotionele welzijn en veroorzaakt stress en negatieve emoties zoals boosheid, angst, verdriet, schuldgevoelens en schaamte. Ook angst voor de dood en terugval zijn reëel bij kankerpatiënten. Kanker en de behandelingen ervan hebben ook een heleboel fysieke klachten ten gevolge. Volgens de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK, z.d.) zijn chemotherapie, radiotherapie en chirurgie de meest voorkomende behandelingen. De bijwerkingen hiervan zijn vermoeidheid, pijn, misselijkheid en braken, verminderde eetlust, tijdelijk haarverlies, ontstoken mond, verhoogde kans op infecties, huidirritatie, etc. De hinder die de patiënt ervaart door de consequenties van kanker en de behandeling ervan, is zeer persoonsgebonden (de Haes, van Weezel en Sanderma, 2009). Naast alle fysieke en psychische symptomen die de ziekte met zich meebrengt, is de patiënt immers een persoon. Desalniettemin kunnen we algemeen stellen dat door de gevolgen van kanker en de behandeling ervan, de levenskwaliteit van een patiënt sterk vermindert.

1.4 Zoekstrategie

Hieronder beschrijven we onze zoekstrategie. Onze zoekgeschiedenis is toegevoegd in bijlage 1.

1.4.1 Zoekstrategie van Nele

Na het kennismakingsgesprek met KenVaK-leden¹ dr. Kathinka Poismans, dr. Susan van Hooren en dr. Asiong Jie, heb ik eerst informatie gezocht om me in te lezen. Ik las over 'integrative medicine'², 'cure' en 'care' en over hoe muziektherapie in andere landen in de oncologische zorg wordt ingezet. Het viel me meteen op dat muziektherapie vaak onder de noemer 'alternatieve behandeling' valt. Daarom wilde ik voor de scriptie wetenschappelijk betrouwbare literatuur over muziektherapie zoeken.

Daarbij heb ik eerst enkele zoektermen verzameld. Aan de hand van de gevonden artikels, kon ik mijn zoektermen dan weer wat specifieker maken. Dit zijn enkele zoektermen die ik heb gebruikt: 'cancer', 'oncology', 'music therapy', 'music', 'emotion'.

Ten eerste heb ik enkele databanken (PubMed, ScienceDirect en WorldCat) geraadpleegd. Bij het lezen van de artikels, ging ik specifieker in op bepaalde informatie, door bronnen uit de literatuurlijst te raadplegen. Ook uit het handboek muziektherapie van Smeijsters, dat een hoofdstuk over muziektherapie bij oncologische patiënten bevat, haalden we veel informatie en nieuwe bronnen. Op die manier hebben Teun en ik samen een bibliotheekje voor onze scriptie aangelegd.

Na een kennismakingsgesprek op de MOA in het Atrium MC en een meer richtinggevend gesprek met dr. Jie op school, kwam er meer duidelijkheid in de doelstelling van het onderzoek en konden we onze informatie en onze zoektermen weer wat gericht vormgeven. Ik zocht toen naar de neurologische werking van muziektherapie, terwijl Teun zich focuste op palliatieve muziektherapie.

Informatie die niet zozeer met muziektherapie had te maken, maar wel met oncologie of kanker, zocht ik op Google. Dit was vooral van belang toen we daadwerkelijk gingen schrijven aan het verslag: de doelgroep, de verklaring van begrippen, etc. Het boek dat Teun vond over de psychologische zorgaspecten bij oncologiepatiënten, was een goede leidraad bij het beschrijven van de doelgroep. Tenslotte heb ik nog aanvullende informatie gevonden uit een bron die ik vorig jaar gebruikte bij mijn eindverslag van stage.

1.4.2 Zoekstrategie van Teun

Aangezien de doelgroep nieuw voor me was heb ik me eerst verdiept in de ziekte kanker. Ik besloot mijn zoektocht breed te starten met Google en ik vond al snel de site van de Kankerbestrijding en Gezondheidsnet, waar ik globale informatie over de ziekte kon vinden. Daarnaast heb ik via Google Scholar eerst heel breed gezocht naar wat er aan wetenschappelijke artikelen te vinden zou zijn op het gebied van muziektherapie en oncologie. Al snel werd duidelijk dat er heel wat onderzoek te vinden was en verlegde ik mijn focus naar de databanken. Via PubMed, ScienceDirect en The Cochrane Library vond ik zeer relevante artikelen en via de bibliotheeksite van Zuyd Hogeschool kwam ik een scriptie tegen over muziektherapie ingezet in de keroncologie. Daarnaast was het 'Handboek muziektherapie' van Smeijsters, o.a. vanwege het hele hoofdstuk dat aan de doelgroep oncologie is gewijd, erg informatief en relevant. Het boek 'Psychologische patiëntenzorg in de oncologie' sloot erg aan op ons thema en gaf een andere invalshoek over hulpverlening bij oncologische patiënten. Nele Pauwels bracht me het boek 'Neurologische en fysiologische aspecten van muziektherapie' van Smeijsters onder de aandacht, wat me meer inzicht gaf over de neurologische en fysiologische werking van muziektherapie. Dit leek me relevant omdat tegenwoordig door hersenscans goed in kaart gebracht kan worden hoe muziek de hersenactiviteit beïnvloedt. Daardoor worden de effecten van muziek op de hersenen aantoonbaar gemaakt. Dat is waardevol om naar medici te kunnen onderbouwen dat muziektherapie effect heeft en een goede complementaire therapie kan zijn bij de behandeling van kankerpatiënten.

Een oriënterend gesprek op school en een verkennend gesprek met verzorgend personeel in het Atrium MC te Heerlen leverden nieuwe zoekrichtingen op en gaven me meer richting en mogelijkheden tot verdieping: ik richtte me meer op de palliatieve muziektherapie, aangezien ik me kon voorstellen dat dit

¹ 'De kenniskring kennisontwikkeling vaktherapieën (KenVaK) is een kenniskring gericht op het vergroten van de kennis omtrent vaktherapieën' (KenVaK, z.d.). Dr. Kathinka Poismans en dr. Susan van Hooren zijn vanuit KenVaK betrokken in dit project.

² Integrative Medicine 'combineert reguliere en complementaire technieken. Bij het streven naar zo goed mogelijke genezing worden naast het lichaam ook andere aspecten van de persoon betrokken' (NIKIM, z.d.).

bij terminale kankerpatiënten van toepassing kan zijn. Ik heb de zoektermen zowel in het Nederlands als in het Engels gebruikt, en naast combinaties met muziektherapie en oncologie, ook zoektermen gebruikt om specifiek op een bepaald behandelingsaspect in te zoomen. Voorbeelden zijn: 'neurologische muziektherapie', 'music therapy AND pain', 'music therapy AND end of life', 'palliatieve zorg AND kanker'. Ik ben op mijn zoektocht diverse randomized controlled trials tegengekomen. Dit zijn onderzoeken met een hoge betrouwbaarheid en validiteit die veel worden toegepast in de geneeskunde. Daarnaast vond ik ook een aantal reviews over reeds gepubliceerde onderzoeken. Dit is belangrijk bij de profilering van muziektherapie naar medici. Zeker aangezien er in de medische setting, waarbinnen dit onderzoek plaats zal vinden, veel belang gehecht wordt aan gedegen wetenschappelijk onderzoek, vooraleer de toepassing van een nieuwe behandeling in overweging wordt genomen.

1.5 Uiteenzetting van de literatuur

1.5.1 Indicaties voor muziektherapie in de oncologie

De grote verscheidenheid aan somatische en psychische problemen die zich bij de oncologische patiënt kan manifesteren, biedt vele aanknopingspunten met het muziektherapeutisch werken. Volgens de American Music Therapy Association (in Stanczyk, 2011) richt de muziek in muziektherapie zich op fysieke, emotionele, cognitieve en sociale behoeften van patiënten van alle leeftijden en mogelijkheden. Muziektherapeutische interventies kunnen o.a. bedoeld zijn om het welzijn te bevorderen, stress te beheersen, pijn te verlichten, gevoelens te uiten, communicatie te verbeteren en fysiek herstel te ondersteunen. Tabel 1 geeft een overzicht van de indicaties en contra-indicaties voor muziektherapie bij oncologische patiënten.

Tabel 1 <i>Indicaties en contra-indicaties voor muziektherapie bij oncologische patiënten</i>	
Indicaties	Contra-indicaties
Pijn	Afwijzende houding t.a.v. muziek en muziektherapie t.g.v. religieuze achtergrond of slechthorendheid, (over)gevoeligheid voor geluid
Misselijkheid en braken	-
Benauwdheid	-
Lichamelijke en psychische spanning	-
Slaapstoornissen	Psychiatrische problematiek waarbij wanen en/of hallucinaties optreden
Onrust	-
Verwardheid	-
Desoriëntatie	-
Angst	-
Somberheid en depressie	-
Verminderd gevoel voor eigenwaarde, zelfvertrouwen	-
Emotionele onevenwichtigheid	-
Verwerkingsproblematiek	-
Behoeftte aan ondersteuning in de terminale fase	-
Isolement, vereenzaming	-

Communicatieve problemen	-
Moeilijkheden met de eigen religieuze/spirituele beleving of het uiten daarvan	-

Opmerking. Overgenomen van Smeijsters, *Handboek muziektherapie*. Houten: 2006, pp. 317-318

1.5.2 Hoe muziektherapie kan worden ingezet

Muziektherapie wordt in de oncologische zorg vooral supportief en palliatief ingezet (Smeijsters, 2006). De muziektherapie wordt supportief ingezet doordat de muziektherapeut een ondersteunende rol aanneemt. In alle stadia van de ziekte wordt muziektherapie palliatief gebruikt, d.w.z. gericht op het verlichten van lijden ('Palliatief', z.d.) en op kwaliteit van leven en sterven (Smeijsters, 2006). De focus ligt op de verwerking van de ziekte. Het is mogelijk om zowel receptieve als actieve werkvormen in te zetten. Receptieve werkvormen, zoals het luisteren naar muziek van cd of 'live' gespeeld, kunnen ingezet worden voor het bewerkstelligen van ontspanning, voor het reduceren van pijn, angst, benauwdheid of misselijkheid, of bij het helpen inslapen. Door voor een patiënt te improviseren kan de therapeut meebewegen met de patiënt op het moment zelf om zo in te spelen op wat de patiënt nodig heeft (Smeijsters, 2006). Actieve werkvormen kunnen met instrumenten en/of de stem ingezet worden. Volgens Smeijsters (2006) zijn improvisatie en 'songwriting' effectieve actieve werkvormen.

1.5.3 Resultaten uit onderzoek

Er werd reeds veel onderzoek gedaan naar de effecten van muziektherapie in de oncologie. Enkele significante resultaten uit deze onderzoeken beschrijven we uitgebreid in de volgende paragrafen. Eerst geven we enkele algemene resultaten weer uit reviews, daarna gaan we dieper in op het onderzoek naar de werking van muziektherapie bij enkele specifieke probleemgebieden, die we vooropstellen in dit onderzoek.

Algemeen

In een systematische review van de Cochrane Collaboration (Bradt, Dileo, Grocke & Magill, 2011) wordt geschreven dat er een substantiële hoeveelheid van data is die aantoont dat muziektherapeutische interventies op verschillende gebieden een significant beter effect hebben dan 'music medicine'³. Ze dichten dit verschil toe aan het feit dat muziektherapeuten precies kunnen inspelen op cliënten en wat ze nodig hebben, actiever betrokken zijn bij patiënten in het muziek maken en werken met het therapeutische proces, dat bestaat uit observatie, behandeling en evaluatie. Uit deze systematische review blijkt dat muziekinterventies een positief effect kunnen hebben op angst, pijn, gemoedstoestand en kwaliteit van leven. Daarnaast impliceren de uitkomsten van de review dat muziek de hartslag en ademhaling zou vertragen en de bloeddruk zou verlagen. Uit de onderzoeken die zijn gebruikt in deze review blijkt dat muziekinterventies als complementaire therapie kan worden ingezet bij mensen met kanker.

Ook O'Callaghan (2009) geeft een overzicht van de resultaten van enkele onderzoeken:

- 'Objectivist Research'⁴ indiceert significante resultaten wat betreft een verbetering van gemoedstoestand, levenskwaliteit, ontspanning, comfort, geluk, communicatie, tolerantie t.o.v. de behandeling, voldoening, verlichting van symptomen en vermindering van pijn, depressie, angst, stress, kortademigheid, misselijkheid, sociale isolatie, verveldheid;

³ 'Music medicine' is een manier van het inzetten van muziek waarbij gebruik wordt gemaakt van het luisteren naar opgenomen muziek (op cd of anderszins) die aangeboden wordt door medewerkers uit de zorg en voorgeselecteerd wordt door personeel dat al dan niet is opgeleid tot muziektherapeut (Archie, Bruera & Cohen, 2013).

⁴ Dit zijn onderzoeken met een objectieve aanpak. De resultaten van een 'objectivist research' geven een absolute waarheid weer en ze zijn replicerbaar en voorspelbaar. Het gaat m.n. om RCT's en uitkomsten van meetinstrumenten (O'Callaghan, 2009).

- uit 'Constructivist Research'⁵ blijkt dat muziektherapie bij kankerpatiënten hun bezorgdheid over tegenslag vermindert, hun positieve zelfexpressie ondersteunt, hun bewustzijn vergroot en hun gevoel van 'ik leef' bevestigt.

Een review van Archie, Bruera en Cohen (2013), over kwantitatieve studies over muziekinterventies in de palliatieve oncologie en neurobiologische literatuur, concludeert dat het beschikbare bewijs impliceert dat muziekinterventies positief effect hebben op pijn, angst, gemoedstoestand en kwaliteit van leven bij kankerpatiënten. Daarnaast wordt beschreven dat muziek de limbische en para-limbische systemen beïnvloedt, maar vooral het ventrale striatum (het beloningscentrum), de dorsomediale middenhersenen, de amygdala en de hippocampus. Functionele abnormaliteiten in deze structuren zijn betrokken bij de pathofysiologie van pijn, angst en depressie. Daarnaast is bekend dat deze structuren veel receptoren en liganden (moleculen die receptoren binden) bevatten, die met pijn, angst en depressie geassocieerd worden (namelijk: endogene opioïden, GABA en dopamine). Dit bewijst dat muziektherapie zich kan richten op doelen zoals pijn- en angstreductie en het verbeteren van de gemoedstoestand.

Angstreductie

Het afwachten van een medische ingreep is een zeer stressvolle, beangstigende situatie voor patiënten. In het Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre is een RCT (Cassileth, Vickers & Magill, 2003) uitgevoerd waarbij patiënten die aan het wachten waren op een beenmergtransplantatie, muziektherapie kregen aangeboden. Participanten in de controlegroep mochten wel naar muziek luisteren als ze dat wilden, maar kregen geen gestructureerde muziektherapeutische interventie. De studie werd uitgevoerd met 69 patiënten. De groep die muziektherapie kreeg aangeboden, scoorde 28% lager op de gecombineerde angst/depressie-schaal en 37% lager op 'verstoorde gemoedstoestand' dan de controlegroep. Het onderzoek concludeert dat scores op gemoedstoestand drastisch verbeteren na een enkele muziektherapiesessie en dat de blijvende positieve effecten van een reeks muziektherapiesessies klinisch relevant zijn.

Ontspanning

Smeijsters (2006) zegt dat muziek de ontspanningstoestand kan bevorderen. Spanningsklachten kunnen bijvoorbeeld worden verminderd door gebruik te maken van de overeenkomst tussen hartritme en muzikaal ritme: door muzikaal te synchroniseren met het hartritme en vervolgens het tempo van de muziek te vertragen kan de hartslag worden vertraagd. Bovendien is muziek in staat om vorm te brengen in chaos zowel op fysiek, emotioneel als cognitief gebied en kan daardoor innerlijke of lichamelijke onrust verminderen. Het aanbieden van bekende muziek, muziek die de eigen ik-beleving versterkt en muziek met duidelijke muzikale structuren kan helpen een veilige omgeving te scheppen waarin gevoelens geëxploreerd, geuit en verwerkt kunnen worden. Hierdoor kan het gevoel van eigenwaarde, het gevoel van controle en de emotionele balans versterkt worden.

Door in de muziek te werken met expressie van gevoelens, zelfwaarneming, coping en het versterken van de eigen identiteit, kan gewerkt worden richting het verminderen van klachten als angst, onrust, somberheid en depressie. In het geval van angstklachten kan dit bijvoorbeeld door gebruik te maken van metaforen van ziekte en dood in de muziek en het langzaam dichterbij brengen van de pijnlijke werkelijkheid.

Zowel muziek op cd als 'live' gespeelde muziek kan ontspanning bij patiënten bewerkstelligen. Een onderzoek van Baily (in Smeijsters, 2006) wijst echter uit dat 'live' gespeelde muziek tot een significant beter resultaat leidt: er gaat een sterkere angstreducerende werking van uit. Uit een onderzoek van Kruse (in O'Callaghan, 2009) blijkt dat 70% van de Amerikaanse muziektherapeuten die het verminderen van spanning en pijn als doel vooropstellen, ook kiest voor het 'live' uitvoeren van de muziek. Bij het aanbieden van 'live' muziek worden vaak snaarinstrumenten zoals harp, lier of monochord gekozen om te helpen rust en ruimte te scheppen, te ontspannen, of het bewustzijn op te tillen naar een hoger niveau (Renz in Smeijsters, 2006).

⁵ Dit zijn onderzoeken waarbij de resultaten een realiteit weerspiegelen die gebaseerd is op een perceptie van een persoon. De onderzoeker veronderstelt dat deze perceptie wordt beïnvloed door de individuele, sociale en historische context van deze persoon. Het gaat m.n. om interviews en open vragenlijsten (O'Callaghan, 2009).

Verminderen van fysieke klachten

Muziek kan de medicamenteuze pijnbestrijding ondersteunen. Volgens de 'gate control theory' (Melzack in Smeijsters, 2006) zou pijnvermindering gedeeltelijk kunnen liggen aan het overstemmen van signalen van de pijnregistrerende zenuwen door signalen van andere, bredere zenuwen, bijvoorbeeld door het luisteren naar muziek, de cognitieve activiteit te verhogen. Daarnaast heeft muziek een stimulerende werking op de formatio reticularis waardoor een verhoogde productie van peptiden (bèta-endorfine) optreedt, met pijnreductie tot gevolg. Ook muziek die een diepe ontspanning bewerkstelligt, werkt pijnverminderend (Reinhardt in Smeijsters, 2006).

Enerzijds kunnen mensen dus baat hebben bij het verleggen van de focus van de pijn naar muziek, die enige cognitieve activiteit vraagt. Dit wordt door onderzoeken bevestigd: O'Callaghan en McDermott (2007) stellen dat kanker en de behandeling ervan fysiek blijvend zijn, maar dat muziektherapie de aandacht kan verschuiven van het fysieke naar de ervaring van de muziek. Stanczyk (2011) bevestigt dat klank de aandacht van de patiënt kan afleiden van klinische ervaringen.

Anderzijds zijn er mensen die meer baat hebben bij het 'loslaten' van de pijn door middel van muziek die helpt te ontspannen. Daarnaast kan ook het muzikaal expressie geven aan de pijnbeleving (in zelfgespeelde muziek of op cd beluisterde muziek) de fysieke lijdensdruk verlagen (Smeijsters, 2006).

Op het gebied van pijn is er een recent RCT van Gutgsell et al. (2013) over muziektherapie in de palliatieve zorg. 200 patiënten werden tussen 2009 en 2011 ingeschreven voor de studie. Er werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van autogene relaxatie en 'live' muziek, gefaciliteerd door een muziektherapeut. Hij zette de ocean drum en een harp in tijdens de sessies. Er werd geconcludeerd dat muziektherapie een statistisch significant effect heeft op de reductie van pijn.

Zelfexpressie

Een eerste vorm van muziektherapie die de mogelijkheid geeft om gevoelens te uiten, is de improvisatie (Stanczyk, 2011). Daarbij zijn de therapeut en de patiënt, hoe verzwakt ook, gelijkwaardige partners (Smeijsters, 2006). Niet alleen kan een improvisatie het uiten en vormgeven van emoties bewerkstelligen, ook de zelfwaarneming en autonomie worden versterkt. Het spelen van instrumenten kan een gevoel van controle teweegbrengen, omdat patiënten een actieve rol spelen in het creëren van geluid en het bepalen van het ritme en karakter van de muziek (Stanczyk, 2011). Omdat patiënten zich vaak machteloos voelen tegenover hun ziekte, het ziekteverloop, hun opname, etc. is het belangrijk om dit gevoel van controle en autonomie te creëren in de therapie.

Ook 'songwriting' is een veelgebruikte werkvorm. Door liederen te maken kan de patiënt woorden en vorm geven aan dat wat hem bezighoudt. Door liederen uit te voeren, kan de patiënt zich uiten, wat van invloed kan zijn op de communicatie, het ik-gevoel, het gevoel van autonomie. Samen met de patiënt kan een compleet en eigen lied geschreven worden, of er kan een eigen melodie en tekst geschreven worden op een bestaand lied, of er kan een tekst geschreven worden op een bestaand lied (Smeijsters, 2006). Uit een onderzoek van O'Brien (in O'Callaghan, 2009) blijkt dat patiënten 'songwriting' ervaren als een plezierige, zinvolle, unieke, ontspannende en gemakkelijke manier om zichzelf uit te drukken en significante levensgebeurtenissen te verankeren. Ook bij palliatieve begeleiding kan 'songwriting' veel betekenen. Volgens O'Callaghan (in O'Callaghan, 2009) bevatten songteksten van palliatieve patiënten vaak boodschappen voor naasten, zelfreflectie, complimenten en herinneringen.

Verder wijst een onderzoek van Aldridge (in O'Callaghan, 2009) erop dat muziektherapie kan helpen om de identiteitszin van een patiënt te verbreden. Daykin et al. (in O'Callaghan, 2009) stellen dat muziektherapie kans geeft tot creativiteit, het maken van een keuze, verrijking, vrijheid, bevrijding, balans, herstel, esthetiek, zin, eigenheid en empowerment.

Een onderzoek van O'Callaghan en McDermott (in O'Callaghan en McDermott, 2007) toont aan dat muziektherapie ervoor kan zorgen dat tegenspoed positiever ervaren wordt en dat patiënten hun zelfbewustzijn (her)ontdekken. Patiënten die respondent waren in dit onderzoek associeerden muziektherapie met een verhoogd welzijn, zelfbewustzijn en zelfexpressie.

1.5.4 Muziektherapie in de palliatieve zorg

Voor sommige kankerpatiënten is er geen genezing meer mogelijk. In het kader van stervensbegeleiding kan muziektherapie meer een begeleidende vorm aannemen. Gevoelens van angst, onrust, pijn, eenzaamheid en verwardheid kunnen ook hier aan de orde zijn bij de patiënt. Het werken in het moment, alsook het terugkijken op het leven, komen naar de voorgrond. Dit laatste kan bijvoorbeeld door middel van een 'life-review': het luisteren en selecteren, zingen en spelen van muziek die in verschillende periodes van het leven een speciale betekenis had. Het is als het ware een muzikale biografie (Beggs, Martin in Smeijsters, 2006). Het werken in het moment kan met een cd en met 'live' muziek worden gedaan. Het versterkt o.a. het gevoel van eigenwaarde en ondersteunt de waarde van het voorbije leven. Daarnaast kan het een betekenisvolle interactie tussen de patiënt en zijn naaste betrokkenen bevorderen. Een persoonlijk liedboek en cd vormen daarbij een nalatenschap voor hen die overblijven (Smeijsters, 2006). Hilliard (2003) deed onderzoek naar de effecten van muziektherapie op de levenskwaliteit en -lengte bij mensen met terminale kanker. Bij patiënten die muziektherapie kregen aangeboden werd de kwaliteit van leven steeds beter, terwijl deze bij patiënten die geen muziektherapie kregen vanaf het tweede consult steeds verder terugliep.

1.5.5 Ervaringen van patiënten, bezoekers en personeel

Tenslotte geven wij nog enkele resultaten weer van onderzoeken naar hoe muziektherapeuten, patiënten, bezoekers en personeel een muziektherapeutisch aanbod op een oncologieafdeling ervoeren. Burns et al. (in O'Callaghan, 2009) zeggen dat vele kankerpatiënten geïnteresseerd zijn om muziektherapie te ervaren. De meesten kiezen om deel te nemen aan de muziektherapie als ze van te voren erover gehoord hadden, hun muzikale voorkeuren konden uitspreken, als de muziek 'live' zou worden gespeeld en als hun ongemak slechts matig was (O'Callaghan & Colegrove in O'Callaghan, 2009). O'Callaghan (in O'Callaghan, 2009) zegt dat muziektherapie zorgt voor intra-bewustzijn en meer gemeenschapsparticipatie tussen patiënten, ziekenhuisbezoekers en personeel. Een onderzoek van Hilliard (in O'Callaghan, 2009) wees uit dat muziektherapeuten ruimer zicht hadden op de behoeften van patiënten dan ander personeel. Zorgmanagers in het Verenigd Koninkrijk karakteriseren muziektherapie als achtergrond, entertainment, genot, communicatie, herstellend en een manier tot verkenning en expressie (Daykin et al. in O'Callaghan, 2009). Personeel gaf aan dat muziektherapie hulpvolle emoties en zelfbewustzijn teweegbrengt. Het bevordert het werken in team, maar ook het individueel werk van personeelsleden, en zorgt voor een verbeterd werkklimaat (O'Callaghan & McDermott, 2007). Bovendien zag personeel dat patiënten muziektherapie positief ervoeren op emotioneel, fysiek, spiritueel en sociaal vlak. Het zorgt ervoor dat patiënten even een 'time out' van hun ziekte kunnen nemen (O'Callaghan & McDermott, 2007). We merkten in een kennismakingsgesprek met B. Coenegracht, Y. Jungnitsch, G. Snippe en H. Verbong (persoonlijke communicatie, 22 oktober 2013), personeelsleden van de MOA van het Atrium MC, dat ook zij open staan en begrip tonen voor de werking van muziektherapie bij hun patiënten. Zij maakten direct al de koppeling tussen muziektherapie en pijn- en angstreductie, ontspanning en een verbeterde kwaliteit van leven.

1.6 Belangrijkste begrippen

Muziektherapie	'Een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied' (NVvMT, 2009).
Kwaliteit van leven	Felce en Perry (1995) definiëren kwaliteit van leven als een globaal welbevinden dat bestaat uit objectieve omschrijvingen en subjectieve beoordelingen van lichamelijk, materialistisch, sociaal en emotioneel welbevinden, samen met de mate van persoonlijke ontwikkeling en zingevende activiteiten. Het belang van dit alles wordt gewogen onder invloed van persoonlijke normen en waarden. Kortom, kwaliteit van leven is een persoonlijke beoordeling over het algemene welbevinden.

1.7 Relevantie voor aanvullend onderzoek

De vraag voor dit onderzoek kwam vanuit dr. Jie, internist-hematoloog in het Atrium MC te Heerlen. In een oriënterend gesprek (A. Jie, K. Poismans en S. van Hooren, persoonlijke communicatie, 17 september 2013) vertelde hij over zijn ervaring met muziektherapie in de oncologische setting in het buitenland. Volgens dr. Jie zijn complementaire therapieën reeds sterk geïntegreerd in de ziekenhuiszorg in Amerika, Scandinavië, Duitsland en België. Het inzetten van 'care' in de somatische zorg is in Nederland een relatief onbekend gegeven. Ziekenhuizen richten zich voornamelijk op de 'cure' van de zorg⁶. Door muziektherapie op te nemen in het behandelaanbod voor kankerpatiënten, kan het Atrium MC completere en nog meer patiëntgerichte zorg aanbieden. Ons onderzoek is dus zeer relevant voor de praktijk.

Voor ons persoonlijk is dit onderzoek relevant omwille van de profilering van het vak en het mogelijk uitbreiden van het werkveld voor muziektherapie. Daarnaast vinden wij de integratie van 'cure' en 'care' van groot belang omdat daarin niet enkel de ziekte centraal staat, maar ook de mens achter de ziekte. In ons huidige zorgstelsel merken we immers dat er veel aandacht gaat naar efficiency en prestatie, wat zeker ook nodig is. Echter, hierdoor verdwijnen persoonlijke aandacht en mens-tot-mens-contact, ondanks vele goede en waardevolle intenties van zorgpersoneel, nogal eens naar de achtergrond.

1.8 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan muziektherapie worden opgenomen in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de oncologieafdeling in het Atrium MC te Heerlen?

Deelvragen:

- Wat is er reeds beschikbaar aan wetenschappelijk onderzoek naar muziektherapie in de oncologie?
- Hoe ervaren patiënten en personeel van de oncologieafdeling een muziektherapeutisch aanbod?
- Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie te kunnen integreren in het behandelaanbod?

1.9 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om de MOA van het Atrium MC te Heerlen te onderzoeken of en hoe muziektherapie kan geïmplementeerd worden in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Subdoelen zijn het maken van een overzicht van bestaand wetenschappelijk onderzoek m.b.t. muziektherapie bij kankerpatiënten als onderbouwing van de werking van muziektherapie naar artsen toe, het inventariseren van ervaringen van patiënten en personeel van de MOA bij een muziektherapeutisch aanbod en het in kaart brengen van de randvoorwaarden ter implementatie.

Naast de algemene doelstelling draagt dit onderzoek bij aan de ontwikkeling van ons eigen methodisch handelen. We komen allebei in contact met een nieuwe doelgroep en we doen ervaring op in het muziektherapeutisch werken met deze doelgroep en in een klinische setting, het opzetten van muziektherapie in een omgeving waar dit nog niet toegepast wordt en het profileren van muziektherapie. De uitkomsten van dit onderzoek dragen bij aan de beroepspraktijk, aangezien er nog geen of nauwelijks muziektherapeuten werkzaam zijn op een oncologieafdeling in Nederland. Dit onderzoek geeft inzicht in de mogelijkheden om muziektherapie op een oncologieafdeling te implementeren en boort mogelijk een nieuw werkveld aan.

⁶ 'Cure' betekent het behandelen en genezen van de ziekte, 'care' richt zich vooral op de emotionele en psychische klachten die de patiënt ervaart door de ziekte en/of de behandeling ervan.

2. Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven wij het actieplan dat we tijdens het onderzoek hebben uitgevoerd. Eerst beschrijven we waarom we voor het onderzoekstype 'actiegericht onderzoek' hebben gekozen en welke methode we hebben gevolgd. Vervolgens leggen we stap voor stap uit hoe wij in dit onderzoek de verschillende fases hebben ingevuld. Graag willen we nu al opmerken dat de verschillende fases van ons onderzoek door elkaar heen liepen. Volgens dr. Poismans (K. Poismans, persoonlijke communicatie, 12 december 2013) is dit bijna altijd het geval bij een actiegericht onderzoek.

2.1 Onderzoekstype

Wij hebben een actiegericht onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoekstype past bij onze onderzoeksvraag omdat deze specifiek gericht is op de MOA van het Atrium MC. Samen met de medewerkers en de patiënten op de MOA ontwikkelden we een passend muziektherapeutisch aanbod, afgestemd op de specifieke omstandigheden aldaar. Bij actiegericht onderzoek speelt het verkrijgen van kennis om beter of daadwerkelijk anders te kunnen handelen een belangrijke rol (Migchelbrink, 2007). In ons onderzoek hebben we een plan ontwikkeld om muziektherapie te implementeren in het behandelaanbod voor kankerpatiënten in het Atrium MC. Het doel was dus om betere en completere zorg te kunnen aanbieden, aangezien het huidige zorgaanbod voornamelijk gericht is op 'cure'. Bij het ontwikkelen van een plan hebben we informatie verkregen uit eigen ervaring en eigen werkmodellen, door literatuurstudie, door het raadplegen van professionals, en door het overleggen met het betrokken ziekenhuispersoneel en de patiënten. Actiegericht onderzoek is er namelijk op gericht om samen met de betrokkenen verandering en verbetering te bewerkstelligen (Migchelbrink, 2007). Bij actiegericht onderzoek wordt niet alleen gebruik gemaakt van beschrijvende kennis⁷, zoals resultaten uit literatuur en bestaand onderzoek, maar juist ook van zogenaamde prescriptieve kennis⁸ (Migchelbrink, 2007), bijvoorbeeld de 'knowhow' van personeel uit het Atrium MC over hoe je patiënten op de MOA met angstklachten het beste kunt benaderen. Wij hebben tijdens het onderzoek regelmatig een beroep gedaan op de 'knowhow' van het ziekenhuispersoneel en veel rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënten. Deze manier van samen onderzoeken, noemt Wierdsma (in Smeijsters, 2005) 'co-creatie'.

2.2 Onderzoeksmethode

Tijdens ons onderzoek hebben wij volgens de methode van Stringer (in Migchelbrink, 2007) gewerkt. Hij beschrijft de activiteiten van een actiegericht onderzoek in drie fases, die de zogenaamde 'Basis Action Research Routine' vormen: 'look' (informatie verzamelen), 'think' (deze informatie analyseren en interpreteren) en 'act' (plan opstellen, uitvoeren en evalueren). In deze routine volgen de drie fases niet lineair op elkaar, maar 'is het een continue wederkerend geheel van activiteiten' (Migchelbrink, 2007, p. 97). Omdat wij als buitenstaanders een onderzoek hebben uitgevoerd in een specifieke, voor ons onbekende situatie en omgeving, hebben we telkens nieuwe informatie verkregen over de werking op de MOA, over de wensen en behoeften van patiënten en personeel en over de emotionele, psychische en fysieke toestand van de patiënten door gesprekken of observaties ('look'). Vanuit die nieuwe informatie hebben wij steeds nieuwe actieplannen opgezet ('think'), uitgeprobeerd ('act'), geëvalueerd ('look'), enzovoort. In de drie fases van Stringer wordt het belang van een nauwe samenwerking en een heldere, open communicatie met alle betrokkenen benadrukt. Dit was ook in ons onderzoek zeer belangrijk, omdat het actiegedeelte plaatsvond op en in dienst stond van de MOA van het Atrium MC. De verschillende fases van een actieonderzoek komen overeen met de drie fases van Stringer. De voorfase en oriëntatiefase vormen het begin van het onderzoek. De diagnostische fase, de ontwikkelingsfase en de actiefase werden in ons onderzoek meerdere malen doorlopen (Migchelbrink, 2007) en komen respectievelijk overeen met de 'look'-, 'think'- en 'act'-fase van Stringer.

⁷ Beschrijvende kennis is 'kennis om de werkelijkheid te begrijpen, te beschrijven of te verklaren' (Migchelbrink, 2007, p. 75).

⁸ Prescriptieve kennis is 'kennis die aanwijzingen voor het handelen geeft' (Migchelbrink, 2007, p. 75).

2.3 Voorfase

Voor ons onderzoek was de medewerking en betrokkenheid van een aantal mensen van groot belang. Alle betrokkenen bij ons onderzoek behoren tot ons actieonderzoeksnetwerk (Migchelbrink, 2007).

Het onderzoeksnetwerk bestond allereerst uit de direct betrokkenen (Migchelbrink, 2007), te beginnen bij de patiënten op de MOA. We hebben ons gericht op patiënten die er kort verbleven op de dagbehandelkamer en patiënten die voor langere duur waren opgenomen. Het doel van het onderzoek was om iets aan te kunnen bieden wat de kwaliteit van leven bij deze patiënten ten goede komt. Ze namen dan ook een centrale plek in binnen ons onderzoek. De patiënten waren een onderdeel van het doelsysteem (Migchelbrink, 2007) van ons onderzoek, namelijk de MOA. Deze was ook de probleemhebbende, van waaruit de aanleiding tot dit onderzoek kwam (Migchelbrink, 2007).

Hans Verbong, de afdelingsmanager, was betrokken om onze vragen over de werkwijze en de protocollen van het ziekenhuis en om mee te denken over de mogelijkheden en onmogelijkheden van ons muziektherapeutisch aanbod. Verder speelde een goed contact met het verpleegkundig personeel op de afdeling een grote rol. Zij waren betrokken bij de werving van patiënten voor muziektherapie, zij dachten mee en waren ons aanspreekpunt als we vragen hadden over patiënten of over de werking op de MOA. Wijzelf als onderzoekers behoorden tot slot ook tot de direct betrokkenen, aangezien wij de centrale actoren (Migchelbrink, 2007) waren in dit onderzoek.

Naast de direct betrokkenen waren er ook nog een aantal indirect betrokkenen (Migchelbrink, 2007) bij ons onderzoek. Dr. Asiong Jie was vanuit het Atrium MC de initiatiefnemer en opdrachtgever van dit onderzoek. Bovendien heeft hij veel mee gedacht, ons adviezen gegeven en verschillende personen aangesproken die mogelijk van hulp konden zijn bij een bepaald aspect van ons onderzoek, zoals bijvoorbeeld de financiering van muziektherapie.

Daarnaast was vanuit KenVaK dr. Kathinka Poismans onze eerste contactpersoon en waren haar kennis van de kaders van Zuyd Hogeschool en haar kennis op gebied van muziektherapie en onderzoek van belangrijke toegevoegde waarde voor ons onderzoek. Vanuit KenVaK is ook dr. Susan van Hooren betrokken geweest bij ons onderzoek. Zij volgde het onderzoek op tijdens de tussentijdse bijeenkomsten met KenVaK en dr. Jie, en speelde een begeleidende en adviserende rol in dit onderzoek. Vanuit Zuyd Hogeschool was Julianne Tissen betrokken bij het onderzoek als onze scriptiebegeleidster.

Op gebied van implementatie van muziektherapie binnen de ziekenhuissetting hebben we mailcontact gehad met Peter van Dun, anesthesieverpleegkundige in het St. Elisabethziekenhuis te Tilburg, die met muziekinterventies werkt, en Maurits Raafs, muziektherapeut i.o. op de PAAZ aldaar. Zij waren in eerste instantie erg enthousiast om ervaringen en kennis uit te wisselen. Verschillende keren hebben we een poging gedaan om een afspraak te maken, maar telkens strandde het op een aantal voorgestelde data zonder definitieve afspraak.

In de zoektocht naar het antwoord op de vraag of er al muziektherapeuten werkzaam zijn op oncologieafdelingen in Nederland, kwamen we terecht bij Anneke Naaijken-Doek. Zij gaf in een e-mailreactie (A. Naaijken-Doek, persoonlijke communicatie, 23 november 2013) aan dat zij maar weinig oncologiepatiënten behandeld had en dat zij niet meer werkzaam was op de oncologieafdeling in Tilburg. Daarom had zij geen interesse om mee te werken aan ons onderzoek.

Wat betreft de financiële kant van de implementatie van muziektherapie op de MOA, heeft dr. Jie contact gehad met een psychiater in het Atrium MC. Verder hebben we mailcontact gehad met een secretariaatsmedewerker van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en met Albert Berman, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT). Omdat zij ons geen sluitend antwoord konden geven, heeft dr. Jie voor ons ook Hans Kerkkamp, lid van de Raad van Bestuur van het Atrium MC, aangesproken.

We hebben een interview gedaan met Inge Bracke, muziektherapeut op de kinderhemato-oncologie in het UZ Gasthuisberg te Leuven, over de aandachtspunten wat betreft hygiëne voor instrumenten en materialen.

In tabel 2 geven we een overzicht van de actoren in het actieonderzoeksnetwerk weer.

Tabel 2 Actieonderzoeksnetwerk	
Persoon of groep	Rol in het onderzoek
MOA van het Atrium MC (patiënten, afdelingsmanager Hans Verbong en personeel)	doelsysteem, probleemdragers (direct betrokkenen)
Nele Pauwels en Teun van Rossum	actieonderzoekers (direct betrokkenen)
dr. Asiong Jie	initiatiefnemer (indirect betrokkene)
KenVaK (dr. Kathinka Poismans en dr. Susan van Hooren)	opdrachtgevers (indirect betrokkenen)
Juliane Tissen	scriptiebegeleider (indirect betrokkene)
Peter van Dun, Maurits Raafs, Anneke Naaijens-Doek, Inge Bracke, psychiater van het Atrium MC, FVB, Albert Berman (NVvMT) en Hans Kerkkamp (Raad van Bestuur van het Atrium MC)	indirect betrokkenen

2.4 Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase maakten we kennis met de afdeling en het personeel. We hebben onszelf voorgesteld, wie we waren en wat we deden, en hebben geïnventariseerd wat de verschillende betrokkenen van het onderzoek verwachtten. Dit onderzoek stond immers ten dienste van de MOA.

We startten met een eerste kennismakingsgesprek op 22 oktober 2013. Dit gesprek vond plaats in een gespreksruimte op de MOA, Hans Verbong en drie medewerkers van de MOA waren aanwezig. We hebben daar het project aan hen voorgelegd. De eerste afspraken werden gemaakt en ideeën werden uitgewisseld.

Omdat wij als externe instantie ons onderzoek zouden uitvoeren in een nieuwe, onbekende omgeving, kregen we een rondleiding op de afdeling door Bénédicte Coenegracht, een verpleegkundige die nauw betrokken was bij ons onderzoek, op 26 februari 2014. Op die manier maakten we verder kennis met de afdeling en kregen we zicht op de faciliteiten, het beleid en het werkmilieu van de afdeling. We hebben toen ook enkele patiënten gezien en Bénédicte vertelde wat over de patiënten op de MOA. Een echte kennismaking als onderzoekers met de patiënten kon pas plaatsvinden toen we aan de slag gingen als therapeuten tijdens de actiefase.

De kennismaking met het personeel gebeurde op 20 februari 2014, toen we op de teamvergadering van de MOA een presentatie gaven waarin we onszelf, het onderzoeksproject en het vak muziektherapie voorstelden. Verdere kennismaking gebeurde tijdens de actiefase, waarin we samenwerkten met en ons afstemden op de verpleegkundigen en andere medewerkers.

Verder hebben we in januari ook een gesprek gehad met dr. Jie. Als onderzoekers wilden wij rekening houden met de visie en de verwachtingen van de opdrachtgever van het onderzoek. Bovendien heeft hij als internist-hematoloog op de MOA erg veel kennis over en ervaring in de praktijksituatie waarin wij zouden gaan onderzoeken. In dit gesprek werd wat meer duidelijk wat het doel zou zijn van het onderzoek en werd de opzet concreter.

Het doel van het project was driedelig. Ten eerste wilden we een overzicht bieden van bestaand onderzoek, zodat artsen zich een beeld zouden kunnen vormen bij de wetenschappelijk aangetoonde effecten van muziektherapie in de oncologische zorg. We zouden dus relevante onderzoeken opzoeken en er een systematisch review van maken. Ten tweede zouden we aan de slag gaan als therapeuten op de MOA. Voor het opstellen van een implementatieplan vonden we het namelijk belangrijk om na te gaan hoe patiënten en medewerkers van de MOA van het Atrium MC te Heerlen een muziektherapeutisch aanbod ervoeren en wat voor hen de toegevoegde waarde ervan was. Ten derde wilden we de randvoorwaarden voor de praktische uitvoerbaarheid van een muziektherapeutisch aanbod op de MOA in kaart brengen.

2.5 Diagnostische fase

Nadat we kennisgemaakt hadden met en een eerste beeld hadden van de MOA, konden we ons verder verdiepen in de dagelijkse gang van zaken aldaar tijdens de diagnostische fase. Deze viel grotendeels gelijk met de actiefase. Om de verschillende deelp Problemen, probleemfactoren en probleemfacetten in kaart te kunnen brengen, hebben we geparticipeerd in de praktijksituatie. Door muziektherapie aan te bieden aan patiënten en door gesprekken te voeren met verpleegkundigen over patiënten, kwamen we erachter welke meerwaarde de muziektherapie voor hen zou kunnen bieden. Deze dataverzamelingstechniek noemt Migchelbrink (2007) 'participerende observatie'.

Migchelbrink (2007) spreekt qua observatie ook nog over verholde en niet-verholde observatie. Het onderscheid heeft te maken met het gegeven of wij ons als onderzoekers al dan niet als zodanig kenbaar maken. Om patiënten te laten wennen aan een muziektherapeutisch aanbod hebben we met sommige van hen eerst kennisgemaakt en alvast wat muziek gemaakt vooraleer we het onderzoek ter sprake brachten (verholde observatie). Bij andere patiënten gaven we meteen bij het begin van de sessie te kennen dat we met een onderzoek bezig waren (niet-verholde observatie). De afweging of het gepast was om het onderzoek wel of niet meteen te benoemen maakten we in het moment.

Daarnaast hebben we ook de kennis en ervaring van het personeel aangeboord. We hebben reflectie in groepsverband (Migchelbrink, 2007) gedaan, door vragen te stellen aan het personeel over de patiënten en hen te laten meedenken over de vormgeving van het onderzoek. Dit gebeurde grotendeels tijdens de voorbereidende gesprekken, dus nog vóór de actiefase. Via deze reflectie en de eerder genoemde observaties, kwamen we vanuit de verschillende invalshoeken tot een concretere en gedeelde diagnose (Migchelbrink, 2007) van de praktijksituatie.

Om ervoor te zorgen dat we de gedeelde diagnose van de praktijksituatie behielden, hebben we nauw contact gehouden met Hans Verbong, het afdelingspersoneel en dr. Jie. We hebben op 25 maart en 15 april 2014 een voortgangsgesprek gehouden met Hans Verbong, waarin we vertelden hoe het ging en verifieerden of het onderzoek de juiste richting uitging. Door gesprekken met KenVaK en dr. Jie op 25 februari en 15 april 2014, verloren we ook hun visie op het onderzoek niet uit het oog. En tenslotte hebben we tussendoor gepraat met personeel en ons tijdens het muziektherapeutisch werken op hen afgestemd.

2.6 Ontwikkelfase

Met al deze voorbereiding uit de vorige fases, hebben we uiteindelijk een projectplan ontwikkeld tijdens de ontwikkelingsfase. We hebben eerst samen overlegd hoe we de therapie precies wilden gaan vormgeven. Omdat muziektherapie nog onbekend was op de MOA, kozen we ervoor om laagdrempelig te beginnen: contact leggen met patiënten en hen muziek aanbieden d.m.v. een liedmap en begeleiding op een gitaar. Ook hebben we een tablet aangeschaft om daarop 'playlists' te maken voor en/of samen met patiënten. Dit leek ons een laagdrempelige en makkelijk inzetbare werkvorm. Deze werkvorm hebben we uiteindelijk niet toegepast omdat het 'live' muziek maken voor patiënten goed ontvangen werd. Tijdens het werken op de MOA hebben we het muziektherapeutisch aanbod steeds kritisch bekeken en gezocht naar mogelijke aanpassingen en uitbreidingen ervan.

Tijdens het gesprek met KenVaK en dr. Jie op 25 februari 2014 hebben we nagedacht over de manier waarop we de data zouden verzamelen voor ons onderzoek. We hadden eerst een vragenlijst opgesteld en voorgelegd aan KenVaK en dr. Jie, maar de ontwikkeling van een daadwerkelijk valide vragenlijst was in het tijdsbestek van deze scriptie niet mogelijk. Daarom hebben we besloten om patiënten geen kwantitatieve vragenlijst te laten invullen, maar na elke sessie een gesprek te houden. Daarbij hebben we op voorhand een aantal thema's bedacht om gerichter vragen te kunnen stellen en informatie te verzamelen. We hebben ons voor deze thema's gebaseerd op de Cochrane review van Bradt et al. (2011). Deze thema's omvatten onder andere kwaliteit van leven, angst en ontspanning. We spraken af om in deze gesprekken ook ruimte te laten voor andere opmerkingen van patiënten. Achteraf zouden we dan thema's clusteren uit deze gesprekken. We spraken af dat de gesprekken zouden worden opgenomen. Hiervoor hebben we memorecorders gereserveerd bij de audiovisuele dienst van Zuyd Hogeschool. Om gesprekken met patiënten te mogen opnemen, moesten we eerst schriftelijke toestemming verkrijgen van de Medisch Ethische Commissie (METC) van het Atrium MC. Dr. Jie heeft voor ons contact gelegd met de METC. We moesten een aanvraag indienen met een aanvraagbrief, een

beknopt studieprotocol van ons onderzoek en een informatiebrief voor patiënten. In deze informatiebrief moest duidelijk staan dat de informatie uit de opnames anoniem zou verwerkt worden en dat de opnames niet zouden worden vrijgegeven. Bij deze brief was ook een 'informed consent' (zie bijlage 2) bijgevoegd die patiënten vóór de opnames in tweevoud moesten ondertekenen als ze akkoord gingen met het feit dat er geluidsopnames zouden worden gemaakt. Op dinsdag 25 maart 2014 kregen we toestemming van de METC.

Met Hans Verbong hebben we op 14 februari 2014 enkele concrete praktische afspraken gemaakt. De bufferkamer op de afdeling zou, als er geen patiënten lagen, de muziektherapieruimte worden. In de bergruimte die aan deze kamer grenst, konden we onze instrumenten gedurende de hele actieperiode opbergen. De muziektherapeutische sessies zouden starten op 4 maart en plaatsvinden op dinsdag- en donderdagmiddag van 14.00u tot 17.00u. We kozen ervoor om twee keer per week op de MOA te zijn omdat er zo continuïteit in de therapie met patiënten en in de samenwerking met personeel zou zijn. De middagen waren voor patiënten het meest geschikt, omdat ze tussen de middagrust en het avondeten vielen. Met Hans werd ook besproken dat we geen isolatiepatiënten zouden behandelen. Tenslotte hebben we tijdens dat gesprek samen besloten om een informatiefolder (zie bijlage 3) op te stellen voor patiënten, waarin we onszelf en het onderzoek kort voorstelden en beknopt uitlegden wat muziektherapie is. Deze folder hebben we daarna doorgestuurd naar Hans; deze is uitgeprint en door de medewerkers verspreid over de afdeling en onder de patiënten.

Op maandag 3 maart hebben we verschillende instrumenten naar het Atrium MC gebracht, die we zouden kunnen gebruiken tijdens de therapie. Dit waren voornamelijk onze eigen instrumenten, en enkele instrumenten die we mochten lenen van Zuyd Hogeschool.

In de ontwikkelfase hebben we contact gehad met de FVB, de NVvMT en dr. Jie omtrent de mogelijke financiering van muziektherapie in een klinische setting en met Inge Bracke omtrent hygiënische voorwaarden en aandachtspunten voor instrumentarium en voor andere materialen die nodig zijn voor muziektherapie.

In onze rol als onderzoeker waren een aantal dingen belangrijk: het continue proces van het verzamelen van informatie en onderzoeksdata, het reflecteren met direct en indirect betrokkenen, het testen van het ontwikkelde muziektherapeutisch aanbod in de praktijk, het eventueel bijstellen en verder ontwikkelen van dit aanbod en het evalueren van de voortgang en de resultaten van het onderzoek. Voor ons als onderzoekers was het belangrijk om goed te kunnen samenwerken met het personeel op de MOA. In het zoeken van balans tussen de rol van onderzoeker en die van muziektherapeut, was het belangrijk om rekening te houden met de behoeften en wensen van patiënten en er tegelijkertijd voor te zorgen dat we de benodigde data voor ons onderzoek konden verzamelen.

2.7 Actiefase

De actiefase begon op 4 maart 2014 en eindigde op 17 april 2014. In die periode waren we elke week op dinsdag- en donderdagmiddag aanwezig op de MOA in het Atrium MC te Heerlen. We waren meestal al aanwezig rond 13.30u om de instrumenten en de liedmap te ontsmetten, de gitaren te stemmen en even te acclimatiseren. Vanaf ongeveer de derde week werd dat halfuur ook benut om met verpleegkundigen te bekijken welke patiënten er die dag op de afdeling waren opgenomen en bij hen na te vragen wie er in aanmerking kwam voor muziektherapie.

We hebben tijdens de actiefase alleen gewerkt met de gitaar en de liedmap. Eén keer hebben we wel actief gemusiceerd met patiënten. In hoofdstuk 3 ('Resultaten') komen we terug op de redenen waarom we de muziektherapie niet verder hebben uitgebreid.

Al snel bleek dat het niet nodig was, en soms ook niet mogelijk was, om na elke sessie een heel gesprek te voeren met de behandelde patiënt en dat op te nemen. Tijdens de sessies gaven patiënten tussen de liederen door al veel informatie, die we verwerkten in onze rapportages. Samen met onze scriptiebegeleider Juliane Tissen besloten we dan om enkele sessies volledig op te nemen, zodat we achteraf konden analyseren wat patiënten letterlijk gezegd hadden.

Tijdens de actiefase hebben we regelmatig een evaluatieonderzoek gedaan in de vorm van procesmonitoring. Dit is het continu verzamelen van gegevens over belangrijke elementen van de uitvoering van het onderzoek (Migchelbrink, 2007). Dit hebben we gedaan via voortgangsgesprekken met Hans Verbong, via vergaderingen met KenVaK en met dr. Jie, via de dagelijkse afstemming met verplegend personeel en patiënten, en via onze eigen dagelijkse evaluaties en rapportages. Deze procesmonitoring zorgde ervoor dat het onderzoek zich in de gewenste richting bleef ontwikkelen en was onderdeel van de 'look'-'think'-'act'-circulatie van de 'Basis Action Research Routine' van Stringer (in Migchelbrink, 2007).

2.8 Evaluatiefase

Migchelbrink (2007) zegt dat evaluatieonderzoek in de verschillende fases van een actieonderzoek kan ingezet worden. Regelmatig moest er gecheckt worden of we nog steeds bezig waren met het beantwoorden van de onderzoeksvraag. In dit hoofdstuk beschrijven en beargumenteren we hoe we ons onderzoek hebben geëvalueerd. Eerst wordt gedefinieerd wat procesevaluatie is en hoe we dit hebben toegepast in ons onderzoek. Daarbij komt ook aan bod hoe we de verkregen data hebben geanalyseerd. Daarna beschrijven we kort de productevaluatie.

2.8.1 Procesevaluatie

In de procesevaluatie hebben wij de feitelijke uitvoering van ons onderzoek geëvalueerd. We hebben de verschillende stappen die we hebben ondernomen, beschreven en beoordeeld (Migchelbrink, 2007). Tijdens het proces hebben we ons handelen geëvalueerd door procesmonitoring (zie paragraaf 2.7, 'Actiefase'). In de evaluatiefase hebben we gebruik gemaakt van een programmareview. Dit is een beschrijving van de uitvoering van het handelen (het programma), waardoor inzichtelijk wordt welke mogelijkheden en beperkingen het programma heeft en waardoor er een oordeel over gevormd kan worden (Migchelbrink, 2007). Deze programmareview beschrijven wij in dit hoofdstuk aan de hand van de drie deelvragen, omdat we drie verschillende gebieden onderzoeken met drie verschillende producten: de systematic review, de ervaringen van patiënten en personeel wat betreft het muziektherapeutisch aanbod en de beschrijving van de randvoorwaarden.

De systematic review

Vanaf februari zijn we gestart met het zoeken van literatuur. We hebben voor onze systematic review in databanken gezocht naar artikelen met de zoektermen 'music therapy', 'cancer', 'oncology', 'music therapy AND cancer', 'music therapy AND oncology'. Databanken die we geraadpleegd hebben zijn: The Cochrane Library, Pubmed, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScienceDirect en de Wiley Online Library. We zochten zowel kwantitatieve als kwalitatieve artikelen om uit onderzoeken zowel statistische gegevens als ervaringsgegevens te kunnen verwerken. We vonden diverse relevante Engelstalige artikelen, waaronder kwantitatieve onderzoeken, kwalitatieve onderzoeken, een pilotstudy en een 'mixed-methods-onderzoek'.

Om inzicht te krijgen hoe we best zouden kunnen starten, en waarmee we rekening moesten houden, hebben we op 13 februari 2014 een overleg gehad met dr. Poismans. Daardoor kregen we een duidelijk beeld van wat we moesten doen en wat er van ons verwacht werd. We kwamen tot een selectie van vijf kwantitatieve en twee kwalitatieve onderzoeken. Ook kregen we van dr. Poismans het format (de tabel) waarin we de gegevens geordend konden weergeven. Terwijl we de onderzoeken verwerkten, waren we benieuwd of we op de goede manier bezig waren. Daarom spraken we af nog een bijeenkomst te plannen met dr. Poismans. Zij gaf in een mail (K. Poismans, persoonlijke communicatie, 24 maart 2014) aan dat we goed bezig waren maar dat het te uitgebreid was. Dr. Poismans had contact gehad met dr. Jie over welke vormgeving het meest wenselijk was voor hem en zijn collega's. De voorkeur ging uit naar een overzichtelijk schema en dr. Poismans stuurde ons dan ook een nieuwe tabel waarin we de gegevens meer gecompriëerd konden weergeven. We kwamen erachter dat het juist interpreteren en verwerken van de codes en getallen uit kwantitatief onderzoek lastig was. Om hier toch meer inzicht in te krijgen planden we weer een overlegmoment. Dr. Poismans nam met ons het schema door (K. Poismans, persoonlijke communicatie, 10 april 2014) en voorzag het van feedback. Ook gaf ze toelichting bij de

getallen en codes en maakte ze ons duidelijk hoe we de informatie zo kernachtig en volledig konden weergeven. Met deze informatie gingen wij weer verder aan de slag. Toen wij dachten dat we het overzicht compleet hadden, stuurden we dit ter controle naar dr. Poismans. Zij voorzag dit van wat laatste feedback en keurde de systematic review goed (K. Poismans, persoonlijke communicatie, 8 mei 2014).

Ervaringen van patiënten en personeel

Tijdens de sessies en op het einde ervan, hebben we steeds aan patiënten gevraagd wat ze van de muziektherapie vonden en hoe ze het ervaren hadden. Van elke sessie die we gedaan hebben met patiënten hebben we onze eigen rapportages gemaakt. Deze bespraken we dagelijks met elkaar. We hebben van twee volledige sessies geluidsopnames gemaakt. Deze opnames hebben we getranscribeerd. We bleven samen kritisch kijken naar of we patiënten konden bereiken en of het muziektherapeutisch aanbod goed was of dat het aangescherpt moest worden.

Daarnaast hadden we een feedbackboekje op de zusterpost gelegd waarin verplegend personeel hun feedback kon schrijven en vroegen we hen of ze navraag bij patiënten wilden doen over hoe zij de muziektherapie hadden ervaren. Tussendoor spraken verpleegkundigen en vrijwilligers ons regelmatig ook aan om hun eigen ervaringen en reacties van patiënten terug te koppelen. Dit hebben we opgenomen in onze rapportages.

We hebben tijdens een teamvergadering op 14 april 2014 het verplegend personeel bevraagd op hun ervaringen en wat zij van patiënten teruggehoord hadden over muziektherapie. Hiervan hebben we een samenvatting gemaakt; deze is ter controle voorgelegd aan een aantal aanwezigen om te garanderen dat ze juist en volledig was. Deze 'memberchecking' garandeerde de betrouwbaarheid van deze dataverzameling (zie paragraaf 2.9, 'Kwaliteitscriteria').

Voor de data-analyse van de transcripties en de rapportages hebben wij gebruik gemaakt van de kwalitatieve data-analysetechniek 'coderen'. Strauss en Corbin (in Boeije, 2006) onderscheiden drie types van codering: open codering, axiale codering en selectieve codering.

Bij open codering worden de gegevens in fragmenten ingedeeld. De relevante fragmenten worden gelabeld en onderling vergeleken (Boeije, 2006). Al tijdens de eerste dataverzameling, dus vanaf de eerste sessies, hebben wij gegevens uit de sessies besproken, uitgewisseld en onderling vergeleken. Daaruit ontstond een lijst met codes. Aan het einde van de actiefase in het Atrium MC kwamen we geen nieuwe thema's meer tegen, dus waren er ook geen nieuwe codes meer nodig.

Daarna hebben we axiaal gecodeerd, d.w.z. de codes geordend in hoofd- en subcodes (Boeije, 2006). Daaruit kwam de volgende codeboom:

Tabel 3 <i>Codeboom van ervaringen van patiënten</i>	
Hoofdcode	Subcodes
Beleving	- Ontspanning - Afleiding - Oproepen van herinneringen - Herkenbare thema's in liederen - Uiten van emoties - Plezier - Positieve ervaring
Contact	- Interactie met therapeut - Interactie met bezoek - Interactie met andere patiënten - Aanzet tot gesprek - Humor

Reactie	- Interesse in muziektherapie - Geen interesse in muziektherapie aan het begin van de sessie - Geen interesse in het voortzetten van de sessie - Geen muziektherapie wegens externe factor - Interesse om terug te komen - Schijnbaar onverschillig - Goed initiatief - Aandacht bij muziek - Aandacht niet bij muziek - Zuchten - Verstillen - Meedoen - Applaus - Bedanken - Mooi - Opener worden
---------	--

Tenslotte hebben we bij het beschrijven van de resultaten selectief gecodeerd, dat wil zeggen dat we de codes hebben gestructureerd (Boeije, 2006). We hebben in hoofdstuk 3 ('Resultaten') niet alle gegevens beschreven, maar een selectie gemaakt op basis van de onderzoeksvraag. Hierbij kwam de kerncategorie⁹ naar voren, namelijk de kwaliteit van leven van de patiënten. Het structureren hebben we ook gedaan via visualisatie: we creëerden een tabel waarin we de frequentie van bepaalde reacties weergaven en een andere tabel waarin we enkele uitspraken van patiënten weergaven.

De gegevens over de reacties en ervaringen van het personeel van de MOA hebben we gebundeld en samengevat. We hebben deze niet gecodeerd, maar wel gekeken naar de betekenis ervan. Omdat alle reacties van het personeel belangrijk waren, hebben we bij de selectie voor de resultatenbeschrijving alleen de dubbele uitspraken eruit gehaald.

Het in kaart brengen van de randvoorwaarden

In het allereerste kennismakingsgesprek met H. Verbong, B. Coenegracht, Y. Jungnitsch en G. Snippe (persoonlijke communicatie, 22 oktober 2013) werden al enkele mogelijke randvoorwaarden genoemd: geen geluidsoverlast, de beschikbaarheid van een therapieruimte, de aanschaf van instrumenten, facilitaire ondersteuning en hygiënische voorwaarden.

Vervolgens hebben we tijdens de rondleiding op de MOA (B. Coenegracht, persoonlijke communicatie, 26 februari 2014) gekeken naar welke ruimtes mogelijk geschikt waren als vaste muziektherapieruimte. Daaruit bleek dat de bufferkamer het meest geschikt was als basis van waaruit we konden werken, aangezien er bedden naar binnen konden en er van daaruit toegang was tot een opslagruimte waar de instrumenten konden worden opgeborgen. Bénédicte liet ons zien welke faciliteiten er op de patiëntenkamers waren, bijvoorbeeld stroomaansluiting t.b.v. elektrische piano en koptelefoons. Verder hebben we ook bekeken op welke andere plekken we muziektherapie konden aanbieden. Ook heeft zij ons laten zien wat belangrijke hygiënische aandachtspunten zijn op de MOA. Na de rondleiding hebben we met Hans Verbong besproken wat de voorwaarden zijn vanuit het Atrium MC om er te mogen werken. We werden naar de Personeels- en Salarisadministratie (PSA) gestuurd, waar bleek dat we een aantal formaliteiten in orde moesten brengen: infectiepreventieonderzoek (IPO), kleding en badge.

⁹ De kerncategorie beschrijft en verklaart de waarnemingen van de onderzoeker. Het is een constructie die centraal staat in de codering en in het onderzoek. Kenmerken zijn dat de kerncategorie vaak terugkeert in gegevens, niet zomaar verzadigd is en variaties in data verklaart (Boeije, 2006).

Op 20 februari 2014 hebben wij een introductiepresentatie gegeven op de teamvergadering van de MOA. Hier hebben we het personeel ingelicht over muziektherapie en over ons onderzoek. Daaruit kwam naar voren dat het voor de profilering nodig zou zijn om een informatiefolder op te stellen voor patiënten. We hebben een interview met Inge Bracke gedaan over de hygiënische aandachtspunten bij het muziektherapeutisch werken op een oncologieafdeling. Hiervan is een samenvatting gemaakt en deze is ter controle aan Inge Bracke teruggekoppeld en akkoord bevonden ('betrouwbaarheid', zie paragraaf 2.9, 'Kwaliteitscriteria'). Verder hebben we voor het in kaart brengen van de randvoorwaarden geput uit onze eigen ervaringen terwijl we in het ziekenhuis werkten. We hebben wat betreft financiën contact gezocht met de NVvMT en via dr. Jie een psychiater en een lid van de Raad van Bestuur benaderd en overlegd met KenVaK. Tenslotte hebben we om de kosten voor instrumenten te kunnen begroten het internet geraadpleegd.

2.8.2 Productevaluatie

Bij de productevaluatie of effectevaluatie (Migchelbrink, 2007) hebben wij gekeken of ons muziektherapeutisch aanbod op de MOA in het Atrium MC het gewenste effect had. Wij hebben een productevaluatie gehouden met het verpleegkundig personeel op de teamvergadering van de MOA op 14 april 2014. Wat daaruit naar voren is gekomen, beschrijven we uitgebreid in het volgende hoofdstuk over de resultatenbeschrijving. De volgende dag hebben we een afsluitend evaluatiegesprek gehad met Hans Verbong. Hij vertelde dat hij aangenaam verrast was door het project en door de werking van muziektherapie.

Ook in een afsluitend gesprek met KenVaK en dr. Jie hebben we een productevaluatie gehouden. We hebben toen de voorlopige resultaten gepresenteerd en samen besproken. Dr. Poismans, dr. van Hooren en dr. Jie waren erg enthousiast over het verloop van ons onderzoek en over de reacties van patiënten en personeel.

Tenslotte zal er nog een eindpresentatie volgen op een teamvergadering van de MOA, waarin we de resultaten van ons onderzoek zullen weergeven en bespreken met het personeel.

2.9 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van dit onderzoek te garanderen, zijn er een aantal kwaliteitseisen waaraan het moet voldoen. Reason en Bradbury, Tilanus en Coghlan en Branninck (in Migchelbrink, 2007) hebben specifieke kwaliteitseisen voor actieonderzoek opgesteld: samenwerking, reflectie, kennisbronnen, betekenis en bruikbaarheid, transparantie, kritische en zorgvuldige omgang met aannames, interpretaties en verschillende gezichtspunten en verantwoording.

Verder zijn 'betrouwbaarheid' en 'validiteit' kwaliteitscriteria voor kwantitatief onderzoek. Migchelbrink (2007) schrijft dat actieonderzoek op deze kwaliteitscriteria hoog scoort vanwege de actieve betrokkenheid van de onderzochten. Wat betreft het muziektherapeutisch aanbod kwamen de verkregen data uit eerste hand (patiënten en verplegend personeel), en de uitwerking en interpretatie ervan werd veelvuldig met die betrokkenen geverifieerd.

2.9.1 Samenwerking

Het gaat er bij het kwaliteitscriterium 'samenwerking' om of de beoogde samenwerking tussen de onderzoeker en de betrokkenen voldoende uit de verf komt. We hebben met Hans Verbong diverse gesprekken gehad over het werken in het ziekenhuis en ons onderzoek. Bénédicte Coenegracht heeft de rondleiding voor ons verzorgd en was bij verschillende gesprekken met Hans Verbong aanwezig. Ze was nauw betrokken bij de uitvoering van het onderzoek: ze zorgde o.a. voor de verspreiding van de patiëntfolders en was ons aanspreekpunt tijdens het werken op de MOA.

We hebben in een tweetal teamvergaderingen ons onderzoek respectievelijk kunnen introduceren bij en evalueren met verplegend personeel. Daarnaast waren zij tijdens ons werken op de afdeling van grote waarde als het gaat om de profilering van muziektherapie bij patiënten, het meedenken over welke patiënten baat zouden kunnen hebben bij een muziektherapeutisch aanbod en het ons geven van feedback. Het verplegend personeel heeft ook uitgesproken dat ze het erg prettig hebben gevonden dat ze direct betrokken werden bij het onderzoek en mochten meedenken.

We hebben verder steeds in contact met patiënten het muziektherapeutisch aanbod vormgegeven. De samenwerking met KenVaK en dr. Jie zijn erg waardevol geweest in het meedenken over de voortgang van het onderzoek. Deze gesprekken verliepen altijd soepel en we konden samen ideeën uitwisselen.

2.9.2 Reflectie

Het is belangrijk dat er een continue en interactieve reflectie is als onderdeel van het veranderingsproces. Allereerst hebben wijzelf als onderzoekers dagelijks individueel en samen gereflecteerd over het werken met patiënten en de voortgang en inhoud van ons onderzoek. Daarnaast hebben we steeds het muziektherapeutisch aanbod afgestemd op de patiënten en hen bevraagd op hun ervaringen hierbij. We hebben verder het verplegend personeel steeds gevraagd naar feedback (over hun eigen ervaringen en wat ze eventueel van patiënten gehoord hadden) en hebben we een feedbackboekje op de zusterpost gelegd waarin het verplegend personeel opmerkingen kon schrijven wat betreft ons onderzoek. Ook de gesprekken met Hans Verbong, KenVaK en dr. Jie waren waardevol in het kritisch kijken naar de voortgang en invulling van ons onderzoek.

2.9.3 Kennisbronnen

Het kwaliteitscriterium 'kennisbronnen' gaat over de vraag of er gebruik gemaakt wordt van meerdere elkaar aanvullende kennisbronnen. Wij hebben tijdens dit onderzoek allereerst geput uit literatuur (boeken, onderzoeksartikelen, tijdschriften en internetpagina's). Verder hebben we gebruik gemaakt van de kennis en expertise van betrokkenen: Hans Verbong, het verplegend personeel, dr. Jie, KenVaK en de NVvMT. De behoeften, wensen en ervaringen van patiënten stonden centraal bij de ontwikkeling van ons muziektherapeutisch aanbod. Daarnaast hebben we ook geput uit onze eigen kennis en ervaring vanuit onze opleiding en stages.

2.9.4 Bruikbaarheid

Bij het criterium 'bruikbaarheid' wordt de vraag gesteld of de verzamelde informatie van betekenis is en bruikbaar is voor de dagelijkse handelingssituatie van de betrokkenen. We hebben tijdens ons onderzoek erg veel positieve reacties gehad op ons muziektherapeutisch aanbod, zowel van patiënten en familieleden of bezoek, als van verplegend personeel. Zij lieten allen blijken de positieve effecten van ons aanbod erg te waarderen.

Wat betreft de randvoorwaarden is er een compleet en beknopt overzicht waaruit blijkt wat er nodig is om muziektherapie op de MOA te kunnen aanbieden en wat er eventueel nog meer mogelijk is buiten het aanbod dat wij hebben kunnen realiseren. De systematic review geeft artsen een overzicht over het reeds gedane onderzoek naar muziektherapie in de oncologie en onderbouwt de werking en effectiviteit van muziektherapie bij kankerpatiënten.

Het feit dat dit onderzoek gestart is naar aanleiding van een expliciete vraag van dr. Jie, en dat zowel hij als Hans Verbong als het verplegend personeel als de patiënten in het Atrium MC nauw betrokken waren bij de invulling en voortgang van dit onderzoek, maakt dat de bruikbaarheid goed geborgd is.

2.9.5 Transparantie

Het gaat er bij transparantie om of de stappen, doelen en methoden helder en navolgbaar zijn en of ze passen bij het voorliggende handelingsprobleem. Om de transparantie van dit onderzoek te garanderen hebben we alle overlegmomenten en communicatie met Hans Verbong, het verplegend personeel, KenVaK, dr. Poismans, dr. Jie, de NVvMT en het St. Elisabethziekenhuis gedocumenteerd. Daarnaast hebben we van al het patiëntencontact rapportages gemaakt. Het voortdurend overleggen met de betrokkenen maakte ook dat wat we deden in overeenstemming was en bleef met de doelstellingen van dit onderzoek.

2.9.6 Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

Bij 'kritische en zorgvuldige omgang met aannames' wordt de vraag gesteld hoe er met tegenstrijdige gezichtspunten en interpretaties is omgegaan. Een open houding in de communicatie is hierbij van groot belang geweest. Op deze manier konden we tijdens verschillende overlegmomenten met de diverse betrokkenen van ons onderzoek aannames, interpretaties en verschillende gezichtspunten toelaten en samen verkennen. De nieuwe gezichtspunten en interpretaties konden we dan meenemen in het vervolg van ons onderzoek.

Tevens hebben we bij patiënten zoveel mogelijk doorgevraagd naar de betekenis van hun bewoordingen (zoals 'afleiding' en 'ontspanning') om de effecten van de muziektherapie zo concreet mogelijk te kunnen inventariseren.

2.9.7 Verantwoording

Voor het kwaliteitscriterium 'verantwoording' is het belangrijk dat de onderzoekers de verschillende stappen in het onderzoekstraject kunnen onderbouwen en verantwoorden. De grote mate van overleg met de verschillende betrokkenen en de documentatie van de verschillende overlegmomenten, garanderen dat aan dit kwaliteitscriterium wordt voldaan. We hebben in hoofdstuk 2 ('Opzet van het onderzoek') uitgebreid de verschillende fases van het onderzoeksproces beschreven. In paragraaf 2.8 ('Evaluatiefase') hebben we het onderzoeksproces en –product geëvalueerd.

3. Resultaten

3.1 Systematic review

Om een groot draagvlak te creëren voor de implementatie van een muziektherapeutisch aanbod op de MOA is het van belang om, naast patiënten en verplegend personeel, ook de artsen te overtuigen van de meerwaarde van muziektherapie in de oncologie. Voor veel artsen geldt dat, alvorens een aanvulling op het behandelaanbod kan worden gerealiseerd, deze aanvullende behandeling met gedegen wetenschappelijk onderzoek onderbouwd moet zijn (A. Jie, persoonlijke communicatie, 17 september 2013). In overleg met dr. Jie besloten we dan ook een systematic review te maken zodat hij en de andere artsen op de MOA in een oogopslag een indruk van het al verrichte wetenschappelijk onderzoek naar muziektherapie in de oncologie konden krijgen. Daarnaast vonden wij deze review ook belangrijk omdat artsen zich op deze manier een beeld kunnen vormen van de manier waarop muziektherapie in de oncologie wordt en kan worden ingezet.

In dit hoofdstuk inventariseren we wat de uitkomsten zijn van onderzoeksartikelen over muziektherapie bij kankerpatiënten tot en met 2014. Hiervoor gebruiken we een systematic review van The Cochrane Collaboration¹⁰ (Bradt et al., 2011), die onderzoeken tot en met 2011 bekijkt, en de systematic review die wijzelf gemaakt hebben van artikelen tot en met 2014.

3.1.1 Zoekgeschiedenis en vormgeving

We hebben voor onze systematic review in databanken gezocht naar artikelen met de zoektermen 'music therapy', 'cancer', 'oncology', 'music therapy AND cancer', 'music therapy AND oncology'. Databanken die we geraadpleegd hebben zijn: The Cochrane Library, Pubmed, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScienceDirect en de Wiley Online Library. We zochten zowel kwantitatieve als kwalitatieve artikelen om uit onderzoeken zowel statistische gegevens als ervaringsgegevens te kunnen verwerken. We vonden diverse relevante Engelstalige artikelen. Na overleg met dr. Poismans kwamen we tot een selectie van vijf kwantitatieve en twee kwalitatieve onderzoeken. Ook kregen we van dr. Poismans het format (de tabel) waarin we de gegevens geordend konden weergeven. Na het verwerken van de gegevens van de onderzoeken hebben we de review ter controle naar dr. Poismans gestuurd en heeft zij deze van feedback voorzien en goedgekeurd. Hiermee borgen we de kwaliteit van deze review door via de techniek 'memberchecking' de betrouwbaarheid van deze review te garanderen.

3.1.2 Beschrijving van de resultaten

Uit de review van The Cochrane Collaboration (Bradt et al., 2011) blijkt dat muziektherapie gunstige effecten heeft op angst, pijn, stemming en kwaliteit van leven bij kankerpatiënten. Verder suggereren de resultaten dat muziektherapie de hartslag, ademhalingsfrequentie en bloeddruk kan verlagen. Bradt et al. (2011) schrijven dat resultaten uit de studies die ze in hun review hebben gebruikt, suggereren dat muziektherapie aangeboden kan worden als complementaire behandeling bij kankerpatiënten.

Uit de kwantitatieve onderzoeken die we in onze review hebben opgenomen blijkt dat muziektherapie een effectieve en bruikbare interventie is als het gaat om vermindering van angst, boosheid, stress, depressie en pijn. Verder blijkt dat muziektherapie een positief effect heeft op positief en negatief affect, ontspanning vergroot, vermoeidheid vermindert en de systolische bloeddruk verlaagt.

Uit de kwalitatieve onderzoeken die we in onze review hebben opgenomen blijkt dat veel patiënten muziek gebruiken om de aversieve gevolgen van kanker te verbeteren. Het gebruiken van de voorkeursmuziek van patiënten kan hun uithoudingsvermogen, in relatie tot het ziekteproces, vergroten en hun leven verrijken. Muziektherapie blijkt effectief in het verlichten van ziektesymptomen, brengt afleiding van het dagelijkse lijden en heeft een positief effect op gevoelens van onzekerheid gedurende het ziekteproces. Muziektherapie helpt bij het organiseren en tot expressie brengen van gedachten. De communicatie en relaties verbeteren. Muziektherapie helpt ook bij het onderkennen van de ziekte en

¹⁰ Het 'abstract' van de Cochrane review en de link naar het volledige artikel is te vinden in bijlage 4.

soms ook van de sterfelijkheid. Ouders zagen, door de vermindering van stress en onzekerheid bij hun (jong)adolescenten, een verbetering bij hen in de kwaliteit van leven.

De ouders zelf ervoeren positieve effecten wat betreft acceptatie en ervoeren een verbeterd gevoel van welzijn.

3.1.3 Relevantie

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar de werking van muziektherapie bij kankerpatiënten. De meeste onderzoeken uit de reviews bevelen meer onderzoek naar de werking van muziektherapie in de oncologie aan, om de effecten op diverse gebieden (psychische en fysiologische) verder te staven. Beide systematic reviews ondersteunen dat muziektherapie positieve effecten op diverse gebieden (psychische en fysiologische) bewerkstelligt bij kankerpatiënten. Uit de resultaten van beide reviews kan dan ook geconcludeerd worden dat muziektherapie kan worden ingezet als een waardevolle complementaire therapie bij de behandeling van kankerpatiënten.

De conclusies van beide systematic reviews zijn voor ons een bevestiging van de resultaten uit ons actieonderzoek (zie paragraaf 3.2, 'Ervaringen van patiënten en personeel'), aangezien deze resultaten overeenkomsten tonen met de resultaten uit de onderzoeken die in de systematic review verwerkt zijn.

Verder was de Cochrane review relevant voor ons onderzoek, omdat we de daarin gebruikte subthema's als basis hebben gebruikt als leidraad bij het bevragen van de patiënten naar hun ervaringen bij het muziektherapeutisch aanbod.

De term 'kwaliteit van leven' neemt in dit onderzoek een centrale plek in. Het is een begrip wat het Atrium MC erg belangrijk vindt in relatie tot haar patiënten. Kort gezegd is kwaliteit van leven een persoonlijke beoordeling over het algemene welbevinden (Felce & Perry, 1995). Uit beide reviews blijkt dat muziektherapie positieve effecten heeft op zowel psychische als fysiologische vlakken. Wij concluderen dan ook dat deze positieve effecten een positieve bijdrage leveren aan het algemeen welbevinden van kankerpatiënten en dus ook aan de persoonlijke beoordeling van kankerpatiënten van hun eigen kwaliteit van leven. Muziektherapie kan dus effectief worden ingezet als behandeling ter bevordering van de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten.

3.1.4 Het product: de systematic review

Op de volgende pagina hebben wij onze systematic review in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4 Systematic review: het effect van muziektherapie op de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten

Auteur + jaar	Doelgroep	Kwantitatief onderzoek			Resultaten
		Design	Design	Meetinstrument	Statistiek
Chen, Wang, Shih & Wu (2013)	Oncologiepatiënten die een radiotherapiebehandeling ondergaan, die 5 weken of langer duurt. Geen eerdere diagnose van angst of psychologische stoornis. Leeftijd: 18+	Vergelijking tussen een doelgroep (n=100) die 15 minuten muziektherapie krijgt voorafgaand aan radiotherapie en een controlegroep (n=100) die 15 minuten rust krijgt voorafgaand aan radiotherapie.	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Hartslag (slagen/min) Systolische druk (mmHg) Diastolische druk (mmHg) Ademfrequentie (ademhalingen/min) Zuurstofverzadiging (%)	Chi-square analysis Fisher's exact test Paired T test Independent two-sample T test	Pre-test: $P > 0.05$ STAI: State-anxiety: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.693$) Trait-anxiety: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.773$) Hartslag: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.970$). Systolische druk: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.753$). Diastolische druk: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.615$). Ademfrequentie: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep ($p = 0.050$). Zuurstofverzadiging: Significant verschil tussen doelgroep (98.0 ± 1.2) en controlegroep (97.5 ± 1.2) ($p = 0.005$). Post-test: STAI: Significant verschil tussen pre- en post-test voor beide groepen. Verschil tussen groepen: ($p < 0.05$) State-anxiety: Significant verschil tussen doelgroep (-7.19 ± 0.94) en controlegroep (-1.04 ± 0.41) ($p < 0.001$). Trait-anxiety: Significant verschil tussen doelgroep (-2.77 ± 0.66) en controlegroep (-1.13 ± 0.42) ($p = 0.036$). Hartslag: Significant verschil tussen pre- en

Romito, Lagattolla, Costanzo, Giotto & Mattioli (2013)	Borstkankerpatiënten die chemotherapie ondergaan. Geen visuele of auditieve beperking. Geen taalbeperking. Leeftijd: 20-75	Vergelijking tussen een doelgroep (n=31) die gedurende 2,5 uur muziektherapie in groep krijgt aangeboden door een klinisch psycholoog tijdens de chemotherapiekuur, en een controlegroep (n=31) die gedurende 20 minuten een individuele één-op-één conversatie krijgt aangeboden door een vrijwilliger tijdens de chemotherapiekuur.	Emotion Thermometers Tool (variabelen: stress, angst, depressie, boosheid)	Inter-group T test Intra-group T test Cohen's D effect size	Pre-intervention: Inter-group T test: Geen significante verschillen tussen doelgroep en controlegroep ($p > 0.05$). Post-intervention: Intra-group T test: Significant verschil tussen pre- en post-intervention op stress en angst in de controlegroep ($p < 0.005$). Significante verschillen tussen doelgroep en controlegroep voor alle variabelen ($p < 0.05$). De waargenomen werkzaamheid van de interventie was hoger in de doelgroep ($p < 0.001$). Cohen's D effect size: Significante verschillen tussen pre- en post-intervention bij de doelgroep op stress ($d = 0.62$), angst ($d = 0.69$), depressie ($d = 0.52$) en boosheid ($d = 0.58$).
					post-test voor beide groepen Geen significant verschil tussen doelgroep (4.40 ± 0.77) en controlegroep (3.28 ± 1.10) ($p = 0.405$). <u>Systolische druk:</u> Significant verschil tussen pre- en post-test bij de doelgroep. Significant verschil tussen doelgroep (-5.69 ± 0.41) en controlegroep (-0.67 ± 1.29) ($p = 0.009$). <u>Diastolische druk:</u> Geen significant verschil tussen doelgroep (-1.71 ± 0.89) en controlegroep (-1.41 ± 0.86) ($p = 0.809$). <u>Ademfrequentie:</u> Significant verschil tussen pre- en post-test voor beide groepen Geen significant verschil tussen doelgroep (-0.65 ± 0.13) en controlegroep (-0.46 ± 0.14) ($p = 0.319$). <u>Zuurstofverzadiging:</u> Geen significant verschil tussen doelgroep (-0.01 ± 0.13) en controlegroep (-0.06 ± 0.13) ($p = 0.779$).

						De waargenomen werkzaamheid van de interventie was hoger in de doelgroep (d = -1.59).
Fredenburg & Silverman (2014)	Gehospitaliseerde bloed- en beenmerg transplantatiepatiënten. Leeftijd: 18+	Vergelijking tussen een doelgroep (n=12) die muziektherapie krijgt aangeboden voor de post-test (pre-test, muziektherapie, post-test) en een controlegroep (n=20) die pas na de post-test muziektherapie krijgt aangeboden. (pretest, 20-30 minuten wachten, posttest, muziektherapie)		The 10-item Positive and Negative Affect Schedule short form version (I-PANAS-SF) 10-point Likert-type scale	T-test ANCOVA	Pre-test: T-test: Geen significant verschil tussen doelgroep en controlegroep (p > 0.05). Significante correlatie tussen alle pre- en post-tests (p < 0.05) voor doel- en controlegroep. Post-test: Significante verschillen tussen doelgroep en controlegroep Pijn: p=0.007 Positive affect: p=0.001 Negative affect: p=0.003
Rosenow & Silverman (2014)	Gehospitaliseerde beenmerg transplantatiepatiënten. Leeftijd: 22-75 35 mannen, 15 vrouwen die 1 tot 78 dagen in het ziekenhuis lagen.	Participanten (n=50) krijgen een muziektherapeutische sessie van 30-45 minuten. Pretest, posttest en follow-up (30-45 minuten na de posttest) design.		10-point Liker-Type Scales: Ontspanning Angst Vermoeidheid Misselijkheid Pijn Onderzoekers vroegen na afloop of de patiënt in de toekomst al dan niet nog een muziektherapeutisch aanbod wil.	ANOVA	Significante verbetering voor: Ontspanning: F(2,86)=27.00 p<0.001 partial η²=0.386 Angst: F(2,86)=23.86 p<0.001 partial η²=0.785 Vermoeidheid: F(2,86)=1.96 p=0.148 partial η²=0.044 Voor misselijkheid en pijn niet significant, wel verbetering Follow-up scores nog altijd beter dan pretest scores. Alle participanten wilden graag nog een keer muziektherapie
Rosenow & Silverman (2014)	Gehospitaliseerde beenmerg transplantatiepatiënten. Leeftijd: 31-64 11 mannen, 7 vrouwen Die 1 tot 202 dagen in het ziekenhuis lagen	Single session randomized and controlled design met pre- en posttest voor beide groepen. Vergelijking van een doelgroep (n=8) die live 'preferred music' krijgt aangeboden en een controlegroep (n=10) die 30-45 minuten wachten als interventie krijgen.		Brief Fatigue Inventory (BFI)	ANOVA	Vermoeidheid: Geen significante effecten. Wel lichte verbetering bij doelgroep en lichte verslechtering bij controlegroep.
Docherty et al. (2013)	Ouders van adolescenten/jongvolwassenen met kanker die een	Kwalitatief beschrijvend design. ongestructureerde kwalitatieve interviews werden ingezet om				Voor AYA's: Verlichting in lijden en vergroting van veerkracht bij AYA's

	beenmergtransplantatie ondergaan en die participeerden in een studie naar de werkzaamheid van de interventie Therapeutic Music Video (TMV): Clienten maken hierbij een persoonlijke muziekvideo. AYA = Adolescents/Young Adults	ouders(n=16) te bevragen op behulpzaamheid (helpfulness) en betekenis (meaningfulness) van de TMV- interventie voor hun AYA's			Ondersteuning in zelfexpressie en zelfreflectie, hulp in het contact maken met anderen en leidde tot zinvolle gesprekken voor AYA's. Het TMV proces was hanteerbaar, niet-stresvol, verblijvend (joyful). Voor de ouders: Inzicht in gedachten en emoties van hun AYA's, verbeterde ziekte-acceptatie, verbeterd gevoel van welzijn. De dvd van de AYA's diende als nalatenschap, bron van inzicht, trots en vreugde. De TMV-interventie was een waardevolle manier voor ouders om privacy, autonomie en zelfstandigheid van hun AYA's te respecteren en ondersteunen. Participatie aan de interventie gedurende de acute fase van de transplantatie: Ouders waren verbijsterd over het feit dat hun AYA's bleven meedoen ondanks hoge mate van last van hun symptomen. Aanmoedigende ondersteuning van ouders en onderzoeker waren van grote waarde.
O'Callaghan et al. (2013)	Kankerpatiënten vanaf 25 jaar, gediagnosticeerd met levensbedreigende kanker uit het Metropolitan kanker centrum en een hospice afdeling (n=52) 22 mannen, 30 vrouwen	Constructivistische benadering met een op 'grounded theory' geïnspireerd design, gebruik makend van 'convenience', 'snowball' en 'theoretical sampling'. Patiënten uit het Australische Metropolitan ziekenhuis van de kankerafdeling en het hospice vullen demografische vragenlijsten in en namen deel aan semi-gestructureerde interviews. Kwalitatieve inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid werd toegepast.			Veel patiënten gebruiken muziek om de aversieve gevolgen van kanker te verbeteren. Patiënten putten vaak uit hun eigen 'muzieklevens' en gebruiken onbekendere muziek om verbonden te blijven met hun 'pre-ziekte' identiteit, het versterken van hun eigen capaciteit om de behandeling te verdragen en te blijven overleven (ook al weet je dat je gaat sterven) en om te gaan met de dood, hun op zijn kop gezette wereld te "reframen" en om verrijkte levens te leven. Geïntensiveerde emotionele reacties op muziek kunnen hun dreigende sterfelijkheid weerspiegelen. Soms is muziek ontoegankelijk, ongrijpbaar en/of versterkt het juist stress en wordt het vermeden.

3.2 Ervaringen van patiënten en personeel

Tijdens de actiefase van ons onderzoek hebben we een muziektherapeutisch aanbod gedaan op de MOA in het Atrium MC. Omdat dit onderzoek zich onder andere richt op het verbeteren van de kwaliteit van leven bij patiënten, is het belangrijk om hun ervaringen bij het muziektherapeutisch aanbod te inventariseren en te beschrijven. Door patiënten en eventueel bezoek tijdens de sessies vragen te stellen over hoe ze de muziek ervoeren en over hun kwaliteit van leven in de ruimste zin van het woord, zijn we tot de resultaten gekomen wat betreft hun ervaringen. Een tweede bron van data zijn onze observaties van hun lichaamstaal en mimiek tijdens de muziek en er tussendoor.

De ervaringen van het personeel zijn belangrijk omdat zij de patiënten op de afdeling goed kennen en 'onze grootste ambassadeurs zijn' (A. Jie, persoonlijke communicatie, 25 februari 2014). Bij een implementatie van muziektherapie op de afdeling, is het van groot belang om draagvlak voor muziektherapie te creëren bij het personeel zodat zij patiënten naar de muziektherapeut kunnen doorverwijzen. We hebben de ervaringen van het verplegend personeel verzameld door gesprekken en reacties te rapporteren tijdens de actiefase en door een evaluatiebespreking te houden op de teamvergadering van de MOA.

Opmerkingen van patiënten worden zonder bronvermelding geciteerd omwille van het waarborgen van hun privacy.

3.2.1 Patiënten

We hebben 33 patiënten behandeld die opgenomen zijn op een een- of tweepersoonskamer. Acht patiënten zagen we twee keer, de meesten echter maar één keer. Sommige patiënten hadden bezoek, sommigen waren alleen of met een kamergenoot. Op de dagbehandelkamer zagen we in totaal 9 patiënten, de meesten van hen hadden bezoek. Behalve de eerste sessie in de dagbehandelkamer, hebben we individueel gewerkt en was er bij elke sessie dus één van ons als therapeut aanwezig.

Muziektherapie is een nieuw gegeven op de MOA in het Atrium MC, en dat merkten we. Een keer maakte een vrouw, die op bezoek was bij een patiënt op de dagbehandelkamer, foto's van de muzieksessie omdat zij dit zo'n unieke belevenis vond. Of wanneer patiënten bijvoorbeeld tijdens de sessie gebeld werden, vertelden ze aan de telefoon dat er iemand speciaal voor hen muziek aan het maken was en hielden ze de telefoon in onze richting om de beller te laten luisteren. Reacties als: "Ik kom hier al vijf jaar, maar nog nooit heb ik dit meegemaakt," of: "Een persoonlijk concert aan mijn bed, dat heb ik nog nooit gehad," bewijzen dat patiënten de muziektherapie een speciale, unieke ervaring vinden.

We legden aan elke patiënt uit dat we bezig waren met een onderzoek in het kader van ons afstudeerproject. Vaak vroegen patiënten ook verder naar het onderzoek en naar de studies. Velen gaven aan dat ze het een goed initiatief vonden, dat het heel goed paste op de afdeling of dat ze hun dokters zouden zeggen dat ze de muziektherapiesessie prettig vonden. Na een tijdje merkten we ook dat patiënten over hun prettige ervaring met muziektherapie vertelden aan andere patiënten en personeel.

Anderzijds had het ook nadelen dat muziektherapie nog niet bekend of uitgebouwd was op de afdeling. Omdat sommige mensen niet wisten wat ze konden verwachten, reageerden ze afwijzend. Hierop komen we later in dit hoofdstuk terug.

We merkten een duidelijk verschil tussen de sessies met patiënten in de dagbehandelkamer en de sessies met patiënten op de opnameafdeling. Daarom beschrijven we deze apart. In tabel 5 worden het aantal reacties per codering (zie paragraaf 2.8, 'Evaluatiefase') van patiënten op een- of tweepersoonskamers vergeleken met die van de patiënten op de dagbehandelkamer.

Tabel 5 <i>Vergelijking van reacties van patiënten</i>				
Codering van de reactie	Aantal patiënten die de reactie gaven			
	Een- of tweepersoonskamers (33 patiënten)		Dagbehandelkamer (9 patiënten)	
Ontspanning	24	(73%)	1	(11%)
Afleiding	13	(39%)	5	(56%)
Oproepen van herinneringen	11	(33%)	-	(0%)
Herkenbare thema's in liederen	10	(30%)	-	(0%)
Uiten van emoties	15	(45%)	-	(0%)
Plezier	7	(21%)	3	(33%)
Positieve ervaring	22	(67%)	6	(67%)

Muziektherapie in de dagbehandelkamer

We zijn drie keer naar de dagbehandelkamer gegaan, en elke keer stemden alle patiënten in met het muziektherapeutische aanbod. De sessies in de dagbehandelkamer zijn over het algemeen minder diepgaand dan die op de opnameafdeling, maar daarom niet minder waardevol. Patiënten op de dagbehandelkamer zijn voornamelijk op zoek naar prettige, plezierige ervaringen. Ze geven aan dat de muziek hen afleidt van negatieve gedachten of van verveling. "We zitten hier nu toch," was een vaak voorkomende reactie toen we vroegen of patiënten interesse hadden in muziektherapie. Er kwam bijvoorbeeld een vrouw mij (Nele Pauwels) achterna op de gang toen ze me vanuit de dagbehandelkamer voorbij zag lopen met een gitaar. Ze vroeg zelf spontaan of ik wat liedjes wilde komen spelen, en was blij verrast toen het antwoord positief was. Ze vroeg expliciet naar plezierige, uptempo liedjes en bekende hits die zij en haar vriendin konden meezingen. Deze dames vroegen ook of ik over drie weken, wanneer zij terug op de dagbehandelkamer zouden zijn, weer voor hen wilde komen spelen. Een andere keer was een vrouw klaar met haar chemotherapiebehandeling, maar bleef ze zitten om te luisteren totdat de muziek sessie gedaan was vooraleer ze naar huis ging. Hieruit merkten wij op dat deze mensen de muziektherapie in het ziekenhuis blijkbaar wel als prettig ervaren.

Ook merken we dat tijdens de muziektherapiesessie interactie ontstaat tussen de verschillende patiënten die al enkele uren samen in de dagbehandelkamer zitten. Zo was er bijvoorbeeld een vrouw die werd aangestoken door het enthousiasme van haar medepatiënten. Ze was eerst wat stilletjes, maar omdat de andere patiënten mee zongen en vrolijk waren, begon zij open te bloeien. Een ander voorbeeld is van een vrouw, die eerst zat te lezen toen ik (Nele Pauwels) binnenkwam. Nadat ik enkele liederen had gezongen en vroeg naar ieders muzikale voorkeuren, knoopte ze een gesprek aan met haar buurvrouwen over muzieksmaak en werden er verhalen uitgewisseld over ervaringen met muziek. Een verpleegster vond het bijzonder dat wanneer er in de dagbehandelkamer een muziektherapeutisch aanbod was, alle patiënten samen bezig waren met eenzelfde ding, namelijk de muziek (persoonlijke communicatie, 14 april 2014).

Muziektherapie op de een- en tweepersoonskamers (opnameafdeling)

- **Ontspanning**

Op het merendeel van de patiënten die wel muziektherapie kregen, heeft de muziek een ontspannende of rustgevendende werking. Sommige patiënten geven dit verbaal terug, bij andere patiënten hebben wij het als therapeut zelf geobserveerd. We zagen bijvoorbeeld dat de ademhaling rustiger werd, dat bij een patiënt spastische bewegingen afnamen en bij een andere patiënt ongecontroleerde geluiden verstilden, dat patiënten tijdens de muziek hun ogen dicht deden of in slaap vielen. De muziektherapie bracht voor vele mensen ook rust na een hevig emotioneel moment van verdriet of angst. Zo had bijvoorbeeld een patiënte tijdens een sessie slecht nieuws gekregen van de arts. Terwijl zij en haar familie mekaar omhelsden en samen huilden, zei ze "we gaan gewoon een muziekje maken" precies op het moment dat

ik (Teun van Rossum) begon met spelen en een lied inzette. De patiënte gaf aan dat ze er rustig van werd, ze zong op het einde zelfs even mee. Ze vond het mooi en passend dat de muziek op de achtergrond aanwezig was.

- Afleiding

Een tweede effect dat ons muziektherapeutisch aanbod op de MOA teweegbracht, is het afleiden van negatieve gedachten of emoties, van de dagelijkse gang op de afdeling of van verveling of eenzaamheid. Patiënten vertellen dat het hebben van de ziekte kanker veel vermoeiende, negatieve, vervelende gedachten met zich meebrengt. Gedachten over hoe het nu verder moet, stress en onzekerheid worden even aan de kant gezet en maken plaats voor aandacht voor en beleving van de muziek. Enkele patiënten benoemden ook dat het eens wat anders was dan de dagelijkse gang van zaken op de afdeling: de aandacht voor de ziekte en de behandeling ervan, maar ook de hele tijd op bed liggen, in het luchtledige staren, naar de tv kijken of naar de radio luisteren. De muziek lijkt de tijd en de stilte op te vullen voor patiënten. Twee patiënten vertelden dat de negatieve gedachten niet verdwenen, maar wel door de muziek verlicht werden en dat ze er daardoor niet in bleven vastzitten. Enkele patiënten vertelden dat ze in een soort van trance geraakten door het luisteren naar muziek, afgesloten van de rest van de wereld. Ze beschreven fantasiebeelden die de muziek in hen opriep: een beetje Chineesachtig, een tuintje met een bruggetje, forellen in het vijvertje ...

Een vrouw vertelde dat ze sinds de zomer niet meer naar muziek had geluisterd, maar na de muziektherapiesessie deed ze dat weer wel. Door de ervaring die ze in de muziektherapie had opgedaan, kon ze weer helemaal in de muziek gaan zitten die ze daarna beluisterde.

Naast de muziek zelf, zorgde ook de persoonlijke aandacht van de therapeut voor de patiënt voor afleiding. Soms vroegen mensen bij de kennismaking al of we wel tijd hadden om bij hen te zitten en muziek voor hen te maken. Of ze zeiden al lachend dat ze nog nooit zo een persoonlijk concert hadden gekregen. Er ontstonden, door de muziek en door het persoonlijke contact, gesprekken over muziekgenres of -smaak, over de kanker en de onzekerheid, het verdriet, de angst die het met zich meebrengt, maar ook over het leven van vroeger en nu, hobby's, familie, etc. Tijdens de sessies was er vaak ook ruimte voor wat humor, samen lachen, een grapje tussendoor. Dit bracht wat lichtheid en lucht in de sfeer en in het onderlinge contact.

- Oproepen van herinneringen

Ook zorgde de muziek voor het oproepen van herinneringen. Vele patiënten hadden vroeger zelf iets met muziek gedaan, of ze kenden iemand die wel een instrument bespeelde, waarover ze uitgebreid vertelden. Oud-Hollandse liederen en liederen uit de '80er, '70er, '60er jaren of nog vroeger, zorgden bij de oudere mensen voor prettige herinneringen aan vroegere tijden. Zo was er een vrouw die vertelde dat ze vroeger tijdens de afwas altijd oud-Hollandse liedjes zong. Een andere vrouw bijvoorbeeld, vertelde over trouwerijen waar ze dan liederen zong met een zelf aangepaste tekst. Dat vond ze altijd het leukste van het hele trouwfeest.

Enkele patiënten gaven aan de herinneringen emotioneel te vinden, wat voor hen positief was. De meeste patiënten vertelden enthousiast over de leuke, grappige en fijne herinneringen. Het vertellen daarover zorgde op zijn beurt dan weer voor een afleiding van de sleur van de ziekte en voor een intenser contact tussen patiënten onderling en tussen patiënten en therapeut. Voor de terminale patiënten, die hun leven nu op een rijtje zetten, was het oproepen van herinneringen ook heel betekenisvol. Zo was er een oudere patiënte die aan het begin van de sessie leeg voor zich uitstaarde. Toen ik (Teun van Rossum) 'In het groene dal, in het stille dal' speelde, maakte ze plots oogcontact, werd haar mimiek zachter en zong ze het lied woordelijk mee. Door deze herkenning kwamen de herinneringen van vroeger terug en kwam het gesprek tussen patiënt, therapeut en de dochter van de patiënt, die ook bij de sessie was, op gang. Later zei deze patiënte, toen ik hetzelfde liedje voorstelde: "Ja! Dat ben ik!"

- Herkenbare thema's in liederen

De herinneringen en de verhalen kwamen vaak doordat de thema's, de tekst en/of de klank van de liederen herkenbaar was voor patiënten. Zo ontstond er bijvoorbeeld eens na het lied 'You've got a friend' een gesprek over vriendschap en het belang van vrienden wanneer je door een moeilijke periode heen moet. Of een vrouw vertelde dat ze de liederen wel kende van de radio, maar nu er iemand het 'live' voor

haar zong, kon ze de tekst verstaan en begreep ze de boodschap achter de liederen. Een andere vrouw vertelde dat de liederen perfect pasten bij haar en bij haar situatie, omdat de teksten heel herkenbaar waren. 'Het dorp' van Wim Sonneveld was voor een andere patiënt een heel ontroerend verhaal omdat hij er een levensverhaal in herkende. Een man werd erg geëmotioneerd door het lied 'Pak maar m'n hand' van Nick en Simon, omdat hij recent, door zijn ziekte had geleerd dat hij hulp van andere mensen nodig had en dat andere mensen ook zijn hulp nodig hadden.

Sommige mensen bevestigden de muziek ook non-verbaal, door bijvoorbeeld te knikken wanneer ze het lied kenden of de tekst herkenbaar was voor hen. Enkele mensen gaven ook aan dat ze door de muziektherapie merkten hoe belangrijk muziek voor hen was tijdens de ziekte en de verwerking ervan.

- Uiten van emoties

Dit brengt ons bij het volgende aspect dat we tegenkwamen tijdens de muziektherapiesessies, namelijk dat patiënten hun emoties uitten. Bij vele patiënten kwamen er tranen na het horen van het eerste lied. Het leek voor ons alsof de emoties, die losgemaakt werden door de muziek, er al lang waren bij patiënten, maar niet aan de oppervlakte kwamen doordat ze zich sterk moesten houden om hun ziekte en hun lijden te kunnen doorstaan. Nadat we even ruimte hadden gegeven voor het uiten van die emoties, praatten we erover met de patiënt. Soms waren de emoties erg heftig en speelden we rustige muziek om er ruimte aan te geven en om de patiënt wat meer tot rust te brengen voordat we een gesprek aanknoopten. Sommige patiënten uitten hun emoties niet door tranen, maar wel door er alleen over te praten. Patiënten vertelden dat ze geëmotioneerd waren doordat de muziek bij hen herinneringen oproep of doordat de teksten herkenbaar waren. Vele patiënten gaven ook aan dat de muziek die we voor hen speelden en zongen hen hielp om hun emoties een plek te kunnen geven.

Enkele patiënten gaven aan dat ze hun tranen als positief beschouwden. Dit merkten we op uit reacties als: "Dat is goed, even ontladen," en: "Nu is het eruit." Een vrouw vertelde tijdens het praten over haar emoties, dat ze al de hele dag uit balans was en dat haar kamer negatief aanvoelde voor haar. Toen ik (Nele Pauwels) haar later die dag weer tegenkwam, zag ze er een stuk rustiger uit. Ze zei dat het haar deugd had gedaan, dat ze door de muziek haar emoties had kunnen uiten en haar negatieve gedachten had kunnen luchten. Ze was tot een inzicht gekomen: "Ik dacht eerst altijd maar dat het de kamer was, maar ik was het gewoon zelf."

Een andere vrouw vertelde dat ze het goed vond dat ze tijdens de muziektherapie emotioneel kon zijn. Dat kon ze niet wanneer haar familie erbij was, omdat ze zich dan sterk wilde houden. Ze vertelde dat de muziek haar had geholpen om haar emoties te verwerken.

Tijdens een sessie met twee patiënten, kregen elk van deze patiënten slecht nieuws te horen van een arts. Ze waren erg overstuur en door te luisteren naar de rustige, emotionele muziek die de therapeut speelde, werd de stilte tijdens het huilen opgevuld. Nadien hebben ze allebei geïmproviseerd op een xylofoon en een metallofoon. Ze vertelden dat ze in de muziektherapie tot rust waren gekomen en dat ze tegen hun verwachtingen in zelfs plezier hadden in het zelf spelen.

- Plezier

De muziek en de muziektherapie zorgden er immers ook voor dat de patiënten hun positieve emoties konden uiten. Vaak waren muziektherapiesessies een van de weinige momenten waarop patiënten plezier beleefden. Sommige patiënten vroegen expliciet naar vrolijke liedjes, die hen konden opbeuren. Soms bewogen patiënten mee met de muziek en vele patiënten luisterden al glimlachend naar de muziek die voor hen werd gespeeld en de liederen die werden gezongen.

Er werd regelmatig een grapje gemaakt of gebruik gemaakt van humor door patiënten tijdens de sessies. Ook merkten we vaak bij patiënten die in het begin wat terughoudend tegenover muziektherapie stonden of nogal nors overkwamen, dat ze tijdens de sessie opener werden. Dit was soms verbaal merkbaar, bijvoorbeeld dat een patiënt in het begin van de sessie vooral met korte zinnen antwoordde en nadien hele verhalen vertelde. Of soms zagen we ook dat de mimiek van patiënten doorheen de sessie zachter werd, dat er een glimlach verscheen op een nors gezicht of dat de ogen van patiënten meer gingen spreken.

- Positieve ervaring

Tenslotte kunnen we concluderen dat bijna alle patiënten die één of meerdere muziektherapiesessies hebben bijgewoond, het een positieve ervaring vonden. Alle patiënten bedankten ons na de sessie,

sommigen zelfs na elk lied. We kregen vaak een oprecht applaus. Vele patiënten waren enthousiast over het onderzoek en vonden het een goed initiatief. Patiënten vertelden enthousiast over hun ervaringen binnen de muziektherapie aan andere patiënten, familie en bezoek, verpleegkundigen. Sommigen gaven aan dit ook terug te willen koppelen aan hun arts. Slechts twee patiënten waren schijnbaar onverschillig tegenover de muziektherapie en vroegen na één of enkele liederen om weer weg te gaan. Opvallend is dat bij deze beide patiënten hun aandacht niet uit leek te gaan naar de muziek, maar bij de ene naar het feit dat een verpleegkundige bloed moest prikken, bij de andere naar haar drukke planning die ze die dag nog voor de boeg had.

Enkele uitspraken van patiënten als reactie op de muziektherapiesessies, te lezen in tabel 6, staven de resultaten uit de afgelopen paragrafen.

Tabel 6	<i>Uitspraken van patiënten over het muziektherapeutisch aanbod op de MOA</i>
Ontspanning	• “Rustige muziek ontspant.” • “Muziek brengt me ontspanning.”
Afleiding	• “Je zit maar te denken en te denken: Haal ik het wel? Hoe gaat het verder met mij? Door de muziek gaan negatieve gedachten naar de achtergrond.” • “De muziek is een welkome afleiding.” • “Deze muziek brengt rust en afleiding. De dagen duren zo lang als je maar wat ligt op zo’n kamer.” • “Dit is echt een positieve onderbreking.” • “Je blijft niet vast zitten in al die gedachten.”
Oproepen van herinneringen	• “De muziek roept herinneringen op, en dat maakt het soms ook emotioneel.” • “Het is een mooi liedje. Dan ga je helemaal in de tijd terug.” • “Je gaat een beetje terug in de tijd, dat vind ik bij je repertoire erg leuk. En dan krijg je herinneringen. Ja, we hebben nu natuurlijk een shittijd, maar we hebben ook mooie tijden gehad. En daar moet je aan terug denken.” • “Er komen herinneringen boven waar je al heel lang niet meer aan gedacht hebt.”
Herkenbare thema’s in liederen	• “Het past perfect. De teksten zijn heel herkenbaar.”
Uiten van emoties	• (huilend) “Het raakt me wel, maar nu is deze kamer niet meer zo negatief.” • “Ik probeer me de hele tijd sterk te houden. Dat moet. Ik heb kinderen, zij hebben er niets aan als ik hier emotioneel ben. Dat moet als ik alleen ben. En de muziek helpt me daarbij.” • “Muziek leert je om te gaan met je emoties.” • “Het is een heftig liedje. Daar word je stil van.” • “Muziek treft altijd de mensen.”
Plezier	• “Muziek is er om je op te beuren.” • “Ik word er vrolijk van.” • “Muziek verblijdt toch ergens wel.” • “In het begin dacht ik: wat ben ik hier nou aan het doen? En opeens begon ik op jou te letten, en kon ik ook wat meer meespelen. En toen werd ik er rustig van, en vond ik het nog leuk ook.”

Positieve ervaring	• “Het is eenvoudige muziek, fijn om naar te luisteren.” • (na de sessie) “Nu kunnen we weer even verder.” • “Misschien tot ziens, en anders kan je de volgende keer iemand anders blij maken met de muziek.” • “De muziek heeft me er bovenop geholpen vandaag.” • “Ik vind het mooi hoe u de muziek brengt. De klank vult de hele kamer.” • “Je hebt ons wel opgefleurd vanmiddag.” • (tegen therapeut) “Je bereikt meer dan je denkt. En ik zal altijd aan je terugdenken.”
Andere uitspraken	• “Ik kan vol overgave luisteren naar de muziek. Alsof ik even buiten mezelf kan zijn.” (terwijl ze met haar handen naar haar eigen lichaam refereert) • “Mijn bloed gaat weer stromen. Dat voel ik.” • “Zo, hebben we van niets toch weer iets gemaakt vandaag.” • (oude vrouw) “Ik voel me door de muziek alsof ik weer midden in het leven sta!” • “Muziek hoort er gewoon bij, bij het leven.” • “Je sluit je helemaal af. Een beetje in trance, zo van de rest afgesloten.” • “Muziek brengt verlichting.” • “Het is eens wat anders dan gewoon in het luchtledige staren.” • “Ik merk nu hoe belangrijk muziek eigenlijk is voor mij.”

- Redenen voor afwijzing van het muziektherapeutisch aanbod

Een ander verschil tussen het werken op de dagbehandelkamer en op de opnameafdeling, is dat er op de opnameafdeling ook patiënten het muziektherapeutisch aanbod weigerden. Soms kon de muziektherapie niet doorgaan wegens een externe factor, zoals ontslag uit het ziekenhuis, onderzoeken of verzorging, maar bij de meeste afwijzingen was de patiënt niet geïnteresseerd in muziektherapie vanwege één of meerdere van de volgende redenen:

- De patiënt is te moe en wil rusten.
- De patiënt voelt zich te ziek.
- De patiënt heeft teveel pijn.
- De patiënt is zeer angstig en heeft daarom geen interesse in muziektherapie.
- De patiënt wil niets, wil leeg zijn.
- De patiënt heeft een andere afleiding, zoals tv of eigen muziek op telefoon.
- De patiënt ligt op een kamer met iemand die geen muziektherapie wil.
- De patiënt heeft bezoek.
- De patiënt is bezig met het regelen van zaken.
- De patiënt heeft naar eigen zeggen niets met muziek.
- De patiënt heeft geen zin.

In het begin van de actiefase gingen we meteen weg bij de afwijzing van patiënten. Wanneer de patiënt bezoek had, liepen we de kamer niet binnen. Maar zoals eerder beschreven in dit hoofdstuk, merkten we dat vele patiënten niet precies wisten wat muziektherapie kon betekenen voor hen. Omdat we zelf overtuigd waren dat muziektherapie voor veel van de afwijzende patiënten wel waardevol zou zijn, probeerden we na een tijdje om de patiënt het toch te laten proberen. We stelden hen dan eerst gerust door de drempel te verlagen. We zeiden tegen de patiënt dat hij of zij zelf niets hoefde te doen. We stelden voor om toch één liedje te spelen en daarna kon de patiënt zelf beslissen of de sessie werd voortgezet of niet. De meeste patiënten waren overtuigd na of zelfs al tijdens het eerste lied. Slechts twee patiënten stuurden hun therapeut weer weg na één lied.

3.2.2 Personeel

Al meteen vanaf het begin van ons onderzoek, merkten we dat het afdelingspersoneel erg enthousiast was over muziektherapeutisch aanbod. De verpleegkundigen en vrijwilligers waren erg geïnteresseerd hoe patiënten het ervoeren, gaven aan dat ze het zelf mooi en rustgevend vonden en maakten hun patiënten warm voor muziektherapie. Tijdens onze eerste sessie in de dagbehandelkamer bood een van de verpleegsters aan om een tekst uit te printen van een lied dat een patiënt graag wilde meezingen. Een andere keer vertelde een verpleegster, die tijdens de muziektherapiesessie binnenkwam bij een patiënt, dat de sfeer in zo'n kamer meteen anders aanvoelt doordat er muziek wordt gespeeld. We hoorden af en toe van verschillende verpleegkundigen dat zij zelf baat hadden bij het muziekaanbod en dat ze er rustig van werden. Soms overtuigden ze patiënten die afwijzend waren om toch muziektherapie te proberen. Na enkele therapiedagen hebben we het personeel er meer bij betrokken: we vroegen hen om mee te denken en zij vertelden welke patiënten volgens hen goede kandidaten waren voor muziektherapie. Zij waren voor ons erg belangrijk in het kennismaken met patiënten, met de doelgroep en met de afdeling. In gesprekken met personeel in de wandelgangen en in het feedbackboekje, waarin verpleegkundig personeel opmerkingen, ervaringen en andere feedback konden schrijven, kregen we veel complimenten over de manier waarop we de muziek brachten. Ze vonden onze stemmen en het geheel erg mooi.

In een evaluerend gesprek op de teamvergadering van de MOA peilden we naar de reacties van verpleging op het muziektherapeutisch aanbod en op het verloop van het actiegedeelte van ons onderzoek. We zijn deze reacties nagegaan m.b.v. drie vragen:

1. Hebben jullie feedback gehad van patiënten over de muziektherapie, en zo ja, welke?
2. Hoe hebben jullie het zelf ervaren? Wat vonden jullie er zelf van?
3. Hebben jullie verder nog opmerkingen, tips, feedback, etc.?

Drie verpleegkundigen, die niet aanwezig waren op de teamvergadering, hebben we deze drie vragen tijdens de laatste week op de MOA persoonlijk gesteld.

Reacties en feedback van patiënten via het personeel

- Een patiënt had verteld aan een verpleegster dat we waren geweest. De patiënt had zo'n muzikaal aanbod niet verwacht en had niet zo veel met muziek. De muziektherapie had de patiënt diep geraakt. De verpleegster voelde de emoties bij de patiënt toen deze weer over zijn/haar ervaringen in de muziektherapie vertelde.
- Een andere verpleegster vertelde over een patiënt die herinnerd werd aan vroegere tijden door de muziek. De patiënt vond de muziektherapie wel confronterend, maar zij ondervond er nog dagenlang ondersteuning door. De muziektherapie had haar aangezet om weer naar muziek te gaan luisteren, wat voor haar hulp bood bij het omgaan met haar ziekte.
- Iemand vertelde dat ze alleen maar positieve reacties over de muziektherapie had gehoord.
- Een verpleegster merkte op dat, wanneer er een muziektherapeutisch aanbod op de dagverpleging werd gegeven, alle patiënten daar samen bezig waren met de muziek. Dat iedereen samen met eenzelfde ding bezig was, vond ze bijzonder.
- "Wanneer één patiënt enthousiast is, wordt de rest daar ook in meegezogen."
- Patiënten hadden gevraagd aan het verplegend personeel wanneer de muziektherapeuten weer zouden komen, dan wilden zij er ook zijn.
- Zowel patiënten als verpleging gaven terug dat de zang mooi was.
- Teun was bezig met muziektherapie bij een patiënt, toen die net werd opgehaald door ambulanciers. De verpleegster die erbij was vertelde dat de muziek zorgde voor een sfeerverandering. Er ontstond een bepaalde rust, die bleef hangen bij haar en de ambulanciers.
- Een andere verpleegster vertelde dat de mensen op de afdeling praten over de muziektherapie, "het waaiert uit".
- Een verpleger gaf terug dat hij door de muziektherapie een rustige sfeer zag bij patiënten. Hij zag de ogen van patiënten tijdens de muziek vaak dichtzakken en hij zag hen genieten. Hij dacht zelf dat het een positieve werking kan hebben bij pijn en emotie.

- Een andere verpleegster zei dat muziektherapie volgens haar ook een meerwaarde heeft voor mensen die niet meer aanspreekbaar zijn of gefixeerd liggen. Ze zei dat het zintuig van het gehoor het langst blijft doorwerken bij mensen die terminaal zijn, “en muziek gaat via het oor”.

Eigen ervaringen van personeel

- Als antwoord op de vraag hoe het personeel de muziektherapie zelf ervoer, kwamen er woorden als “ontspanning” en “rust”. Dit werd beaamd van alle kanten.
- Teun vroeg of het de werksfeer beïnvloedt. Het antwoord was unaniem “ja”.
- Een verpleegster had zichzelf erop betrappt dat ze wat langer in een ladekast bleef zoeken, omdat ze van op die plaats de muziek kon horen.
- Iemand anders gaf aan dat ze zelf emotioneel werd door de emoties die muziektherapie losmaakt bij patiënten.
- “Of je nu wilt of niet, je wordt er in meegezogen.” De verpleegster die dit zei, bedoelde dit positief.
- Hans Verbong, de afdelingsmanager, vroeg aan het personeel of het hen had belemmerd. “Helemaal niet.” Er werd geen geluidsoverlast ervaren en het tijdstip waarop we muziektherapie aanboden was zeer geschikt. “Dat zijn rustige momenten op de afdeling,” voegde iemand er nog aan toe.
- De verpleegster die ons doorheen het onderzoek had begeleid, had naar haar eigen spijt zelf niet eens kunnen meeluisteren met de muziektherapie. Ze merkte het wel aan de mensen op de afdeling wanneer de muziektherapeuten er waren: het personeel werkt rustiger, verpleegkundigen blijven even op de gang staan om te luisteren naar de muziek en men praat erover in de gangen. Ze zei: “De muziektherapie geeft meer persoonlijkheid aan de afdeling. Muziektherapie brengt een positieve energie op de afdeling.”

Overige reacties van personeel

- Een verpleegster vond het goed dat we aan het begin van de namiddag telkens vroegen bij welke patiënten we konden werken. “Het is prettig dat we er zelf ook bij betrokken werden. Wij hebben inzichten over patiënten die jullie niet hebben. Zo weten jullie ook waar je aan toe bent, en kunnen jullie meer gericht werken.” Teun beaamde dit door te zeggen dat op die manier meer diepgang in de muziektherapie kan bereikt worden.
- Een verpleger zei dat de muziektherapeuten en de verpleegkundigen elkaar en elkaars werk niet in de weg zitten. Hij vond dat de samenwerking prettig en als vanzelfsprekend verliep.
- Iemand vroeg: “Is de muziektherapie nu over?” Wij antwoordden “ja”. – “Zonde.” en “Wat jammer.”
- Iemand anders vroeg: “Hoe hebben jullie het zelf ervaren?” Teun vertelde dat hij het heel prettig werken vond op de afdeling en dat hij goede en positieve contacten heeft gehad met patiënten. Nele vertelde dat ze het prettig vond dat er op de afdeling zoveel ruimte was voor de muziektherapeuten om hun werk te doen.

In de eindevaluatie gaf Hans Verbong aan dat hij het een geslaagd experiment vond. Hij vertelde dat hij in het begin wat sceptisch tegenover het onderzoek stond, maar dat hij aangenaam verrast was. “Maar dat ligt ook aan jullie, jullie zijn warme persoonlijkheden.” Hans Verbong vond onze liedkeuze gepast: het zijn herkenbare teksten en de liederen worden rustig gebracht. Ook vond hij dat we mooi zongen. “Voor mij mogen jullie blijven komen.”

3.3 Randvoorwaarden

Bij het muziektherapeutisch werken binnen het Atrium MC en met kankerpatiënten zijn een aantal zaken waarmee rekening gehouden moet worden. Om te kijken of en hoe muziektherapie praktisch op de afdeling kon worden geïmplementeerd, hebben we gekeken naar een aantal belangrijke randvoorwaarden. De rondleiding die we kregen van Bénédicte Coenegracht (verpleegster), de informatie die we van Hans Verbong (afdelingsmanager) kregen en het interview met Inge Bracke (muziektherapeute op de kinderoncologie van het UZ Gasthuisberg te Leuven) hebben ons geholpen

deze randvoorwaarden in kaart te kunnen brengen. In dit hoofdstuk beschrijven wij welke randvoorwaarden van belang zijn en waarmee rekening gehouden moet worden bij het muziektherapeutisch werken op de MOA van het Atrium MC.

3.3.1 Ziekenhuisprotocollen

Allereerst zijn daar de ziekenhuisprotocollen. Alvorens je in het Atrium MC aan de slag kunt, dien je je te melden bij de arbodienst voor een Infectie Preventie Onderzoek (IPO). In dit gesprek wordt bekeken welke vaccinaties je wel en niet gehad hebt. Verder word je voorgelicht over de gevaren van hepatitis en andere mogelijke infectiegevaaren en krijg je tips over wat onverstandig is in relatie tot besmettings- en infectiegevaar, zoals je hand in een vuilnisbak steken omdat daar gebruikte naalden zouden kunnen inzitten.

Ten tweede is het belangrijk dat je leenkleiding en een badge ophaalt. Hier betaal je borg voor. Dit is enerzijds een wens van het Atrium MC als het gaat om een uniforme uitstraling, anderzijds is het hierdoor voor patiënten duidelijk dat je onderdeel bent van het ziekenhuispersoneel. Toen wij in het begin zonder ziekenhuiskleding op de kamers werkten, was dit namelijk vaak niet meteen duidelijk. Zo vroegen sommige patiënten wie wij überhaupt waren, of ze voor onze diensten moesten betalen en soms wilden ze ons geld toestoppen nadat we een sessie afgerond hadden. De MOA houdt er erg ruime bezoeken op na en het is een openbare afdeling (iedereen kan en mag in- en uitlopen). Het dragen van ziekenhuiskleding is dan ook belangrijk in het eerste contact omdat het duidelijkheid schept voor de patiënten.

3.3.2 Hygiëne

Om besmettingsgevaar tot een minimum te beperken en rekening houdend met de kwetsbaarheid voor infecties van kankerpatiënten, werden wij gevraagd er een goede handhygiëne op na te houden. Dat hield in dat we voor en na het werken met patiënten onze handen dienden te wassen met zeep en/of een alcoholontsmetting. Bénédicte Coenegracht (B. Coenegracht, persoonlijke communicatie, 26 februari 2014) vertelde ons tijdens de rondleiding dat onderzoek had uitgewezen dat bij isolatiepatiënten het wassen met zeep beter werkte dan een alcoholontsmetting. Ook Inge Bracke (I. Bracke, persoonlijke communicatie, 27 april 2014) vertelde dat alcoholontsmetting voor sommige virussen niet voldoende is en het wassen met zeep dus noodzakelijk is. Naast een goede handhygiëne moesten wij ook onze instrumenten, onze map met bladmuziek en de plastic insteekhoezen ontsmetten. Daartoe hadden we speciale doekjes met een zeeps substantie, zonder alcohol. Het was voldoende om dit steeds aan het begin van onze werkdag zorgvuldig te doen. Wanneer patiënten instrumenten en kloppers hadden vastgehouden dienden we deze na de sessie ook weer goed te ontsmetten.

De aandacht voor hygiëne heeft wat implicaties voor het instrumentarium. In het interview met Inge Bracke (I. Bracke, persoonlijke communicatie, 27 april 2014) bracht zij een aantal aandachtspunten naar voren die gelden op de kinderoncologie in het UZ Gasthuisberg te Leuven, en die mogelijk ook voor het werken op de MOA in het Atrium MC te Heerlen van toepassing zijn:

- Instrumenten met een dierlijk vel, zoals djembés, conga's of bongo's, zijn niet hygiënisch en moeilijk afwasbaar. Ook instrumenten met veel randjes en gleufjes zijn minder hygiënisch omdat daar bacteriën in zitten die moeilijk weg te poetsen zijn. Daarom mogen deze instrumenten enkel in een eventuele muziektherapieruimte gebruikt worden, niet op de kamers.
- Materialen die nog vochtig zijn van het ontsmetten, mogen niet meteen in een afgesloten ruimte worden gezet, omdat ze dan gaan roesten of schimmelen. Roest en schimmel bevatten bacteriën die gevaarlijk zijn voor mensen met een lage weerstand.
- Blaasinstrumenten mogen niet op isolatiekamers gebruikt worden, en liefst helemaal niet. Door de adem worden er bacteriën in het instrument geblazen.

Daarnaast noemde Inge Bracke (I. Bracke, persoonlijke communicatie, 27 april 2014) nog extra hygiënische voorwaarden voor instrumenten op isolatiekamers: bij bronisolatie¹¹ mogen er enkel instrumenten gebruikt worden die vervaardigd zijn uit goed afwasbaar materiaal. Het beste is om

¹¹ Dit is isolatie waarbij de patiënt een besmettelijke bacterie of virus heeft.

plastieken instrumenten te gebruiken. Geen hout, omdat bacteriën daar kunnen indringen en dan is het moeilijker om die te verdelgen. Wanneer de muziektherapeut zeker is dat de patiënt het instrument niet gaat aanraken, kan een gelakt houten instrument wel. Een gitaar is bijvoorbeeld altijd heel handig als begeleidingsinstrument, en er bestaan vele gitaren waar een laklaag is opgespoten, zodat het geschikt is voor veelvuldige ontsmetting.

Er bestaan ook virussen (bv. chlostridium) die ook op dood materiaal, zoals plastic, nog een aantal weken kunnen blijven leven. Alcohol alleen is dan niet afdoende om de instrumenten te ontsmetten. Dan moeten de instrumenten ontsmet worden met chloorhexidine in alcohol, een product met chloor en alcohol, en een aantal weken in quarantaine gezet worden.

Bij protectieve isolatie¹² wordt voornamelijk gebruik gemaakt van plastieken instrumenten, om dezelfde reden, namelijk dat deze instrumenten goed te ontsmetten zijn. Voor percussie-instrumenten worden rubberen of plastieken kloppers gebruikt, geen vilt. Bij transplantatiepatiënten mag er ook geen gitaar meegenomen worden, omdat de holte niet ontsmet kan worden, waardoor er veel stof in zit en daar schuilen bacteriën in.

Voordat we in het ziekenhuis gingen werken, hebben wij in overleg met de afdelingsmanager besloten niet te werken met patiënten die op een isolatiekamer lagen in verband met het risico op besmetting van de patiënt en onszelf. Mocht muziektherapie daadwerkelijk een plek krijgen op de MOA in het Atrium MC, dan zijn er wel mogelijkheden en tegelijkertijd ook aandachtspunten voor de inzet van muziektherapie voor isolatiepatiënten.

3.3.3 Profilering op de afdeling voor zowel patiënten als personeel

Alvorens muziektherapie te kunnen aanbieden is het nodig dat patiënten en personeel weten dat er een muziektherapeutisch aanbod is en wat dat inhoudt. Het is gebleken dat het verplegend personeel een grote rol speelt bij het profileren van muziektherapie richting patiënten. Zij staan namelijk in nauw contact met de patiënten en kunnen aanbevelingen doen, enthousiasmeren en vertellen wat muziektherapie inhoudt. Daarnaast is het verplegend personeel voor ons onmisbaar gebleken als bron van informatie over hoe het met de patiënten gaat en wie er baat zouden kunnen hebben bij extra ondersteuning in de vorm van muziektherapie. Het betrekken van het verplegend personeel en hun expertise was voor ons van grote waarde, en werd ook erg op prijs gesteld door het verplegend personeel zelf. Gezien hun belangrijke rol voor ons is het dus ook van belang hen in te lichten over, of hen zelf te laten ervaren wat muziektherapie is zodat zij effectief kunnen signaleren en doorverwijzen.

Profileren kan in de vorm van foldermateriaal, presentaties en workshops. Wij hebben voor patiënten een informatiefolder gemaakt die op de kamers is opgehangen. Sommigen patiënten gaven ook terug te weten wie we waren door die folder. Als muziektherapie daadwerkelijk wordt geïmplementeerd, zou de informatie over muziektherapie ook al kunnen worden opgenomen in een vast informatiepakket dat mensen krijgen wanneer ze de diagnose kanker krijgen. Daarnaast is het werken op de kamers al een profileren op zich: de muziek is zachtjes hoorbaar op de afdeling en soms bleven er patiënten, bezoek of verplegend personeel staan luisteren, of vroegen patiënten naar liedjes die ze gehoord hadden terwijl we eerder met andere patiënten hadden gewerkt.

Verdere profilering richting de artsen op de afdeling vinden wij belangrijk zodat ook zij weten wat muziektherapie precies inhoudt en daarbij ook een indicerende rol kunnen spelen. Hopelijk kan dit onderzoek daaraan een bijdrage leveren.

3.3.4 Benodigdheden voor muziektherapie

In de muziektherapie zoals wij die aangeboden hebben, hadden we naast een gitaar en een map met liedjes niets nodig. Wij hebben hiermee goed kunnen werken zowel op de een- en tweepersoonskamers als op de dagbehandelkamer. We hebben voornamelijk receptief gewerkt: wij zongen liedjes en patiënten konden luisteren of meezingen. We zijn op deze manier begonnen met werken omdat dit een laagdrempelige manier van werken is, die weinig vraagt van patiënten behalve te luisteren en dus ook weinig druk op hen legt. Omdat muziektherapie nieuw was op de MOA en vaak onbekend was bij de

¹² Dit is isolatie waarbij de patiënt moet beschermd worden tegen bacteriën en infecties van buiten af, bv. patiënten met lage witte bloedcellen of patiënten die net een transplantatie hebben ondergaan. In het Atrium MC wordt dit omgekeerde isolatie genoemd.

patiënten was dit aanbod aantrekkelijk genoeg voor hen om het eens uit te proberen. Wanneer patiënten dit aanbod eenmaal ervaren hadden raakten ze ook meer geïnteresseerd in wat muziektherapie is en vroegen ze meer na over ons onderzoek. Veel patiënten gaven na een eerste sessie aan dat we een volgende keer weer terug mochten komen.

Wanneer muziektherapie sterker geprofileerd zou worden en meer bekendheid zou krijgen bij patiënten en personeel, zou het kunnen worden uitgebreid met een aanbod waarin actief musiceren meer naar voren komt. Patiënten kunnen binnen het actief musiceren zelf meer in de muziek vorm geven aan o.a. het uiten van emoties, werken aan angst- en pijnvermindering, sociale interactie en ontspanning. De aanschaf van diverse instrumenten is dan aan te raden zodat patiënten voldoende muzikale middelen krijgen aangereikt om dit ook te kunnen doen. De mogelijkheden wat betreft het aanbod en de inzet van muziektherapie zouden hierdoor aanzienlijk toenemen en het effect mogelijk nog groter worden.

Ook het vrijmaken van een vaste ruimte waar muziektherapie gegeven kan worden, zou aan te bevelen zijn. Hier zouden dan alle instrumenten voorhanden zijn, kan er zowel individueel als in groep gewerkt worden en kan er in alle privacy met patiënten gewerkt worden. Muziektherapie zou op deze manier ook een integraal onderdeel worden van de afdeling, een centrale plek krijgen binnen de afdeling en patiënten zouden weten dat er een ruimte is voor muziektherapie, wat de profilering van muziektherapie zeker ten goede komt. Op de afdeling hebben wij de bufferkamer gebruikt als basis waar wij onze instrumenten schoonmaakten en konden opslaan, overleg hadden over patiënten en rapportages maakten. Deze ruimte zou een mogelijke muziektherapieruimte kunnen zijn: het is er mogelijk om bedden naar binnen te rijden, de ruimte is groot genoeg en heeft een aangrenzende opslagruimte. In de tijd dat wij op de afdeling werkten was deze ruimte echter af en toe bezet. Er zou gekeken moeten worden hoe vaak deze bufferkamer daadwerkelijk gebruikt wordt om te kunnen beslissen of deze kamer voor muziektherapie zou kunnen worden gereserveerd. Daarnaast zou overwogen moeten worden of het nodig zou zijn om extra isolatie tegen de wanden te plaatsen om eventuele geluidsoverlast van het expressief en actief musiceren tegen te gaan.

3.3.5 Kosten voor de aanschaf van instrumenten

De minimale middelen die volgens ons nodig zijn om muziktherapeutisch te kunnen werken, zijn een gitaar en een liedmap. Gitaren die geschikt zijn voor muziektherapie (qua kwaliteit en klankkwaliteit) zijn te koop voor ongeveer 180 euro. Dat maakt dat de laagdrempelige vorm van muziektherapie zoals wij deze hebben aangeboden voor relatief weinig geld mogelijk is.

Wanneer het actief musiceren meer aandacht zou krijgen en muziektherapie verder uitgebouwd zou worden, dan zou een grotere verscheidenheid aan instrumenten aan te bevelen zijn. Patiënten zouden zo meer mogelijkheden krijgen zich in de muziek te kunnen uiten en muziektherapie zou breder aangeboden en effectiever ingezet kunnen worden zodat je nog meer maatwerk kan bieden wat betreft het muziktherapeutisch aanbod en de wensen en behoeften van de patiënt. Wat de kosten voor zo'n verzameling instrumenten betreft, hebben wij bij wijze van voorbeeld een lijst gemaakt met instrumenten waarvan wij denken dat ze een goede basis kunnen zijn voor het actief musiceren met patiënten. De prijzen voor deze instrumenten vonden wij op de site van Music Store (z.d.).

Tabel 7 Kosten voor de aanschaf van instrumenten	
Instrument	Prijs
Gitaar	180 euro
Keyboard	500 euro
2x Conga	800 euro
Set bongo's	100 euro
Djembe	100 euro
Diversen klein percussief (bijv. tamboerijn, handtrommel, woodblock etc.)	150 euro

Instrument	Prijs
2x Xylofoon	500 euro
2x Klokkenspel	200 euro
2x Metallofoon	600 euro
Totaal begroot op	3130 euro

In het geval van een vaste muziektherapieruimte zouden we ook nog een piano aanbevelen. Deze aanschaf begroten wij voor een tweedehands piano op 1500 euro. Een nieuwe piano (aan te bevelen gelet op hygiënische aspecten) begroten we op 3000 euro (Bos pianoservice, 2014).

3.3.6 Financiering van muziektherapie

Mocht muziektherapie aan het behandel aanbod worden toegevoegd dan zal het in dienst nemen van een muziektherapeut en de aanschaf van materialen voor muziektherapie uiteraard ook ergens van betaald moeten worden. Het bleek echter niet zo makkelijk te zijn om uit te vinden waar die financiering vandaan zou kunnen komen. Voor de mogelijkheden tot financiering van muziektherapie hebben we een aantal mensen en organisaties benaderd of laten benaderen: de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT), een psychiater in het Atrium MC, KenVaK, dr. Jie en tot slot, via dr. Jie, een lid van de Raad van Bestuur. Op die laatste na kon niemand ons verder helpen met onze vraag. De NVvMT schreef in een mailreactie (A. Berman, persoonlijke communicatie, 29 maart 2014) dat ze zelf erg geïnteresseerd waren in wat we eventueel te weten zouden komen omdat er nog niet veel over bekend was.

Dr. Jie schreef in een e-mail (A. Jie, persoonlijke communicatie, 29 april 2014) dat het lid van de Raad van Bestuur enthousiast en geïnteresseerd is in het project en er zou een mogelijkheid zijn om op projectbasis een financiering te verkrijgen. Ons scriptieonderzoek zou daarbij een belangrijke rol spelen.

We hebben dus uiteindelijk geen sluitend antwoord kunnen vinden op de vraag hoe muziektherapie bekostigd zou kunnen worden. Dat er wellicht een projectmatige financiering mogelijk is, sluit in ieder geval niet uit dat er een voortzetting van onderzoek of muziektherapeutisch aanbod kan blijven bestaan en van hieruit zou dit vraagstuk nog verder uitgezocht kunnen worden.

4. Discussie

4.1 Discussie van Nele

4.1.1 Sterkte- en zwakteanalyse

Sterkten van het onderzoek

Een eerste sterkte is dat we het onderzoek met twee personen ontwikkeld en uitgevoerd hebben, wat betekent dat het ook vanuit twee invalshoeken benaderd is. Teun en ik dachten vaak op dezelfde golflengte en onze beide visies, denkpatronen en gedachtegangen vulden elkaar aan.

Soms zorgde de inbreng van twee verschillende visies voor nieuwe inspiratie, voor een nauwkeurigere reflectie en voor verbreding en verdieping van het onderzoek. Tijdens de actiefase bijvoorbeeld, kwamen onze verschillende muziektherapeutische achtergronden goed van pas. Teun had reeds gewerkt met volwassenen en met ouderen, de leeftijdscategorie die sterk vertegenwoordigd was bij de patiënten op de MOA. Ik wist vanuit mijn stage dan weer wat meer over het werken in een klinische setting en over de doelgroep oncologiepatiënten. Door samen over sessies te reflecteren, kwamen we tot nieuwe inzichten wat betreft ons eigen methodisch handelen, die we dan weer doelgericht konden inzetten tijdens de volgende sessies. Soms zorgde het feit dat we met z'n tweeën nadachten en brainstormden over het project ook voor een snellere ontwikkeling en voortgang ervan.

De samenwerking verliep erg vlot. We hadden respect voor elkaars ideeën, waardeerden elkaars inbreng en durfden er ook kritisch naar te kijken. Dit alles zorgde voor een zorgvuldige ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van het onderzoek, meer dan wanneer er maar één onderzoeker zou geweest zijn.

Ten tweede is het project erg relevant. De opdracht komt rechtstreeks vanuit de praktijk: dr. Jie werkt dagelijks als internist-hematoloog met kankerpatiënten in het Atrium MC, vond het belangrijk om meer 'care' in het zorgaanbod te implementeren en heeft zelf gezien dat muziektherapie effectief kan zijn voor kankerpatiënten in ziekenhuizen in Amerika. Bovendien is muziektherapie in de Nederlandse klinische setting, en dan vooral in de oncologiezorg, nog (vrij tot zeer) onbekend. Het feit dat we met dit onderzoek pionierswerk verrichten in Nederland, is zeker een sterktepunt.

We merkten bij het literatuuronderzoek tijdens de probleemgebiedverkenning en bij het maken van de systematic review dat er al veel wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effecten van muziektherapie in de oncologische zorg. Geen van de onderzoeken die we vonden impliceerde negatieve effecten van muziektherapie, bijna alle resultaten wezen op een positieve werking. Deze onderzoeken boden een aanvulling op, maar waren ook een bevestiging van onze eigen kennis en ervaring omtrent het muziektherapeutisch werken in de oncologie. Daarom is dit onderzoek ook stevig.

We hebben ook frequent kunnen werken op de afdeling, namelijk twee middagen per week gedurende de hele actiefase. We hebben heel veel patiënten benaderd, en hebben uiteindelijk in totaal 42 patiënten muziektherapie aangeboden. Dit aantal is volgens mij representatief en adequaat voor de betrouwbaarheid van de resultaten van dit onderzoek.

Een ander positief punt is dat we vanuit verschillende invalshoeken hulp en ondersteuning kregen. De goede samenwerking met alle betrokkenen kwam ons onderzoek zeker ten goede.

Wat het onderzoekstechnische gedeelte betreft hebben we veel ondersteuning gekregen van dr. Jie, dr. Poismans en dr. van Hooren van KenVaK en van onze scriptiebegeleider Juliane Tissen. Dr. Jie hielp ons bijvoorbeeld om ethisch verantwoord geluidsopnames te maken van de sessies en de nabesprekingen, door ons in contact te brengen met de METC. Hij heeft ook veel connecties in de oncologiezorg en in het Atrium MC, en heeft bijvoorbeeld enkele personen aangesproken i.v.m. de mogelijkheden voor de financiering van muziektherapie in het Atrium MC. De bijeenkomsten met KenVaK hebben ons in de richting gewezen van open gesprekken als dataverzamelingstechniek i.p.v. vragenlijsten, waarvan wij zelf niet wisten dat die niet valide waren. De hulp van dr. Poismans bij het maken van de systematic review was van grote waarde voor ons onderzoek. Juliane Tissen heeft tijdens de begeleidingsmomenten

geholpen om de muziektherapeutische sessies vorm te geven en keek ook telkens kritisch met ons naar de onderzoeksvoortgang.

De positieve inbreng en de medewerking van Hans Verbong, Bénédicte Coenegracht en de andere verpleegkundigen waren voor ons een grote hulp bij het praktijkgedeelte. Door de goede samenwerking met hen tijdens de actiefase is ons onderzoek goed en vlot verlopen.

Tenslotte is het feit dat de doelstelling is bereikt ook een sterk punt. We kunnen de MOA, nu het onderzoek gedaan is, informatie geven over de mogelijkheden voor de implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod. De deelvragen zijn beantwoord: we geven een overzicht van wetenschappelijk onderzoek in twee reviews, de randvoorwaarden zijn in kaart gebracht en de ervaringen van patiënten en personeel over het muziektherapeutisch aanbod waren over het algemeen erg positief. Mijn persoonlijke doelstellingen zijn ook bereikt: ik heb een nieuwe doelgroep leren kennen, mijn eigen methodisch handelen is bijgeschaafd, ik heb een nieuwe ervaring als muziektherapeut opgedaan en het vak is goed geprofileerd, niet alleen op de MOA zelf, maar ook in heel het ziekenhuis. In de lift vroegen mensen geregeld naar de reden waarom we muziekinstrumenten bij ons hadden, de medewerkers van de salarisadministratie en de dokter van de arbodienst vroegen erg geïnteresseerd naar het project en patiënten en personeel vertelden binnen en buiten het ziekenhuis over hun ervaringen met muziektherapie.

Zwakten van het onderzoek

Hoewel we veel patiënten hebben kunnen zien en we frequent hebben kunnen werken op de MOA, ben ik van mening dat er binnen het kader van de scriptie te weinig tijd was om alle mogelijkheden en onmogelijkheden voor de implementatie van muziektherapie te kunnen onderzoeken. In minder dan twee maanden tijd hebben we de meeste patiënten slechts één keer kunnen zien. Daardoor konden we geen therapeutische relatie opbouwen met patiënten en moesten we steeds laagdrempelig beginnen. Doelen als angst- en pijnreductie zijn nu zelden aan bod gekomen in de therapie, wat volgens mij wel zou kunnen als patiënten in hun hele medische behandeling toch minstens een paar keer muziektherapie zouden krijgen. Ik denk dat als muziektherapie voor langere tijd zou worden aangeboden, het ook meer geïntegreerd zou kunnen worden in het zorgaanbod op de MOA en dat het zo nog meer mensen zou kunnen bereiken.

We hebben nu voornamelijk met een gitaar en liedmap gewerkt en receptief muziektherapie aangeboden. Dit ligt voor een deel aan het feit dat muziektherapie nog niet bekend was op de afdeling en bij patiënten en dat we de drempel laag wilden houden. Anderzijds kwam dit ook doordat er geen vaste, duidelijke muziektherapieruimte was, waardoor wij naar de patiënten toegingen en niet andersom. Een gitaar en liedmap zijn makkelijk mee te nemen op de kamers, in tegenstelling tot sommige andere instrumenten. Bovendien was ons muziekinstrumentarium ter plekke redelijk beperkt en vooral weinig bruikbaar: een stagepiano met zelfgeïmproviseerde wielen, een gitaar, een diatonische en pentatonische metallofoon, een diatonische en pentatonische xylofoon, een klokkenspel, een tamboerijn, een djembé, bongo's en conga's. Deze vier laatste hebben we überhaupt niet gebruikt vanwege geluidsoverlast voor omliggende kamers. De metallofoon en de xylofoon waren moeilijk samen en evenredig inzetbaar omdat ze zo'n verschillende klankkwaliteit hebben en omdat er maar één diatonische en één pentatonische van elk is.

Door onze onervarenheid op vlak van onderzoek en door de vele regels van buitenaf (scriptiecriteria van de school, wensen en verwachtingen van de MOA) wisten we niet zo goed hoe we het onderzoek precies zouden vormgeven. Daardoor verliep de communicatie met Hans Verbong, de afdelingsmanager, aanvankelijk nogal stroef. Wij konden hem pas begin februari op de hoogte brengen van ons concrete onderzoeksvoorstel en de onderzoeksplanning, wat hij erg laat vond. Daardoor zijn we twee weken later dan gepland begonnen met de actiefase en hadden we achteraf wat minder tijd om de resultaten te analyseren en de scriptie te schrijven. Mijn idee is echter niet dat dit kleine probleem de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed.

Het project was nieuw en onbekend op de afdeling, waardoor de feedback van patiënten en personeel ook eerste reacties waren. Woorden zoals "leuk" en "ontspanning" kregen we weinig geconcretiseerd. Ik denk dat we met meer tijd en bekendheid op de MOA diepere betekenissen achter feedback zouden

kunnen vinden. Bovendien denk ik dat we dan ook meer kritische feedback van het personeel zouden krijgen, daar waar we nu bijna uitsluitend lovende feedback kregen.

Tenslotte is een zwak punt ook dat we de vraag m.b.t. de financiering van muziektherapie niet hebben kunnen beantwoorden. We hebben hieromtrent wel actie ondernomen: we hadden e-mailcontact met de NVvMT en de FVB en dr. Jie sprak een psychiater en een lid van de Raad van Bestuur van het Atrium MC aan. Dit hadden we dus niet kunnen voorkomen.

4.1.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Voor het verklaren en interpreteren van de resultaten van dit onderzoek, heb ik eerst naar drie aspecten gekeken die centraal stonden in de muziektherapiesessies tijdens de actiefase: de patiënt¹³, de omgeving en de therapeut. Bij de resultaten van dit onderzoek vielen me bij elk van deze drie aspecten een aantal zaken op (zie tabel 8). Bij elk van deze drie aspecten heb ik één punt gekozen dat ik interessant vind om te verklaren en te interpreteren in dit hoofdstuk (deze zijn vetgedrukt in tabel 8). Dit doe ik aan de hand van mijn eigen ervaringen als therapeut en met ondersteuning van literatuur.

Tabel 8 Resultaten die verklaard en geïnterpreteerd worden		
Patiënt	Omgeving	Therapeut
- Ontspanning - Afleiding - Oproepen van herinneringen - Herkenbare thema's in liederen - Uiten van emoties - Plezier - Positieve ervaring - Etc.	- Verschil tussen de resultaten van muziektherapie in de dagbehandelkamer en in de aparte kamers - Medewerking van personeel - Positieve feedback van personeel - Etc.	- Supportieve en palliatieve werkwijze - Receptieve werkvormen - Improvisatie en bestaande liederen - Therapeutische technieken - Flexibele houding - Etc.

Het uiten van emoties

Bij het muziektherapeutisch werken met de patiënten op de MOA viel me al snel op dat patiënten binnen de muziektherapie ruimte kunnen maken voor hun emoties. Het kwam vaak voor dat er tranen kwamen bij patiënten na het luisteren naar het eerste lied of zelfs al na de eerste klanken van de gitaar of mijn stem. Ook gaven patiënten vaak in woorden aan dat de muziek hen emotioneerde. Met name de uitspraak van één patiënt wekte mijn interesse op om dit fenomeen verder te onderzoeken en te interpreteren: "Ik probeer me de hele tijd sterk te houden. Dat moet. Ik heb kinderen, zij hebben er niets aan als ik hier emotioneel ben. Dat moet als ik alleen ben, en de muziek helpt me daarbij."

Het eerste wat me opvalt en interesseert aan deze uitspraak is het feit dat de patiënt zich sterk probeert te houden voor zijn naaste omgeving in zo'n moeilijke tijd. Wat ik heb gezien tijdens de muziektherapiesessies op de MOA, maar ook al eerder tijdens mijn derdejaarsstage, is dat emoties een belemmering lijken voor het dagelijks functioneren van veel kankerpatiënten en/of hun naasten. Om zichzelf staande te kunnen houden, laat de patiënt niet vaak en/of weinig emoties toe. Lazarus en Folkman (in de Haes et al., 2009) noemen dit emotiegerichte coping¹⁴, gericht op het reguleren van emoties die door een stressvolle situatie worden opgeroepen. De stressvolle situatie is in dit geval het hebben van de ziekte kanker en alles wat daarbij komt kijken, een oncontroleerbare situatie. Het kan algemeen gesteld worden dat kankerpatiënten vooral gericht zijn op het behouden van een emotionele

¹³ In de muziektherapie wordt vaker de term 'cliënt' gebruikt om te verwijzen naar de persoon die therapie krijgt. Omdat er in het Atrium MC op de MOA de term 'patiënt' gebruikt wordt voor de persoon die medisch behandeld wordt, koos ik ervoor om in de discussie van deze scriptie ook deze term te gebruiken.

¹⁴ Coping verwijst naar 'de voortdurend veranderende cognitieve en gedragsmatige strategieën die iemand gebruikt om met stress om te gaan' (de Haes et al., 2009, p. 154).

balans en minder op het veranderen of oplossen van de problemen. Het feit dat patiënten vooral gericht zijn op het reguleren van negatieve emoties in een situatie waarin ze zelf weinig controle ervaren, werkt effectief om zich te kunnen aanpassen aan de situatie (de Haes et al., 2009).

Soms is er ook sprake van een verstoorde emotieverwerking (van de Wiel & Spermon, 2003): als de patiënt de hevige emoties niet of nauwelijks kan verdragen, is de kans groot dat het verwerkingsproces stagneert. Dit kan komen door emotiedempende of opbeurende reacties van de omgeving, het zoeken naar afleidingen of het vluchten in psychofarmaca. Deze vormen van vermijding hebben op korte termijn een positieve uitwerking, maar volgens van de Wiel en Spermon (2003) zijn de gevolgen op lange termijn minder positief. Dit leg ik uit in de volgende alinea.

Een tweede aspect van de uitspraak is namelijk dat de patiënt zelf vindt dat zij haar emoties moet kunnen uiten. Volgens van de Wiel en Spermon (2003) treden emoties op als de betekenis van een situatie wezenlijk verandert, zoals zeker het geval is bij het krijgen van een kankerdiagnose, en hebben ze als doel om iemand aan te zetten tot adequaat handelen in deze nieuwe situatie. Emoties zijn dus nodig voor het aanpassings- en ziekteverwerkingsproces van de patiënt. Wanneer iemand zijn emoties vermijdt of onderdrukt, zijn de gevolgen op lange termijn dat de emoties een versturende werking hebben op het welzijn, het denkvermogen en sociale contacten en dat er geen adequate aanpassing plaatsvindt aan de nieuwe situatie (van de Wiel & Spermon, 2003).

Het uiten en verwerken van emoties blijkt dus belangrijk te zijn voor het verwerken van de ziekte kanker. Dit garandeert dat het uiten van emoties ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten een goed onderbouwde doelstelling is in het muziektherapeutisch aanbod op de MOA.

Dat brengt me bij het derde interessante punt, namelijk dat de patiënt zegt dat muziek haar helpt bij het uiten en het verwerken van haar emoties. Verschillende patiënten hebben bevestigd dat muziek hen leert om te gaan met emoties. Dit zal ik uitleggen met behulp van literatuur uit twee verschillende invalshoeken.

Enerzijds is daar de neurologische invalshoek, die uitlegt dat muziek zich bedient van primitieve hersenstructuren die betrokken zijn bij motivatie, beloning en emotie (Levitin, 2014). Het luisteren naar muziek zorgt voor de activering van bepaalde hersendelen in een bepaalde volgorde:

- De gehoorschors, die zorgt voor de verwerking van geluidscomponenten.
- De frontale hersengebieden, die muzikale structuren en verwachtingen verwerken.
- Het mesolimbische systeem, dat verantwoordelijk is voor opwindings, genot, de doorgifte van opioïden¹⁵ en de productie van dopamine¹⁶. Dit cumuleert in de activering van de nucleus accumbens, het zogenaamde beloningssysteem van de hersenen.

Daardoor heeft de muziek zo'n belonend effect. Het feit dat vele patiënten zeiden dat de muziek hen opbeurde, kan hiermee neurologisch verklaard worden. Hoe patiënten geëmotioneerd worden, legt Levitin (2014) uit vanuit het feit dat het cerebellum (de kleine hersenen) gedurende het hele bovengenoemde traject actief is. Het cerebellum draagt onder andere bij aan de regulering van emoties via verbindingen met de frontaalkwab¹⁷ en het limbische systeem¹⁸. Wij brachten in de sessies op de MOA in de muziek een zogenaamde 'groove'¹⁹ aan: we zongen en speelden alle liederen, alsook de improvisaties, op onze eigen manier, met veel gevoel en afgestemd op de patiënt. In functie van deze afstemming brachten we subtiele ontregelingen aan in de timing van de muziek. Volgens Levitin (2014) is precies deze "verstoring" van de timing de oorzaak van een emotionele reactie.

Anderzijds is er de muziektherapeutische invalshoek, die kijkt naar welk aspect in de muziek precies in verband staat met de menselijke gevoelswereld. Hegi en Rüdisüli (2011) leggen namelijk een directe verbinding tussen klank en gevoel. De oneindige veelvoudigheid aan klanken in de muziek, het kleine

¹⁵ Dit zijn lichaamseigen stoffen die pijnstillend werken en gevoelens van welbevinden en geluk opwekken ('Morfinomimeticum', 2013).

¹⁶ Het zogenaamde gelukshormoon, dat een grote rol speelt bij het ervaren van genot, blijdschap en welzijn ('Dopamine', 2014).

¹⁷ De frontaalkwabben vormen het cognitieve gedeelte van de hersenen (Levitin, 2014).

¹⁸ Het limbische systeem is het hersengedeelte dat instaat voor emotie, motivatie en het emotioneel geheugen ('Limbisch systeem', 2014).

¹⁹ De 'groove' in de muziek is wat Levitin (2014, p. 200) bedoelt met 'de manier waarop er een sterk stuwende werking ontstaat door de verdeling van de maat'. De 'groove' wordt bepaald door degene die de muziek uitvoert.

verschil tussen klank en geruis of lawaai, de onvatbaarheid en het amorphe karakter van de klank, de onverwachte wisselingen tussen verschillende klanken, de onberekenbare uitwerking van klank... het zijn allemaal eigenschappen die overeenkomen met de specifieke kenmerken van de menselijke gevoelswereld. Ideeën, beelden zoals sfeer en stemming²⁰ tonen aan dat er een link bestaat tussen klank en het gevoel: enerzijds triggert de klank het gevoel en andersom kan een gevoelsuitdrukking via klank geuit worden (Hegi & Rüdisüli, 2011).

Uit bovenstaande uiteenzetting van literatuur, kan ik een aantal zaken samenvatten en concluderen. We hebben gezien dat de diagnose en het ziekteverloop van kanker veel intense emoties met zich meebrengt. Door emotiegericht coping zijn patiënten erg gericht op het reguleren van (voornamelijk negatieve) emoties en het behouden van een emotionele balans. Soms worden emoties zelfs onderdrukt of vermeden door patiënten en/of hun omgeving. Emoties zijn wel nodig voor het aanvaarden en het verwerken van de ziekte kanker. En daar kan muziektherapie aan bijdragen.

We hebben namelijk ook gelezen dat de muziek zich een bepaalde weg baant door de hersenen, waarbij ook het emotionele centrum in het brein wordt aangesproken. Doordat we muziek niet strak in de maat spelen, ontstaat er in de hersenen een emotionele reactie. Ook hebben we gezien dat het veelzijdige karakter van klank in verband staat met en een wisselwerking uitoefent op de gevoelswereld van de mens.

Mijn eigen nieuwsgierigheid naar de achterliggende reden van emotionele reacties van patiënten en hun naasten, resulteerde in deze uiteenzetting. Met deze paragraaf hoop ik tevens een extra onderbouwing te hebben gegeven waarom muziektherapie precies interessant is op de MOA van het Atrium MC. Een van de doelstellingen van het muziektherapeutische aanbod op de MOA, namelijk het uiten en verwerken van emoties ter verbetering van kwaliteit van leven, is hiermee uitgelegd.

Het verschil tussen muziektherapie in de dagbehandelkamer en in de aparte kamers

In de resultatenbeschrijving (zie paragraaf 3.2, 'Ervaringen van patiënten en personeel') maken we een onderverdeling tussen de reacties van patiënten in de één- en tweepersoonskamers en die van patiënten in de dagbehandelkamer. Het verschil in het effect van muziektherapie en in de behoeften en wensen van patiënten bij de muziektherapie is erg duidelijk. Ikzelf heb voornamelijk één op één gewerkt met de opgenomen patiënten en het viel me op dat het contact met hen persoonlijker was dan met de patiënten op de dagbehandelkamer. Er ontstonden gesprekken over persoonlijke zaken zoals herinneringen, anekdotes, levensvisie en emoties. De behoeften van patiënten op de eenpersoonskamers waren voornamelijk ontspanning en het uiten van emoties. Ik denk dat dit persoonlijke contact komt doordat het in het één op één werken beter mogelijk is om een persoonlijke therapeutische relatie op te bouwen met de patiënt. Soms waren patiënten verbaasd dat er iemand was die bij hen kon komen zitten en rustig de tijd had voor hen persoonlijk.

De therapeutische setting is totaal anders in de dagbehandelkamer, waar er vooral behoefte was aan afleiding en een moment van plezier. Mangold & Oerter (1999) zeggen dat de therapeut in ziekenhuiskamers waar meerdere patiënten opgenomen zijn, rekening moet houden met de atmosfeer, het onderling vertrouwen en de persoonlijke privacy van patiënten. Mijn idee is dat de patiënten in de dagbehandelkamer hier zelf al waakzaam voor waren.

De kracht van de dagbehandelkamer is volgens mij dat patiënten daar met elkaar in contact komen en in gesprek gaan. Muziektherapie kan volgens mij dit contact ondersteunen en uitbreiden naar non-verbaal contact. Ik denk dat patiënten door onderling contact met elkaar, met lotgenoten veel steun kunnen ervaren. O'Callaghan (in Smeijsters, 2006) zegt dat in het muziektherapeutisch groepswork ruimte kan geschapen worden zodat mensen zich kunnen uitspreken, bijvoorbeeld door een ondersteunende en waardevolle boodschap naar elkaar toe te uiten. Ook zegt Smeijsters (2006) dat muziektherapie in groep in het oncologisch werken de mogelijkheid biedt om samen te genieten van de muziek of te reageren op liedteksten.

²⁰ Dit zijn overigens woorden die verpleegkundigen veelvuldig gebruikten in de feedback over het muziektherapeutisch aanbod.

De flexibele houding van de muziektherapeut in een klinische setting

Het viel me tijdens de actiefase in de MOA op dat de klinische setting en de ziekte van de patiënten resulteren in situaties die speciaal zijn voor een muziektherapeut. Er was bijvoorbeeld geen vast uurschema waarin patiënten werden ingepland. Of wij, als therapeuten, kwamen naar de patiënten toe, niet andersom. Er was bovendien ook geen vast therapieschema per patiënt, omdat de opnames van de patiënten zo onregelmatig waren. Daarom was een flexibele houding erg belangrijk in het muziektherapeutisch werken op de MOA. In de volgende paragraaf koppel ik mijn eigen ervaringen op de MOA m.b.t. een flexibele therapeutische houding aan de ervaringen van Mangold en Oerter, een Duitse en een Zwitserse muziektherapeut die werkzaam zijn in de oncologische zorg. Zij beschrijven het belang van flexibiliteit van de muziektherapeut vanuit twee invalshoeken: voor de therapeut is het werken in een klinische setting speciaal, maar natuurlijk bevindt ook de patiënt zich in een “abnormale” situatie. Vervolgens beschrijf ik de principes van de ‘client centered therapy’ en de supportieve en palliatieve werkwijze, waarvan ik elementen heb gebruikt in het muziektherapeutisch werken op de MOA. Deze theorie en werkwijzen indiceren volgens mij nog eens het belang van een flexibele houding van de therapeut.

Op de MOA kon ik als therapeut pas op de dag zelf bepalen aan wie ik muziektherapie zou aanbieden. Er kon geen therapieschema op voorhand gemaakt worden, omdat patiënten soms ongepland werden opgenomen bijvoorbeeld ten gevolge van een infectie. Mangold en Oerter (1999) geven aan dat de duur van de therapie afhangt van het moment zelf: doordat patiënten soms door de ziekte zo zijn afgezwakt, moet de therapeut aanvoelen wanneer de patiënt rust nodig heeft. Een sessie van 10 minuten kan soms nuttiger zijn dan een sessie van een uur.

Zelfs aan het begin van de middag kon ik nog geen schema opmaken. Ik kon pas beslissen naar wie ik toe kon gaan door langs de kamers te lopen: soms was er bezoek of lag de patiënt te slapen. De hele therapeutische setting hing ook af van het moment zelf: soms lagen patiënten alleen op een kamer, soms verbleven ze er met twee en soms was er ook bezoek dat kon deelnemen aan de therapie. Het gebeurde weleens dat bezoek in het midden van de sessie de kamer binnenkwam of dat een patiënt telefoon kreeg. Het werken op patiëntenkamers, en niet in een muziektherapieruimte, vraagt ook wat aanpassing van de therapeut. Patiënten hebben in hun bed maar een beperkt bewegingsbereik en kunnen fysiek afgezwakt zijn. De muziektherapeut kan maar weinig instrumenten meenemen, want door medische apparatuur is er maar een beperkte ruimte in de patiëntenkamer (Mangold & Oerter, 1999). Dit is niet de hoofdreden voor het feit dat ik op de MOA enkel met een gitaar en een liedmap heb gewerkt, maar het speelt wel mee in de keuze om op deze manier te werken.

Mangold en Oerter (1999) benoemen ook dat het speciaal is, zowel voor de patiënt als voor de muziektherapeut, dat sommige patiënten afhankelijk zijn van een bed, van medische apparatuur en van het verpleegkundig personeel. Omdat in het Atrium MC de medische zorg vooropstaat, moest ik soms voorrang geven aan dringende zorg door verpleegkundig personeel of een bezoek van de behandelende arts. Hierdoor werd de patiënt wel afgeleid van de muziek. Soms sloeg medische apparatuur alarm of werd een patiënt weggehaald voor een medisch onderzoek. Mangold en Oerter (1999) zeggen daarbij dat de therapeut frustratietolerant moet zijn en efficiënt en creatief met veranderende planningen moet kunnen omgaan. Ook benadrukken zij het belang en de noodzaak van goede afspraken hieromtrent in het team.

Verder werd ik als therapeut af en toe afgewezen of vroegen patiënten om de sessie vroegtijdig te beëindigen omwille van verschillende redenen die in paragraaf 3.2 (‘Ervaringen van patiënten en personeel’) zijn beschreven. Mangold en Oerter (1999) zeggen dat een therapeut die in de oncologie werkt, zich er steeds bewust moet van zijn dat er epilepsieaanvallen, hoofdpijn, misselijkheid en andere somatische klachten kunnen optreden tijdens de sessie. Ook moet de muziektherapeut bewust zijn van het feit dat het leven van sommige van deze patiënten bedreigd is, waardoor de patiënt met angst en toekomstzorgen te kampen kan hebben en emotioneel kwetsbaar kan zijn.

Om tot de beoogde resultaten te kunnen komen, heb ik in mijn muziektherapeutisch werk elementen gebruikt uit de ‘client centered therapy’, ontwikkeld door de psychotherapeut Rogers (in Smeijsters, 2008). De drie therapeutische principes in deze therapie zijn echtheid, onvoorwaardelijke acceptatie en empathie. Met name dit laatste vond ik zelf een erg belangrijke therapeutische eigenschap bij het muziektherapeutisch werken op de MOA. Volgens Smeijsters (2008) manifesteert empathie zich in de

therapie doordat de therapeut de beleving van de patiënt probeert aan te voelen en dit ook kenbaar maakt aan de patiënt. Ik heb dit o.a. gedaan door empathische muzikale technieken in te zetten: ik stemde bijvoorbeeld het tempo van de muziek af op de ademhaling van de patiënt, ik liet in de muziek een pauze wanneer de patiënt een diepe zucht slaakte en stemde de dynamiek en het timbre van mijn stem af op wat de patiënt uitstraalde. Het kunnen aannemen van verschillende houdingen door de therapeut is nodig bij het empathisch en patiëntgericht werken: de verwachting van de therapeut bij zijn eigen werk verschilt soms enorm van de verwachtingen van een patiënt (Baumann in Haffa-Schmidt, 2013).

Ik heb op de MOA volgens twee muziektherapeutische werkwijzen gewerkt: namelijk supportief en palliatief. De supportieve werkwijze heeft als doel ondersteuning te bieden in het leren omgaan met problemen (Smeijsters, 2008). Het doel is niet om het probleem weg te nemen, maar om de omgang met de problemen te verbeteren. Dit sluit aan bij wat ik hierboven schreef over het belang van emoties en de rol die muziek(therapie) kan spelen bij het uiten ervan. De palliatieve werkwijze is gericht op het verzachten van fysieke pijn en psychisch lijden (Smeijsters, 2008). Ik heb me op de MOA uitsluitend gericht op dit laatste, het verzachten van psychisch lijden. Beide werkwijzen vragen volgens mij ook om een flexibele houding van de therapeut en het efficiënt en creatief kunnen omgaan met de problemen die behandeld (moeten) worden in de muziektherapie.

Ik wil deze paragraaf graag besluiten met een idee van Mangold en Oerter (1999), waar ik me volledig in kan herkennen. Het werken op de oncologie brengt voor de therapeut een grote emotionele geladenheid met zich mee: de therapeut 'leeft mee' met mensen met kanker en hun naasten, tijdens de mooie en bijzondere momenten, maar ook tijdens de momenten van lijden. Dit alles onderschrijft mijn ervaring omtrent het belang van een flexibele houding bij het muziektherapeutisch werken op de MOA.

4.1.3 Aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

Dit onderzoek wijst uit dat zowel patiënten als personeel over het algemeen erg positief zijn over het muziektherapeutisch aanbod dat we gaven op de MOA van het Atrium MC. Daarom is mijn aanbeveling voor de MOA om verder muziektherapie aan te bieden aan patiënten. Ons onderzoek toont aan dat een gitaar en een liedmap reeds een goede basis vormen voor een degelijk muziektherapeutisch aanbod.

Echter, ik ben van mening dat een uitbreiding van muziektherapie nodig is om nog diepgaander en effectiever te kunnen werken. Als het muziektherapeutisch aanbod op de afdeling goed is geïntegreerd, biedt dat immers de mogelijkheid om een therapeutische relatie op te bouwen, waardoor de muziektherapie op lange termijn meer effect heeft. De randvoorwaarden die we in hoofdstuk 3 ('Resultaten') hebben beschreven, bieden een goede leidraad voor het voortzetten van het muziektherapeutisch aanbod.

Voor de beroepsontwikkeling vind ik het belangrijk om de doelgroep oncologie bij muziektherapeuten in Nederland meer onder de aandacht te brengen. De prevalentie van kanker in Nederland is erg hoog: volgens het Atrium Medisch Centrum Parkstad (z.d.) krijgen 40% van de mannen en 35% van de vrouwen in Nederland kanker. Bovendien heb ik tijdens mijn derdejaarsstage en tijdens mijn ervaring op de MOA in Heerlen gemerkt dat niet alleen de patiënt, maar ook zijn naaste omgeving een flinke klap krijgt op sociaal en emotioneel gebied. Ondanks het onderzochte feit dat muziektherapie voor al deze mensen hulp en ondersteuning kan bieden wat betreft het verbeteren van de kwaliteit van leven, hebben we in onze research naar de toepassing hiervan in Nederland nauwelijks iets gevonden.

Ook het muziektherapeutisch werken in een klinische setting in Nederland is een redelijk onbekend aspect dat in dit onderzoek wordt aangesneden. Veel ziekenhuisafdelingen richten zich op de 'cure' van de ziektes, terwijl heel wat patiënten ook die 'care' nodig hebben omdat veel ziektes een grote psychologische last met zich meebrengen. Een voordeel aan muziektherapie op een ziekenhuisafdeling is dat het receptief kan ingezet worden. De patiënt hoeft dus in wezen niets te doen: ons onderzoek wijst namelijk uit dat muziek bij vele patiënten een ontspannende werking heeft. En toch is er ook de mogelijkheid dat de patiënt of het bezoek mee speelt of zingt, of inspraak heeft in het liedrepertoire. Daarom beveel ik dit ook graag aan voor de ontwikkeling van het vak muziektherapie in Nederland.

Aangezien ik Vlaamse ben, vind ik het ook belangrijk om aanbevelingen te doen voor de ontwikkeling van muziektherapie in Vlaanderen. In de universitaire ziekenhuizen van Leuven en Antwerpen zijn er op de kinderoncologische afdeling reeds muziektherapeuten werkzaam. Ik beveel graag aan om dit

muziektherapeutisch aanbod verder uit te breiden naar andere oncologieafdelingen (zowel voor volwassenen als voor kinderen). Het Cédric Hèleinstituut vzw (z.d.), dat zich richt op alle professionelen die actief zijn in de zorg voor mensen met kanker, kan hierbij een mogelijk aanspreekpunt zijn.

Een mogelijk vervolgonderzoek is te bekijken hoe muziektherapie meer actief kan ingezet worden op de MOA in het Atrium MC. Nu de eerste stappen gezet zijn (namelijk de kennismaking met muziektherapie door patiënten en personeel op de afdeling, en de verkenning van de mogelijkheden van muziektherapie binnen de werking van de afdeling), lijkt me dit een goede vervolgstap. De resultaten uit dit onderzoek bieden een goede basis voor de start en de opzet van dit vervolgonderzoek. Er kan naar doelen gekeken worden die niet in dit onderzoek aan bod konden komen, maar wel in de literatuur beschreven staan: het verminderen van angst, het verminderen van pijn, het versterken van het gevoel van autonomie, zelfexpressie, etc. Er moet zeker ook verder gezocht worden naar een mogelijk financieringsplan voor muziektherapie. Dit is zeer belangrijk om muziektherapie uiteindelijk te kunnen opnemen in het behandelaanbod van de MOA.

Een ander vervolg op dit project zou kunnen zijn om te onderzoeken of muziektherapie kan worden opgenomen in het behandelaanbod van de poli Aesclepios te Kerkrade. Zowel dr. Jie als Hans Verbong noemden deze poliafdeling als mogelijke werkplek voor muziektherapeuten en als mogelijke plaats voor vervolgonderzoek. De poli Aesclepios is een multidisciplinaire poliafdeling waar ongeveer een vierde van de patiënten van de MOA naar wordt verwezen (Atrium Medisch Centrum Parkstad, z.d.). Deze afdeling is gericht op het hulpverleners aan patiënten en hun naaste omgeving om 'zich zo goed mogelijk aan te passen aan de door de ziekte ontstane nieuwe levenssituatie' (Atrium Medisch Centrum Parkstad, z.d.) en op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Dit zijn doelstellingen waar muziektherapie zich ook op richt. Ik denk dus dat muziektherapie erg goed binnen deze poliafdeling past.

4.1.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen

Met dit onderzoek heb ik alle eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie (zie tabel 9) gebruikt. Ik heb patiënten behandeld, ik heb een plan van aanpak ontwikkeld en uitgevoerd, ik heb over mijn eigen methodisch handelen gereflecteerd, ik heb samengewerkt met verschillende instanties, ik heb sessies gerapporteerd, ik heb onderzocht, ik heb het vak geprofileerd en het overgedragen aan anderen. Er zijn een aantal gebieden waarop ik specifiek heb bijgeleerd tijdens dit onderzoek. Deze licht ik graag nader toe. In de tekst refereer ik telkens naar de bijpassende eindcompetentie uit tabel 9.

Tabel 9 Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie			
Behandelen	Organisatie	Professionalisering	Onderwijs & onderzoek
- Diagnostiseren en indiceren	- Samenwerken	- Reflecteren	- Onderzoeken
- Behandelen	- Rapporteren	- Ontwikkelen	- Profileren
- Ondersteunen / begeleiden	- Ondernemen	- Actualiseren	- Overdragen

Opmerking. Overgenomen van Cilissen-IJermans, Péntzes & Welten, *Module: CA.15-16 "Afstudeerproject"*. Heerlen: 2013, p. 5

Kennismaken met een nieuwe doelgroep

Daar waar ik tijdens de stage met kinderen tot 18 jaar had gewerkt, heb ik nu kennisgemaakt met volwassenen als muziektherapeutische doelgroep. Tijdens de actiefase op de MOA heb ik zowel met volwassenen van middelbare leeftijd als met ouderen gewerkt. Dat maakt dat ik nog voor het afronden van de opleiding tot muziektherapeut al met alle leeftijden heb kunnen werken.

Het werken met volwassenen vroeg een totaal andere aanpak dan het werken met kinderen (**behandelen**). In de eerste plaats gaat het om de keuze van liederen en werkvormen. Met kinderen werkte ik vooral spelenderwijs: elke muziektherapeutische werkvorm werd een "spelletje" genoemd, ik werkte veel met fantasiebeelden en met bestaande of zelfverzonnen verhalen, etc. Het spreekt vanzelf

dat ik op de MOA een volwassen taalgebruik hanteerde en ook mijn kinderlijke en speelse kanten minder naar voren liet komen, maar dit kende ik al van het werken met jongeren van ongeveer 12 tot 18 jaar op de kinderoncologie. Er was ook overlap: ik zag dezelfde problemen bij de volwassenen op de MOA als bij de kinderen op stage, maar deze werden totaal anders geuit. Het grootste verschil vond ik het feit dat volwassenen zichzelf beter kennen en hun ervaringen, bevindingen en emoties goed kunnen verwoorden. Daar waar ik met de kinderen vooral cryptisch omging met ervaringen, problemen en emoties, kon dit met de volwassenen concreet benoemd worden. Een ander verschil is ook dat sommige volwassen patiënten op voorhand al een eigen verwachting hadden bij de muziektherapie, terwijl kinderen bijna altijd open in de therapie stapten. Dit vergemakkelijkte voor mij enigszins het stellen van een muziektherapeutische diagnose, het opstellen van gepaste doelen en het zoeken naar de aansluiting en de juiste golfen om met de patiënt in contact te komen. Ik moest zelf minder interpreteren. Meer verschillen kan ik niet benoemen op basis van de korte periode waarin ik met volwassen kankerpatiënten heb gewerkt.

Ik heb tijdens het onderzoek geleerd om heel snel therapiedoelen op te stellen (**diagnosticeren**). Omdat ik me ervan bewust was dat ik elke patiënt één of hooguit een paar keer zou zien, was dit noodzakelijk om de therapie tot uiting te laten komen. Bovendien heb ik op de MOA bijna uitsluitend met liedmateriaal gewerkt, terwijl ik voordien veel werkte met improvisatie of op basis van akkoordenschema's. Ik werd uitgedaagd om de liederen niet op automatische piloot te zingen, zoals ik vorig jaar weleens deed om mezelf ruimte te geven om na te denken over een volgende "spelletje", maar deze keer waren de liederen mijn werkvorm waarin ik mijn therapeutische doelen tot uiting liet komen.

Profilering van het vak

Ten tweede heb ik geleerd om mijn vak neer te zetten in een nieuwe omgeving (**profileren**). Door middel van literatuurstudie en het actiegerichte gedeelte, heb ik een werkveld verkend dat zowel voor mezelf nieuw was alsook relatief onbekend was in Nederland.

Om het onderzoek vlot te laten verlopen en medewerking van het personeel te mogen verwachten, was het belangrijk om duidelijk te maken wat muziektherapie precies inhoudt en waarvoor het gebruikt kan worden (**overdragen**). Dit gedeelte was voor mij erg nieuw, omdat ik voordien in het kader van stage alleen nog maar heb gewerkt op plaatsen waar muziektherapie al geïntegreerd was. Ik heb geleerd om de manier waarop ik uitleg wat muziektherapie precies is, ook af te stemmen op het doelpubliek. Wanneer ik aan een arts vertel wat muziektherapie is, zal ik dat anders doen dan aan een patiënt of een totale buitenstaander. Ik heb ook ontdekt dat het vak zo veelzijdig is, dat het niet nodig is om alle aspecten van muziektherapie uit te leggen. Aan het personeel van de MOA vertelden we wat belangrijk was in het muziektherapeutisch werken met de doelgroep volwassenenoncologie.

Ontwikkelen en uitvoeren van een eigen muziektherapeutisch aanbod

Heel dit project was eigenlijk een groot leerproces: ik heb een eigen muziektherapeutisch aanbod ontwikkeld en uitgevoerd (**ontwikkelen en actualiseren**). Hetzelfde geldt voor het ontwikkelen van een gepast muziektherapeutisch aanbod. Vorig jaar begon ik met het observeren, en langzamerhand nam ik therapieën over, wanneer ik eenmaal een beetje had kunnen kennismaken met de doelgroep, de werkplek en de werkomstandigheden. Nu moest ik meteen al doende een plan ontwikkelen. Ik heb geleerd om zelfzeker te zijn in dat wat ik doe, door uit te gaan van wat ik al kon (bv. een lied zingen met begeleiding van de gitaar) en zo verder te experimenteren (bv. specifieke muziektherapeutische technieken te integreren in een bestaand lied). Soms moest ik mijn stoute schoenen aantrekken bij het introduceren van muziektherapie bij patiënten: ik probeerde in te schatten wanneer weigerende patiënten volgens mij toch wat aan muziektherapie zouden hebben, en probeerde hen dan op een gepaste manier warm te maken om het toch te proberen. Bovendien vond ik het spannend en uitdagend om dit allemaal zelf te bedenken en te doen, terwijl ik voordien nog wel onder de vleugels van een stagebegeleider werd genomen.

Uiteraard gebeurde dit alles in samenspraak met mijn medeonderzoeker Teun van Rossum. We maakten afspraken over de praktische uitvoerbaarheid van het muziektherapeutisch aanbod met afdelingsmanager Hans Verbong, we vroegen medewerking van het verpleegkundig personeel en hielden de MOA op de hoogte van de resultaten uit de sessies en de voortgang van het onderzoek (**samenwerken**).

Onderzoeken

Doordat er onderzoekstechnisch een aantal vereisten waren, moest ik zelf kritisch blijven kijken naar mijn eigen methodisch handelen. Het doorvragen naar concrete ervaringen van patiënten en naar wat de muziek precies met hen deed, was voor mij een heel nieuw aspect. Wat ik tijdens de stage al een beetje had geleerd, en nu nog verder ontwikkeld heb, is het durven experimenteren binnen het vak en de grenzen opzoeken van de mogelijkheden die het vak biedt. Ik heb geleerd om sessies concreet en correct te **rapporteren**. Ook heb ik geleerd om daarna kritisch te kijken naar de sessie en naar de manier waarop ik als therapeut de sessie heb geleid (**reflecteren**).

Tenslotte heb ik uit het maken van de systematic review ook nieuwe dingen geleerd. Ik heb de kwantitatieve onderzoeksartikels gecomprimeerd, Teun de kwalitatieve. Op die manier kwam ik tot nieuwe inzichten over kwantitatief onderzoek. Het werken vanuit de literatuur en met behulp van literatuur om te bevestigen wat ik in mijn methodisch handelen deed, was voor mij redelijk nieuw. Ik werkte voordien voornamelijk intuïtief, vanuit mijn gevoel en in afstemming op de cliënt, wat daarom niet minder waardevol was. In het kader van het onderzoek was het echter nodig om vanuit een goede onderbouwing te starten met het muziektherapeutisch aanbod (**onderzoeken**).

4.1.5 Beantwoording van de vraagstelling

Mijn discussie besluit ik door kritisch te kijken of en hoe dit onderzoek een antwoord geeft op de deelvragen en dus op de vraagstelling. Onze algemene vraagstelling luidde: 'Hoe kan muziektherapie worden opgenomen in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de oncologieafdeling in het Atrium MC te Heerlen?' Allereerst kan ik na het uitvoeren en evalueren van dit onderzoek stellen dat het zeker mogelijk en zelfs aan te raden is om muziektherapie op te nemen in het behandelaanbod op de MOA in het Atrium MC. Dit onderzoek biedt een uitgebreid antwoord op de algemene vraagstelling m.b.v. de antwoorden op de drie deelvragen. Deze beschrijf ik in de volgende paragraaf. Hier zal ik ook duidelijk maken welke vragen er na dit onderzoek nog open blijven.

Wat is er reeds beschikbaar aan wetenschappelijk onderzoek naar muziektherapie in de oncologie?

Deze deelvraag is beantwoord door de Cochrane Review en onze eigen systematic review. De Cochrane Review geeft een overzicht van RCT's en quasi-randomized controlled trials m.b.t. psychologische en fysieke effecten van muziekinterventies bij kankerpatiënten tot en met 2011. De resultaten van de review werden weergegeven per thema: angst, depressie, verdriet, gemoedstoestand, pijn, vermoeidheid, fysieke toestand, hartslag, ademhaling, systolische bloeddruk, diastolische bloeddruk, kwaliteit van leven. Omdat we in dit onderzoek voornamelijk gericht waren op het verbeteren van de kwaliteit van leven, vormde deze review een goede onderbouwing en was hij een goede bron van inspiratie voor ons.

Met de systematic review die we zelf maakten, hebben we het overzicht compleet gemaakt tot en met 2014. We hebben hierin niet alle bestaande onderzoeken verwerkt, vanwege de beperkte tijd die we hadden voor het onderzoek. We hebben er zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek in verwerkt en we kozen voor onderzoeken waarin verschillende effecten werden gemeten bij verschillende doelgroepen (soorten kanker), zodat de systematic review wel een representatief beeld geeft van het gedane onderzoek tussen 2011 en 2014.

Door deze reviews garanderen we dat muziektherapie niet zomaar iets is wat we uitproberen op de MOA in het Atrium MC, maar dat het een effectieve, wetenschappelijk onderzochte therapie is die op verschillende plaatsen ter wereld reeds wordt aangeboden aan kankerpatiënten.

Hoe ervaren patiënten en personeel van de oncologieafdeling een muziektherapeutisch aanbod?

Het antwoord op deze vraag is zeer helder: bijna alle patiënten ervoeren het muziektherapeutische aanbod dat wij tijdens dit onderzoek hebben gedaan als positief (zie paragraaf 3.2, 'Ervaringen van patiënten en personeel'). Ze gaven aan dat de muziektherapie hen hielp te ontspannen en een welkome

aflleiding was van negatieve gedachten en emoties. Muziektherapie ondersteunde patiënten in het uiten van emoties en was een aanzet tot gesprekken over herkenbare thema's uit de muziek of herinneringen die door de muziek werden opgeroepen. Sommige patiënten vonden het een plezierige ervaring. Voor het personeel van de MOA was het zonder uitzondering een zeer geslaagd experiment en een positieve ervaring.

Een kanttekening die ik bij het beantwoorden van deze deelvraag maak, is dat ons muziektherapeutisch aanbod redelijk beperkt was. We hebben voornamelijk receptief gewerkt en op één sessie na uitsluitend gebruik gemaakt van een gitaar, onze stem en een liedmap. Daarom heb ik de aanbeveling gegeven om een vervolgonderzoek te doen naar de ervaringen van patiënten (en personeel) bij een actief muziektherapeutisch aanbod. Bovendien zijn we door de korte tijd die het kader van de scriptie ons oplegde niet aan doelen geraakt zoals het verminderen van angst, pijn en vermoeidheid, maar dat waren onze eigen verwachtingen bij dit onderzoek en bij de muziektherapie. Dit neemt niet weg dat patiënten muziektherapie positief ervoeren.

Na alle positieve en lovende feedback over de muziektherapie op de MOA, die mij op een gegeven moment zelfs wat overweldigde, vind ik het noodzakelijk om een vervolg aan dit onderzoek te geven, hetzij door daadwerkelijk muziektherapie te implementeren op de MOA, hetzij door een vervolgonderzoek naar de mogelijkheden ter implementatie van muziektherapie op de MOA op te zetten.

Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie te kunnen integreren in het behandelaanbod?

Aan de hand van onze eigen ervaringen van het muziektherapeutisch werk op de MOA en met de hulp van Inge Bracke hebben we een lijst opgesteld met de noodzakelijke randvoorwaarden om muziektherapie te kunnen opzetten op de MOA in het Atrium MC (zie paragraaf 3.3, 'Randvoorwaarden'). Echter, de precieze instrumentenkeuze en de concrete invulling van de therapie hangt af van de muziektherapeut die op de MOA werkzaam zal zijn als muziektherapie er daadwerkelijk wordt geïmplementeerd in het behandelaanbod. De lijst met randvoorwaarden die wij hebben opgesteld biedt een antwoord op deze deelvraag, in die zin dat het de basis vormt van waaruit een muziektherapeutisch aanbod kan opgezet en mogelijk uitgebreid worden.

De enige vraag die nog open blijft is hoe muziektherapie gefinancierd kan worden. Het is belangrijk en noodzakelijk dat dit verder wordt onderzocht en dat op deze vraag wel een antwoord komt.

4.2 Discussie van Teun

In dit hoofdstuk kijk ik kritisch naar het verrichte onderzoek en beschrijf ik de sterktes en de zwaktes van dit onderzoek. Daarna verklaar en interpreteer ik de resultaten uit dit onderzoek, doe ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek, integreer ik de resultaten in mijn methodisch handelen en beantwoord ik de hoofd- en deelvragen.

4.2.1 Sterkte- en zwakteanalyse

Samenwerking

Een sterkte van dit onderzoek is dat ik met Nele Pauwels dit onderzoek heb kunnen vormgeven en uitvoeren. We zijn in staat geweest om elkaar goed te ondersteunen op persoonlijk vlak, kritisch te zijn naar elkaars ideeën en interpretaties en we konden elkaar mooi aanvullen in het nadenken over, en vormgeven van het muziektherapeutische aanbod. Het feit dat we na elke werkdag in het ziekenhuis samen konden reflecteren en evalueren zorgde er voor dat we niet verzanden in een te subjectieve kijk op de voortgang, invulling en resultaten van het onderzoek. Dat we met tweeën waren betekende dat we twee keer zoveel patiënten konden bereiken. We bepaalden in overleg op de MOA wie welke patiënten zou bezoeken en konden zowel de patiëntkamers als de dagbehandeling betrekken bij het onderzoek waardoor we met een zo groot mogelijke, en ook nog verschillende, groep patiënten hebben kunnen werken. Naast de samenwerking met Nele Pauwels was ook de samenwerking met het verpleegkundig personeel en Hans Verbong erg belangrijk. Het gebruik kunnen maken van hun expertise en input heeft ons erg geholpen in het profileren van MT op de MOA, bij het verzamelen van feedback van patiënten én het verplegend personeel zelf, bij het bespreken van welke patiënten baat zouden kunnen hebben bij een muziektherapeutische sessie, en bij het in kaart brengen van de randvoorwaarden. Ook de ondersteuning

vanuit KenVaK, dr. Poismans en dr. van Hooren, en dr. Jie maakte dat we een sterk team van experts hadden dat de voortgang van het onderzoek kon monitoren en advies kon geven.

We hadden in ons onderzoeksnetwerk ook het St. Elisabethziekenhuis te Tilburg. Zij bieden muziek van internet aan om medische behandelingen te veraangename. Het is echter niet tot een afspraak gekomen. Deze manier van gebruik van muziek in een medische setting hebben we dan ook niet verder kunnen verkennen. Ik zie dit niet als zwakte omdat de focus van dit onderzoek lag op de ontwikkeling van een *muziektherapeutisch* aanbod en een sterkte van dit onderzoek is dat we ons daar dan ook volledig op hebben gericht. In de toekomst zou het verkennen van de manier waarop het St. Elisabethziekenhuis muziek aanbiedt, en de mogelijkheden en effecten daarvan, wellicht tot een aanvulling op een muziektherapeutisch aanbod in het Atrium MC kunnen leiden.

Dataverzameling

Dat dit onderzoek zich volledig gericht heeft op het werken binnen het Atrium MC is een sterkte van dit onderzoek. We konden hierdoor het onderzoek op maat ontwikkelen en vormgeven. Dat maakt dat de bruikbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd blijft.

Een sterkte van dit onderzoek is dat we het implementatievraagstuk vanuit drie kanten bekeken hebben: de randvoorwaarden, wetenschappelijke onderbouwing voor een muziektherapeutische aanbod en de ervaringen van patiënten en personeel. Dit zorgde ervoor dat we een zo breed en compleet mogelijk antwoord konden geven op de uiteindelijke onderzoeksvraag. Een andere sterkte is de hoeveelheid patiënten waarmee we gewerkt hebben tegenover de korte tijd die we in het ziekenhuis hebben gewerkt: 42 in totaal. Om de ervaringen van patiënten wat betreft het muziektherapeutisch aanbod te inventariseren hebben we van elke sessie rapportages geschreven. Daarnaast hebben we van twee sessies geluidsopnames gemaakt. Een sterkte is dat door het continu samen reflecteren op, en evalueren van, de sessies met Nele Pauwels de inhoud van de rapportages zo objectief mogelijk beschreven was. Belangrijk om als sterkte te benoemen is dat de Medisch Ethische Commissie (METC) ons onderzoeksvoorstel en format heeft bekeken en goedgekeurd vooraleer ze toestemming gaven om data te gaan verzamelen en geluidsopnames te maken.

We hebben, wat het muziektherapeutisch aanbod betreft, voornamelijk receptief gewerkt met patiënten. Dit is een sterkte geweest omdat het de drempel om een muziektherapeutisch aanbod te accepteren verlaagde. Voor veel patiënten was muziektherapie iets waar ze nog niet eerder van gehoord hadden. Patiënten hoefden niet perse iets anders te doen dan luisteren en wanneer we eenmaal bezig waren kwamen de emoties, herinneringen en gesprekken vaak wel los. Patiënten hebben in ons onderzoek erg positief gereageerd op het muziektherapeutisch aanbod en het als erg waardevol ervaren. Dit specifieke muziektherapeutisch aanbod is echter ook een beperking omdat er naast het receptief werken nog veel meer mogelijkheden liggen binnen muziektherapie. Vooral vanuit actieve muziektherapie, waarbij patiënten zelf een muziekinstrument bespelen en zelf actief muzikaal vorm geven aan hun gedachten en emoties in het moment, zijn er nog vele werkvormen in te zetten en mogelijkheden te verkennen. Het receptief werken is slechts een deel van het brede scala aan mogelijkheden van muziektherapie.

Als het gaat om de randvoorwaarden dan is een sterkte dat deze voornamelijk binnen de dagelijkse praktijk in het Atrium MC zijn geïnventariseerd. Zowel onze eigen ervaringen tijdens het werken in het Atrium MC, als gesprekken met Hans Verbong en verplegend personeel maakten dat een groot deel van de randvoorwaarden uit eerste hand kwamen. Ook de informatie uit het interview met Inge Bracke over muziektherapie in de oncologie in relatie tot hygiëne is te zien als sterkte. Ook al werkt zij in België en op de kinderoncologie, wat een hele andere situatie veronderstelt, haar kennis was erg goed bruikbaar en makkelijk te vertalen naar de MOA van het Atrium MC. Een punt van zwakte binnen de beschrijving van de randvoorwaarden was dat we geen structurele financiering hebben kunnen vinden voor muziektherapie. Een sterkte is echter dat een lid van de Raad van Bestuur aangaf dat er een mogelijkheid tot financiering op projectbasis was.

De profilering van muziektherapie op de MOA was een sterkte. We hebben allereerst, bij aanvang van het werken in het Atrium MC, een presentatie gegeven over muziektherapie en ons onderzoek aan het verpleegkundig personeel. Daarnaast hebben we een folder gemaakt voor patiënten waarin we vertellen wie we zijn en wat we doen, en kort wat vertellen over muziektherapie. Deze folder is op de

patiëntkamers verspreid. Het werken met patiënten op de MOA was daarnaast al een stukje profilering op zich omdat de muziek vaak hoorbaar was op de afdeling. Soms liepen patiënten en verplegend personeel langs en bleven ze even staan luisteren. We hoorden van sommige patiënten die MT hadden gehad terug dat ze er ook enthousiast over aan andere patiënten vertelden. Soms vroegen patiënten me om liedjes te spelen die ze me hadden horen spelen op een andere patiëntkamer. Ook het verpleegkundig personeel speelde een belangrijke rol bij het profileren van muziektherapie door er over te vertellen aan patiënten, of bij patiënten te informeren of ze in muziektherapie geïnteresseerd zouden zijn.

We hebben tijdens dit onderzoek geen profilering richting artsen gedaan. Het is van belang om dit in een eventueel vervolgonderzoek wel te doen om draagvlak voor MT bij de artsen te creëren zodat de mogelijkheid tot implementatie kan worden vergroot. Daarbij spelen artsen bij een implementatie van MT op de MOA mogelijk een grote rol in het verwijzen van patiënten naar MT. Door het introducerend en verkennend karakter van dit onderzoek hebben wij echter de keuze gemaakt om ons allereerst te richten op de mensen die het meest direct met muziektherapie in aanraking kwamen: de patiënten en het verplegend personeel op de MOA.

Wat betreft de door ons gemaakte systematic review is de adviserende en controlerende rol van dr. Poismans een sterkte. Dr. Poismans heeft door haar ruime ervaring op gebied van muziektherapie, een afgeronde masterstudie en een doctorale studie, erg veel kennis wat betreft muziektherapie en het uitvoeren, lezen en interpreteren van wetenschappelijk onderzoek. Dat we van haar expertise gebruik konden maken vergroot de betrouwbaarheid van dit onderdeel van het onderzoek. Ook het feit dat deze review vormgegeven is naar de wensen van de opdrachtgever, dr. Jie, is een sterkte en maakt dat de bruikbaarheid gewaarborgd wordt. Een beperking van onze review is dat we een selectie hebben moeten maken van beschikbaar wetenschappelijk onderzoek. Daardoor hebben we een beperkte hoeveelheid wetenschappelijke studies in onze review verwerkt. In overleg met dr. Poismans en dr. Jie zijn we echter overeengekomen dat zeven wetenschappelijke studies voldoende waren. We hebben ervoor gekozen om zowel kwantitatieve als kwalitatieve studies over muziektherapie in de oncologie te gebruiken maar de gevonden pilotstudy en 'mixed-methods-onderzoek' en studies over muziekinterventies (tegenover muziektherapie-interventies) niet te gebruiken. Het feit dat onze review gebundeld wordt met een Cochrane Review (wat een erg uitgebreide en betrouwbare review is) is een sterkte. Een andere sterkte van de systematic review als geheel is dat deze up to date is tot en met 2014.

Tijd

Er was in het kader van het totale onderzoek en de verwerking daarvan relatief beperkte tijd om muziektherapie op te zetten en vorm te geven op de MOA van het Atrium MC en dat heeft ons beperkt in de mogelijkheden die we konden verkennen. In dat opzicht kan dat als een zwakte van dit onderzoek benoemd worden. Ik heb gemerkt dat het wat tijd gekost heeft om onze draai te vinden op de MOA maar het werd na een paar weken steeds makkelijker en ik kreeg ook het gevoel dat we daadwerkelijk onderdeel werden van de afdeling. Het actief betrekken van het verzorgend personeel heeft daar een grote rol in gespeeld.

We hebben weinig geëxperimenteerd met een aanbod van actieve muziektherapie en hoe het zou werken als patiënten naar een muziektherapieruimte zouden komen (in de bufferkamer) in plaats van de muziektherapie naar de patiënt toe. Oorzaken daarvoor zijn de beperkte tijd, het feit dat muziektherapie nieuw en onbekend was op de MOA en de bewuste keuze die we mede daarom gemaakt hebben voor een laagdrempelig aanbod zodat de kans groter werd dat patiënten gebruik zouden maken van het muziektherapeutisch aanbod. Het als onbekende persoon de kamer binnenkomen met een kar vol instrumenten om actieve muziektherapie aan te bieden zou, voor patiënten die niet weten wat muziektherapie is, mogelijk afschrikkend kunnen werken. Daarnaast, waarom zouden patiënten naar een muziektherapieruimte komen als ze niet weten wat ze daar kunnen doen en waarom dat voor hen zinvol is. Ik denk dat het, mede vanwege de snel wisselende patiënt populatie, tijd nodig heeft om patiënten goed te informeren over muziektherapie en de meerwaarde ervan vooraleer ze zouden overwegen naar een muziektherapieruimte te gaan of open zouden staan voor een aanbod van actieve muziektherapie. Een ander punt is dat we enkel de dinsdag en donderdag middag in het ziekenhuis konden werken. De moeilijkheid daarvan is dat veel patiënten kort verblijven op de MOA. Als we dagelijks hadden kunnen werken dan hadden we een grotere kans gehad om vaker met dezelfde patiënten te kunnen werken.

Daarbij hadden we dan onze rapportages en observaties kunnen verifiëren met de patiënten wat de kwaliteit van onze data nog meer ten goede zou komen. Het vaker kunnen werken met patiënten maakt een groot verschil. Ik heb gemerkt dat wanneer ik wel een tweede of, bij uitzondering, een derde keer met patiënten heb kunnen werken, ze enthousiast reageerden als ik langs kwam en de sessies meer diepgang kregen. Dat heeft in mijn optiek te maken met het feit dat patiënten je dan al een keer gezien hebben en je 'kennen' én uit eigen ervaring al een beeld hebben van wat een muziektherapeutische sessie kan inhouden. Daarnaast is het mijn ervaring dat ik in een eerste sessie voornamelijk bezig ben met het enthousiasmeren van patiënten voor een muziektherapeutisch aanbod, of ze te verleiden het eens te proberen. Het dan ook nog moeten informeren over het onderzoek en het vragen om medewerking en ondertekening van de 'informed consent' voor geluidsopnames vond ik dan ook vaak een stap te ver in een eerste kennismaking en in het aanbieden van een nieuwe, voor patiënten vaak onbekende, behandeling. Hierdoor heb ik relatief veel sessies kunnen doen, wat een sterkte is, maar heb ik weinig geluidsopnames kunnen maken. Bij patiënten die ik voor de tweede keer zag ging dit al een stuk makkelijker. Het is een afweging die ik steeds moest maken tussen de rol van onderzoeker en de rol als muziektherapeut.

Flexibiliteit en therapeutische houding

Een sterkte van dit onderzoek is onze flexibele houding waarmee we in het ziekenhuis zijn gaan werken. Dit heeft er mede voor gezorgd dat we het verplegend personeel niet in de weg gezeten hebben en de input die we kregen van personeel en patiënten konden meenemen in ons onderzoek en de keuzes die we daarin maakten. De sterk wisselende patiëntenpopulatie zorgde ervoor dat we steeds weer opnieuw het eerste contact moesten aangaan en steeds weer opnieuw moesten afstemmen op de specifieke wensen en behoeften van patiënten. We benaderden de patiënten allereerst van mens tot mens. Echt luisteren, écht meevoelen en écht afstemmen waren erg belangrijk om in korte tijd een stukje van een vertrouwensrelatie met patiënten op te kunnen bouwen en een ingang te kunnen krijgen om muziektherapeutisch met ze te kunnen werken. Dat afstemmen op de wensen en behoefte van patiënten uitte zich ook in de sessieduur. Soms duurde een sessie slechts 15 minuten en vond een patiënt het wel weer genoeg, soms duurde een sessie anderhalf uur. Daarbij was het wederom belangrijk goed af te stemmen op het moment en de behoefte van de patiënt. Die afstemming op het moment maakte dat we soms een afweging maakten om bij patiënten waar veel bezoek was niet naar binnen te gaan. De overweging die ik daarbij soms maakte is dat muziektherapie niet belangrijker hoeft te zijn dan het bezoek voor de patiënt. Ik wilde muziektherapie dan ook niet opdringen. Die beslissing maakte ik voornamelijk op gevoel. Dat kan zowel een sterkte als een zwakte zijn. Een sterkte omdat ik op mijn eigen intuïtie vertrouw, een zwakte omdat ik op dat moment de patiënt en bezoek de mogelijkheid niet geef om daar zelf een keuze in te maken

4.2.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Randvoorwaarden

Om muziektherapeutisch te kunnen werken op MOA van het Atrium MC zijn er een aantal randvoorwaarden waar rekening mee gehouden moet worden. In het kader van de ziekenhuisprotocollen krijg je een informatiepakket waar duidelijk in staat wat je moet regelen en waar je daarvoor terecht kan (denk aan de badge, ziekenhuiskleding, contract en infectie preventie onderzoek). Bij de start van het werken op de MOA was ik wat terughoudend over het dragen van de ziekenhuiskleding. Mijn gedachte was dat er dan meteen een hiërarchisch verschil tussen mijzelf en de patiënt zou ontstaan. Door de ziekenhuiskleding zou ik namelijk door de patiënt als arts of behandelaar gezien kunnen worden. Ik vroeg me af of dat niet in de weg zou staan bij de opbouw van een gelijkwaardige vertrouwensrelatie, wat belangrijk is in het therapeutisch werken met de patiënt en al zijn of haar gedachten en emoties. Het tegenovergestelde bleek waar: het dragen van de ziekenhuiskleding zorgde voor herkenbaarheid (wat betreft onderdeel zijn van het ziekenhuis) en duidelijkheid (wat betreft mijn rol als behandelaar). Wat ik echter heb gemerkt is dat een flexibele, open, mens-tot-mens houding veel belangrijker is dan welke kleding of badge je draagt, om een vertrouwensrelatie te starten. Zeker gezien de korte tijd, vanwege wisselende verblijfsduur en patiëntpopulatie, waarin een vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd.

Wat betreft de hygiëne is het belangrijk om een goede handhygiëne te onderhouden. In verband met besmettingsgevaar voor onszelf en patiënten hebben we in overleg met Hans Verbong besloten om isolatie patiënten uit te sluiten van ons onderzoek. Uit de informatie die we van Inge Bracke kregen blijkt dat het muziektherapeutisch werken met isolatie patiënten wel degelijk mogelijk is mits er grondige hygiënische maatregelen getroffen worden zodat besmettingsgevaar voor zowel patiënt als muziektherapeut tot een minimum wordt beperkt. De instructie die wij kregen op de MOA was kort gezegd dat voor niet-isolatiepatiënten instrumenten, kloppers en insteekhoezen steeds weer opnieuw zorgvuldig moesten worden ontsmet. Dit gold voor onze gitaren, maar (klein melodische)slagwerkinstrumenten mochten zo ook op de MOA worden ingezet. Tijdens het werken op de MOA heb ik over het algemeen geen fysiek contact gehad patiënten. Bij hoge uitzondering gaf een patiënt me een hand wanneer ik na de sessie de kamer weer verliet. Patiënten zijn niet fysiek in contact geweest met mijn gitaar of liedmap. Het ontbreken van fysiek contact verkleint het besmettingsgevaar en het elke werkdag grondig ontsmetten van mijn gitaar en liedmap met doekjes met een zeepoplossing was, in combinatie met een goede handhygiëne, dan ook voldoende.

Als het gaat om de behoeften voor het kunnen aanbieden van een muziektherapeutische behandeling hebben wij ten minste een gitaar en een liedmap nodig gehad. Hiermee hebben we receptief kunnen werken met patiënten die we bezochten op hun kamer. Het receptief werken is echter slechts een deel van de vele mogelijkheden die muziektherapie biedt. Wanneer je ten volste van de mogelijkheden van muziektherapie gebruik zou willen maken dan zou uitbreiding naar actief musiceren met patiënten aan te bevelen zijn. Volgens Nordoff en Robbins (in Smeijsters, 2006) is er door actief in de muziek te handelen sprake van een sterke **eigen betrokkenheid** en **zelfsturing**. Ik vind het zelf doen en zelf creëren (autonomie), en het tot expressie brengen van 'je Zelf' in het moment, in de muziek, in contact met de muziektherapeut zeer belangrijke aspecten in het werken met kankerpatiënten. Het zelf doen en zelf de controle hebben kan tegenwicht bieden aan de gevoelens van machteloosheid die in sommige sessies door patiënten benoemd werden. Binnen actieve muziektherapie kunnen de emoties, die gepaard gaan met het ziekte- en behandingsproces, door zelf te handelen geëxploreerd, beleefd, geuit en gehoord worden. Nordoff en Robbins (in Smeijsters, 2006) zeggen dat je actief blijft doordat de muziek verandert, en de veranderingen houden de emotionele beleving in beweging waardoor deze toegankelijk wordt voor reflectie en transformatie.

Om de patiënt de mogelijkheid te geven zich ongeremd in de muziek te kunnen uiten, en om eventuele geluidsoverlast te beperken, zou een muziektherapieruimte nodig zijn. Er zou bekeken kunnen worden of de bufferkamer op de MOA hiervoor gebruikt zou kunnen worden. Deze ruimte is groot genoeg, er kunnen bedden naar binnen, er grenst een opslagruimte aan en de deur kan gesloten worden. De bufferkamer is niet perse wekelijks bezet, dus een mogelijkheid zou kunnen zijn om te onderzoeken of deze kamer multifunctioneel kan worden gebruikt, of dat deze zelfs volledig als muziektherapieruimte zou kunnen worden ingezet. Mocht deze ruimte overwogen worden dan moet er rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat er, door actief en expressief musiceren, alsnog geluidsoverlast kan ontstaan op de afdeling en dat er mogelijk gekeken moet worden naar wat daar, wat de kamer betreft, aan gedaan zou kunnen worden. Denk hierbij aan geluidsisolatie of geluidsabsorberende materialen tegen de muren.

Naast een muziektherapieruimte zal er, bij de implementatie van muziektherapie, ook geïnvesteerd moeten worden in het instrumentarium. In paragraaf 3.3 ('Randvoorwaarden') hebben we reeds een kostenraming gemaakt voor instrumenten waarvan wij denken dat ze nodig zijn om receptieve én actieve muziektherapie te kunnen bieden. Wat betreft de financiering voor instrumenten, een muziektherapieruimte en een vacature voor een muziektherapeut op de MOA van het Atrium MC hebben we tijdens dit onderzoek geen mogelijkheid tot structurele financiering kunnen vinden. Ik denk dat, gezien de werking van muziektherapie bij patiënten en personeel, het Atrium MC uiteindelijk een overweging te maken heeft in het al dan niet voorzien in een structurele financiering voor muziektherapie. Wanneer muziektherapie aantoonbare positieve effecten heeft op patiënten en personeel dan heeft het Atrium MC er zelf baat bij om muziektherapie op te gaan nemen in het behandelaanbod. Ik ben wat dat betreft benieuwd waaraan een behandeling zou moeten voldoen, welke data er precies geleverd moet worden en wat voor onderzoek er gedaan zou moeten worden vooraleer het Atrium MC daar structureel ruimte voor in haar begroting zou vrij maken.

Een belangrijke voorwaarde om muziektherapie te kunnen uitvoeren is dat patiënten weten dat het op de MOA aangeboden wordt en dat artsen, psychiaters, psychologen en verplegend personeel (de mogelijke verwijzers) weten wat muziektherapie inhoudt, welke effecten ermee behaald kunnen worden en welke patiënten ze zouden kunnen doorverwijzen. Op deze manier kan muziektherapie als behandeling echt een onderdeel worden van het zorgaanbod op de MOA. Een goede profilering van muziektherapie is van groot belang om draagvlak voor muziektherapie te creëren onder het (verwijzend) ziekenhuispersoneel en ook om naar het Atrium MC te kunnen onderbouwen en verantwoorden waarom ze zouden moeten investeren in het opzetten van deze behandelvorm op de MOA.

Concluderend kan ik zeggen dat, afgezien van het financieringsvraagstuk, uit de beschrijving van de randvoorwaarden blijkt dat het behandelaanbod muziektherapie, zoals wij dat hebben ontwikkeld, kan worden geïmplementeerd op de MOA en dat er mogelijkheden zijn voor uitbreiding naar een breder behandelaanbod (met actieve muziektherapie) en het reserveren en inrichten van een vaste muziektherapie ruimte.

Ervaringen van patiënten en personeel

Ons muziektherapeutische aanbod is gedurende het hele onderzoek door positief ontvangen. Met een gitaar en een liedmap gingen we de kamers af om ons muziektherapeutisch aanbod aan te bieden. Meestal gingen we eerst langs bij patiënten waarvan het verplegend personeel had aangegeven dat ze muziektherapeutische ondersteuning konden gebruiken. Sommige patiënten waren meteen enthousiast, met anderen maakte ik eerst een praatje om rustig kennis te maken en de patiënt te verzekeren dat ze zelf niks hoefden te doen behalve te willen luisteren. Soms hielp het om patiënten het voorstel te doen dat ik een lied zou spelen waarna ze mochten besluiten of ze me weg wilde sturen of dat ik verder mocht gaan. Ik bracht dit dan met een knipoog en meestal gingen patiënten akkoord. Als ik eenmaal een lied had gespeeld mocht ik altijd nog meer liedjes spelen.

Gedurende het onderzoek kregen we verschillende reacties van patiënten: muziek biedt ontspanning, afleiding en plezier, muziek roept herinneringen op, muziek stelt patiënten in staat hun emoties te ervaren en uiten, de liederen bevatte herkenbare thema's en muziektherapie was een positieve ervaring. Opvallend is dat op de dagbehandelkamer 'positieve ervaring' en 'afleiding' het vaakst genoemd worden terwijl op de een- en tweepersoonskamers 'ontspanning' en 'positieve ervaring' het vaakst genoemd worden. Ik merkte dat er ook een groot sfeerverschil was tussen de dagbehandelkamer en de een- en tweepersoonskamer. De dagbehandelkamer vroeg doorgaans om meer 'uptempo' en vrolijke liedjes, de interactie tussen patiënten nam toe en er ontstonden onderlinge gesprekken over o.a. muzikale voorkeuren, of patiënten spraken kort met ons of elkaar over hoe ze de kanker en behandeling ervoeren. Muziek had hier voornamelijk de functie van het afleiding van negatieve gedachten en het bieden van iets positiefs, iets leuks. Dit komt overeen met wat O'Callaghan (2009) beschrijft: muziektherapie vermindert de bezorgdheid over tegenslag bij kankerpatiënten, ondersteunt hun positieve zelfexpressie, vergroot hun bewustzijn en bevestigt hun gevoel van 'ik leef'. Wat verder sterk naar voren kwam was de opwekkende en verbindende kracht van muziek: patiënten waren samen met de muziek en elkaar bezig, waar ze voorheen vooral met zichzelf en hun bezoek bezig waren, of een tijdschrift lezen.

De situatie op de dagbehandelkamer is dynamisch: de duur van de behandeling verschilt per patiënt, dus de patiëntpopulatie in die kamer wisselt bijna doorlopend en verpleegkundigen voeren de benodigde handelingen uit om patiënten klaar te maken voor hun behandeling en deze ook weer af te ronden. De wisselende patiëntpopulatie maakt het lastig en niet wenselijk om sterk op emotioneel gebied in te zoomen omdat je niet weet hoe een patiënt gaat reageren en of je überhaupt de tijd en ruimte hebt om dat te 'containen'²¹. Daarbij heb je een kamer vol mensen waar je rekening mee moet houden en je aandacht over moet verdelen. We hebben ons dan ook vooral gericht op het veraangenamen van het verblijf op die kamer door afleiding en een positieve ervaring te bieden en patiënten gingen daar vaak graag in mee.

²¹ 'Containing' betekent omvatten en bevatten. Het houdt in dat de therapeut zodanig emotionele veiligheid biedt dat iemand zowel positieve als negatieve gevoelens kan uiten zonder dat dit onverdraaglijke gevolgen heeft ('Sociaalwetenschappelijke theorieën en benaderingswijzen', z.d.).

Ik denk dat het naar het ziekenhuis toegaan om je chemobehandeling te ontvangen een directe confrontatie kan zijn met het feit dat je kanker hebt en daar tegen moet strijden, die moet 'verslaan', met alle zorgen, angst en negatieve gedachten die daarmee gepaard kunnen gaan. Dat muziektherapie afleidt van die gedachten en gevoelens, die strijd, en iets positiefs daarvoor in de plaats zet, brengt verlichting voor patiënten tijdens hun verblijf op de dagbehandelkamer.

Op de een- en tweepersoonskamers proefde ik vaak een hele andere sfeer: ingetogener en breekbaarder. Tijdens deze sessies kon ik me volledig op de een of twee aanwezige patiënten richten. Dat maakte dat het mogelijk was om meer op het emotionele niveau in te zoomen. De liedjes die ik speelde brachten vaak een gesprek op gang, of waren een aanleiding voor mij om vragen aan de patiënt te stellen. Sommige patiënten spraken dan over hun ziekte, hoe ze dat ervoeren, hoe ze ermee omgingen, hoe moeilijk het was, hoe zwaar het ook voor hun naasten was, ze spraken over de angst en onzekerheid. Bij andere patiënten kwamen dit soort emotionelere gesprekken niet altijd op gang. Patiënten spraken dan over hun muzikale voorkeuren, of hun muzikale verleden, of over welke muziek ze vroeger luisterden. De focus ging voor deze patiënten dan even af van de kanker, de behandeling en het ziekenhuisverblijf en verplaatste zich naar muziek, naar herinneringen van vroeger, naar een lichter gespreksonderwerp en naar het luisteren naar muziek.

Op de een- en tweepersoonskamers kwamen reacties over de ontspannende werking van de muziektherapie, muziektherapie als positieve ervaring en muziektherapie als middel om emoties te uiten het vaakst voor. Ik stapte deze kamers altijd binnen met de houding om vanuit het moment en afgestemd op de patiënt in contact te treden. Ik noemde dat, en noem dat nog steeds, voor mezelf altijd 'mens-tot-mens-contact': oprecht geïnteresseerd in hoe het met patiënten ging, oprecht geïnteresseerd in wat ze te vertellen hadden, echt aanwezig zijn en de tijd even op de achtergrond zetten. Mijn therapeutische basishouding komt erg overeen met de therapeutische houding uit de 'client centered therapy' van Rogers (Smeijsters, 2008). 'Client centered' betekent dat wat de cliënt zelf ervaart belangrijk is, niet de interpretatie door de deskundige. Belangrijke elementen uit de Rogeriaanse psychotherapie zijn authenticiteit, empathie en onvoorwaardelijke acceptatie (Smeijsters 2008). Deze elementen liggen aan de basis van mijn therapeutische houding in het werken met patiënten op de MOA. Deze houding maakte dat ik betrekkelijk snel een basisvertrouwensband met de patiënt kon realiseren waardoor patiënten me ook lieten delen in hun emotionele wereld.

Wat me opviel in het werken op de MOA is dat 'strijd' een grote rol speelt bij patiënten in het omgaan met hun ziekte. De strijd tegen de kanker, de strijd om te blijven leven, de strijd tegen de fysieke en psychische gevolgen van de kanker en de behandeling. Denk hierbij aan o.a. pijnklachten, angsten, stress, existentiële vragen en verminderde kwaliteit van leven. Diverse wetenschappelijke onderzoeken waaronder die van Bradt et al. (2011), O'Callaghan (2009), Archie et al. (2013), Cassileth et al. (2003), O'Callaghan en McDermott (2007) en Hilliard (2003), ondersteunen de werking van muziektherapie op deze probleemgebieden. Tijdens de muziektherapie leek het alsof het harnas wat patiënten dragen om zich te sterken in die strijd, even af mocht. Patiënten ervoeren tijdens de muziektherapie dan vaak ontspanning of ervoeren de muziektherapie als positief. Even rust in de strijd. Dit wordt ondersteund door een onderzoek van O'Callaghan en McDermott (2007) waarin beschreven staat dat personeel zag dat patiënten muziektherapie positief ervoeren op emotioneel, fysiek, spiritueel en sociaal vlak: het zorgt ervoor dat patiënten even een "time out" van hun ziekte kunnen nemen.

Ontspanning

Ik kreeg van patiënten en personeel vaak terug dat de muziek zo mooi was, dat ik zo'n mooie stem had, dat de sfeer in de kamer positief beïnvloed werd (rustiger) en zowel patiënten als verplegend personeel gaven aan dat de muziek een ontspannend effect op hen had. Ik vond het opvallend hoe vaak deze opmerkingen terugkwamen, vandaar dat ik het van belang vind om hier dieper op in te gaan. In deze paragraaf ondersteun ik het belang van ontspanning met literatuur, probeer ik te verklaren waarom patiënten op de MOA vaak de ontspannende werking van mijn muziektherapeutische sessie benoemden en wat ontspanning kan betekenen voor deze patiënten.

De werking van ontspanning vanuit de literatuur

Ontspanning is te benaderen vanuit het effect dat het op het lichaam heeft. Een artikel van Jones en Heymen (in IFFGD, 2014) beschrijft hoe ontspanning werkt op drie geïntegreerde systemen in het lichaam.

- Het brein/de cognitie: Tijdens en na ontspanning wordt door mensen gerapporteerd dat het denken tot rust komt, er meer controle is over het focussen van gedachten en de concentratie beter vastgehouden kan worden. De kwaliteit van denken wordt als rustig en kalm benoemd.
- Spieren: Ontspannen mensen zijn verstild. Als ze wel bewegen doen ze dat langzaam en zacht. Daarnaast verminderd de spierspanning aanzienlijk wanneer mensen ontspannen. Wanneer spierspanning te lang te hoog is kunnen mensen last van pijnlijke spieren in de onderrug en spanningshoofdpijnen krijgen.
- Het autonome zenuwstelsel: Dit bestaat uit het sympatische zenuwstelsel: dit systeem heeft de overhand in stress situaties en bereidt het lichaam dan voor op de 'fight or flight response' (Medicinfo, 2008), en het parasympatische zenuwstelsel: dit systeem heeft in rustige omstandigheden de overhand. Dit systeem speelt een rol bij het bewaren en herstellen van energie in het lichaam (Medicinfo, 2008). In ontspannen toestand heeft dit systeem meer de overhand.

Deze drie systemen worden geïntegreerd door hersencentra waaronder het limbische systeem (bestuurt emoties), de hypothalamus (controleert de fundamentele biologische/gedragsprocessen zoals eten, vechten, vluchten) en het reticulaire activeringssysteem (reguleert arousal²²). Als een van deze systemen tot ontspanning wordt gebracht, volgen de andere twee doorgaans ook. Jones en Heymen (in IFFGD, 2014) schrijven dat ontspanning gezondheidswinst oplevert: het verminderen van excessieve arousal door zorgen of angst, het vergroten van de verdraagzaamheid van pijn, verbetering van het immuunsysteem en het voorkomen van de schadelijke gevolgen van stress.

In een meta-analyse van de effectiviteit van ontspanningstraining bij kankerpatiënten (Luebbert, Dahme & Hasenbring, 2001) wordt geconcludeerd dat ontspanning voor patiënten die verschillende medische procedures ondergaan zoals chemotherapie, radiotherapie, beenmergtransplantatie en hyperthermia bij al deze procedures even effectief is. Ontspanningstraining blijkt daarnaast effectief in het verminderen van misselijkheid, pijn, depressie, angst en vijandigheid. Ook positieve effecten op stemming en vermindering van stemmingswisselingen worden aangetoond. Uit de resultaten van hun meta-analyse concluderen de auteurs dat ontspanningstraining zou moeten worden geïmplementeerd in de standaard klinische zorg voor kankerpatiënten. Een recente studie van Song, Xu, Zhang, Ma, en Zhao (2013) concludeert dat ontspanningstraining bij vrouwen met borstkanker positief werkt in angstreductie en het verminderen van bijwerkingen van chemotherapie (zoals verlies van energie, verminderde eetlust en misselijkheid). Song et al. zeggen dat ontspanningstraining een waardevolle complementaire benadering is bij de behandeling van borstkankerpatiënten ter bevordering van hun algehele gezondheid.

Muziektherapie en ontspanning

Volgens Smeijsters (2006) kan muziek de ontspanningstoestand bevorderen. Bovendien is muziek in staat om vorm te brengen in chaos zowel op fysiek, emotioneel als cognitief gebied en kan daardoor innerlijke of lichamelijke onrust verminderen. Mijn muzikale spel was een belangrijke factor in het bieden van ontspanning. Ik begeleidde mezelf op gitaar met het zingen van liedjes. Deze liedjes waren vaak afgestemd op wat ik dacht dat de patiënt mooi zou vinden, nodig zou kunnen hebben of werd in overleg met patiënten gekozen. Liedjes die vaak aan bod kwamen waren o.a.:

- Bright eyes, Mike Batt.
- Hallelujah, Leonard Cohen
- Het dorp, Wim Sonneveld
- Imagine, Johnn Lennon

²² Arousal is de activatie van het centrale en autonome zenuwstelsel en houdt verband met de graad van mentale alertheid en bewustzijn ('Arousal', 2013).

- In het graas van de wei, Toon Hermans
- In de stilte van de nacht, Harry van den Berghe
- In het groene dal, in het stille dal, tekst: Jan Pieter Heije, muziek: Jos Beltjens
- Het zonnetje gaat van ons scheiden, Franz Abt (vertaald door J.P. Regeer)
- Love me tender, Elvis Presly
- Yesterday, The Beatles
- Leaving on a jetplane, John Denver

Smeijsters (2006) zegt dat het aanbieden van bekende muziek, muziek die de eigen ik-beleving versterkt en muziek met duidelijke muzikale structuren kan helpen een veilige omgeving te scheppen waarin gevoelens geëxploreerd, geuit en verwerkt kunnen worden. Hierdoor kan het gevoel van eigenwaarde, het gevoel van controle en de emotionele balans versterkt worden.

Bij alle sessies heb ik 'live' muziek gespeeld. Een onderzoek van Baily (in Smeijsters, 2006) wijst uit dat 'live' gespeelde muziek tot een significant beter resultaat leidt: er gaat een sterkere angstreducerende werking van uit. Mijn muzikale spel kenmerkte zich door een rustig en stabiel tempo, zeer geleidelijke dynamische wisselingen, een zacht timbre, mooie voorspelbare harmonieën en zorgvuldige fraseringen in mijn zang. Na het spelen van een lied kreeg ik vaak applaus of werd door patiënten gezegd dat ze het erg mooi vonden. Mijn spel had een hoge esthetische waarde. In een emotionele sessie benoemde ik mijn spel als 'een muzikale omarming' waarop beide patiënten bevestigend antwoordde.

Bruscia (in Smeijsters, 2006) maakt een parallel tussen de muzikale parameters (tempo, ritme, dynamiek, melodie, harmonie en timbre/klank) en de mens:

- *Tempo* heeft te maken met de snelheid van handelen/bewegen
- *Ritme* verwijst naar kenmerken van de impuls. Zoals controle, starheid, afwisseling, variatie, flexibiliteit, speelsheid, impulsiviteit
- *Dynamiek* hangt samen met het energieniveau, spanning, ontspanning, expressie
- *Melodie* kan verwijzen naar overspanning, overbrugging, lijnvorming, verhaal
- *Harmonie* weerspiegelt inbedding, omarming, ruggensteun
- *Timbre/klank* verwijst naar sfeer, emotie, affecten, expressie

Als ik mijn muzikale spel analyseer met behulp van de bovenstaande opsomming dan kan ik daar het volgende over zeggen:

- Het *tempo* in het de liedjes die ik speelde was langzaam. Dat veronderstelt een langzaam bewegen, rust.
- Het *ritme* was gecontroleerd, stabiel en voorspelbaar. Dat veronderstelt dat de luisteraar weet waar hij/zij aan toe is, zich daarover geen zorgen hoeft te maken, zich makkelijker aan de muziek over kan geven.
- De *dynamiek* was zacht, het energieniveau laag. Dit geeft, gecombineerd met het lage tempo en het voorspelbare ritme, de luisteraar de mogelijkheid om zich af te stemmen op dat lage energieniveau en tot ontspanning te komen.
- De *melodie*, het verhaal, geeft de luisteraar de mogelijkheid om naar dit verhaal te luisteren en mogelijk los te komen van eigen (negatieve) gedachten (het eigen verhaal) en zich mee te laten voeren door het aangeboden muzikale verhaal. Soms zijn melodieën van de liedjes herkenbaar en kunnen patiënten zich er daardoor nog makkelijker door mee laten voeren. Mogelijk kunnen hierdoor de eigen gedachten tot rust komen.
- De *harmonie* zorgt voor een omarming. Wanneer patiënten zich overgeven aan de ontspanning kan de harmonie dit ondersteunen door gevoel te geven van 'opgevangen worden', of het 'zachte matras zijn waarop de patiënt zich neer kan leggen'.
- Het warme en zachte *timbre* waar ik gebruik van maakte zette een rustige sfeer neer, creëerde ruimte voor emoties en de mogelijkheid deze in een veilige muzikale omgeving te ervaren en uiten.

Deze analyse verklaart mogelijk hoe de manier waarop ik de muziek vorm gaf de ontspanningstoestand bevorderde en waarom ik van patiënten en verplegend personeel vaak complimenten kreeg over 'hoe mooi' het spel was 'hoe rustig de sfeer was' en 'hoe ontspannend het werkte'.

Muziektherapie is in staat ontspanning te bieden aan kankerpatiënten die door de ziekte en de behandeling zowel in fysieke als psychische spanning verkeren. Het belang van ontspanning bij kankerpatiënten wordt ondersteund door de literatuur en gezien de resultaten van dit onderzoek is muziektherapie erg geschikt om o.a. ontspanning te bewerkstelligen. In mijn optiek ligt een grote kracht van muziektherapie bij kankerpatiënten dan ook in het bieden van een rustpunt in de strijd, in het even op adem mogen komen, al is het misschien maar voor een moment, om even lucht te geven aan een stukje kwetsbaarheid en dat er mogen laten zijn, en om even gehoord, opgevangen en 'omarmd' te mogen worden. Ruimte geven aan, en oog hebben voor de mens achter het harnas en de mogelijkheid te bieden dat patiënten dit harnas even naast zich neer mogen zetten, maakt dat patiënten volledig zichzelf mogen zijn in al hun kracht en kwetsbaarheid en ook als zodanig volledig kunnen worden gezien, gehoord, gesteund en geaccepteerd. Wanneer muziektherapie zich op deze manier richt op het 'care' aspect in het zorgaanbod van het Atrium MC voor kankerpatiënten dan kan het de ziekenhuiszorg, het 'cure' aspect, sterk aanvullen en ondersteunen en het ziekte- en behandelproces van kankerpatiënten positief beïnvloeden.

4.2.3 Aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

Uit het kritisch verklaren en interpreteren van de resultaten volgen een aantal aanbeveling voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.

Aanbevelingen voor de praktijk

Gezien de meerwaarde voor patiënten en personeel, en de overwegend zeer positieve reacties van patiënten en personeel op de MOA zou het aan te bevelen zijn het muziektherapeutisch aanbod voort te zetten. Ik zeg *muziektherapeutisch* en niet enkel 'muziek' omdat muziek o.a. in staat is om herinneringen en emoties naar boven te brengen. Het is dan ook van groot belang dat muziektherapie goed afgestemd aangeboden wordt aan de patiënt en dat de patiënt goed begeleid wordt bij het ervaren en uiten van deze emoties. Wordt dat onvoldoende gedaan dan kan de stress, onzekerheid en angst mogelijk versterkt worden en gaat de kwaliteit van leven bij patiënten er juist op achteruit.

Verder zou ik aanbevelen om muziektherapie op de MOA frequenter aan te bieden. In dit onderzoek hebben we twee middagen per week kunnen werken. Als dit uitgebreid zou kunnen worden kunnen er meer patiënten bereikt worden, kunnen patiënten mogelijk meerdere behandelingen krijgen (wat de muziektherapie kan verdiepen en effecten mogelijk kan vergroten) en wordt muziek zichtbaarder op de MOA wat ten goede komt aan de profilering van muziektherapie.

Daarnaast zou een uitbreiding naar een behandelaanbod waarin actieve muziektherapie meer naar voren komt aan te bevelen zijn. Op deze manier kunnen patiënten zelf muziek maken (wat de autonomie versterkt) en muzikaal vorm geven aan hun gedachten en emoties. De zelfervaring in de muziek komt dan centraler te staan.

Gezien de informatie die we hebben verkregen over de randvoorwaarden voor de toepassing van muziektherapie op de isolatiekamers, zou het aan te bevelen zijn om te bekijken of deze patiënten ook toegang kunnen krijgen tot het muziektherapeutisch aanbod. Zij zouden ook baat kunnen hebben bij de positieve effecten van muziektherapie en het zou ook mogelijk het gevoel van isolement bij deze patiënten kunnen verminderen.

Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

- Bevestiging van dit onderzoek

Ik zou aanbevelen dat dit onderzoek herhaald zou worden in andere ziekenhuizen. Hierdoor kunnen onze resultaten worden bevestigd en ondersteund of worden bijgesteld. Hierdoor zou mogelijk een nieuw werkgebied kunnen worden aangeboord en kan muziektherapie zich verder ontwikkelen en profileren op de oncologische afdelingen ten behoeve van de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten.

- Extra onderzoek

Meer onderzoek naar welke muziektherapeutische methodes er binnen de oncologie kunnen worden ingezet en meer onderzoek wat zowel kwantitatieve als kwalitatieve data over de effecten van muziektherapie oplevert, kan de effectiviteit van muziektherapie vergroten en helpt in het wetenschappelijk onderbouwen van de werking van muziektherapie bij kankerpatiënten.

- Financiering

Over de financiering van muziektherapie in de oncologie in Nederland is momenteel weinig bekend. Uiteindelijk kost het aantrekken van een muziektherapeut (als ZZP'er of in dienst van het ziekenhuis), het instrumentarium en de inrichting van een muziektherapieruimte, geld. We hebben reeds navraag gedaan bij de NVvMT, dr. van Hooren en dr. Poismans (KenVaK), dr. Jie (Atrium MC) en zijn gekomen tot een mogelijkheid tot projectmatige financiering. Ik zou aanbevelen dat er onderzocht wordt of en hoe zorgverzekeraars muziektherapie vergoeden en mogelijk kunnen er bij de KWF kankerbestrijding fondsen geworven worden die verder onderzoek mogelijk maken.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek op de MOA

Vervolgonderzoek op de MOA van het Atrium MC kan zich richten op de mogelijkheid tot uitbreiding van het muziektherapeutische aanbod van receptieve naar actieve muziektherapie en de werking/effectiviteit daarvan. Vervolgonderzoek kan zich richten op de mogelijkheid om, naast het werken op de kamers, te werken vanuit een muziektherapieruimte zodat de mogelijkheden tot implementatie verder in kaart gebracht kunnen worden. Daarnaast kan vervolgonderzoek zich ook richten op de mogelijkheid om met patiënten op de isolatiekamers te werken zodat ook deze patiënten muziektherapeutisch ondersteund kunnen worden in hun ziekteproces.

Vervolgonderzoek zou zich ook kunnen richten op het verzamelen en in kaart brengen van meer specifiekere (kwantitatieve) data wat betreft de effecten van muziektherapie. De resultaten hiervan zouden tot een concreter beeld van de effecten van muziektherapie leiden, kunnen een belangrijk middel zijn in het creëren van draagvlak bij artsen voor muziektherapie en kunnen voor het Atrium MC van belang zijn in de overweging om muziektherapie te gaan financieren.

Vervolgonderzoek zou zich tot slot nog specifieker kunnen richten op het vinden van fondsen en mogelijkheden tot financiering van muziektherapie op de MOA van het Atrium MC.

4.2.4 Integratie van de resultaten in het eigen methodisch handelen

Voordat ik aan dit onderzoek begon lag de opgedane kennis en ervaringen uit de opleiding en mijn stage in de verpleeghuiszorg aan de basis voor mijn methodisch handelen. Door het vormgeven en uitvoeren van dit onderzoek heb ik weer nieuwe kennis en ervaringen opgedaan die mijn methodisch handelen beïnvloeden en in deze paragraaf zal ik dat verder toelichten aan de hand van de eindcompetenties voor de opleiding creatieve therapie: behandelen, organisatie, professionalisering en onderwijs en onderzoek (Cilissen-IJssermans, Péntzes & Welten, 2013).

Behandelen

De kankerpatiënten waren voor mij een nieuwe doelgroep om mee te werken. Het zoeken naar informatie over de ziekte en de fysiologische en psychologische gevolgen ervan heeft me geholpen een eerste beeld te creëren van deze doelgroep en waar een muziektherapeutische behandeling zich op zou kunnen richten. Veel angsten en onzekerheden, veel moeheid, veel verdriet, verlies, isolatie, emotionele 'rollercoaster' maar ook strijd lust, doorzettingsvermogen, incasseringsvermogen, relativeren en steun van familie en vrienden, waren woorden die voor mij passend waren bij het beeld wat ik van kankerpatiënten opbouwde. In het werken met kankerpatiënten heb ik al deze woorden teruggezien en kon ik daar ook nog wat woorden aan toevoegen: humor, eerlijkheid, echtheid, kwetsbaarheid. Patiënten hebben allemaal hun eigen manier om met de ziekte en behandeling om te gaan. In mijn eerdere stage heb ik vooral gewerkt met patiënten met diverse psychiatrische beelden, cognitieve beperkingen en probleemgedrag. Kankerpatiënten zijn wat dat betreft een hele andere doelgroep. Dit zijn namelijk patiënten met een somatische aandoening en die aandoening doet een aanslag op hun psychologische draagkracht. Het ondersteunen en vergroten van die draagkracht stond centraal in de muziektherapeutische behandeling

bij kankerpatiënten en daar heb ik dan ook ervaring in opgedaan. Door het muzikale aanbod van liedjes, begeleid op gitaar, heb ik mijn gitaarspel en mijn zang verder kunnen ontwikkelen. Ik heb me verder bekwaamd in het zeer zorgvuldig muzikaal fraseren, het inzetten van muzikale parameters (tempo, ritme, dynamiek, melodie, harmonie, timbre/klank) op subtiële wijze en het tegelijkertijd observeren en (muzikaal) inspelen op het moment.

We hebben op de middagen dat we in het ziekenhuis werkten meestal eerst samen met het verpleegkundig personeel bekeken of er patiënten geïndiceerd konden worden voor een muziektherapeutisch aanbod. Het verpleegkundig personeel kon ons vaak vertellen of er patiënten waren die wat extra ondersteuning nodig hadden, veel last hadden van angst of pijn, erg emotioneel waren, net slecht nieuws gekregen hadden, al lang alleen waren etc. Als het verpleegkundig personeel patiënten voor muziektherapie indiceerde dan zorgden we ervoor dat we bij die patiënten zeker zouden vragen of ze muziektherapie zouden willen. Daarnaast gingen we de kamers af om muziektherapie aan te bieden. We hadden hierbij weinig tot geen informatie over de patiënten dus de het was steeds de vraag óf patiënten muziektherapie zouden willen en wanneer ze dat wel wilden was het muziektherapeutisch aanbod geheel afgestemd op de het moment en de patiënt. Dit vereiste van mij als muziektherapeut een erg flexibele houding en een continue afstemming op het moment.

Ik dacht voor dit onderzoek dat, alvorens je met patiënten kunt gaan werken met hun gedachten en emoties, het opbouwen van een therapeutische relatie en het scheppen van een veilige situatie voor de patiënt veel tijd, zorgvuldigheid en geduld kost. In dit onderzoek hadden we echter vaak maar één sessie om met patiënten te werken voordat ze weer naar huis gingen. Ik heb geleerd dat het mens-tot-mens contact en het aansluiten bij, en starten vanuit, de patiënt erg belangrijk is: passend bij de 'client centered therapy' van Rogers (in Smeijsters, 2008). Het aandachtig en zoveel mogelijk zonder oordeel luisteren, doorvoelen van wat de patiënt vertelt en het zelf bewust en eerlijk reageren naar de patiënt zijn belangrijke aspecten om in korte tijd een basis voor een therapeutische relatie te leggen en een veilige omgeving te scheppen voor de patiënt om zich emotioneel in te kunnen uiten. Uit mijn ervaring blijkt dat dit werkt: veel patiënten praatten openlijk over hun gedachten en emoties en uitten deze ook, stellen zich kwetsbaar op en laten zich ondersteunen. Een ander belangrijk punt wat ik heb ervaren is dat het belang van humor niet onderschat moet worden. Voor de patiënt is het hele ziekteproces zwaar, het in de muziektherapie ruimte geven aan en werken met hun eigen emoties en kwetsbaarheid kan ook zwaar zijn. Samen lachen om een grapje, een grappige herinnering, een cynische opmerking etc. zorgt soms voor een welkome verlichting in het moment, even lucht, en versterkt de onderlinge relaties tussen de therapeut, patiënt en eventueel bezoek (familie en vrienden). Ik vind het belangrijk dat die laatste niet vergeten wordt. Uit sessies die ik gedaan heb waarbij bezoek aanwezig was bleek dat zij het vaak ook moeilijk hebben. Machteloosheid werd vaak als grootste struikelblok genoemd. Het betrekken van het bezoek bij de muziektherapie kan voor hen ondersteuning bieden. Wat ik persoonlijk zo krachtig vond tijdens het werken op de MOA was dat ik merkte dat het toepassen van muziektherapie positieve effecten had op de kankerpatiënt en het bezoek maar daarnaast ook op het verpleegkundig personeel en daarbij bracht muziektherapie ook nog een positieve sfeerverandering op de MOA teweeg. De invloed van muziektherapie stopt niet bij de behandelde patiënt.

Organisatie

Allereerst was het werken in het ziekenhuis nieuw voor me. Ik heb geleerd dat er met veel zaken rekening gehouden moet worden (hygiëne, kleding, bezoeken, artsenvisitaties, verpleging) en dat het vaak ook tijd kost om zaken te regelen. Je kunt niet zomaar even iets gaan doen: je hebt te maken met protocollen, verschillende afdelingen, soms ook met verschillende gebouwen, met ook nog verschillende openings- of werktijden. Ik dacht dat een verpleeghuis al een groot systeem was, maar een ziekenhuis is nog een aantal stappen groter en complexer. Ik kwam tijdens het onderzoek tot de conclusie dat samenwerking en goede communicatie van het grootste belang zijn in het maken van afspraken en het zorgen dat de randzaken geregeld kunnen worden. Daarnaast is de samenwerking met het verpleegkundig personeel erg waardevol geweest. Het handige van de open zusterpost is daar dat je altijd wel iemand kan aanspreken, en het verpleegkundig personeel was ook altijd bereid om even te luisteren en mee te denken. Het is van groot belang geweest in dit onderzoek dat we hun expertise konden gebruiken. Wat betreft het samenwerken met alle verschillende partijen heb ik vooral geleerd dat het een proactieve open houding vereist. Soms vond ik dat lastig, aangezien we als nieuwelingen in een

nieuwe situatie met allemaal nieuwe mensen kwamen. De 'stoute schoenen aantrekken' en gewoon het contact maken, met aandacht naar de ander luisteren en nog eens vragen als iets niet duidelijk was, werkte uiteindelijk het beste. Het verplegend personeel vond het bijvoorbeeld prettig dat ze bij het indiceren van patiënten betrokken werden, zo konden zij hun expertise met ons delen en voelden ze zich betrokken bij het onderzoek. Zorgvuldig communiceren vraagt daarnaast best wel wat tijd (zeker met een groot onderzoeksnetwerk) want iedereen wil op de hoogte blijven van de ontwikkelingen en is geïnteresseerd in de voortgang. Uiteindelijk was het die moeite allemaal waard omdat het een geïnteresseerd en gemotiveerd onderzoeksnetwerk opgeleverd heeft waar we bij het onderzoek veel aan hebben gehad.

Professionalisering

Dit hele onderzoeksproject is een grote leerervaring geweest: het ontwikkelen van een passend muziektherapeutisch aanbod, het uitvoeren hiervan, het continu reflecteren op ons handelen en de effectiviteit van het ontwikkelde aanbod, het bijstellen en aanvullen, het overleggen met betrokkenen en dit continu als circulair proces. Ik heb geleerd dat je altijd ergens moet beginnen, en dat kan soms eng zijn. Soms voelde ik uit onzekerheid een drempel om tot actie te komen. Door het toch te doen, te leren vertrouwen op mijn eigen kunnen, te accepteren dat je soms alleen maar je best kunt doen en verder even niks in de hand, of onder controle hebt heeft me erg gesterkt in mijn zelfvertrouwen. Ik moet ook zeggen dat ik het vormgeven en uitvoeren van dit onderzoek een erg leuke en uitdagende onderneming heb gevonden. Vanuit mijn leergierigheid en 'willen-weten', 'willen-begrijpen' vond ik het geweldig uitdagend om kritisch te reflecteren, verklaringen te vinden, te zoeken naar andere of meerdere mogelijkheden, te zoeken naar verbanden en mijn handelen te onderbouwen.

Onderwijs en onderzoek

Wat betreft het profileren van het vak muziektherapie heb ik tijdens dit onderzoek veel geleerd. Allereerst moesten we een presentatie geven over onder andere muziektherapie voor het verplegend personeel, daarnaast heeft het opstellen van een informatiebrief voor patiënten me geholpen om kernachtig weer te geven waar het om gaat bij muziektherapie. De profilering afstemmen op de verschillende doelgroepen maakt dat ik geleerd heb dat je goed moet nadenken over welke informatie je biedt en wat relevant is voor je doelgroep. Het (leren) lezen van diverse onderzoeken voor de systematic review maakt dat ik een beter beeld heb bij wat er op het gebied van onderzoek al aangetoond is wat betreft de werking van muziektherapie. Dit maakt dat ik muziektherapie concreter kan profileren en mijn handelen nog beter kan onderbouwen vanuit de literatuur. Aangezien we als muziektherapie nieuw en onbekend waren op de MOA was het doorheen het hele onderzoek belangrijk om te (blijven) profileren en heb ik dit veel kunnen oefenen.

Het doen van onderzoek was nieuw voor me. Ik heb geleerd dat het niet altijd makkelijk is om in de rol van onderzoeker én therapeut te moeten werken. Beiden hebben namelijk andere prioriteiten: de onderzoeker is op zoek naar onderzoeksgegevens, data, en de therapeut stelt de patiënt voorop. Daarnaast heb ik geleerd hoe je aan patiënten doorvraagt om de nodige onderzoeksgegevens te verkrijgen en heb ik me verder bekwaamd in het rapporteren: het beknopt beschrijven van sessies zonder dat daarbij relevante gegevens verloren gaan. Door me te verdiepen in de literatuur over het doen van onderzoek heb ik geleerd hoe ik gegevens moet verzamelen, inventariseren, analyseren en verwerken. Binnen alle aspecten van dit onderzoek heb ik alle eindcompetenties kunnen inzetten en verder kunnen ontwikkelen.

4.2.5 Beantwoording van de vraagstelling

Vanuit de bovenstaande analyse kan ik de onderzoeksvragen beantwoorden. De hoofdvraag luidde: 'Hoe kan muziektherapie worden opgenomen in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de oncologieafdeling in het Atrium MC te Heerlen?'. Uit het praktijkgedeelte van dit onderzoek blijkt dat ons muziektherapeutisch aanbod kan worden ingezet op de MOA. Dit blijkt uit de beantwoording van de deelvragen.

Wat is er reeds beschikbaar aan wetenschappelijk onderzoek naar muziektherapie in de oncologie?

Uit ons literatuuronderzoek en de systematic review blijkt dat er een grote en groeiende hoeveelheid aan wetenschappelijk onderzoek beschikbaar is dat de werking van muziektherapie in de oncologie ondersteunt en bewijst. In de systematic review wordt de werking van muziektherapie op gebieden als angst, depressie, verdriet, gemoedstoestand, pijn, vermoeidheid, fysieke toestand, hartslag, ademhaling, systolische bloeddruk, diastolische bloeddruk en kwaliteit van leven beschreven. Uit de Cochrane review en onze zelfgemaakte systematic review blijkt dat muziektherapie effectief kan worden ingezet als complementaire behandeling bij kankerpatiënten.

Hoe ervaren patiënten en personeel van de oncologieafdeling een muziektherapeutisch aanbod?

Patiënten staan over het algemeen erg positief tegenover het muziektherapeutisch aanbod, zeker nadat ze het eenmaal ervaren hebben. Patiënten delen hun enthousiasme met andere patiënten, familie en vrienden en verplegend personeel. Patiënten geven aan dat muziektherapie rustgevend of ontspannend werkt, dat het afleidt van negatieve gedachten of emoties, dat binnen muziektherapie emoties beleefd en geuit kunnen worden, dat muziektherapie momenten van plezier brengt en herinneringen (aan vroeger) oproept. Muziektherapie brengt verlichting in het zware ziekteproces. Alle patiënten die één of meerdere muziektherapie sessies hebben bijgewoond, vonden het een positieve ervaring. Alle patiënten bedankten ons na de sessie, sommigen zelfs na elk lied. Veel patiënten waren enthousiast over het onderzoek en vonden het een goed initiatief. Sommigen wensten ons veel succes met het onderzoek zodat andere patiënten in de toekomst ook baat konden hebben bij een muziektherapeutisch aanbod.

Het verpleegkundig personeel ondersteunt vanuit wat ze gezien hebben bij, en gehoord hebben van, patiënten de positieve werking van muziektherapie bij kankerpatiënten. Het verplegend personeel zelf ervaart het muziektherapeutisch aanbod als ontspannend en soms ook emotioneel. Muziektherapie beïnvloedt de werksfeer positief: er wordt rustiger gewerkt, het geeft persoonlijkheid aan de afdeling en brengt een positieve energie op de afdeling. Het verplegend personeel geeft aan dat ze muziektherapie totaal niet als een belemmering hebben ervaren bij het uitvoeren van hun werk. Het verplegend personeel ziet ook een meerwaarde van muziektherapie in het werken met patiënten die niet meer aanspreekbaar zijn of gefixeerd liggen. De reacties van het verplegend personeel waren tijdens de eindevaluatie zeer positief. Men vond het jammer dat we weer weggingen. Hans Verbong gaf aan het een geslaagd experiment te vinden.

Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie te kunnen integreren in het behandelaanbod?

Uit paragraaf 3.3 ('Randvoorwaarden') blijkt dat het ontwikkelde muziektherapeutische aanbod kan worden geïmplementeerd in het behandelaanbod op de MOA. Daarbij zijn er nog mogelijkheden tot uitbreiding wat betreft het muziektherapeutisch aanbod en in het faciliteren van een vaste muziektherapieruimte. Een kanttekening is dat de mogelijkheden tot financiering van een muziektherapeutisch aanbod nog niet volledig duidelijk zijn en verder moeten worden onderzocht.

Conclusie

De systematic review onderbouwt dat muziektherapie effectief inzetbaar is in de oncologie. Uit dit onderzoek blijkt dat muziektherapie van toegevoegde waarde is voor patiënten op de MOA als het gaat om verbetering van de kwaliteit van leven. Uit de beschrijving van de randvoorwaarden blijkt dat muziektherapie praktisch inzetbaar is. Het is dan ook mijn aanbeveling dat muziektherapie wordt toegevoegd aan het behandelaanbod op de MOA in het Atrium MC.

5. Samenvatting

Introductie

Muziektherapie is 'een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied' (NVvMT, 2009). Er is veel onderzoek gedaan naar de werking van muziektherapie in de oncologie in het buitenland. Onder andere in Amerika, Australië, Scandinavië, Duitsland en Zwitserland wordt muziektherapie reeds toegepast in de oncologie. Er is nog weinig bekend over de effecten en de inzetbaarheid van muziektherapie in de medische oncologische setting in Nederland. Om aan de toenemende vraag naar meer patiëntgerichte zorg te kunnen beantwoorden, wordt onderzocht hoe muziektherapie kan worden ingezet ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de multidisciplinaire oncologieafdeling (MOA) in Atrium MC.

Opzet van het onderzoek

Wij hebben een actiegericht onderzoek uitgevoerd. Er is een systematische review gemaakt van beschikbaar wetenschappelijk onderzoek m.b.t. muziektherapie in de oncologie. 33 patiënten op één- en tweepersoonskamers en 9 patiënten op de dagbehandelkamer ontvingen een muziktherapeutisch aanbod en werden daarna geïnterviewd op de ervaren effecten, waaronder hun kwaliteit van leven. Het muziktherapeutisch aanbod bestond uit het luisteren naar 'live' gezongen liederen en improvisaties met gitaarbegeleiding, die afgestemd waren op de wensen en behoeftes van de patiënt. In een teamvergadering werd het personeel bevestigd op hun ervaringen. De randvoorwaarden ter implementatie van muziektherapie op de MOA werden in kaart gebracht.

Resultaten

De Cochrane Review geeft een overzicht van wetenschappelijk onderzoek m.b.t. muziektherapie in de oncologie tot en met 2011. Vijf kwantitatieve en twee kwalitatieve studies werden opgenomen in onze systematische review om de periode van 2011 en 2014 in kaart te brengen.

Op de één- en tweepersoonskamers gaf een aantal patiënten aan dat muziektherapie zorgt voor ontspanning (73%), afleiding van negatieve gedachten en emoties (39%), plezier (21%) en dat het ruimte biedt voor het beleven en uiten van emoties (45%). Door de muziektherapie komen positieve herinneringen naar boven (33%). Op de dagbehandelkamer gaf een aantal patiënten aan dat muziektherapie ontspannend werkt (11%), afleidt van negatieve gedachten en emoties (56%) en een positieve ervaring biedt (67%). De muziktherapeuten constateerden dat door de muziektherapie emotionele en existentiële thema's bespreekbaar worden. Alle 42 patiënten ervoeren de muziektherapie als positief en waardevol. Personeel geeft aan dat muziektherapie de werksfeer positief beïnvloedt, de afdeling meer persoonlijkheid geeft en "een positieve energie op de afdeling" brengt. Personeel bevestigt dat muziektherapie zowel voor patiënten als voor henzelf ontspannend werkt.

De randvoorwaarden ter implementatie van muziektherapie werden geïnventariseerd en beschreven. Wat betreft de financiering van muziektherapie is geen sluitend antwoord gevonden.

Discussie en conclusie

Muziektherapie verbetert de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. De meerwaarde van muziektherapie in de oncologie wordt door de resultaten uit de systematische review wetenschappelijk onderbouwd. Uit de inventarisatie van de randvoorwaarden blijkt dat muziektherapie kan worden geïmplementeerd op de MOA. Het is echter nog onduidelijk hoe muziektherapie gefinancierd kan worden. Dit onderzoek toont aan dat muziektherapie kan worden opgenomen in het behandelaanbod van de MOA ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Vervolgonderzoek kan zich richten op de financiering van muziektherapie op de MOA, op uitbreiding van het muziktherapeutisch aanbod op de MOA en op de implementatie van muziektherapie op andere oncologieafdelingen in Nederland.

Literatuuropgave

Archie, P., Bruera, E., & Cohen, L. (2013). Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2609-2624.

doi:10.1007/s00520-013-1841-4

Arousal. (2013). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 1 juni 2014 op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Arousal>

Atrium Medisch Centrum Parkstad. (z.d.). Opgevraagd op 24 mei 2014 van

<http://www.atriummc.nl/home/patienten-bezoekers/poliklinieken-afdelingen/psychosociale-oncologie/welkom>

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.

Bos pianoservice. (2014). Piano kopen? Piano Verkoop In Een Sfeervolle Showroom [website].

Opgevraagd op 13 mei 2014 van http://www.bospianoservice.nl/index.php?cPath=21_34_61

Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(8).

doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2

Cassileth, B.R., Vickers, A.J., & Magill, L.A. (2003). Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. *Cancer*, 98(12), 2723-2729. doi:10.1002/cncr.11842

Cédric Hèleinstituut vzw. (z.d.). Welkom bij het Cédric Hèle instituut [website]. Opgevraagd op 26 mei 2014 van <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/home.xml?lang=nl>

Chen, L.C., Wang, T.F., Shih, Y.N., & Wu, L.J. (2013). Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 436-441. doi:10.1016/j.ejon.2012.11.002

Cilissen-IJsermans, A., Péntzes, I. & Welten, J. (2013). *Module: CA.15-16 "Afstudeerproject"*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.

Docherty, S.L., Robb, S.L., Phillips-Salimi, C., Cherven, B., Stegenga, K., Hendricks-Ferguson, V., Roll, L., Stickler, M.D., & Haase, J. (2013). Parental Perspectives on a Behavioral Health Music

- Intervention for Adolescent/Young Adult Resilience during Cancer Treatment: Report from the Children's Oncology Group. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 170–178.
doi:10.1016/j.jadohealth.2012.05.010
- Dopamine. (2014). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 29 mei 2014 op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Dopamine>
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Fredenburg, H.A., & Silverman, M.J. (2014). Effects of Music Therapy on Positive and Negative Affect and Pain with Hospitalized Patients Recovering from a Blood and Marrow Transplant: A Randomized Effectiveness Study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(2), 174-180.
doi:10.1016/j.aip.2014.01.007
- Gutgsell, K.J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P.A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J., & Wiencek, C. (2013). Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 822-831.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008
- Haes, H. de, Weezel, L.G. van & Sanderma, R. (red.). (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie: handboek voor de professional*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Haffa-Schmidt, U. (2013). Kernkompetenz Flexibilität: Musiktherapie in der Palliativ- und Hospizarbeit. *Musiktherapeutische Umschau*, 34(2), 183-185.
- Hegi, F. & Rüdisüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur: Theorie und Erforschung der Komponenten*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Hilliard, R.E. (2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy*, 40(2), 113-137. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8
- IFFGD. (2014, 18 maart). Using Relaxation in Coping with Gastrointestinal Disorders [website]. Opgevraagd op 26 mei 2014 van <http://www.iffgd.org/site/manage-your-health/diet-treatments/relaxation>
- KenVaK. (z.d.). Kenniskring kennisontwikkeling en vaktherapieën [website]. Opgevraagd op 13 mei 2014 van <http://kenvak.hszuyd.nl>

- Levitin, D.J. (2014). *Ons muzikale brein: De wetenschap van een menselijke obsessie* (vert. R. Vernooy). Amsterdam/Antwerpen: Atlas Contact. (Oorspr. *This is your brain on music: Understanding a human obsession*. Londen: Atlantic Books.)
- Limbisch systeem. (2014). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 29 mei 2014 op http://nl.wikipedia.org/wiki/Limbisch_systeem
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, 10(6), 490-502. doi:10.1002/pon.537
- Mangold, I. & Oerter, U. (1999). "... Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.": Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett. *Musiktherapeutische Umschau*, 20(4), 349-357.
- Medicinfo. (2008). Structuur van het autonome zenuwstelsel [website]. Geraadpleegd op 25-05-2014 op <http://www.medicinfo.nl/%7Bc313db0d-9363-4ab4-b5dc-432c7fd22572%7D>
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Morfinomimeticum. (2013). In *Wikipedia*. Geraadpleegd op 29 mei 2014 op <http://nl.wikipedia.org/wiki/Morfinomimeticum>
- Music Store. (z.d.). Orff-instrumenten [website]. Opgevraagd op 7 mei 2014 van http://www.musicstore.de/nl_NL/NLG/cat-DRUMS-DRUPERORF
- NIKIM. (z.d.). Integrative medicine [website]. Opgevraagd op 13 mei 2014 van <http://www.nikim.nl/integrative-medicine>
- NVvMT. (2009, 15 mei). Wat is muziektherapie? [website]. Opgevraagd op 12 november 2013 van <http://www.nvvmt.nl/muziektherapie/wat-is-muziektherapie/7-wat-is-muziektherapie.html>
- O'Callaghan, C.C., McDermott, F., Michael, N., Daveson, B.A., Hudson, P.L., & Zalcberg, J.R. (2013). "A quiet still voice that just touches": music's relevance for adults living with life-threatening cancer diagnoses. *Support Cancer Care*, 22(4), 1037-1047. doi:10.1007/s00520-013-2059-1
- O'Callaghan, C. (2009). Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection. *Music and Medicine*, 1(1), 41-60. doi:10.1177/1943862109337135

- O'Callaghan, C., & McDermott, F. (2007). Discourse analysis reframes oncologic music therapy research findings. *The Arts in Psychotherapy*, 34(5), 398-408. doi:10.1016/j.aip.2007.08.005
- Oncologie. (z.d.). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 8 november 2013 op <http://www.encyclo.nl/begrip/oncologie>
- Palliatief. (z.d.). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 4 november 2013 op <http://www.encyclo.nl/begrip/palliatief>
- Romito, F., Lagattolla, F., Costanzo, C., Giotta, F., & Mattioli, V. (2013). Music therapy and emotional expression during chemotherapy. How do breast cancer patients feel?. *European Journal of Integrative Medicine*, 5(5), 438-442. doi:10.1016/j.eujim.2013.04.001
- Rosenow, S.C., & Silverman, M.J. (2014). Effects of single session music therapy on hospitalized patients recovering from a bone marrow transplant: Two studies. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 65-70. doi:10.1016/j.aip.2013.11.003
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in Vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie: evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Sociaalwetenschappelijke theorieën en benaderingswijzen [online artikel]. (z.d.). Opgevraagd op 28 mei 2014 van http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc54.pdf
- Song, Q.H., Xu, R.M., Zhang, Q.H., Ma, M., & Zhao, X.P. (2013). Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International journal of clinical and experimental medicine*, 6(10), 979-984. Opgevraagd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3832338/>
- Stanczyk, M.M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 16(5), 170-172. doi:10.1016/j.rpor.2011.04.005
- VLK. (z.d.). Nevenwerkingen [website]. Opgevraagd op 4 november 2013 van <http://www.tegenkanker.be/nevenwerkingen>
- Wiel, H. van de & Spermon, M. (2003). *Leven met kanker*. Amsterdam: Boom.

Zhou, K.N., Li, X.M., Yan, H., Dang, S.N., & Wang, D.L. (2011). Effect of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal*, 124(15), 2321-2327. doi:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2011.15.014

Bijlage 1: Zoekgeschiedenis

Zoekgeschiedenis van Nele

PICO-vragen		
Wat is het effect van supportieve muziektherapie bij patiënten in de oncologie?		
Wat is de invloed van neurologische muziektherapie op de emoties van mensen?		
Wat is het effect van muziektherapie op pijnklachten bij patiënten met kanker?		
Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
18 september 2013		
Google	integrative medicine	Informatieve literatuur die een kader schepte en richting gaf voor mezelf voor het verder zoeken van literatuur. Op http://www.reliablecancertherapies.com/nl/therapies/muziektherapie-0 (→ professionele informatie → references) vond ik een interessante referentie, die ik daarna opzocht op WorldCat.
WorldCat	"The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial"	Huang, S.T., Good, M. & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47 (11), 1354-1362. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.008
Eindverslag stage		Cassileth, B.R., Vickers, A.J. & Magill, L.A. (January 01, 2003). Music therapy for mood disturbance during hospitalization for autologous stem cell transplantation: a randomized controlled trial. <i>Cancer</i> , 98 (12), 2723-2729. Hilliard, R.E. (January 01, 2003). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. <i>Journal of Music Therapy</i> , 40 (2), 113-137. Smeijsters, H. (red.) (2006). <i>Handboek muziektherapie: evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
3 oktober 2013		
PubMed	("music therapy") AND oncology	/
PubMed	(music therapy[MeSH Major Topic]) AND oncology[MeSH Major Topic]	/

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
ScienceDirect	KEYWORDS(music therapy) and KEYWORDS(oncology)	Stanczyk, M. M. (September 01, 2011). Music therapy in supportive cancer care. <i>Reports of Practical Oncology & Radiotherapy</i> , 16 (5), 170-172. O'Callaghan, C., & McDermott, F. (January 01, 2007). Discourse analysis reframes oncologic music therapy research findings. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 34 (5), 398-408.
ScienceDirect	KEYWORDS(supportive cancer care) and KEYWORDS(music therapy)	/
WorldCat	"music therapy in supportive cancer care"	Daykin, N., McClean, S. & Bunt, L. (2007). Creativity, identity and healing: participants' accounts of music therapy in cancer care. <i>Health</i> , 11 (3), 349-370.
16 oktober 2013		
Kathinka Poismans		O'Callaghan, C. (January 01, 2009). Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection. <i>Music and Medicine</i> , 1 (1), 41-60.
24 oktober 2013		
Google	muziek en brein	http://www.muzikaments.nl/OudeMuzikaments/2008/Juni/Muziek%20en%20Brein.htm Roy, M., Peretz, I. & Rainville, P. (January 01, 2008). Emotional valence contributes to music-induced analgesia. <i>Pain</i> , 134 (1-2), 140-147.
PubMed	neurology[MeSH Major Topic] AND music[MeSH Major Topic] AND emotion[MeSH Major Topic]	/
PubMed	brain[MeSH Major Topic] AND music[MeSH Major Topic]	Chanda, M.L. & Levitin, D.J. (January 01, 2013). The neurochemistry of music. <i>Trends in Cognitive Sciences</i> , 17 (4), 179-193.
PubMed	brain[MeSH Major Topic] AND music[MeSH Major Topic] AND emotion[MeSH Major Topic]	Zatorre, R.J. & Salimpoor, V.N. (January 01, 2013). From perception to pleasure: music and its neural substrates. <i>Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America</i> , 110 (2), 10430-10437
29 oktober 2013		
Google	leukemie bij volwassenen	http://www.tegenkanker.be/acute_leukemie http://www.tegenkanker.be/chronische_leukemie

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
30 oktober 2013		
Google	angst bij kankerpatiënten	Albrecht, R. (2002). De psychologische impact van kanker. In Haakma, S. & Grauenkamp, K. (red.), <i>Je geld of je leven: ontwikkelingen in ziekte en zorg in Nederland</i> (pp. 75-90). Opgevraagd van http://igitur-archive.library.uu.nl/sg/2007-1213-202220/c4.pdf
4 november 2013		
Literatuurlijst van Stanczyk		Pothoulaki, M., MacDonald, R., & Flowers, P. (January 01, 2006). Methodological issues in music interventions in oncology settings: A systematic literature review. <i>The Arts in Psychotherapy</i> , 33 (5), 446-455.
Google	palliatief	Encyclo. (z.d.). Opzoeken: palliatief [encyclopedie]. Opgevraagd op 6 november 2013 van http://www.encyclo.nl/begrip/palliatief
Google	nevenwerkingen kanker	VLK. (z.d.). Nevenwerkingen. Opgevraagd op 4 november 2013 van http://www.tegenkanker.be/nevenwerkingen
5 november 2013		
Behandelplan van stage		Smeijsters, H. (1996). <i>Neurologische en fysiologische aspecten van muziektherapie</i> . Heerlen: Melos.

Zoekgeschiedenis van Teun

PICO-vragen
Wat is het effect van palliatieve muziektherapie op kwaliteit van leven bij patiënten in de oncologie?
Wat is de toegevoegde waarde van muziektherapie bij patiënten met terminale kanker?
Wat is het effect van muziektherapie op angstklachten bij patiënten met kanker?
Wat is het effect van muziektherapie op de gemoedstoestand van patiënten in de oncologie?

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
18 september 2013		
Google Scholar	oncology AND music therapy	Diverse hits, maar geen fulltext
Google	Muziektherapie en Oncologie	Link naar het Elisabeth ziekenhuis t.b.v. contactgegevens van de muziektherapeut die daar werkzaam is.
	Kanker	Site van de KWF kankerbestrijding en Gezondheidsnet met informatie over kanker
	Neurologische muziektherapie	Link naar de site van de Parkinsonvereniging met wat informatie over muziektherapie en neurologie Link naar een prezi-presentatie over neurologische muziektherapie
Bibliotheek Zuyd	Muziektherapie	Scriptie over muziektherapie in de kinderoncologie

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
Pubmed The Wiley online library The Cochrane Library	Music therapy AND oncology	Artikel: <i>Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature.</i> Van daaruit vond ik een interessante review en heb ik doorgeklikt naar de Wiley online library alwaar de Cochrane review full text te vinden was: <i>Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients</i>
3 oktober 2013		
Science Direct	"music therapy" AND cancer "music therapy" AND oncology	Hier vond ik diverse bruikbare artikelen: <i>Music therapy in supportive cancer care</i> <i>Music and healing in cancer care a survey of supportive care providers</i> <i>Music therapy reduces pain in palliative care patients a randomized controlled trail</i>
4 oktober 2013		
Springer Link	"music therapy" AND cancer	Diverse hits waaruit ik 2 relevante artikelen genomen heb: <i>Music therapy in the treatment of cancer patients a systematic review</i> <i>Musicbased interventions in palliative cancer care a review of quantitative studies and neurobiological literature</i>
16 oktober 2013		
Kathinka Poismans		O'Callaghan, C. (January 01, 2009). Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection. <i>Music and Medicine</i> , 1 (1), 41-60.
24 oktober 2013		
Bibliotheek Zuyd	Palliatieve zorg AND kanker	Hier vond ik een boek waarvan ik dacht dat het zeer relevant was: <i>Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional</i>
31 oktober 2013		
Science Direct Scopus	"music therapy" AND Pain Voor de fulltext	Hier vond ik een bruikbaar artikel: <i>The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment</i>
4 november 2013		
Google Scholar	Music therapy End of life	Artikel wat in gaat op de kwaliteit van leven i.r.t. muziektherapie en kanker: <i>The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer</i>

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
5 november 2013		
Link die we via Dr. Jie gekregen hadden the Wiley library voor de fulltext		Leverde een interessante RCT op: <i>Music Therapy for Mood Disturbance during Hospitalization for Autologous Stem Cell Transplantation</i> <i>A Randomized Controlled Trial</i>
Google	Quality of life definition	Leverde onverwachts een onderzoek op over quality of life: <i>Quality of life: Its definition and measurement</i>
12 november 2013		
Google	Muziektherapie definitie	Op de site van NVvMT vond ik een goede en korte definitie voor muziektherapie

Bijlage 2: Informed consent

Informatiebrief onderzoek muziektherapie

Geachte,

Wij zijn Teun van Rossum en Nele Pauwels, vierdejaars studenten Creatieve Therapie Muziek op Zuyd Hogeschool te Heerlen. In onze scriptie, 'Hulptroepen in de strijd tegen kanker: De implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod ter verbetering van de kwaliteit van leven van kankerpatiënten op de oncologieafdeling in het Atrium MC', onderzoeken we of het mogelijk is om muziektherapie te implementeren in het behandelaanbod op de afdeling oncologie. Daarbij zullen we een muziektherapeutisch aanbod ontwikkelen en willen we inventariseren hoe dit door patiënten ervaren en gewaardeerd wordt. Om dit alles te kunnen bepalen hebben wij uw hulp nodig.

Doel onderzoek

Het doel van het onderzoek is om te bepalen of patiënten baat hebben bij muziektherapie. Uw ervaringen leveren belangrijke informatie op om de zorg van u en uw lotgenoten verder te optimaliseren. Er is voor dit onderwerp gekozen omdat de uitkomsten van dit onderzoek kunnen bijdragen tot:

- meer inzicht in de ervaringen van patiënten bij een muziektherapeutische behandeling;
- het breder en op maat aanbieden van een ondersteunende muziektherapeutische behandeling voor kankerpatiënten.

Wat van u verwacht wordt

Op dinsdagen en donderdagen zullen wij tussen 14:00uur en 17:00uur op de afdeling aanwezig zijn om muziektherapie aan te bieden. Uw wensen en behoeften zijn belangrijk bij het vormgeven van de muziektherapeutische sessie. Na afloop van een sessie zullen wij u bevragen op uw ervaringen en waardering. Uw feedback is van groot belang in het ontwikkelen van een passend muziektherapeutisch aanbod. U bepaalt echter zelf wat u wel of niet aan ons wil vertellen.

Een muziektherapeutische sessie duurt 30 tot 60 minuten, maar kan ook korter duren naar gelang uw behoefte. Het interview na een sessie zal ongeveer 10 minuten duren en wordt opgenomen met geluidsapparatuur. Dit om uw informatie later beter te kunnen analyseren.

We zijn ons ervan bewust dat muziektherapie en het interview veel emoties naar boven zouden kunnen brengen. Daar is binnen muziektherapie ook veel ruimte, aandacht en ondersteuning voor.

U bent er vrij in om op ieder moment te kiezen het onderzoek vroegtijdig stop te zetten of een pauze te nemen.

Risico's van het onderzoek

De Medisch Ethische Toetsingscommissie Atrium-Orbis-Zuyd heeft toestemming gegeven tot uitvoering van dit protocol na positieve beoordeling.

Mogelijke voordelen

Door uw bijdragen wordt er meer inzicht verkregen over ervaringen en waardering van de patiënt bij een muziektherapeutische sessie of behandeling. Door deze kennis kan duidelijk worden of het aan te bevelen is om muziektherapie op te nemen in het behandelaanbod om bredere en nog betere zorg te kunnen leveren.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Alle gegevens en resultaten van het onderzoek worden vertrouwelijk behandeld. De gesproken teksten zullen anoniem verwerkt worden, dat wil zeggen zonder vermelding van persoonlijke gegevens zoals naam, adres, medische status enz.

De geluidsopnamen en schriftelijke verwerking zullen enkel geraadpleegd worden door de onderzoekers. Er zullen slechts enkele onderzoekers toegang hebben tot de gegevens die betrekking hebben op het onderzoek. Hierdoor wordt uw privacy zoveel mogelijk gewaarborgd.

Vrijwilligheid van deelname

U mag deelname weigeren zonder dat dit verder consequenties zal hebben. De deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig. Als u eenmaal aan het onderzoek meewerkt, heeft u altijd de mogelijkheid om op ieder moment te stoppen, zonder opgaaf van reden.

Klachten of vragen

Mocht u voor, tijdens of na het interview vragen of klachten hebben dan kunt u contact opnemen met ondertekenden.

Indien u wilt deelnemen aan het onderzoek willen we u vragen om de bijlage bij deze brief te ondertekenen genaamd 'informed consent'.

Met vriendelijke groet,

Teun van Rossum, muziektherapeut i.o.

Nele Pauwels, muziektherapeut i.o.

dr. A. Jie, internist-hematoloog Atrium MC, bijzonder lector patientgecentreerde zorg in de oncologie Zuyd

Informed consent

Toestemmingsverklaring

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd. Ik heb de schriftelijke informatie gelezen en begrepen. Ik ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen en deze zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb over mijn deelname aan het interview kunnen nadenken. Ik heb het recht mijn toestemming op ieder moment weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven. Dit zal geen enkele invloed hebben op de verdere behandeling.
- Ik geef toestemming voor rechtstreekse inzage in mijn medisch dossier aan leden van de medische ethische toetsingscommissie en de bevoegde autoriteiten om procedures en onderzoekgegevens te controleren. Voorwaarde is dat de vertrouwelijkheid van mijn gegevens gewaarborgd wordt.
- Ik geef uit vrije wil toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.
- Ik wens wel/niet te worden geïnformeerd over resultaten van het onderzoek, die door middel van publicaties openbaar gemaakt worden.

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovengenoemde onderzoek is geïnformeerd en vragen van genoemde persoon naar beste weten beantwoord zijn. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op deelname van het evenement of anderszins

Naam:

Functie:

Datum:

Handtekening:

Dit formulier is in tweevoud verstrekt. Een versie is bestemd door de deelnemer. De andere versie is bestemd voor de onderzoeker.

Bijlage 3: Informatiefolder voor patiënten



ZU
YD

Beste mijnheer, mevrouw,

Wij zijn Teun van Rossum en Nele Pauwels. Momenteel zijn wij bezig met ons afstudeerproject voor de opleiding muziektherapie op Zuyd Hogeschool. Wij zijn gevraagd door het Atrium MC om te onderzoeken of en hoe muziektherapie kan worden ingezet op de oncologieafdeling om de kwaliteit van leven bij patiënten te verbeteren. Wij willen graag te weten komen of u baat zou hebben bij muziektherapie. In deze brief geven wij wat meer informatie over ons onderzoek. Wij zouden het fijn vinden als u hieraan wilt meewerken, want uw mening is belangrijk.

Muziektherapie in de oncologie

Het krijgen van de diagnose van kanker is een ingrijpende levensgebeurtenis die je leven volledig op zijn kop kan zetten. Naast de lichamelijke gevolgen van de ziekte en de behandeling, kan het ook op emotioneel gebied een flinke invloed hebben of belangrijke levensvragen oproepen.

Daar waar de medische zorg zich voornamelijk richt op het behandelen van de ziekte, richt muziektherapie zich o.a. op het verminderen van angst, het beïnvloeden van de pijnbeleving, expressie van emoties, het omgaan met lichamelijke en psychische spanning en het versterken van het zelfvertrouwen en de eigenwaarde. Ook kan muziektherapie worden ingezet bij communicatieve problemen, klachten als somberheid en depressie en verwerkingsproblematiek.

Er is reeds veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de werking van muziektherapie bij patiënten met kanker. Resultaten van deze onderzoeken tonen aan dat muziektherapie positieve effecten teweegbrengt op eerder genoemde gebieden en de kwaliteit van leven kan verhogen.

Hoe werkt muziektherapie?

Tijdens de therapie maakt u zelf muziek en/of luistert u naar specifieke muziek. U hoeft geen muzikale vaardigheden of kennis te hebben. Muziek is tijdens de therapie immers het middel om met uw persoonlijke behoeften of klachten aan de slag te gaan, dus niet het doel. Muziek is een middel om met anderen te communiceren, muziek kan mensen aanzetten tot bewegen en muziek heeft invloed op de stemming van mensen. Aan de hand hiervan stellen wij, als muziektherapeuten, werkvormen op, afgestemd op uw persoonlijke wensen en behoeften.

Hoe komt u met ons in contact?

Als u geïnteresseerd bent in muziektherapie of interesse hebt om mee te werken aan ons onderzoek, kunt u ons op de afdeling vinden op dinsdag- en donderdagmiddag tussen 14.00u en 17.00u. U kunt zich aanmelden bij het verplegend personeel. Uiteraard kunt u bij ons ook persoonlijk terecht op deze tijden voor vragen of verdere informatie.



Bijlage 4: Cochrane review

[Intervention Review]

Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients

Joke Bradt¹, Cheryl Dileo², Denise Grocke³, Lucanne Magill⁴

¹Department of Creative Arts Therapies, College of Nursing and Health Professions, Drexel University, Philadelphia, PA, USA.

²Department of Music Therapy and The Arts and Quality of Life Research Center, Boyer College of Music and Dance, Temple University, Philadelphia, USA. ³Melbourne Conservatorium of Music, University of Melbourne, Victoria, Australia. ⁴Chair, Commission on Music Therapy, The Music Therapy Trust India/Nepal, New Delhi, India

Contact address: Joke Bradt, Department of Creative Arts Therapies, College of Nursing and Health Professions, Drexel University, 1505 Race Street, rm 1041, Philadelphia, PA, 19102, USA. jbradt@drexel.edu.

Editorial group: Cochrane Gynaecological Cancer Group.

Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 9, 2011.

Review content assessed as up-to-date: 14 July 2011.

Citation: Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art. No.: CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub2.

Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

ABSTRACT

Background

Having cancer may result in extensive emotional, physical and social suffering. Music interventions have been used to alleviate symptoms and treatment side effects in cancer patients.

Objectives

To compare the effects of music therapy or music medicine interventions and standard care with standard care alone, or standard care and other interventions in patients with cancer.

Search methods

We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (*The Cochrane Library* 2010, Issue 10), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Science Citation Index, CancerLit, www.musictherapyworld.net, CAIRSS, Proquest Digital Dissertations, ClinicalTrials.gov, Current Controlled Trials, and the National Research Register. All databases were searched from their start date to September 2010. We handsearched music therapy journals and reference lists and contacted experts. There was no language restriction.

Selection criteria

We included all randomized controlled trials (RCTs) and quasi-randomized trials of music interventions for improving psychological and physical outcomes in patients with cancer. Participants undergoing biopsy and aspiration for diagnostic purposes were excluded.

Data collection and analysis

Two review authors independently extracted the data and assessed the risk of bias. Where possible, results were presented in meta analyses using mean differences and standardized mean differences. Post-test scores were used. In cases of significant baseline difference, we used change scores.

Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review)

Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

I

Main results

We included 30 trials with a total of 1891 participants. We included music therapy interventions, offered by trained music therapists, as well as listening to pre-recorded music, offered by medical staff. The results suggest that music interventions may have a beneficial effect on anxiety in people with cancer, with a reported average anxiety reduction of 11.20 units (95% confidence interval (CI) -19.59 to -2.82, $P = 0.009$) on the STAI-S scale and -0.61 standardized units (95% CI -0.97 to -0.26, $P = 0.0007$) on other anxiety scales. Results also suggested a positive impact on mood (standardised mean difference (SMD) = 0.42, 95% CI 0.03 to 0.81, $P = 0.03$), but no support was found for depression.

Music interventions may lead to small reductions in heart rate, respiratory rate, and blood pressure. A moderate pain-reducing effect was found (SMD = -0.59, 95% CI -0.92 to -0.27, $P = 0.0003$), but no strong evidence was found for enhancement of fatigue or physical status. The pooled estimate of two trials suggested a beneficial effect of music therapy on patients' quality of life (QoL) (SMD = 1.02, 95% CI 0.58 to 1.47, $P = 0.00001$).

No conclusions could be drawn regarding the effect of music interventions on distress, body image, oxygen saturation level, immunologic functioning, spirituality, and communication outcomes.

Seventeen trials used listening to pre-recorded music and 13 trials used music therapy interventions that actively engaged the patients. Not all studies included the same outcomes and due to the small number of studies per outcome, we could not compare the effectiveness of music medicine interventions with that of music therapy interventions.

Authors' conclusions

This systematic review indicates that music interventions may have beneficial effects on anxiety, pain, mood, and QoL in people with cancer. Furthermore, music may have a small effect on heart rate, respiratory rate, and blood pressure. Most trials were at high risk of bias and, therefore, these results need to be interpreted with caution.

Bron: Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(8). doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2

De Cochrane Review is 100 pagina's lang, daarom besloten we om alleen het 'abstract' in de bijlage te voegen. Het volledige artikel is op te vragen bij de onderzoekers of te raadplegen op <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006911.pub2/abstract;jsessionid=078992FF9C3FCC8C49A5E0F5DC4D7881.f03t01>