

Hulptroepen in de strijd tegen kanker 2.0

Een actiegericht onderzoek naar de implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod op de multidisciplinaire oncologieafdeling in het Atrium MC

B.J.M. Darding (0612340)

Opleiding Creatieve Therapie
Afstudeerrichting Muziek
Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
CA1.15-16: Afstudeerproject

Begeleider: Juliane Tissen
woensdag 3 juni 2015

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
Voorwoord	3
Inleiding	4
1. Probleemstelling	5
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	5
1.2 Rol van het medium.....	5
1.3 Doelgroep.....	5
1.4 Zoekstrategie	6
1.5 Uiteenzetting literatuur	6
1.5.1 Algemeen	6
1.5.2 Indicaties en contra-indicaties voor muziektherapie	7
1.5.3 Doelstellingen	8
1.6 Belangrijke begrippen.....	9
1.7 Relevantie	10
1.8 Vraagstelling	10
1.9 Doelstelling.....	10
2. Opzet van het onderzoek	11
2.1 Onderzoekstype	11
2.2 Onderzoeksmethode	11
2.3 Voorfase	11
2.4 Oriëntatiefase	13
2.5 Diagnostische fase.....	13
2.6 Ontwikkelfase	14
2.7 Actiefase.....	15
2.8 Evaluatiefase	16
2.9 Kwaliteit	16
2.9.1 Samenwerking.....	16
2.9.2 Reflectie	16
2.9.3 Kennisbronnen	17
2.9.4 Bruikbaarheid	17
2.9.5 Transparantie	17
2.9.6 Kritische en zorgvuldige omgang met aannames.....	17
2.9.7 Verantwoording	17
2.9.8 Betrouwbaarheid	18
2.9.9 Validiteit	18
3. Resultaten.....	19
3.1 Vragenlijsten	19
3.1.1 Afleiding.....	19

3.1.2 Ontspanning	20
3.1.3 Ervaren en uiten emoties.....	20
3.1.4 Positieve ervaring en meerwaarde.....	21
3.1.5 Financiële bijdrage.....	21
3.1.6 Overige opmerkingen	21
3.2 Ondervraging patiënten en personeel	22
3.2.1 Ondervraging patiënten	22
3.2.2 Ondervraging verpleging	24
3.3 Observaties	26
3.3.1 Observaties therapie inhoud	27
3.3.2 Observaties randvoorwaarden.....	29
3.3.3 Observaties creëren draagvlak.....	30
3.4 Externe data.....	30
3.4.1 Interview muziektherapeut	30
3.4.1 Contact over financiering	30
4. Discussie	32
4.1 Sterkten en zwakten van het onderzoek	32
4.1.1 Sterkten	32
4.1.2 Zwakten	34
4.2 Verklaring en interpretatie resultaten	35
4.2.1 Doelstellingen	35
4.2.2 Werkwijzen.....	38
4.2.3 Randvoorwaarden	40
4.2.4 Creëren van draagvlak.....	41
4.3 Aanbevelingen	41
4.4 Vertaling resultaten naar eigen methodisch handelen	42
4.5 Beantwoording onderzoeksvragen.....	44
5. Samenvatting.....	47
Literatuurlijst	48
Bijlage 1: Zoekgeschiedenis	50
Bijlage 2: Interview met dhr. Weiss.....	52
Bijlage 3: Informatiefolder voor de patiënten.....	54
Bijlage 4: Vragenlijst.....	55

Voorwoord

Het krijgen van de diagnose kanker is een heftige en ingrijpende gebeurtenis. Oncologiepatiënten geven de controle over hun eigen leven uit handen en kunnen alleen hopen op een goede uitkomst. De behandeling van kanker kan bestaan uit operaties, bestralingen en chemokuren. Allemaal met het doel om de kanker uit je lichaam te krijgen of om je nog zo lang mogelijk in leven te houden. Er is echter nog weinig aandacht voor het welzijn van de patiënt.

Kankerpatiënten op een oncologieafdeling ondervinden vaak psychische, fysieke en sociale gevolgen van hun ziekte. Hun kwaliteit van leven wordt minder.

Deze diagnose heb ik in 2013 zelf gekregen. Ik kreeg de diagnose zaadbalkanker. Ik heb een operatie gehad en meerdere chemokuren. De gevoelens die ik in de vorige alinea heb beschreven heb ik dan ook allemaal zelf gevoeld. Ik heb zelf daarbij ook een gemis ervaren in de aandacht voor de vraag naar mijn welzijn.

In mijn onderzoek ben ik gaan onderzoeken hoe een muziektherapeutisch aanbod op de multidisciplinaire oncologie afdeling in het Atrium MC er uit kan komen te zien om de kwaliteit van leven van de patiënten te verbeteren. Ik heb dit onderzoek gedaan als een vervolg op het scriptieonderzoek van Teun van Rossum en Nele Pauwels uit 2014.

Ik kan met veel trots zeggen dat het een geslaagd onderzoek was waar ik veel heb kunnen betekenen voor de patiënten en waar ik een goed eindresultaat heb bereikt. Namelijk een concreet muziektherapeutisch aanbod voor deze oncologieafdeling.

Ik zou dit onderzoek nooit op deze manier hebben kunnen uitvoeren zonder de hulp van de betrokkenen. Deze wil ik dan ook graag persoonlijk bedanken.

Als eerste Hans Verbong, bedankt dat ik dit onderzoek op uw afdeling uit heb mogen voeren. Daarnaast bedankt voor de tijd die je tijdens de teamvergaderingen voor mij hebt vrijgemaakt zodat ik mijn onderzoek goed kon uitvoeren. Ook was je bereid om me te helpen met onderzoeksvragen zoals het vinden van financiering voor de muziektherapie.

Ik wil ook de verpleging van de oncologieafdeling bedanken. Hun open en enthousiaste houding tegenover mij en muziektherapie was essentieel in het laten slagen van de muziektherapie op de afdeling. Ik kon altijd bij jullie terecht voor vragen en jullie waren altijd bereid mij feedback te geven. In het bijzonder wil ik Benedicte Coenegracht bedanken. De tijd die je voor me vrijmaakte voor feedbackmomenten waren erg leerzaam en duwde mij in de goede richting in het kiezen van het juiste aanbod voor de patiënten.

Ik wil mijn scriptiebegeleider Juliane Tissen graag bedanken voor haar kundige en motiverende begeleiding. Uw feedback was cruciaal om de juiste koers in mijn onderzoek aan te houden. Ik heb ook altijd het gevoel gehad dat u in mij geloofde en vertrouwde. Dat heeft mij gesterkt in mijn zelfvertrouwen. Zowel tijdens deze scriptiebegeleiding als tijdens alle vier de jaren op de opleiding.

Dr. Jie wil ik bedanken voor het geloof in mijn vak, muziektherapie, en de werking daarvan bij oncologiepatiënten. Het gesprek met u werkte voor mij heel motiverend en inspirerend om het beste uit mijn onderzoek te halen.

Het interview met dhr. Weiss heeft mij veel kennis en inzicht gegeven in het vak muziektherapie in de oncologie, daarvoor bedankt.

Ik wil ook Nele Pauwels bedanken voor haar begeleiding tijdens mijn onderzoek. De vorm van de begeleiding is door overmacht helaas veranderd. Maar in jou heb ik op veel momenten een sparringpartner gehad die met mij meedacht over de volgende stap. Je hebt me daarnaast ook van feedback voorzien tijdens het schrijven van dit verslag.

Als laatste wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor de emotionele steun en motiverende woorden. In het bijzonder wil ik Astrid Berix bedanken voor haar steun tijdens het onderzoek. Door haar kennis over muziektherapie en onderzoek heeft ze mij veel feedback en tips gegeven over zowel het proces als de inhoud van het onderzoek. Minstens even waardevol was de steun en het vertrouwen die zij mij gaf dat dit onderzoek zou gaan slagen.

Als laatste wil ik nog de ruimte nemen om mijn respect uit te spreken voor de patiënten op de oncologieafdeling. De kracht en het positivisme waarmee zij hun ziekte aanpakken wekt bij mij veel bewondering en inspiratie op. Ik hoop ook dat zij uiteindelijk degenen zijn die baat zullen hebben bij de uitkomsten van mijn onderzoek en dat hun kwaliteit van leven door de aanwezigheid van muziektherapie zal verbeteren.

Inleiding

In dit onderzoeksverslag beschrijf ik alle stappen die ik tijdens mijn actiegericht onderzoek naar de implementatie van muziektherapie in het behandelaanbod op de multidisciplinaire oncologieafdeling in het Atrium MC heb doorlopen.

In het eerste hoofdstuk, de probleemstelling, beschrijf ik de aanleiding voor het onderzoek. Ik geef een beeld van de rol van het medium en van de doelgroep oncologiepatiënten. Ik beschrijf hoe mijn zoekstrategie er heeft uitgezien en dan volgt een uiteenzetting van deze literatuur. Daarna volgt een beschrijving van belangrijke begrippen en ik beschrijf de relevantie van het onderzoek. Ik sluit het eerste hoofdstuk af met de vraag- en doelstelling van het onderzoek.

Het tweede hoofdstuk heet de opzet van het onderzoek. Hierin beschrijf ik als eerste welk onderzoekstype en welke onderzoeksmethode ik heb gebruikt. Vervolgens leg ik uit hoe ik elke fase van het onderzoek ben doorlopen. Ik sluit het tweede hoofdstuk af met een overzicht van criteria die ik heb gebruikt om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

In het derde hoofdstuk, resultaten, wordt een overzicht gegeven van alle resultaten die uit de data zijn voortgekomen. Zo beschrijf ik eerst de resultaten van de vragenlijst, daarna de resultaten van de ondervragingen, gevolgd door mijn observaties en ik sluit het hoofdstuk af met de resultaten uit de externe data.

Het laatste, en tevens vierde, hoofdstuk heet de discussie. Hierin geef ik als eerste de sterktes en zwaktes van mijn onderzoek aan. Daarna verklaar en interpreteer ik de resultaten van mijn onderzoek. Dit doe ik door de verschillende resultaten aan elkaar te koppelen en deze te verklaren met bestaande literatuur. Uit deze interpretatie en verklaring van de resultaten volgen de aanbevelingen aan de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek. Ik ga daarna de resultaten vertalen naar mijn eigen methodisch handelen. Als laatste beantwoord ik in dit hoofdstuk de onderzoeksvragen.

Tot slot volgt er nog een literatuurlijst die is opgesteld a.d.h.v. de APA-richtlijnen volgens Poelmans en Severijnen (2013). De bijlagen bevatten de zoekgeschiedenis, het interview met dhr. Weiss, de informatiefolder voor de patiënten en de vragenlijst.

1. Probleemstelling

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Aan het einde van het schooljaar 2013-2014 kregen we van dr. Kathinka Poismans te horen welke scriptieonderwerpen er waren. Veel projecten kende ik al. Ik heb de scripties van vorig jaar nauw gevolgd omdat het mijn oude klasgenoten waren. Het onderzoek van oud-klasgenoten Teun van Rossum en Nele Pauwels heb ik met extra aandacht gevolgd door de persoonlijke connectie die ik met dit onderzoek heb. Deze persoonlijke connectie beschrijf ik later in deze aanleiding uitgebreid. Toen ik te horen kreeg dat dit onderzoek een vervolg zou krijgen was ik meteen geïnteresseerd. Ik heb aangegeven dat ik het vervolgonderzoek graag zou willen doen waarop mijn docenten dit vervolgens hebben goedgekeurd. Afgelopen jaar was het een duo-scriptie. Dit onderzoek heb ik alleen gedaan.

Voor aanvang van het onderzoek heb ik als muziektherapeut nog nauwelijks met oncologiepatiënten gewerkt. Ik heb echter wel een jaar stage gelopen op een GGZ instelling. Hier heb ik ervaring opgedaan met een breed scala aan psychische problematieken. Met problemen als angst en depressieve gevoelens was ik dus al in aanraking gekomen en ik heb mensen met deze problemen in behandeling gehad. Het grote verschil met oncologie is dat hier een duidelijke fysieke oorzaak ligt voor alle psychische problemen. Het behandelen van de fysieke problemen, de kanker, is ook de hoofdbehandeling bij deze patiënten. Waar op mijn stage de hoofdfocus lag op de psychische problematiek.

Een groot deel van mijn motivatie voor dit onderzoek lag, zoals ik al eerder noemde, in mijn persoonlijke connectie met het onderzoek. Ik ben namelijk zelf gediagnostiseerd geweest met zaadbalkanker. Ik heb zelf op een oncologieafdeling gelegen en heb zelf chemokuren gehad. Ik weet dus voor een groot deel wat de patiënten doormaken. Ik heb ook veel mensen leren kennen met kanker en heb veel gesprekken gevoerd met deze mensen. Ik heb daardoor veel persoonlijke kennis opgedaan over deze ziekte en dan met name over wat het met de mensen psychisch en fysiek doet.

Zelf heb ik in deze ziekenhuisperiode een gemis ervaren voor de aandacht aan mijn psychisch welbevinden. Dat ik in mijn scriptie zelf mocht onderzoeken wat muziektherapie kan betekenen in het psychische aspect voor oncologiepatiënten vind ik dus uitzonderlijk mooi en interessant.

1.2 Rol van het medium

Op een oncologieafdeling ligt de focus op het behandelen van de kanker. De patiënten krijgen één of meerdere manieren van behandeling en daarvoor zijn ze opgenomen. Het doel en de focus van de opname ligt dus op het fysieke aspect van de ziekte. Kanker hebben brengt echter ook veel psychische druk met zich mee. Smeijsters (2006) beschrijft dat mensen met kanker balanceren tussen hoop en vrees. Hoop dat ze weer beter zullen worden en vrees dat deze ziekte fataal zal zijn. Hierdoor kunnen mensen met kanker angst ervaren, maar ook frustratie, onbegrip en verdriet.

Muziek kan met name op deze psychische problemen aansluiten. Muziek kan mensen zonder woorden zeer direct en op het emotionele en waarnemingsniveau bereiken (Smeijsters, 2006). Hierdoor kunnen verwerkingsprocessen en acceptatieprocessen plaatsvinden. Muziek kan dus bijdragen aan het leren omgaan met het hebben van kanker en de lasten die dit met zich mee brengt.

Met muziek is er even aandacht voor de persoon zelf, niet alleen voor zijn zieke lichaam.

Buiten deze acceptatie en verwerking kan de muziek ook ontspanning en afleiding bieden van alle stress dat het hebben van kanker veroorzaakt.

Muziek kan ook bij het verminderen van pijn hulp bieden. Smeijsters (2006) noemt dat de werking van muziek op pijn een psychologisch aspect heeft, maar ook een neurofysiologisch en een spiritueel aspect. Muziek kan dus vanuit verschillende invalshoeken ingezet worden bij mensen met kanker. Door de begeleiding van een muziektherapeut kan dit op een dusdanige manier ingezet worden dat het zo goed mogelijk aansluit bij de behoeften van de patiënt.

1.3 Doelgroep

De doelgroep waar ik me tijdens dit onderzoek op heb gericht waren de patiënten op de multidisciplinaire oncologieafdeling (vanaf nu ook genoemd: MOA) in het Atrium MC in Heerlen. De patiënten waren enkele dagen (of weken) klinisch opgenomen op de afdeling. De opname was omdat ze een behandeling (bijvoorbeeld chemotherapie) moesten ondergaan, maar ook omdat er koorts of een infectie optrad en ze daardoor opgenomen moesten worden. Er waren ook patiënten die maar enkele uren op de afdeling verbleven, namelijk op de dagbehandelkamer. Zij werden voor de chemotherapie niet opgenomen.

In de behandeling van mensen met kanker wordt eerst een onderscheid gemaakt tussen een curatieve en palliatieve behandeling. Bij een curatieve behandeling wordt verwacht dat een patiënt zal genezen. De focus van de behandeling ligt dus op het genezen van de patiënt. Bij een palliatieve behandeling wordt er verwacht dat de patiënt niet meer zal genezen. De focus van de behandeling ligt dan op het verminderen van klachten en afremmen van het ziekteproces (Smeijsters, 2006).

Er zijn drie behandelmethoden (Kroep, 2011): chirurgie, radiotherapie en medicamenteuze therapie. Deze medicamenteuze therapie wordt weer onderverdeeld in chemotherapie, doelgerichte therapie, hormonale therapie en immunotherapie.

De behandeling is voor de patiënt ingrijpend, voornamelijk door de vele bijwerkingen. Enkele voorbeelden van mogelijke bijwerkingen zijn: vermoeidheid, misselijkheid, braken, diarree, verstopping, verminderde eetlust, infectie, koorts, haarverlies, enz.

De diagnose kanker brengt ook een zware psychische en psychosociale belasting met zich mee (Pool, 2010). Het vormt altijd een doodsb bedreiging, vaak eerder in de levensloop dan gehoopt. Ook de behandeling zelf kan langdurig en ingrijpend zijn. Psychisch gezien kan de ziekte neerslachtigheid en angstgevoelens met zich meebrengen (Pool, 2010). Emoties die tijdens de ziekte kunnen spelen zijn: boosheid, neerslachtigheid, schuld en schaamtegevoelens (Van Rijt, 2003). Deze emoties kunnen de patiënt label maken. Tevens is er de onzekerheid over de gevolgen en de afloop van de ziekte. Volgens Schroevers (2008) hebben kankerpatiënten ook meer depressieve klachten. Ze hebben last van verdriet, huilbuien, angst, prikkelbaarheid, slaapproblemen en moeite met op gang komen.

De kwaliteit van leven van de patiënten gaat door de ziekte en de behandeling achteruit. Dat komt door de combinatie van de fysieke, psychische en sociale gevolgen. Volgens Locadia (2006) wordt het geheel van de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen (zoals die door de patiënt worden ervaren) van een ziekte aangeduid als kwaliteit van leven.

1.4 Zoekstrategie

Mijn zoekstrategie is begonnen bij het lezen van de scriptie van dhr. van Rossum en mevr. Pauwels, het vooronderzoek. Het was dus belangrijk dat ik eerst goed wist wat zij gedaan hadden en hun motivatie daaromtrent. Tijdens dit lezen heb ik automatisch al veel bruikbare literatuur gevonden.

Tevens heb ik ook literatuur tijdens de opleiding (Creatieve Therapie aan de Zuyd Hogeschool) verzameld. Met name in de handboeken van Henk Smeijsters was nuttige informatie te vinden voor mijn onderzoek.

Ik ben daarna zelf ook nog gaan zoeken op verschillende databanken. Sciencedirect, Google Scholar en Pubmed heb ik voornamelijk gebruikt. Ik heb hierbij zoektermen gebruikt als 'cancer', 'oncology', 'music', 'music therapy'. Hier vond ik veel bronnen die ik ook al in de scriptie van mijn voorgangers had gevonden.

Op Google Scholar heb ik gezocht met de termen: 'gevolgen van kanker', 'gevolgen van kanker op de omgeving', 'gevolgen van chemotherapie' en 'kwaliteit van leven'.

Vervolgens ben ik wat specifiekier gaan zoeken. Ik zag in de zoekgeschiedenis van mijn voorgangers dat ze eind 2013 zijn gestopt met het zoeken naar literatuur. Toen ben ik gaan zoeken naar literatuur die daarna nog gepubliceerd is. Dat deed ik met de termen: 'cancer' en 'music therapy' en '2013 (date completion : present (date completion))'.

Na het zorgvuldig lezen van de aanbevelingen voor vervolgonderzoek en na advies van dr. Poismans ben ik met termen gaan zoeken zoals: 'pijn', 'angst' en 'actieve muziektherapie'.

Tijdens de evaluatiefase (paragraaf 2.8) heb ik ook aanvullende literatuur gezocht om de resultaten te beargumenteren en verklaren.

1.5 Uiteenzetting literatuur

1.5.1 Algemeen

Volgens Stanczyk (2011) heeft muziek non-verbale, creatieve, structurele en emotionele kwaliteiten die in een therapeutische relatie gebruikt kunnen worden. Hierin kan muziek contact, interactie, zelfbewustzijn, zelfexpressie, communicatie en persoonlijke ontwikkeling faciliteren. Binnen de oncologie kan volgens Stanczyk (2011) muziek, in therapeutische vorm, een grote invloed hebben op de gemoedstoestand van de patiënt en de manier waarop de patiënt met de ziekte omgaat.

Daarnaast is het mogelijk om music medicine toe te passen waarbij de patiënt naar een muziekopname luistert. Er is een verschil tussen muziektherapie en music medicine. Bradt (2011) stelt dat dit verschil zit in de muzikale interventies. Bij music medicine luistert de patiënt naar een muziekopname waarbij de muziek zelf zorgt voor het effect. Bij muziektherapie worden de interventies gedaan door een getrainde muziektherapeut. Door de aanwezigheid van een muziektherapeut kan er ook een therapeutisch proces plaatsvinden en kan beter op de behoeften van de patiënt ingespeeld worden. Dat kan bij music medicine niet.

Het hoofdidee van het inzetten van muziektherapie (Stanczyk, 2011) is om gebruik te maken van de therapeutische aspecten binnen de muziek. Volgens de American Music Therapy Association (in Stanczyk, 2011) kunnen muziektherapeutische interventies ingezet worden om het welzijn te verbeteren, stress en pijn te verminderen, gevoelens te uiten, het geheugen te vergroten, communicatie te verbeteren en het fysieke herstel te stimuleren. Muziektherapie richt zich hierbij op de fysieke, emotionele, cognitieve en sociale behoeften van de patiënt (ongeacht leeftijd of mogelijkheden).

Stanczyk (2011) geeft aan dat muziektherapie gebruikt kan worden in preventieve, curatieve en palliatieve kanker zorg. Dit wil zeggen dat in elke fase van het ziekteproces muziektherapie kan worden ingezet. Smeijsters (2006) geeft aan dat muziektherapie in de volwassenenoncologie met name supportief en palliatief is. Volgens Smeijsters (2006) kan muziektherapie, in tegenstelling tot andere vak- en psychotherapieën patiënten goed begeleiden en ondersteunen tot in de allerlaatste fase van hun ziekte- en stervensproces.

1.5.2 Indicaties en contra-indicaties voor muziektherapie

Voor elke vorm van therapie bij een specifieke doelgroep zijn er indicaties of contra-indicaties voor de desbetreffende therapievorm. Smeijsters (2006) heeft deze voor muziektherapie bij oncologische patiënten in een tabelvorm weergegeven.

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

1.5.3 Doelstellingen

Ontspanning

Het hebben van kanker kan mensen gespannen maken. Hierdoor kan slapeloosheid ontstaan en concentratieproblemen. Het afbouwen van spanning kan bereikt worden door gebruik te maken van hartritme en muzikaal ritme (Smeijsters, 2006). Door het hartritme en het muzikaal ritme te synchroniseren, en deze vervolgens langzaam te vertragen, kan de spanning bij een patiënt verminderd worden.

De vermoeidheid van een patiënt kan leiden tot een verstoord slaap/waakritme. Hier kan zowel de ontspannende als de activerende werking van muziek ingezet worden. Tevens kan door de duidelijke structuur van muziek het 'mindless thinking' verminderd worden dat ontstaat door het sluimeren door vermoeidheid (Smeijsters, 2006).

Emotionele balans en versterken eigenwaarde

Smeijsters (2006) beschrijft dat ongeveer een kwart van de oncologische patiënten psychische klachten heeft tijdens het ziekteverloop. Een grote factor hierin is het hebben van controle over je leven en je ziekte. Een van de mogelijkheden is om subjectieve controle te creëren waarin de aandacht verlegd wordt naar een situatie waarin wel controle mogelijk is.

In Smeijsters (2006) staat ook beschreven dat het uitdrukking geven aan emoties en gedachten belangrijk is voor de verwerking. Emoties die hierbij kunnen spelen zijn bijvoorbeeld: paniek, wanhoop, teleurstelling, verdriet, angst en machteloosheid. In de muziektherapie kan daarom als doelstelling hebben om deze emoties te erkennen, ervaren en uiten. Hierin kunnen de teksten van de muziek een belangrijke rol spelen omdat zij vaak verwoorden wat de patiënten voelen.

Hier moet wel voorzichtig mee worden omgegaan. De muziek kan ook een emotionele ontlading teweeg brengen die nog te gevoelig is en daarom als negatief zal worden ervaren. Het weigeren van de muziektherapie om deze reden is daarom een relevante coping en moet worden gerespecteerd door de therapeut.

Het hebben van kanker kan er ook voor zorgen dat je minder vertrouwen krijgt in je eigen lichaam. Je lichaam is ziek en je voelt je ook als persoon ziek. Als de lichamelijke functies worden aangetast kan een patiënt zijn gevoel voor autonomie verliezen. De patiënt wordt afhankelijker en zijn gevoel van eigenwaarde kan dalen. Dit kan de lijdensdruk verhogen. In de muziektherapie kan een patiënt met beperkte mogelijkheden toch in de klank een volwaardige muzikale partner zijn. Met een kleine beweging of klank kan de patiënt zich laten horen en een onderdeel zijn van een muzikale improvisatie. Zelfrespect en gevoel voor eigenwaarde worden hierdoor ondersteund (Smeijsters, 2006).

Een improvisatie is een vorm van muziektherapie die de mogelijkheid geeft om gevoelens te uiten (Stanczyk, 2011). Het spelen van een instrument geeft de patiënt een gevoel van controle. Iets dat wordt gemist in het ziekteproces waar er geen enkele controle gevoeld wordt. Dit versterkt het gevoel van autonomie.

Het gevoel van autonomie en het versterken van de eigenwaarde kan ook versterkt worden door middel van songwriting. Hierbij kan een totaal nieuw lied geschreven worden, maar kan bijvoorbeeld ook een nieuwe tekst geschreven worden op een bestaand lied (Smeijsters, 2006).

In O'Callaghan (2009) staat dat patiënten met songwriting een gemakkelijke manier vinden om zichzelf uit te drukken en om significante levensgebeurtenissen te verankeren. Ze ervaren dit dan ook als plezierig, zinvol en ontspannend.

Afleiding

Naast het zorgen voor meer ontspanning en het creëren van een betere emotionele balans is afleiding ook een belangrijke doelstelling van de muziektherapie in de oncologie. Door de heftigheid van de situatie van oncologiepatiënten is het niet altijd mogelijk om te ontspannen of om de emoties te ervaren of te uiten. Het afleiden van negatieve zaken die tijdens het ziek zijn, of de behandeling ervan, spelen kan de kwaliteit van leven van de patiënten aanzienlijk verbeteren.

Smeijsters (2006) schrijft dat muziek als een rustpunt kan dienen om de maalstroom van gedachten te stoppen. Als een patiënt kan luisteren naar en genieten van de muziek kan dat voor afleiding zorgen. Muziek kan bijvoorbeeld afleiden van angst. Angst ontstaat als een normale reactie op de dreiging van kanker. Angst voor de dood, angst om controle te verliezen, voor eenzaamheid, voor pijn en voor onzekerheid kunnen hier onderdeel van zijn (Smeijsters, 2006).

Muziektherapie kan deze angst verminderen door live muziek (de muziektherapeut speelt voor de patiënt). Live muziek heeft een sterkere angstverminderende werking dan cd-muziek (Bailey in Smeijsters, 2006).

Zoals ik in de rol van het medium al beschreef kan muziek bij het verminderen van pijn hulp bieden. Smeijsters (2006) noemt dat de werking van muziek op pijn een psychologisch aspect heeft, maar ook een neurofysiologisch en een spiritueel aspect.

In een overzicht van systematic reviews van Bao (2014) wordt aangegeven dat muzikale interventies en creatieve therapieën een positieve invloed hebben op pijn door kanker. Volgens Smeijsters (2006) kan muziektherapie niet alleen gebruikt worden om pijn te verminderen, maar ook om de angst voor pijn te verminderen en om controle te krijgen over pijn. Dit kan bereikt worden door zelf muziek te maken (bijvoorbeeld zingen) of om naar muziek te luisteren. Smeijsters (2006) geeft aan dat het luisteren naar muziek die je leuk vindt als prettig wordt ervaren. Hierdoor worden er meer peptiden in de hersenen aangemaakt, dit zijn lichaamseigen pijnstillers.

Muziek kan de medicamenteuze pijnbestrijding ook ondersteunen. Volgens de 'gate control theory' (Melzack in Smeijsters, 2006) zou de pijnvermindering kunnen komen omdat de pijn registrerende zenuwen overstemd worden door andere, bredere, zenuwen. Dit gebeurt als de cognitieve activiteit bij de patiënt verhoogd is door het luisteren naar muziek.

Muziek in de palliatieve zorg

Als er geen genezing meer mogelijk is dan komt een patiënt in de palliatieve zorg. Muziektherapie kan dan steun bieden in een meer begeleidende rol.

Gevoelens als angst, pijn, onrust, eenzaamheid, somberheid en verlies van autonomie kunnen tot het laatst een rol blijven spelen (Smeijsters, 2006). Er is ook hoop op liefde, rust en geen pijn.

In dit stervensproces ligt de focus op twee aspecten. Het 'zijn' in het hier en nu, maar ook het terugkijken op het leven. Metaforen en analoge processen vanuit de muziek kunnen helpen om afscheid te nemen van leven en dat wat dierbaar is zonder dat het veel kracht kost van de patiënt (Hogan in Smeijsters, 2006). Tevens kan (zorgvuldig gespeelde) live muziek klachten zoals pijn, angst en onrust doen verminderen. Zo kan door te werken met zelfwaarneming, uiten van gevoelens en het versterken van de eigen identiteit angst en onrust verminderd worden (Smeijsters, 2006).

O'Callaghan (2009) zegt dat ook songwriting in deze laatste fase veel kan betekenen. De songteksten van deze patiënten bevatten vaak boodschappen voor hun naasten. Hierin zitten zelfreflecties, complimenten en herinneringen.

Ook in de allerlaatste fase kan muziek een rol spelen. Hierbij is te denken aan het begeleiden van rituelen. Zoals het ondersteunen van een euthanasie door live muziek of cd-muziek. De muziektherapeut kan palliatieve patiënten ook helpen bij het uitzoeken van muziek voor de begrafenis.

1.6 Belangrijke begrippen

In dit verslag noem ik meerdere begrippen die belangrijk zijn om het onderzoek te begrijpen. In het verslag leg ik sommige begrippen uit, sommige worden niet uitgebreid genoeg toegelicht. Daarom hier een overzicht van belangrijke begrippen die je als lezer moet weten om het verslag goed te kunnen lezen.

Muziektherapie

Muziektherapie wordt op de site van de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT, 2009) als volgt gedefinieerd:

'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.'

In mijn verslag maak ik ook onderscheid tussen actieve en receptieve muziektherapie. Bij receptieve muziektherapie hoeft de patiënt zelf niet actief mee te doen. De patiënt mag luisteren naar de muziek(therapeut). De patiënt neemt de muziek, spanningen in het lichaam, gedachten, gevoelens en stemmingen bewust waar (Smeijsters, 2006).

Bij actieve muziektherapie doet de patiënt ook actief mee in de muzikale werkvormen. Smeijsters (2008) beschrijft dat actieve muziektherapie het mogelijk maakt dat er tussen twee personen een dialoog met muzikale middelen kan ontstaan. Hierin kan geëxperimenteerd worden met nieuwe communicatie- en interactiepatronen.

Music medicine

Bij Music medicine luistert de patiënt naar een muziekopname (Bradt, 2011). Deze muziekopname is opgezet door een medische professional, bijvoorbeeld iemand van de verpleging. De muziek doet zelf zijn werk en er is geen interventie nodig van een getrainde muziektherapeut.

Oncologie

Oncologie is een onderdeel van de Interne Geneeskunde, dat zich richt op de diagnostiek en behandeling van patiënten met kwaadaardige tumors (Sectie Medische Oncologie, 2013).

Kwaliteit van leven

Volgens Locadia (2006) wordt het geheel van de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van een ziekte aangeduid als kwaliteit van leven. De waardering van deze gevolgen wordt door de patiënt gedaan en is dus een subjectieve waarneming.

1.7 Relevantie

Mijn scriptie is een vervolgonderzoek op de scriptie van dhr. van Rossum en mevr. Pauwels. In het schooljaar 2013-2014 hebben zij hun scriptieonderzoek uitgevoerd vanuit een vraag van een internist-hematoloog van het Atrium MC in Heerlen. Zij hebben zich in hun onderzoek gericht op de vraag hoe muziektherapie in het behandelaanbod van de MOA in het Atrium MC kan worden geïmplementeerd. Zij hebben kunnen concluderen dat muziektherapie de kwaliteit van leven van kankerpatiënten kan verbeteren. Er kon nog geen duidelijke overeenkomst gevonden worden over hoe het gefinancierd zou worden. Voor deze financiering moest nog meer draagvlak gecreëerd worden. In het schooljaar 2014-2015 wilde de Zuyd Hogeschool een vervolg geven aan het onderzoek. Vanuit het Atrium MC lag er de vraag om een specifiek aanbod uit te werken met betrekking tot muziektherapie op de oncologieafdeling. De aanbevelingen van dhr. van Rossum en mevr. Pauwels waren om verder te zoeken naar financiering en om het behandelaanbod op de oncologieafdeling te specificeren en uit te breiden. Voor mijn eigen beroepsontwikkeling was dit onderzoek ook relevant. Het heeft mij de kans gegeven om mijn methodisch handelen te ontwikkelen en uit te groeien tot een afgestudeerd muziektherapeut. Daarnaast kon ik bijdragen aan de profilering van het beroep en een mogelijke uitbreiding van het werkveld voor muziektherapie. Tevens kon mijn onderzoek bijdragen aan de ontwikkeling van muziektherapie binnen de oncologie.

1.8 Vraagstelling

Hoofdvraag:

- Welk specifiek aanbod van muziektherapie kan worden toegepast op de multidisciplinaire oncologieafdeling van het Atrium MC in Heerlen?

Deelvragen:

- Hoe gaat het muziektherapeutisch aanbod er inhoudelijk uit zien?
- Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie toe te kunnen passen op de MOA?
- Hoe kan er meer draagvlak gecreëerd worden voor muziektherapie in het Atrium MC?

1.9 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om een concreet overzicht te beschrijven en gedetailleerd uit te werken hoe muziektherapie kan worden toegepast op de MOA in het Atrium MC in Heerlen. Ik gebruik hierbij het vooronderzoek als startpunt. Vanuit dit startpunt ga ik beschrijven hoe het muziektherapeutisch aanbod er inhoudelijk uit komt te zien. Dat wil zeggen dat ik ga benoemen hoe er gewerkt kan worden, met welke doelstellingen en met welke patiënten. Hierin wordt ook de toegevoegde waarde van muziektherapie op de MOA duidelijk.

Vervolgens ga ik de randvoorwaarden, die nodig zijn om muziektherapie op de MOA uit te voeren, duidelijk in kaart brengen. Waar kan de therapie gehouden worden en welke instrumenten zijn er nodig?

Het einddoel is een product waarin een concreet aanbod wordt beschreven over hoe muziektherapie er op de MOA op het Atrium MC in Heerlen uit kan komen te zien.

Daarnaast beschrijf ik welke stappen er zijn ondernomen m.b.t. het creëren van een draagvlak voor muziektherapie op een structurele basis in het Atrium MC. Hierbij wordt ook de vraag beantwoord over hoe de financiering in zijn werk gaat. Ik ga hierbij beschrijven welke stappen er zijn ondernomen in het onderzoek naar het creëren van een financieel draagvlak voor een muziektherapeut die structureel aan de slag gaat op de MOA.

2. Opzet van het onderzoek

2.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype dat ik heb gebruikt is actiegericht onderzoek. Het primaire doel van mijn onderzoek was om kennis te verkrijgen waarmee er beter of anders gehandeld kon worden in de praktijk (Migchelbrink, 2007). Dit is typerend voor actiegericht onderzoek. Ik heb het onderzoek op de MOA in het Atrium MC uitgevoerd. Ik heb dit in samenwerking met de medewerkers en de patiënten van de MOA gedaan. Hiermee heb ik aan de ene kant meer kennis voor het vak muziektherapie m.b.t. de problematieken bij oncologiepatiënten gecreëerd, aan de andere kant heb ik bijgedragen aan het verbeteren van de (sociale) situatie op de afdeling (Migchelbrink, 2007). Mijn onderzoek was gericht op deze specifieke situatie, voor deze afdeling. Mijn eindproduct is ook niet te generaliseren naar andere situaties. Dit noemt Migchelbrink (2007) lokale kennis.

Mijn onderzoek was een rechtstreeks vervolg op het onderzoek van mevr. Pauwels en dhr. van Rossum uit 2014 dat ook op dezelfde afdeling heeft plaatsgevonden. De onderzoekers hebben kunnen concluderen dat muziektherapie bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten op de MOA van het Atrium MC in Heerlen. Dit was ook een actiegericht onderzoek, gericht op het verbeteren en completer maken van het zorgaanbod voor de kankerpatiënten op het Atrium MC. Een van deze onderzoekers, mevr. Pauwels, heeft mij indirect begeleidt bij het uitvoeren van mijn onderzoek door middel van Skype afspraken. Hierdoor is de kennis van het vooronderzoek niet verloren gegaan.

2.2 Onderzoeksmethode

In mijn onderzoek heb ik de onderzoeksmethode van Stringer (Migchelbrink, 2007) gebruikt. In deze methode heb ik gewerkt met de 'Basic Action Research Routine'. Deze basisroutine is onderverdeeld in drie stappen, namelijk: 'Look', 'Think' en 'Act' (Migchelbrink, 2007). Bij 'Look' heb ik relevante informatie verzameld en een beeld gevormd van de situatie. Vervolgens heb ik bij 'Think' geanalyseerd wat er aan de hand was en waardoor dit kwam. Bij de derde stap 'Act' heb ik plannen gemaakt en deze uitgevoerd. Daarna heb ik deze plannen geëvalueerd. Deze routine is daarna weer opnieuw begonnen. Ik heb deze cyclus drie keer doorlopen.

Bij deze methode was het van cruciaal belang dat er een goede samenwerking plaatsvond met de MOA. Het onderzoek was namelijk gericht op deze specifieke situatie en zonder een goede samenwerking kon mijn onderzoek niet slagen. Gedurende alle drie de stappen van de methode van Stringer heb ik de afdeling er ook bij betrokken. Tijdens de 'Look' fases ben ik niet alleen uitgegaan van mijn eigen observaties, maar heb ik ook naar de ervaringen van de patiënten en de observaties van de verpleging gevraagd. Tijdens de 'Think' fases heb ik overleg gehad met de afdeling, met mevr. Pauwels en met mijn scriptiebegeleider mevr. Tissen. Tijdens de 'Act' fases heb ik mijn plannen eerst voorgelegd aan de verpleging en/of dhr. Verbong voordat ik ze heb uitgevoerd. Dit zorgde voor transparantie en openheid van mijn onderzoek naar de afdeling toe. Daarbij heeft dit ook bijgedragen aan de kwaliteit van mijn onderzoek.

In het gevolgde draaiboek worden deze drie bovengenoemde fases al genoemd. Al heetten ze daar de diagnostische fase, de ontwikkelfase en de actiefase.

2.3 Voorfase

Migchelbrink (2007) beschrijft dat een actieonderzoek wordt uitgevoerd met en door een actieonderzoek-netwerk. Alle direct of indirect betrokkenen, of actoren, die voor mijn onderzoek van belang waren zal ik beschrijven.

De centrale actoren, tevens direct betrokkenen, van het onderzoek waren de MOA (patiënten en personeel) en ik als onderzoeker.

De MOA was het doelsysteem. Het doelsysteem is de groep mensen waarop de verandering gericht is (Migchelbrink, 2007). Ik heb onderzocht of de MOA moet veranderen door muziektherapie te implementeren. Daarnaast was de MOA ook de probleemdager. Allereerst lag het probleem bij de patiënten. Het doel van de muziektherapie is om de kwaliteit van leven van deze patiënten te verbeteren. Deze groep patiënten bestond uit de patiënten op de dagbehandelkamer en uit de patiënten die klinisch waren opgenomen.

Ten tweede bestaat de MOA uit het personeel dat er werkzaam is. Hans Verbong is de afdelingsmanager. Bij hem kon ik terecht met vragen met betrekking tot de werkwijze en protocollen op de afdeling.

Tevens kon ik bij hem terecht over de mogelijkheden van de muziektherapie en de grenzen waarbinnen ik mocht werken. Vervolgens bestaat het personeel van de MOA uit het verplegend personeel. Het contact met het verplegend personeel speelde een grote rol in mijn onderzoek. Uit de ervaringen van het vooronderzoek was op te maken dat zij hielpen met de werving van patiënten voor de muziektherapie. Ze waren ook het aanspreekpunt als er vragen waren over de patiënten. Benedicte Coenegracht was vanuit de verpleging mijn contactpersoon. Het contact met mevr. Coenegracht was daarom intensiever dan met de anderen van de verpleging.

Ik als onderzoeker was ook een centrale actor. Ik heb gedurende het onderzoek in een dubbelrol gefunctioneerd. Ik was in eerste instantie de onderzoeker die een antwoord probeerde te vinden op zijn onderzoeksvragen. Anderzijds was ik ook als muziektherapeut aanwezig op de afdeling en heb ik therapie gegeven aan de patiënten. In paragraaf 2.9 ga ik hier verder op in.

De andere actoren waren indirect betrokken bij het onderzoek. Als eerste mevr. Pauwels, zij heeft me begeleid gedurende het hele onderzoek. Deze begeleiding hield in dat we Skype afspraken hadden waarin we de voortgang van het onderzoek bespraken. Zij kon vanuit haar kennis van het vooronderzoek nuttige tips geven en meedenken over mijn onderzoek. Tevens heeft ze mee gedacht over te gebruiken literatuur en werkvormen. Dr. Kathinka Poismans van de Zuyd Hogeschool was ook een indirect betrokkene. Zij heeft me begeleid tijdens het opstellen van de probleemstelling en het onderzoeksvoorstel. Haar kennis over muziektherapie en onderzoek waren van toegevoegde waarde om deze goed vorm te geven. Zij was samen met dr. Susan van Hooren vanuit KenVaK (kenniskring kennisontwikkeling vaktherapieën) de opdrachtgever van het onderzoek.

Vanaf onderwijsperiode 15 is Juliane Tissen mijn scriptiebegeleider geweest. Met haar heb ik afspraken gemaakt om de voortgang van mijn onderzoek bij te houden. Hierin heeft ze me inhoudelijk en procesmatig kunnen begeleiden. Ook heeft mevr. Tissen een groter netwerk binnen de muziektherapie en heeft ze me in contact gebracht met een muziektherapeut die al werkzaam is binnen de oncologie. Dit was dhr. Weiss. Ik heb dhr. Weiss kunnen interviewen om zo mijn beeld en kennis over muziektherapie in de oncologie te kunnen vergroten. Dhr. Weiss was ook een indirect betrokkene.

Dr. Asiong Jie was de initiatiefnemer en opdrachtgever van het vooronderzoek dat in 2014 heeft plaatsgevonden. Met hem heb ik een afspraak gehad om zijn visie op het onderzoek te bespreken. Tevens heb ik via e-mail contact met hem gehad over het creëren van draagvlak voor muziektherapie.

Daarnaast heb ik contact gelegd met mensen die meer wisten over hoe de financiering van behandelvormen in zijn werk gaat. Dit waren zowel mensen binnen het Atrium MC en mensen van andere organisaties of fondsen.

Tabel 2 Actieonderzoeksnetwerk

Persoon of groep	Rol in het onderzoek
MOA van het Atrium MC (patiënten, afdelingsmanager Hans Verbong en personeel)	doelsysteem, probleemdagers (direct betrokkenen)
Benedicte Coenegracht	begeleider vanuit het doelsysteem (direct betrokkene)
Bart Darding	actieonderzoeker (direct betrokkene)
Juliane Tissen	scriptiebegeleider (indirect betrokkene)
Nele Pauwels	begeleider actieonderzoek (indirect betrokkene)
KenVaK (dr. Kathinka Poismans en dr. Susan van Hooren)	initiatiefnemers en opdrachtgevers (indirect betrokkenen)
Dhr. Weiss	muziektherapeut (indirect betrokkene)
Dr. Asiong Jie	indirect betrokkene

De entree van mij als onderzoeker is begonnen met een kennismakingsgesprek met Hans Verbong. Hierbij stelde ik me voor en kon er een beeld gevormd worden over wat het onderzoek ging inhouden. Ik heb toen ook kennis gemaakt met enkele leden van de verpleging. Op een later moment heb ik tijdens een teamvergadering me voorgesteld aan het hele personeel van de MOA. Dit had als doel om het personeel een beeld te geven van wie ik was en wat ik kwam doen. Hierdoor werd een duidelijker beeld gevormd over wat ze van mij konden verwachten en andersom. Migchelbrink (2007) beschrijft dat deze relationele opbouw belangrijk is om vertrouwen te winnen. De steun van een direct betrokkene zoals het personeel is onmisbaar in het slagen van het onderzoek.

2.4 Oriëntatiefase

In de oriëntatiefase heb ik kennis gemaakt met de verschillende actoren van het onderzoek (Migchelbrink, 2007). Het kennismakingsgesprek met dhr. Verbong en het voorstellen op de afdeling heb ik in paragraaf 2.3 reeds beschreven. De positieve reactie van de afdeling was erg prettig voor mij. Dit gaf me het gevoel de steun te hebben van de afdeling met het uitvoeren van dit onderzoek. Dit was ook een goed begin voor het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie en werkklimaat (Migchelbrink, 2007).

De kennismaking met de patiënten heeft plaatsgevonden tijdens de actiefase. Elke dag dat ik op de afdeling was leerde ik weer nieuwe patiënten kennen. Enkele patiënten heb ik meerdere keren therapie gegeven, maar over het algemeen leerde ik elke dag weer nieuwe patiënten kennen.

Het hoofddoel van dit onderzoek was om een concreet overzicht te creëren van hoe een muziektherapeutisch aanbod er uit moet zien op de MOA in het Atrium MC. Voor mij als onderzoeker had dit aan de ene kant het persoonlijke doel om een goed onderzoek uit te voeren waardoor ik kon afstuderen. Aan de andere kant was mijn doel om de situatie op de afdeling beter en prettiger te maken. Dit doel deelde ik met het personeel op de afdeling. Als muziektherapie een daadwerkelijke aanvulling is op de afdeling en de situatie verbeterd hebben zij er ook baat bij. Dit is de gewenste situatie (Migchelbrink, 2007).

Naast het hoofddoel van dit onderzoek waren er ook subdoelen. Ik heb de randvoorwaarden in kaart gebracht die nodig zijn om muziektherapie op deze afdeling toe te kunnen passen. Daarnaast heb ik onderzocht hoe ik draagvlak kan creëren voor muziektherapie op een structurele basis. De financiering speelde hierin een centrale rol.

2.5 Diagnostische fase

In de diagnostische fase ben ik de situatie gaan beoordelen. Dit hield in dat ik ben begonnen met het aanbieden van muziektherapie op de afdeling. Ik heb dit gedaan op de manier zoals mevr. Pauwels en dhr. van Rossum dit in het vooronderzoek hebben gedaan, met een gitaar en een liedmap receptieve muziektherapie aanbieden. Ik heb mijzelf hier twee weken de tijd voor gegeven. Ik had hierdoor de tijd om aan de afdeling en hun manier van werken te wennen.

Het beoordelen van de situatie heb ik vervolgens gedaan door middel van participerende observaties (Van Buuren, 2003). Tijdens het aanbieden van de therapie heb ik zelf geobserveerd hoe de sessies verliepen en wat er beter of anders kon. Ik heb bij alle sessies aan de patiënten uitleg gegeven over mijn onderzoek en me derhalve bekend gemaakt als onderzoeker. Dit noemt Migchelbrink (2007) een onverhulde observatie. De patiënten hadden hierin in alle gevallen een positieve houding. Iemand onderzocht immers een manier om de behandeling/tijd op de afdeling van de patiënten beter en prettiger te maken.

Het beoordelen van de situatie heb ik niet alleen door mijn eigen observatie gedaan. Ik heb zowel de patiënten als de verpleging ondervraagd. In beide gevallen heb ik dit gedaan door middel van face-to-face ondervraging (Migchelbrink, 2007). Bij de patiënten heb ik hiervoor gekozen omdat ik dan alle non-verbale informatie (gezichtsuitdrukking, lichaamshouding) mee kon nemen, bij de verpleging was deze manier van ondervragen vooral praktisch. Zij waren erg druk met hun eigen werkzaamheden en zij konden tussen die werkzaamheden door even tijd voor me maken. Dit gebeurde dan gewoon op de afdeling zonder naar een aparte ruimte te gaan. Met mevr. Coenegracht ben ik wel enkele momenten apart gaan zitten. Dit was telkens op het einde van de diagnostische fase voordat ik een verandering ging ontwikkelen en uitvoeren.

Ik besprak mijn observaties en de bevinden van de patiënten en de verpleging ook met mijn begeleiders vanuit school. Dit gebeurde in fysieke afspraken met mevr. Tissen en via Skype afspraken met mevr. Pauwels.

Vanuit deze verschillende invalshoeken kon ik vervolgens tot een gezamenlijke diagnose komen. Ik had dan een uitgangspunt waar iedereen het mee eens was, of hoe Migchelbrink (2007) het noemt: een consensus.

Door de MOA een groot aandeel te laten hebben in het onderzoek heb ik ervoor proberen te zorgen dat hun betrokkenheid groeide. De MOA wist dat de mening van het personeel een belangrijke factor was in het tot stand komen van de diagnose. Hierdoor kwamen de neuzen in dezelfde richting te staan.

Naast het inhoudelijke deel over muziektherapie heb ik ook de randvoorwaarden voor muziektherapie en het creëren van draagvlak onderzocht. In deze diagnostische fase heb ik ook deze situaties beoordeeld. Ik heb aan de hand van het vooronderzoek en mijn eigen observaties kunnen vaststellen welke randvoorwaarden er nodig zijn voor de therapie.

Bij het creëren van draagvlak ben ik vooral gaan zoeken naar hoe de financiering van een behandelvorm werkt. Ik heb hiervoor zowel binnen als buiten het Atrium MC gezocht.

Deze diagnostische fase ben ik een paar keer doorgelopen. Elke nieuwe situatie die ik gecreëerd heb ben ik vervolgens weer gaan beoordelen om te kijken wat er verbeterd kon worden. Hierbij heb ik alle betrokkenen weer op dezelfde manier betrokken. Deze fase is de 'Look' fase in de methode van Stringer (Migchelbrink, 2007).

2.6 Ontwikkelfase

In de ontwikkelfase, of in de methode van Stringer de 'Think' fase (Migchelbrink, 2007), heb ik ideeën uitgewerkt om de situatie op de MOA te verbeteren. Een van de grootste veranderingen is het uitbreiden van het therapie aanbod met actieve muziektherapie. Deze keuze heb ik niet zomaar gemaakt. Deze keuze is tot stand gekomen door een combinatie van mijn eigen observatie, het raadplegen van literatuur, de aanbeveling in het vooronderzoek, het raadplegen van een muziektherapeut werkzaam in de oncologie, overleg met de verpleging en het overleggen met de patiënten zelf. Migchelbrink (2007) geeft aan dat van belang is om genoeg kennis te verzamelen voordat je een keuze maakt voor het verbeterplan.

In het vooronderzoek is aangegeven dat het aanbieden van actieve muziektherapie een meerwaarde zou kunnen hebben. Daarom had ik dit ook vanaf het begin in mijn achterhoofd. In het interview met dhr. Weiss heb ik gevraagd naar het inzetten van actieve werkvormen. Dit interview was een 'voor gestructureerde ondervraging op afstand' (Migchelbrink, 2007). Dhr. Weiss gaf aan dat hij met makkelijk bespeelbare instrumenten speelde (slag-, strijk- of blaasinstrumenten) of met zang werkte. In het vooronderzoek is tevens te lezen dat zij een start hebben gemaakt met het spelen van instrumenten met de patiënten. Uit mijn eigen ervaringen en observaties zag ik meer in het werken met stem. Tijdens therapiesessies merkte ik immers dat sommige patiënten al zelf begonnen met meezingen. Dit was nog altijd stil en klein, maar dit zou ik kunnen uitbouwen. In overleg met de verpleging werd ook aangegeven dat ik de patiënten beter niet op instrumenten kon laten spelen. Ze waren er in veel gevallen fysiek niet toe in staat. Het zou te vermoeiend kunnen zijn of het ging simpelweg niet door infusen die in de weg zaten. Ik ben dit ten slotte ook bij de patiënten zelf gaan vragen. Veel patiënten gaven aan dat ze het actief meedoen wel zagen zitten. Het inzetten van de eigen stem was daarin het makkelijkste en daarom ook het fijnste.

In het zoeken naar draagvlak voor muziektherapie op de MOA heb ik na overleg met Dr. Jie besloten om daarin drie verschillende wegen te bewandelen. Als eerste ben ik in het Atrium MC gaan vragen hoe het gefinancierd zou kunnen worden, daarnaast heb ik bij de patiënten zelf gevraagd of ze een financiële bijdrage zouden willen leveren. Ten slotte ben ik gaan zoeken naar externe financiers in de vorm van fondsen.

Tijdens het maken (en later uitvoeren) van de ontwikkelingen werd mijn rol als onderzoeker groter. Ik had een plan gemaakt en moest deze uitvoeren en meten. Ik moest tijdens de sessies niet meer alleen de focus houden op de patiënt, maar ook op het grote plaatje. Ik moest immers een verbetering doorvoeren. Dit zorgde ervoor dat ik me op sommige momenten over een drempel moest duwen en initiatief moest nemen om de nieuwe situatie in te voeren, wetende dat dit voor onzekerheid (en misschien weerstand) bij de patiënten zou zorgen.

Dataverzameling

Tijdens het uitvoeren van de verbeterplannen heb ik data vastgelegd om te meten in hoeverre de veranderingen werkte. Dit heb ik gedaan door middel van face-to-face ondervraging bij de patiënten/verpleging en door vragenlijsten bij de patiënten af te nemen. Tevens heb ik de verpleging gevraagd om een paar uur na de therapie bij de patiënten na te vragen hoe ze de muziektherapie hebben ervaren. Ik heb daarnaast zelf participerende observaties gedaan. Ten slotte heb ik ook extern data verzameld, met name gericht op de financiering van muziektherapie.

De face-to-face ondervraging was praktisch en makkelijk in te zetten en toen ik vragenlijsten af ben gaan nemen heb ik nog altijd met de patiënten gesproken over hun ervaringen, tijdens deze gesprekken heb ik vaak nuttige data gekregen. Een voordeel van deze face-to-face aanpak is dat ik ook non-verbale informatie kon oppikken (Migchelbrink, 2007).

Deze aanpak had het risico dat de patiënten sociaal wenselijke antwoorden gaan geven. Daarom heb ik de verpleging gevraagd om een paar uur na de therapie langs te gaan bij de patiënten en hun te vragen hoe ze de therapie hebben ervaren. De data verkregen uit de ondervragingen heb ik volgens de Grounded Theory (Charmaz, 2006) verwerkt. Dit wordt in paragraaf 3.2.1 beschreven.

Daarna ben ik ook vragenlijsten gaan afnemen bij de patiënten. In deze vragenlijst heb ik de doelstellingen van de muziektherapie getoetst, of de muziektherapie een positieve ervaring is en of ze eventueel een eigen financiële bijdrage zouden willen leveren om de therapie te mogen ontvangen. De vragenlijst is te vinden in bijlage 4: Vragenlijst. Deze vragenlijst was een change interview (Smeijsters, 2006) en is een kwantitatieve dataverzamelingstechniek. Ik heb ervoor gekozen om de patiënten de vragenlijst schriftelijk te laten invullen. Na de sessie heb ik ze de vragenlijst gegeven. Als ze klaar waren heb ik ze weer opgehaald. Dit noemt Migchelbrink (2007) de collectetechniek. Hierdoor verhoog je de respons van het interview. Als ik zelf was weggegaan om ze later op te halen was er een grotere kans dat de vragenlijsten niet werden ingevuld. Op deze manier werkte het prettig.

Naast de patiënten heb ik ook data verkregen van de verpleging. Zij staan immers kort bij de patiënten en hun observaties hebben ook een grote waarde. Ik heb dit op twee manieren gedaan. Als eerste heb ik steeds op de gang face-to-face ondervraagd aan de desbetreffende verplegers wat ze van een therapiesessie en mijn functioneren vonden. Met name bij de sessies op de dagbehandelkamers was er de hele tijd iemand van de verpleging aanwezig en hebben zij een goed beeld kunnen vormen. Op de klinische kamers was dit minder het geval. Het grootste deel van deze therapiesessies zat ik alleen met de patiënten (en eventueel bezoek) op de kamer. De data verkregen van de verpleging over deze patiënten is dan ook met name wat de verpleging van de patiënten zelf heeft teruggekregen.

Ik heb samen met dhr. Verbong ook een feedbackmoment kunnen inplannen op een teamvergadering. Hierin hebben zij mij feedback, bevindingen en tips kunnen geven over muziektherapie op de MOA. Deze mengvorm van methoden voor dataverzameling heet triangulatie (Van Buuren, 2003). Ik heb ook deze data verwerkt volgens de Grounded Theory (Charmaz, 2006).

2.7 Actiefase

De actiefase begon op 24 februari en eindigde op 16 april 2015. Ik ben elke dinsdag- en donderdagmiddag van 14.00 uur tot en met 17.00 uur aanwezig geweest op de MOA. Door afspraken met patiënten ben ik ook vaker eerder aanwezig geweest of ben ik langer gebleven. Tijdens de actiefase ben ik de verbeterplannen gaan realiseren. Dit is de 'Act' fase volgens de methode van Stringer (Migchelbrink, 2007).

De eerste twee weken heb ik ingepland als startweken. Dit gaf mij de kans om te wennen aan de afdeling en de manier van werken. Ik was immers alleen op de afdeling en kon bij niemand meekijken hoe het er aan toe ging. Migchelbrink (2007) noemt ook dat je tijdens de actiefase niet meteen te hoge doelen moet stellen omdat het in het begin vaak nog houderig of kunstmatig is.

De eerste ontwikkeling in mijn onderzoek was het uitbreiden van het aanbod met actieve muziektherapie. Ik bleef de receptieve muziektherapie aanbieden, maar opperde elke sessie om over te stappen naar actief. In de actieve sessies gaf ik de patiënten de tekst van het lied en deed ik samen met hun het lied zingen. Dit varieerde van alles samen zingen tot het alleen zingen van de patiënt(en). Ik deed hierin snel positieve ervaringen op. Migchelbrink (2007) stelt ook dat succeservaringen nodig zijn als mijlpalen in de voortgang. Vanuit deze succeservaringen moet het handelen steviger en blijvender worden.

Zo waren er meerdere patiënten die na de eerste actieve sessie de volgende keer meteen actief wilde beginnen. Ze vroegen ook aan mij om bepaalde nummers voor te bereiden voor de volgende sessie. Dit zijn fijne ervaringen die mij in mijn rol als muziektherapeut ook bemoediging gaven dat het werkte en dat ik ermee moest doorzetten.

Een volgende ontwikkeling was het uitbreiden van het aanbod met palliatieve muziektherapie. Het was niet mogelijk om bij elke sessie dit aanbod aan te bieden. Dit kon immers alleen maar gedaan worden bij patiënten in de palliatieve fase. Ik ben, in overleg met de verpleging, wel specifiek op zoek gegaan naar de patiënten die in de palliatieve fase zaten.

Het zoeken naar draagvlak voor muziektherapie op de MOA vond zowel op de afdeling plaats als thuis. Ik heb in gesprek met dhr. Verbong gesproken over mogelijke financieringsmogelijkheden. Ik heb hierdoor contact kunnen leggen met een groep bedrijven die projecten in het Atrium MC financieren. Ik heb bij een zorgverzekeraar mijn plan voorgelegd bij de afdeling zorginnovatie. Ik heb contact gelegd met fondsen om te vragen voor hun steun in mijn project. Dit heb ik zowel gedaan bij landelijke als bij lokale fondsen. Daarnaast ben ik ook bij de patiënten zelf gaan checken of zij een financiële bijdrage zouden willen leveren voor de muziektherapie. Dit heb ik zowel face-to-face als in de vragenlijst gedaan.

Tijdens het uitvoeren van de ontwikkelingen heb ik ze gemonitord door participerende observatie (Van Buuren, 2003) en door face-to-face ondervraging (Migchelbrink, 2007) van de patiënten en de verpleging. Hierdoor kon ik de uitvoering bijstellen. Zo heb ik bijvoorbeeld de teksten van de liedjes anders uitgeprint zodat ze beter te lezen en te volgen waren voor de patiënten.

Het zoeken naar de randvoorwaarden voor het muziektherapieaanbod gebeurde ook in deze actiefase. Dit deed ik wederom door mijn eigen observatie en het overleg met de patiënten en verpleging. Ik heb hierover ook overleg gehad met mijn scriptiebegeleider mevr. Tissen.

2.8 Evaluatiefase

In de evaluatiefase ben ik de verzamelde data gaan analyseren. De vragenlijsten gaven kwantitatieve data waaruit ik het gemiddelde van alle antwoorden op de stellingen heb kunnen berekenen. Deze heb ik vervolgens schematisch weergegeven (zie tabel 3 in paragraaf 3.1). De ondervragingen van zowel de patiënten als de verpleging gaven kwalitatieve data. Deze ben ik gaan verwerken volgens de Grounded Theory (Charmaz, 2006). Hoe ik dit precies heb gedaan staat beschreven in paragraaf 3.2.1. De data verkregen uit mijn eigen observaties en de data die ik extern heb verkregen ben ik vervolgens ook gaan beschrijven.

Deze resultaten kon ik vervolgens verklaren en interpreteren. Dit deed ik door de data aan elkaar te koppelen en dit te onderbouwen met bestaande literatuur. Uit deze verklaarde resultaten kon ik vervolgens aanbevelingen doen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek. Als laatste kon ik ook de opgestelde onderzoeksvragen beantwoorden.

Ik heb een product kunnen opstellen waarin duidelijk werd hoe muziektherapie er op de MOA uit moet komen te zien. Ik heb kunnen beschrijven aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden en hoe er meer draagvlak gecreëerd kan worden voor muziektherapie.

2.9 Kwaliteit

Om de kwaliteit te waarborgen moest het onderzoek voldoen aan enkele kwaliteitseisen. In Migchelbrink (2007) wordt beschreven welke kwaliteitseisen door Reason, Bradbury, Tilanus, Coghlan en Branninck worden genoemd. Ik beschrijf in deze paragraaf hoe ik aan deze kwaliteitseisen heb voldaan.

2.9.1 Samenwerking

Onder de samenwerking wordt verstaan hoe de samenwerking tussen de onderzoeker en de betrokkenen uit de verf komt. Tijdens mijn onderzoek heb ik nauw samengewerkt met de MOA, met de afdelingsmanager dhr. Verbong en de verpleging. Tijdens het onderzoek heb ik hun zo veel mogelijk bij mijn onderzoek betrokken. Ik heb laten merken dat hun mening en visie belangrijk was en deze mij hebben geholpen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. Ik ben in mijn handelen en communicatie zo open en transparant mogelijk geweest. Ik was geen muziektherapeut die op zijn eigen eilandje werkte en de MOA er niet bij betrok. Tijdens het handelen heb ik ook alle praktische dingen in overleg met de verpleging gedaan zodat ik hun niet voor de voeten liep en zo voor ergernis zorgde. De muziektherapie ging goed naast de al bestaande werkzaamheden van de MOA en kon op deze manier een zo goed mogelijk aanbod worden voor de patiënten. Ook met dhr. Verbong heb ik enkele malen overleg gehad zodat hij wist wat ik op de MOA aan het doen was. Nieuwe aspecten binnen mijn onderzoek heb ik ook eerst bij hem gecontroleerd, zo heb ik bijvoorbeeld om toestemming gevraagd om de vragenlijst voor de patiënten af te mogen nemen.

Vanaf het eerste kennismakingsmoment tot en met de laatste dag op de MOA is deze samenwerking goed verlopen. Dit kwam zowel door mijn eigen open en transparante houding, maar ook door het enthousiasme en openheid van de verpleging.

2.9.2 Reflectie

Gedurende het onderzoek heeft er continue een interactieve reflectie plaatsgevonden. Dit wil zeggen dat ik tijdens de veranderprocessen bij elke fase heb gereflecteerd. Ik heb dit gedaan met mevr. Coenegracht op de MOA, met mevr. Pauwels via Skype en met mevr. Tissen op school. Met mevr. Coenegracht bekeek ik de haalbaarheid van mijn plannen op de MOA. Zijn de patiënten hier toe bereid en is dit praktisch mogelijk?

Met mevr. Pauwels heb ik bij elk veranderproces gebrainstormd en hebben we gereflecteerd over mijn ideeën. Hebben deze genoeg inhoud en zijn ze goed onderbouwd vanuit de literatuur? Met mevr. Tissen lag de focus van de reflectie meer op het totaalplaatje. Is het pad dat ik nu bewandel het goede en komt er zo een goed eindresultaat uit het onderzoek?

Aan de verpleging heb ik gedurende het hele onderzoek telkens feedback gevraagd over mijn functioneren op de MOA. Zo konden zij mij tips geven om mijn functioneren als muziektherapeut op de MOA te verbeteren.

2.9.3 Kennisbronnen

In dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van meerdere, elkaar aanvullende, kennisbronnen. Als eerste heb ik gebruik gemaakt van literatuur (boeken, onderzoek artikelen, tijdschriften en internetpagina's). Tevens heb ik gebruik gemaakt van de expertise aanwezig op de MOA (dhr. Verbong en verpleging). Ik heb ook gebruik gemaakt van de ervaringskennis van mevr. Pauwels over het vooronderzoek. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van de kennis en ervaring over het doen van onderzoek van mijn scriptiebegeleider mevr. Tissen en, in een eerdere fase van het onderzoek, dr. Poismans. Ik heb gebruik gemaakt van de ervaringskennis van dhr. Weiss, een Duitse muziektherapeut werkzaam met oncologiepatiënten. Ten slotte heb ik gebruik gemaakt van mijn eigen kennis, opgedaan op de afdeling zelf en van mijn ervaringen die ik eerder op school en stages heb opgedaan.

2.9.4 Bruikbaarheid

De informatie die ik heb verzameld is van betekenis voor de dagelijkse handelingssituatie van de betrokkenen. Het onderzoek heb ik op de MOA en in samenwerking met de MOA uitgevoerd. Ik heb telkens overleg gehad met de betrokkenen en heb een product opgesteld dat gericht is op de specifieke situatie van de MOA. Hierdoor is het onderzoek en de uitkomst ervan bruikbaar en van betekenis voor de handelingssituatie van de betrokkenen.

2.9.5 Transparantie

Voor de transparantie van mijn onderzoek was het van belang dat alle stappen, doelen en methoden helder en navolgbaar waren en pasten bij het handelingsprobleem. Ik heb dit gewaarborgd door het simpelweg te checken bij de direct betrokkenen. Als zij mijn stappen niet konden volgen dan kon ik het verduidelijken en helder maken. Dit is echter niet nodig geweest, mijn stappen zijn steeds helder en navolgbaar geweest voor de direct betrokkenen. Dit komt met name omdat zij ook het hele proces erbij betrokken zijn geweest en hun mening steeds mochten geven. Daarnaast heb ik voor controle, feedback en evaluatie mijn stappen steeds voorgelegd aan mevr. Pauwels en/of mevr. Tissen. Voordat ik een volgende stap heb uitgevoerd in het onderzoek heb ik ervoor gezorgd dat iedereen aan boord was en wist wat er ging gebeuren.

2.9.6 Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

In mijn onderzoek ben ik zorgvuldig omgegaan met aannames en interpretaties. Voordat ik verder ging met het handelen op basis van een aanname heb ik hierop gereflecteerd en het gecheckt bij de verpleging en/of mevr. Pauwels. Er zijn geen tegenstrijdige gezichtspunten geweest die aandacht nodig hadden. Ik heb dan ook zo open mogelijk gecommuniceerd en begrippen zo duidelijk en eenduidig mogelijk gebruikt. Het was belangrijk dat alle betrokkenen wisten wat ik bedoelde als ik een begrip als kwaliteit van leven of receptieve muziektherapie gebruikte.

Eerder heb ik beschreven dat ik een dubbelrol vervulde tijdens het onderzoek. Ik was zowel onderzoeker als muziektherapeut. Mijn ervaringen en observaties als muziektherapeut waren een leidraad bij het maken van keuzes. Als onderzoeker kon ik deze situaties echter niet elke keer zo beoordelen en moest ik ze eerst checken bij de patiënten, verpleging of begeleiding.

2.9.7 Verantwoording

Het is belangrijk voor mijn onderzoek dat ik duidelijk kan verantwoorden en onderbouwen wat er gebeurd is, wat ik wilde, hoe ik het monitorde en wat het heeft opgeleverd. Daarom heb ik een duidelijk draaiboek beschreven en deze stap voor stap gevolgd. De stappen van dit draaiboek liepen soms door elkaar heen, niet in chronologische volgorde. Daarom heb ik duidelijk moeten communiceren naar alle direct betrokkenen waar ik op elk moment mee bezig was.

2.9.8 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid gaat over de kwaliteit van het meetinstrument (Van Buuren, 2003). Door een vragenlijst en een ondervraging te gebruiken krijg ik de data uit eerste hand, direct van de patiënt en onderzochte zelf. Daarnaast heb ik zelf als muziektherapeut de therapiesessies geobserveerd en heb gekeken in hoeverre mijn eigen observaties overeenkomen met de door de patiënten gegeven antwoorden.

Als derde heb ik ook de verpleging ondervraagd. Zij hebben de sessies ook kunnen observeren en staan objectiever in de situatie dan ik, de muziektherapeut. Hierdoor werd de betrouwbaarheid van mijn resultaten zo goed mogelijk gewaarborgd.

Toch is er in dit onderzoek nog genoeg ruimte voor een bias. Een bias wordt door Van Buuren (2003) beschreven als een vertekening van de werkelijkheid ten gevolge van eigenschappen van de onderzoeker, het meetinstrument of de situatie die voor het onderzoek niet ter zake doen.

Zo bestond er het risico dat patiënten bij de face-to-face ondervraging sociaal wenselijke antwoorden zouden geven. Zeker omdat ze wisten dat ik buiten de muziektherapeut, ook de onderzoeker was. Met het afnemen van een anonieme vragenlijst heb ik dit zoveel mogelijk willen voorkomen.

Tijdens het onderzoek ben ik me ook bewust geweest van het gevaar van een bias door mijn dubbelrol als muziektherapeut en onderzoeker. Hierdoor was het moeilijk om objectief te blijven in mijn handelen, observeren en evalueren. Als muziektherapeut heb ik er namelijk baat bij als de resultaten positief zijn en muziektherapie een positief effect blijkt te hebben. Om dit zo veel mogelijk te voorkomen heb ik de mening gevraagd van mensen die los staan van het vak muziektherapie. Dit zijn de patiënten en de verpleging. Zij hebben het doel om de behandeling en de situatie op de MOA zo goed mogelijk te laten zijn. Als muziektherapie hier niets aan toevoegde zouden ze dit eerlijk aangeven.

Er bestond tevens het gevaar dat er een bias zou ontstaan door mijn eigen verleden met de ziekte kanker. Ik heb er het hele onderzoek voor moeten waken dat mijn eigen gevoelens niet zouden zorgen voor een subjectief beeld van de situatie. Tijdens het onderzoek zijn er echter geen situaties geweest waarin mijn gevoelens een rol hebben gespeeld in mijn handelen of tijdens het beoordelen van de situatie.

2.9.9 Validiteit

Bij de validiteit is het belangrijk dat je meet wat je behoort te meten. Zo heb ik bijvoorbeeld de vragenlijsten onderverdeeld in de onderdelen die ik wilde meten, namelijk de verschillende doelstellingen van de therapie. Deze doelstellingen heb ik weer gebaseerd op de literatuur en het vooronderzoek. Deze vragenlijst heb ik, voordat ik hem bij de patiënten heb afgenomen, laten controleren door een aantal vakgenoten (mevr. Pauwels, mevr. Tissen en dr. Poismans). Dit waarborgde de inhoudsvaliditeit (Van Buuren, 2003).

In de vragenlijsten heb ik steeds gemeten in hoeverre de muziektherapie bij heeft gedragen aan bepaalde doelstellingen. Dit waren steeds twee variabelen waartussen een duidelijk oorzaak-gevolg verband was. De oorzaak was steeds de muziektherapie, het gevolg was bijvoorbeeld een verandering in de mate van ontspanning. Dan kun je stellen wat de invloed van muziektherapie was op de desbetreffende doelstelling. Dit is interne validiteit (Van Buuren, 2003). Er blijven echter altijd andere (onbekende) variabelen die de interpretatie van de invloed van muziektherapie kunnen beïnvloeden. Als er bijvoorbeeld tijdens de sessie een familielid binnen komt dan kan de uiteindelijke score hierdoor anders zijn. Dit hoeft dan echter niet meer het effect van de muziektherapie te zijn. Met name in de dagbehandelkamers was er veel in- en uitloop. Er waren dus vaker zaken die de beleving van de patiënten konden beïnvloeden. Dit is echter inherent aan de situatie op de dagbehandelkamers en dit was ook niet uit te sluiten.

De uitkomst van dit onderzoek is afgestemd op de specifieke afdeling. Ik heb deze specifieke vormen van muziektherapie onderzocht, bij deze patiënten en met deze doelstellingen. Dit is niet te generaliseren naar andere situaties. Dit wil zeggen dat deze vorm van muziektherapie niet hetzelfde effect zal hebben op een andere (oncologie)afdeling. Het onderzoek is opgesteld in samenwerking met de MOA en uitgevoerd op de MOA. De uitkomst heeft dus geen externe validiteit (Van Buuren, 2003). Bepaalde inhoud, zoals werkvormen of interventietechnieken, kunnen wel nuttig zijn voor muziektherapeuten die zich verdiepen in de werking van muziektherapie bij oncologie.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die voortgekomen zijn uit de verschillende dataverzamelingstechnieken. Ik heb vragenlijsten afgenomen bij de patiënten en de patiënten zijn face-to-face ondervraagd. Ik heb ook het personeel van de MOA face-to-face ondervraagd. Daarnaast heb ik tijdens het onderzoek als muziektherapeut ook observaties opgeschreven. Ten slotte heb ik ook extern data verzameld die ik gebruikt heb in het beantwoorden van mijn onderzoeksvragen.

3.1 Vragenlijsten

De vragenlijst heb ik in totaal 19 keer kunnen afnemen. Hiervan hebben 8 patiënten alleen receptieve muziektherapie gehad. 11 patiënten waar de vragenlijst bij is afgenomen hebben actieve muziektherapie gehad. Van alle vragenlijsten heb ik deze bij 10 patiënten afgenomen op de dagbehandelkamers en bij 9 patiënten op de klinische kamers.

De vragenlijst bestond uit 9 stellingen waarvan de patiënten mochten aangeven in hoeverre ze het met de stelling eens waren. Dit is gedaan volgens de Likert Scale (Mcleod, 2008). Hierin zijn er een vijftal antwoordmogelijkheden waarbij 1 de laagste score is en 5 de hoogste. 1 betekent: helemaal niet mee eens, 2 betekent: niet mee eens, 3 betekent: neutraal, 4 betekent: wel mee eens en 5 betekent: helemaal mee eens. Er waren ook 3 open vragen waarin de patiënten zelf iets mochten opschrijven. De vragenlijst is te vinden in bijlage 4: Vragenlijst.

De stellingen en vragen in de vragenlijst richtte zich op vijf onderwerpen:

1. Afleiding
2. Ontspanning
3. Ervaren en uiten emoties
4. Positieve ervaring en meerwaarde
5. Financiële bijdrage

In de onderstaande tabel staat het gemiddelde van alle antwoorden van de patiënten, onderverdeeld in algemeen, receptieve therapie, actieve therapie, dagbehandelkamers en klinische kamers. Om de leesbaarheid van dit onderzoeksverslag te bevorderen zijn niet alle antwoorden van de vragenlijst opgenomen, maar alleen de gemiddelden van de antwoorden. Voor een inzicht in alle antwoorden is het mogelijk contact op te nemen met de auteur van dit onderzoeksverslag.

Tabel 3 Resultaten vragenlijsten					
	Algemeen	Receptieve therapie	Actieve therapie	Dagbehandelkamers	Klinische kamers
1. Afleiding door muziek	4,58	4,38	4,73	4,50	4,67
2.1 Spanning voor de sessie	3,78	3,71	3,91	3,90	3,63
2.2 Ontspanning door muziek	4,00	3,63	4,27	4,00	4,00
3.1 Ervaren emoties	3,84	3,13	4,36	3,70	4,00
3.2 Uiten emoties	3,78	2,71	4,46	3,40	4,25
3.3 Prettig om ze te uiten	3,84	2,75	4,64	3,60	4,11
4.1 Muziek was positieve ervaring	4,95	4,88	5,00	5,00	4,89
4.2 Meerwaarde voor behandeling	4,47	4,13	4,73	4,50	4,44
5. Financiële bijdrage voor muziek	3,58	3,13	4,18	3,50	3,67

In de komende paragrafen beschrijf ik de resultaten van de vragenlijsten. Opvallende uitkomsten, en de betekenis daarvan, komen in het hoofdstuk discussie uitgebreid aan bod.

3.1.1 Afleiding

De stelling bij het punt afleiding was: 1. *‘De muziek bood mij afleiding van negatieve gedachtes en/of emoties.’*

De uitkomst van het gemiddelde van alle antwoorden is 4,58. Dat wil zeggen dat de ondervraagde patiënten gemiddeld het wel tot helemaal met de stelling eens waren. In één geval (5,3%) is het antwoord neutraal geweest. In de andere gevallen (94,7%) waren de patiënten het met de stelling eens of waren ze het er helemaal mee eens.

Er is een klein verschil te zien in het gemiddelde van de patiënten die receptieve muziektherapie hebben gekregen (4,38) en de patiënten die actieve muziektherapie hebben gekregen (4,73). Dat wil zeggen dat beide patiënten groepen het er mee eens tot helemaal mee eens zijn. De patiënten van de actieve muziektherapie hebben gemiddeld echter meer afleiding ervaren dan de receptieve muziektherapie. Er is geen duidelijk verschil te zien in de score tussen de patiënten op de dagbehandelkamers (4,5) en de patiënten op de klinische kamers (4,67).

In de vragen waar de patiënten nog zelf opmerkingen mochten plaatsen hebben in 7 gevallen (36,8%) patiënten ervoor gekozen om nog eens te benadrukken dat ze afleiding hebben ervaren door de muziektherapie. Dit deden ze in opmerkingen zoals: *'Het is een positieve afleiding.'* of *'Het biedt afleiding.'*

Uit deze antwoorden is dus op te merken dat de muziektherapie op de MOA als een afleiding wordt ervaren door de patiënten op de MOA.

3.1.2 Ontspanning

Bij het punt ontspanning werden er twee stellingen aan de patiënten gegeven, namelijk: 2.1 *'Voor de muziek voelde ik fysieke en/of emotionele spanning.'* en 2.2 *'Tijdens en/of na de muziek heb ik een verlaging gemerkt in mijn spanningsniveau.'*

De uitkomst van het gemiddelde van alle antwoorden was bij stelling 2.1: 3,78 en bij vraag 2.2: 4. Dat wil zeggen dat de patiënten het met de eerste stelling gemiddeld meer wel mee eens dan neutraal zijn. Bij de tweede stelling zijn ze het er gemiddeld mee eens.

Bij stelling 2.1 blijven de antwoorden ongeveer gelijk. Zowel bij patiënten met receptieve therapie (3,71) en bij actieve therapie (3,91), als bij de patiënten in de dagbehandelkamers (3,90) en de patiënten in de klinische kamers (3,63). Het antwoord op de stelling was telkens gemiddeld meer mee eens dan neutraal. Dat wil zeggen dat de patiënten neigen naar een 'ja' als antwoord op de stelling of ze voor de muziektherapie fysieke en/of emotionele spanning voelde.

In de antwoorden op stelling 2.2 is een duidelijk verschil te zien tussen receptieve en actieve muziektherapie. De patiënten die receptieve therapie hebben gehad geven een gemiddelde score van 3,63, meer mee eens dan neutraal. Terwijl de patiënten die actieve therapie hebben gehad een gemiddelde score geven van 4,27, meer wel mee eens dan helemaal mee eens. Patiënten die actief in de therapie bezig zijn geweest ervaren dus gemiddeld meer ontspanning door de muziektherapie als de patiënten die alleen luisterden. Er is geen verschil tussen de patiënten op de dagbehandelkamers of op de klinische kamers, beide scores op stelling 2.2 een 4.

Bij de vragen waar de patiënten opmerkingen mochten plaatsen gaven twee patiënten nog eens extra aan dat ze de therapie als ontspannend hebben ervaren.

3.1.3 Ervaren en uiten emoties

Gericht op de doelstelling emoties ervaren en uiten zijn er drie stellingen opgenomen in de vragenlijst, namelijk: 3.1 *'Ik heb emoties gevoeld tijdens de muziek.'*, 3.2 *'Ik heb deze emoties kunnen uiten.'* en 3.3 *'Het was prettig om deze emoties te uiten.'*

De gemiddelde score van alle antwoorden was bij stelling 3.1 een 3,84. Dat wil zeggen dat ze het er meer mee eens dan neutraal zijn. Bij de patiënten op de dagbehandelkamers en op de klinische kamers zijn deze scores ongeveer gelijk, namelijk: 3,70 (meer mee eens dan neutraal) en 4 (mee eens). Bij de receptieve en actieve therapie is wel een duidelijk verschil te zien. De patiënten met receptieve therapie scoren gemiddeld een 3,13 (neutraal) en de patiënten met actieve therapie een 4,36 (meer mee eens dan helemaal mee eens). Dat wil zeggen dat patiënten die actieve muziektherapie hebben gehad duidelijk emoties hebben ervaren tijdens de therapie, terwijl de patiënten van de receptieve therapie niet duidelijk emoties hebben ervaren. Dit is een opvallend verschil.

Bij stelling 3.2, gericht op het uiten van deze emoties, zijn er ook duidelijke verschillen te zien. De gemiddelde score is een 3,78 (meer mee eens dan neutraal). De patiënten die receptieve therapie hebben gehad scoren op deze stelling gemiddeld een 2,71. Zij zijn dus meer neutraal dan niet eens met de stelling. Patiënten van de actieve therapie scoren een 4,46 (mee eens/ helemaal mee eens). Dat wil zeggen dat patiënten die actief participeren in de muziektherapie hun emoties kunnen uiten, terwijl de patiënten die receptieve therapie ontvangen daar geen duidelijk antwoord in geven en zelfs neigen naar het er niet mee eens zijn.

Net zoals bij stelling 3.1 is hier ook een opvallend verschil te zien tussen de dagbehandelkamers en de klinische kamers. Bij de dagbehandelkamers scoren de patiënten gemiddeld een 3,40 (meer neutraal dan mee eens) en op de klinische kamers een 4,25 (meer mee eens dan helemaal mee eens).

Bij stelling 3.3 zijn de antwoorden bijna gelijk aan die van 3.2. De actieve therapie scoort gemiddeld een 4,64 (meer helemaal mee eens dan mee eens) en de receptieve therapie een 2,75 (meer neutraal dan niet mee eens). De patiënten op de dagbehandelkamers scoren een 3,60 (meer mee eens dan neutraal) en de patiënten op de klinische kamers scoren gemiddeld een 4,11 (meer mee eens dan helemaal mee eens).

Bij alle drie de stellingen is dus een duidelijk verschil te zien tussen de dagbehandelkamers en de klinische kamers. Ook is er een duidelijk verschil te zien tussen de actieve en receptieve muziektherapie. Bij de actieve muziektherapie hebben de patiënten duidelijk emoties ervaren en konden ze deze ook uiten. Ook in de klinische kamers hebben patiënten aangegeven dat ze emoties hebben ervaren en deze hebben kunnen uiten. In beide gevallen vonden ze dit ook prettig.

In de vragen waar de patiënten zelf opmerkingen mochten plaatsen gaven twee patiënten aan de therapie als emotioneel aanvullend te ervaren.

3.1.4 Positieve ervaring en meerwaarde

Het vierde onderdeel van de vragenlijst bestond uit een stelling die meette of de muziektherapie als een positieve ervaring werd beleefd: 4.1 *'Ik vond de muziek een positieve ervaring.'* en uit een stelling die meette of de muziektherapie als een meerwaarde werd ervaren voor hun behandeling op de MOA: 4.2 *'Muziek heeft een meerwaarde voor mijn behandeling op de oncologie afdeling.'* Na deze stelling was er een open vraag die vroeg: 4.3 *'Ik vind dit omdat: ...'* hierin konden patiënten aangeven waarom ze de muziek een meerwaarde vonden of niet.

Op stelling 4.1 is het gemiddelde antwoord 4,95 (helemaal mee eens). Dat wil zeggen dat één patiënt heeft geantwoord: mee eens. Alle andere patiënten hebben het antwoord gegeven: helemaal mee eens. De muziektherapie is dus door iedere patiënt als iets positiefs ervaren.

Stelling 4.2 heeft als gemiddelde antwoord een 4,47 (evenveel mee eens als helemaal mee eens). De patiënten van de receptieve therapie scoren een 4,13 (meer mee eens dan helemaal mee eens) en de patiënten van de actieve therapie scoren een 4,73 (meer helemaal mee eens dan mee eens). Dat wil zeggen dat beide groepen de therapie als een meerwaarde hebben ervaren voor hun behandeling, de patiënten die actieve therapie hebben gehad echter meer dan de patiënten die receptieve therapie hebben gehad. De antwoorden van de patiënten op de dagbehandelkamers en klinische kamers zijn gemiddeld 4,50 en 4,44. Beide patiëntengroepen zijn het er evenveel mee eens als helemaal mee eens. Bij de open vraag 4.3 wordt aangegeven dat het voor afleiding zorgt (7 antwoorden), dat het ontspanning brengt (2 antwoorden), dat het prettig is (2 antwoorden) en dat de muziek een positieve invloed heeft (2 antwoorden). Bij de actieve therapie wordt tevens aangegeven dat de muziektherapie emotioneel aanvullend was (2 antwoorden). Dit zijn dus meningen van patiënten waardoor de muziektherapie als een meerwaarde werd ervaren.

3.1.5 Financiële bijdrage

In het vijfde deel van de vragenlijst stond er een stelling over de bereidheid om zelf een financiële bijdrage te willen leveren om muziektherapie te mogen ontvangen: 5. *'Ik zou een eigen financiële bijdrage willen leveren om muziek tijdens mijn behandeling op de afdeling te mogen ontvangen.'*

Het gemiddelde antwoord op deze vraag was een 3,58 (evenveel mee eens als neutraal). De patiënten van de receptieve therapie scoren een 3,13 (meer neutraal dan mee eens) en de patiënten van de actieve therapie scoren een 4,18 (meer mee eens dan helemaal mee eens). De patiënten die actieve therapie hebben ontvangen geven dus aan een financiële bijdrage te willen leveren om muziektherapie tijdens hun behandeling te mogen ontvangen, dit is een opvallende uitkomst. Deze patiënten gaven hierbij echter wel opmerkingen en voorwaarden voor hun therapie. Ze wilden dan ook waar voor hun geld. Het vrijblijvende karakter van de muziektherapie veranderd daarmee.

De patiënten op de dagbehandelkamers scoren een 3,50 (evenveel mee eens als neutraal) en de patiënten op de klinische kamers scoren een 3,67 (meer mee eens dan neutraal).

3.1.6 Overige opmerkingen

Zoals ik al in de vorige paragrafen heb beschreven gaven sommige patiënten buiten de stellingen om aan dat ze de therapie als afleidend, ontspannend of emotioneel aanvullend hebben ervaren. Er zijn ook opmerkingen gemaakt die niet direct aansluiten bij een van de door mij vooropgezette doelstellingen. Zo gaven drie patiënten aan er opgewekter van te worden en er een beter humeur/ betere zin van te krijgen. Drie patiënten gaven aan de therapie als prettig te hebben ervaren en één patiënt gaf aan de therapie te gaan missen. Eén patiënt gaf aan dat hij/zij het heerlijk vond om samen te zingen. In vijf gevallen gaven de patiënten een compliment aan de muziektherapeut. Dit waren opmerkingen als: *'U straalt rust uit, dat is prettig'* en *'Compliment Bard, mooie stem bij mooie klanken. Perfecte keuze van volume.'*

3.2 Ondervraging patiënten en personeel

De tweede manier van dataverzameling was een mondelinge ondervraging van de patiënten en het personeel. Dit was een face-to-face ondervraging (Migchelbrink, 2007) met open vragen. Aan de patiënten vroeg ik na de sessies: *‘Wat vond u van de muziektherapie?’* Het antwoord dat zij hierop gaven heb ik genoteerd en vervolgens onderverdeeld in hoofdcategorieën.

De ondervraging van het personeel heeft zowel op de MOA zelf plaatsgevonden als tijdens een feedbackmoment gedurende een teamvergadering van de MOA. Dit was dus zowel een face-to-face als een groepsgewijze ondervraging (Migchelbrink, 2007).

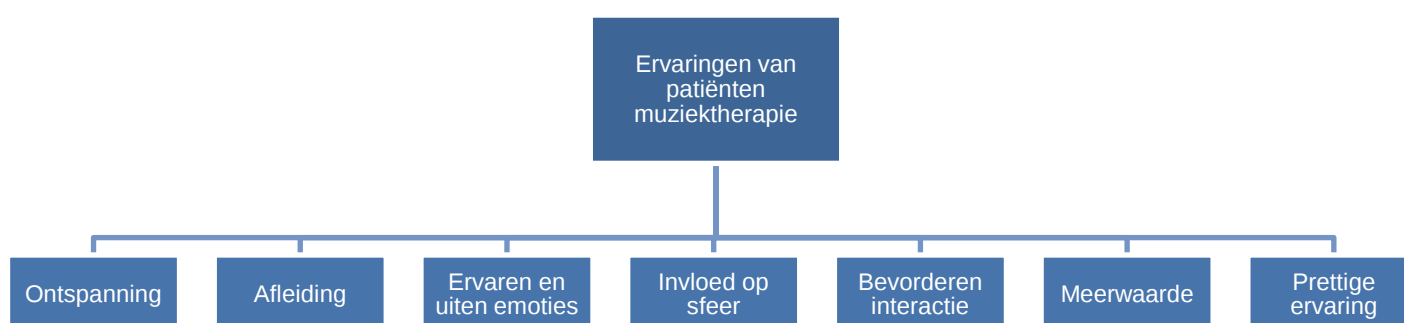
In de komende paragrafen beschrijf ik de resultaten die zijn voortgekomen uit de data van de ondervragingen. Niet alle data van de ondervragingen zijn, om de leesbaarheid te bevorderen, in het onderzoeksverslag opgenomen. Voor een inzicht in alle data van de ondervragingen is het mogelijk contact op te nemen met de auteur van dit onderzoeksverslag. Opvallende resultaten worden later in de discussie nog verder besproken.

3.2.1 Ondervraging patiënten

Tijdens mijn periode op de MOA heb ik 58 patiënten kunnen ondervragen. Dit deed ik met een half gestructureerde face-to-face ondervraging (Migchelbrink, 2007). Alle antwoorden heb ik genoteerd in mijn logboek. Ook heb ik patiënten op afstand ondervraagd (Migchelbrink, 2007). Een paar uur na, een deel van, de sessies heb ik de verpleging bij de patiënten laten navragen hoe ze de therapie hebben ervaren. Deze antwoorden zijn ook opgenomen in de data. Tijdens de data-analyse ben ik deze resultaten volgens de Grounded Theory (Charmaz, 2006) gaan analyseren. Als eerste ben ik alle resultaten open gaan coderen. Ik heb alle uitspraken geclusterd en zo kwam ik op een lijst van wat Charmaz (2006) sensitizing concepts noemt.

- Het was emotioneel
- Emoties komen eruit
- Meerwaarde
- Het is hard nodig
- Eigen bijdrage
- Afwisseling
- Het was fijn
- Meer interactie
- Fijn om mee te zingen
- Meer betrokkenheid
- Afleiding
- Mooi
- Rustig
- Positieve sfeer
- Ontspanning

Vervolgens ben ik deze axiaal gaan coderen, ik heb de uitspraken gecategoriseerd. Sommige clusters van sensitizing concepts heb ik kunnen samenvoegen tot één categorie. Zo heb ik bijvoorbeeld de clusters ‘afwisseling’ en ‘afleiding’ kunnen samenvoegen in de categorie ‘afleiding’. De categorieën hieruit voortgekomen zijn:



Bij de laatste stap, het selectief coderen, ben ik nagegaan in hoeverre de categorieën samenhangen met de eenheden van het onderzoek. Deze stap hield vooral in dat ik de bestaande codes ben gaan analyseren, er zijn geen nieuwe codes gevormd. Zo had ik bijvoorbeeld de categorieën ervaren en uiten van emoties, ontspanning en afleiding al opgenomen in mijn doelstellingen van de muziektherapie. De categorieën positieve invloed, prettige ervaring, meerwaarde voor behandeling en bevorderen interactie zijn me pas gedurende het onderzoek gaan opvallen door de opmerkingen van de patiënten.

Zoals ik net beschreef heb ik 58 patiënten gedurende mijn onderzoek op deze manier ondervraagd. Ik heb patiënten ondervraagd die muziektherapie hebben gekregen op de dagbehandelkamers of op de klinische kamers. De patiënten hebben tijdens de sessies receptieve-, actieve of palliatieve muziektherapie gehad.

De resultaten die hieruit zijn voortgekomen worden in de volgende paragrafen beschreven. Opvallende resultaten en de betekenis hiervan worden uitgebreider besproken in het hoofdstuk discussie.

Ervaring en uiten emoties

Een onderwerp dat de patiënten vaak aanhaalden tijdens de ondervraging was het ervaren en uiten van emoties. Deze categorie heb ik gevormd door het clusteren van de sensitizing concepts 'het was emotioneel' en 'emoties komen eruit'.

Uitspraken die ze hierover deden zijn bijvoorbeeld:

- 'Ik zat vol met emoties en voelde me niet lekker, misselijk. Maar net viel alles weg.'
- 'Ik ben een binnenvetter, maar het is fijn dat het er uit komt. Het moet er uit.'
- 'Het werkt voor mij emotioneel, wel op een prettige manier.'

Opvallend hierbij is dat bijna alle uitspraken over het ervaren en uiten van emoties in de klinische kamers zijn gedaan. Slechts enkele ervaringen van emoties vonden plaats in de dagbehandelkamers. Een ander opvallend gegeven is dat er geen duidelijk verschil te zien is tussen de actieve en receptieve muziektherapie. In de antwoorden van de vragenlijsten is terug te vinden dat de patiënten veel meer emoties ervaren en uiten tijdens de actieve therapie dan tijdens de receptieve therapie.

Patiënten die de palliatieve muziektherapie hebben gehad noemen in verhouding veel vaker dat de therapie een emotionele werking had.

Patiënten gaven ook aan dat het lezen van de teksten van de muziek bijdraagt aan de beleving van emoties. Zo zeiden ze bijvoorbeeld:

- 'Je komt vaak door teksten in muziek tot bepaalde inzichten over het leven.'
- 'De teksten van de liedjes werken vooral, als ik die goed kan volgen werkt het goed.'
- 'Deze tekst past bij onze situatie nu.'

Ontspanning

De categorie ontspanning is een doelstelling die ik vanaf het begin van het onderzoek heb opgenomen in mijn sessies. De sensitizing concepts die ik heb geclusterd om tot deze categorie te komen zijn 'ontspanning' en 'rustig'.

Uitspraken die de patiënten hierover deden zijn bijvoorbeeld:

- 'Het was ontspannend'
- 'Mensen die ziek zijn ontspannen door muziek.'
- 'Ik vond het rustgevend.'

Opvallend is wel dat het grootste deel van de patiënten die spreken over ontspanning receptieve muziektherapie hebben gehad. De patiënten die het palliatieve of actieve aanbod hebben gehad hebben dit in veel mindere mate genoemd. Dit zou mogelijk kunnen zijn omdat andere doelstellingen (zoals het ervaren en uiten van emoties) meer op de voorgrond stonden bij de actieve muziektherapie. Bij een ondervraging word meestal besproken wat het meeste opviel en op de voorgrond stond bij de patiënten. Dit is een aanname van mij, de onderzoeker.

In het ervaren van ontspanning is er geen verschil te zien tussen de patiënten op de dagbehandelkamers of de patiënten op de klinische kamers. Dit komt overeen met de antwoorden gegeven in de vragenlijst.

Afleiding

Deze categorie was vanaf het begin van het onderzoek duidelijk aanwezig. Een groot deel van de patiënten heeft dan ook aangegeven dat de muziektherapie voor afleiding zorgde. De sensitizing concepts die ik heb geclusterd zijn 'afleiding' en 'afwisseling'.

Voorbeelden van uitspraken van patiënten zijn:

- 'Het is een fijne afwisseling.'
- 'De muziek brengt afleiding.'
- 'De tijd gaat sneller, je bent afgeleid.'
- '...even wat anders aan je kop, dat is hier veel waard.'

Er is geen duidelijk verschil op te merken tussen de verschillende soorten muziektherapie of locatie van de therapie. Zowel de patiënten op de dagbehandelkamers en de klinische kamers ervoeren door de receptieve, actieve en palliatieve muziektherapie afleiding. Dit komt overeen met de antwoorden die de patiënten in de vragenlijst hebben gegeven.

Invloed op sfeer

Er waren patiënten die spraken over de invloed die de muziektherapie had op de sfeer. De muziek zorgde volgens hun voor een positieve sfeer. Uitspraken die patiënten hier over deden zijn bijvoorbeeld:

- 'De muziek zorgt voor een positieve sfeer'
- 'Het brengt positiviteit.'

Het grootste deel van de patiënten dat hier over sprak kreeg muziektherapie op een van de dagbehandelkamers.

Slechts enkele patiënten gaven aan dat de sfeer op de klinische kamers positiever werd. Het veranderen van de gehele sfeer op een kamer of de afdeling was geen vooropgestelde doelstelling van de therapie, maar was volgens de patiënten dus wel een gevolg van de muziek. In de open vragen van de vragenlijsten werd ook enkele keren aangegeven dat de muziektherapie een positieve invloed had.

Bevorderen interactie

Het bevorderen van de interactie (tussen de patiënten) was volgens een deel van de patiënten ook een gevolg van de muziektherapie. De sensitizing concepts die ik heb geclusterd tot deze categorie zijn: 'meer interactie' en 'meer betrokkenheid.' De patiënten zeiden bijvoorbeeld:

- 'Het contact onderling groeit erdoor'
- 'Je stapt makkelijker op mensen af om een praatje te maken'
- 'Je brengt de interactie op gang. Eerst zaten we allemaal op ons zelf, nu durf ik makkelijker de anderen aan te spreken'

Opvallend is dat deze opmerkingen uitsluitend op de dagbehandelkamers zijn gemaakt. Op de klinische kamers lig je alleen en is er geen interactie mogelijk of je ligt met één ander persoon en is het waarschijnlijk al duidelijk hoe de interactie onderling is. Op de dagbehandelkamers zijn het allemaal patiënten die er enkele uren zitten en de andere patiënten niet (goed) kennen. Door samen muziektherapie te krijgen is er een bindende factor waardoor de patiënten meer betrokken worden met elkaar en elkaar daardoor ook makkelijker kunnen aanspreken.

Meerwaarde

Sommige patiënten spraken over de muziektherapie als een meerwaarde voor hun behandeling op de MOA. De patiënten zeiden bijvoorbeeld:

- 'Dat is hard nodig hier hoor.'
- 'Het heeft voor mij echt een meerwaarde. In het begin dacht ik: wat moet hij nou weer? Maar het is erg fijn geweest'

Bij de patiënten die deze uitspraken deden is er geen verschil te zien in de soort muziektherapie. Zowel patiënten die receptieve, actieve of palliatieve muziektherapie kregen spraken over een meerwaarde. Wel opvallend is dat alle patiënten die hier over spraken op een van de klinische kamers lagen. In de antwoorden van de vragenlijsten is hier geen duidelijk verschil in te zien. Uit de ondervraging is dus gebleken dat de muziektherapie op de klinische kamers als een meerwaarde wordt ervaren.

Prettige ervaring

Uit de sensitizing concepts 'fijn', 'mooi' en 'fijn om mee te zingen' heb ik de laatste categorie kunnen maken, namelijk dat de muziektherapie een prettige ervaring was. De patiënten zeiden bijvoorbeeld:

- 'De begeleiding was heel mooi'
- 'Ik vond het heel erg fijn'
- 'Heel mooie begeleiding'
- 'Ik vond het zingen leuk om te doen, vooral die hele bekende die ik al van vroeger meezong'
- 'De muziek is heerlijk'

Na elk soort van muziektherapie en op elke locatie van de therapie werden opmerkingen van deze aard gemaakt. De patiënten ervoeren de muziektherapie als een prettige ervaring. De reden waarom het prettig was verschilde wel. Dit zijn de andere categorieën die de patiënten hebben besproken. Toch had bijna elke patiënt de behoefte om daarnaast nog te benoemen dat het mooi, fijn en prettig was. Het prettig en fijn zijn van de sessies is geen specifieke doelstelling geweest. Het helpt echter wel in het opbouwen van de therapeutische relatie tussen patiënt en therapeut die door het weinig aantal sessies snel opgebouwd moet worden.

3.2.2 Ondervraging verpleging

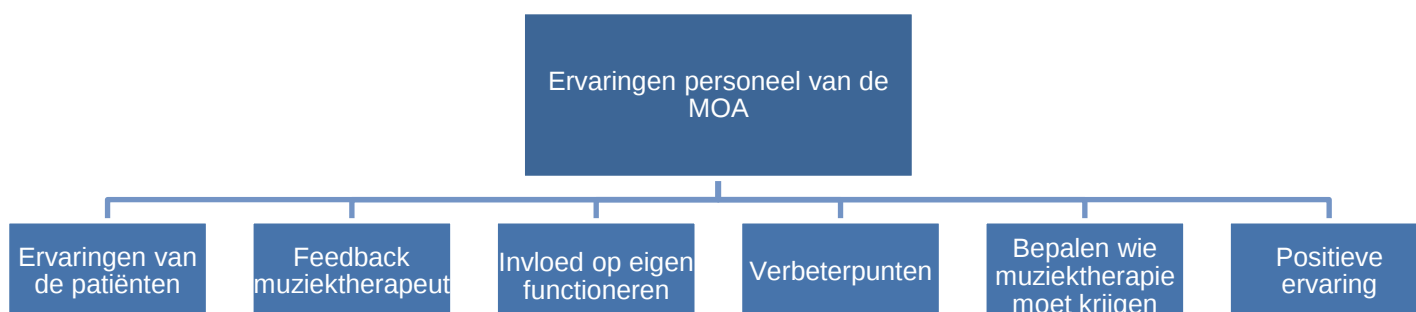
De verpleging is op twee manieren ondervraagd gedurende mijn onderzoek. Als eerste heb ik telkens face-to-face gevraagd wat hun opgevallen was en wat hun mening over de muziektherapie was. Zij konden ook, als ik op het moment niet aanwezig was, iets erover opschrijven in een schrift dat op de afdeling lag. Als tweede heb ik tijdens een teamvergadering een feedbackmoment gepland. Tijdens dit feedbackmoment heb ik middels een groepsgewijze ondervraging (Migchelbrink, 2007) gevraagd wat ze van de muziektherapie op de MOA vonden. Bij dit feedbackmoment waren buiten de verpleging ook dhr. Verbong en dr. Jie aanwezig.

Om de resultaten van de ondervraging van het personeel overzichtelijk te houden heb ik alle data samengevoegd. De opmerkingen kunnen dus zowel gedurende het onderzoek als erna, tijdens het feedbackmoment, zijn gemaakt.

De data van de ondervraging van de verpleging ben ik ook gaan analyseren volgens de Grounded Theory (Charmaz, 2006). Na het open coderen ben ik tot de volgende sensitizing concepts gekomen:

- Positief
- Gezellig
- Heeft een meerwaarde
- Patiënten vonden muziek geweldig/heerlijk
- Patiënten verheugden zich op de muziektherapie
- Patiënten praten meer over emoties
- Interactie patiënten werd meer
- In overleg met verpleging patiënten filteren voor therapie
- Prettige, rustige houding
- Goed inspelen op behoeftes patiënten
- Je mag blijven
- Je brengt emotie
- Je was minder opvallend aanwezig dan de vorige muziektherapeuten
- Mensen zaten op je te wachten
- Ik werd er rustig van
- Ik kon gewoon mijn ding doen
- Ik kwam in een flow
- Je kon meer op het klinische deel komen
- Gewoon binnenlopen bij patiënten voor de therapie
- Patiënten paste hun afspraken aan op de muziektherapie
- Uiten van gevoel kwam echt tot zijn recht op de klinische afdeling

Vervolgens ben ik deze axiaal gaan coderen en ben ik tot de volgende categorieën gekomen:



Ervaringen van de patiënten

In de antwoorden op de ondervraging spraken veel mensen van de verpleging over wat ze bij de patiënten hebben gezien of gehoord. Ik heb deze opmerkingen samengevoegd in deze categorie. De sensitizing concepts van deze categorie zijn: 'patiënten pasten hun afspraken aan op de muziektherapie', 'uiten van gevoel kwam echt tot zijn recht op de klinische afdeling', 'interactie patiënten werd meer', 'patiënten vonden muziek geweldig/heerlijk', 'patiënten verheugden zich op de muziektherapie', 'mensen zaten op je te wachten' en 'patiënten praten meer over emoties'.

Opmerkingen die ze maakten waren bijvoorbeeld:

- 'Mensen hebben door de muziek een makkelijkere ingang om te gaan praten'
- 'Het zien dat een andere patiënt huult maakt ook weer emoties los bij andere patiënten'
- 'De patiënten vonden het geweldig, ze pasten hun afspraak aan om muziektherapie te kunnen krijgen'

Deze reacties geven aan dat de patiënten volgens de verpleging de muziektherapie positief hebben ervaren. Opvallend is dat patiënten na de sessies vaak nog gereageerd hebben op de muziektherapie. Zo gaven veel patiënten bijvoorbeeld op de dagbehandeling pas na de sessie (als de therapeut weg was) aan emoties te hebben ervaren. In mijn eigen ondervraging werd dit op de dagbehandeling niet vaak genoemd. Ook in de vragenlijst neigen de patiënten op de dagbehandelkamer naar een 'ja' op de vraag of ze emoties hebben ervaren.

De verpleging focuste zich met name op het emotionele stuk van de muziektherapie. Onderwerpen als afleiding en ontspanning zijn bijna niet genoemd. De verpleging ziet in de muziektherapie echt als een meerwaarde als het om deze emotie ervaring/uiting gaat. In de vragenlijsten geven patiënten dit met name aan bij de actieve therapie en op de klinische kamers.

Daarnaast wordt ook aangegeven dat de interactie op de dagbehandelkamers meer op gang kwam door de muziektherapie. Dit komt overeen met de reacties die de patiënten zelf hebben gegeven.

Feedback muziektherapeut

In hun reacties tijdens de groepsgewijze ondervraging gaf de verpleging ook feedback aan de muziektherapeut. De sensitizing concepts die ik hiervoor heb geclusterd zijn: 'prettige en rustige houding', 'je mag blijven', 'goed inspelen op behoeftes patiënt', 'je brengt emotie' en 'je was minder opvallend aanwezig dan de vorige muziektherapeuten'.

In de feedback werd duidelijk dat de houding van mij werd gewaardeerd door de verpleging. Ik had een prettige houding en straalde rust uit. Ook wist ik me goed aan te passen aan de setting en goed in te spelen op de behoeftes van de patiënten. Dit zijn dingen die typerend zijn voor een muziektherapeut en die aangeven dat het niet zomaar 'het spelen van liedjes' is wat tijdens de muziektherapie sessies gebeurt.

Het feit dat mensen op me zaten te wachten en langer op de MOA bleven om mij nog te zien was volgens de verpleging een groot compliment. Je blijft normaal gesproken natuurlijk als patiënt geen minuut langer dan noodzakelijk op een oncologieafdeling. Dit gaf volgens de verpleging aan wat ik bracht, namelijk een plaats om hun emoties kwijt te kunnen. Iets wat vaak niet goed lukt bij de patiënten. Ook werd aangegeven dat mijn voorkomen anders was dan die van de twee vorige muziektherapeuten (dhr. van Rossum en mevr. Pauwels). Ik was rustiger en minder opvallend aanwezig.

Invloed op eigen functioneren

De verpleging sprak ook over de invloed van muziektherapie op hun eigen functioneren op de MOA. Ze vonden het gezellig en het bracht een fijne, rustige sfeer. Ze zeiden dat ze er zelf in een flow door kwamen en goed hun eigen ding konden doen. Ook werd aangegeven dat zij als verpleging door de muziektherapie vaak een ingang kregen bij de patiënten op het gebied van emoties. Hier konden zij gebruik van maken om met de patiënten over hun emoties te praten.

De verpleging gaf dus aan dat muziektherapie ook voor hun zelf een toegevoegde waarde heeft. Het stoort niet in hun eigen werk, het helpt hun zelfs om openingen te creëren bij patiënten om tot een gesprek te komen.

Verbeterpunten

Er werd ook een verbeterpunt aangegeven door de verpleging. Ze waren namelijk van mening dat er meer muziektherapie op de klinische kamers gegeven mocht worden. Ze wisten niet goed hoe vaak ik er was geweest, maar voor hun gevoel mocht dit door de positieve werking ervan meer zijn. Ik denk dat dit gegeven komt door de mindere aanwezigheid van de verpleging op deze sessies op de klinische kamers. Op de dagbehandelkamers waren er altijd twee verpleegsters werkzaam. Bij de sessies op de klinische kamers was er vaak niemand van de verpleging aanwezig of ze waren kort aanwezig om bijvoorbeeld een infuus te verwisselen.

Bepalen wie muziektherapie moet krijgen

Er waren ook twee sensitizing concepts die ik heb samengevoegd tot deze categorie. Dat waren: 'gewoon binnenlopen bij patiënten voor de therapie' en 'in overleg met verpleging patiënten filteren voor therapie'. Sommigen van de verpleging noemden dat de muziektherapeut gewoon alle kamers moest aflopen en zelf moest vertellen wat hij kon doen, als de verpleging het aan de patiënten vraagt zal het antwoord vaker 'nee' zijn. Anderen zeiden dat het wel duidelijk in overleg moest gebeuren met de verpleging omdat zij een goed beeld hebben van de patiënten.

Ook werd aangegeven dat de verpleging wel een inschatting kan maken, maar dat deze inschatting ook niet altijd zal kloppen omdat ze niet alle details weten over wat muziektherapie kan doen. Volgens hun moet er dus goed overlegd worden door de muziektherapeut met de verpleging. Elke patiënt die mogelijk interesse heeft moet door de muziektherapeut worden bezocht en verteld worden wat muziektherapie inhoudt en wat deze voor de patiënt kan betekenen.

Positieve ervaring

Bij de reacties van de verpleging zaten ook algemene opmerkingen die positief waren over het aanwezig zijn van de muziektherapie op de MOA. Dit waren opmerkingen als 'top' en 'heel positief'. Deze heb ik niet ingedeeld bij de andere categorieën, maar zijn wel opmerkingen die een beeld geven van de beleving van de verpleging van de muziektherapie. Deze waren unaniem positief.

3.3 Observaties

Tijdens het onderzoek heb ik ook continue geobserveerd. Dit waren onverhulde participerende observaties (Migchelbrink, 2007). Dit wil zeggen dat ik me tijdens de sessies me ook bekend maakte als onderzoeker aan de patiënten. Ik gaf dus als muziektherapeut de sessies aan de patiënten, maar deed tegelijkertijd ook observaties die ik als onderzoeker weer kon gebruiken voor mijn onderzoek.

Om het zo duidelijk mogelijk te maken ga ik in deze paragrafen beschrijven wat ik heb geobserveerd. Opvallende observaties zullen in het hoofdstuk discussie verder besproken worden.

Ik heb mijn observaties onderverdeeld in de drie hoofdonderdelen zoals ze ook naar voren komen in mijn deelvragen van het onderzoek. Namelijk de therapie inhoud, de randvoorwaarden en het creëren van draagvlak.

3.3.1 Observaties therapie inhoud

Laagdrempeligheid

Een gegeven dat vanaf het begin is opgevallen is dat de patiënten niet bekend zijn met muziektherapie. Ze hebben er nog nooit van gehoord en weten dus ook niet wat ze kunnen verwachten. De inzet van de muziektherapeut moet daarom niet te hoog zijn, hij moet laagdrempelig inzetten zodat de patiënten het als prettig ervaren. Dit houdt in dat alle eerste sessies met patiënten begonnen met receptieve muziektherapie. De patiënten konden hierdoor ervaren hoe het is als er live muziek wordt gespeeld voor hun persoonlijk. Als de patiënten meer gewend zijn aan de muziektherapeut en de muziek kan worden overgeschakeld naar bijvoorbeeld actieve muziektherapie. Een te hoogdrempelig aanbod zou er voor zorgen dat de patiënten worden af geschrokken of dat ze de therapie als vervelend gaan ervaren. Als dit het geval is zullen de doelstellingen van de therapie niet gehaald worden. In de vragenlijsten en ondervragingen kwam ook naar voren dat de muziektherapie als prettig en positief werd ervaren. In mijn observaties heb ik dus gemerkt dat dit nodig is om tot de doelstellingen van de muziektherapie te komen.

Verschil tussen dagbehandelkamers en klinische kamers

Er was een duidelijk verschil te zien tussen de therapiesessies op de dagbehandelkamers en de sessies op de klinische kamers. Het duidelijk zichtbare en praktische verschil is het aantal mensen. Op een dagbehandelkamer staan 6 behandelstoelen waar dus ook 6 patiënten tegelijkertijd kunnen zitten. In de meeste gevallen hebben de patiënten ook één of meerdere bezoekers meegenomen. In de dagbehandelkamers zijn telkens twee verpleegsters werkzaam. Op de dagbehandelkamers is het dus aanzienlijk drukker dan op de klinische kamers. Hier zit de patiënt alleen of met één andere patiënt. Hier is vaak bezoek aanwezig, maar niet continue voor beide patiënten. Tevens is hier niet continue iemand van de verpleging aanwezig. Een ander groot verschil is dat de patiënten van de dagbehandelkamers kort op de afdeling aanwezig zijn. Ze krijgen hun chemokuur en na een paar uur gaan ze weer naar huis. Een patiënt op de klinische kamers is meerdere dagen aanwezig.

In de therapiesessies heb ik door deze verschillen een groot verschil gemerkt in het gedrag van de patiënten. In de dagbehandelkamers hing vaak een positieve en energieke sfeer (beter dan je zou verwachten gezien de reden dat de patiënten op de dagbehandelkamer moeten zijn). De patiënten vonden het fijn als de muziek op een positieve manier afleiding kon bieden en de sfeer kon beïnvloeden. Door de muziek hadden ze iets anders aan hun hoofd en ging de tijd sneller om. Ook was te merken dat de interactie tussen de patiënten groeide. Mensen spraken elkaar erna makkelijker aan. Gesprekken die door de muziektherapie op gang kwamen gingen ook vaak over hele andere onderwerpen dan hun ziekte. In de vragenlijsten en ondervragingen kwam ook naar voren dat de patiënten dit hetzelfde ervaren. De afleiding en het bevorderen van het contact werd als fijn ervaren. De verpleging geeft echter aan dat ook in de dagbehandelkamers duidelijk emoties werden ervaren, de patiënten gaven dit echter vaak pas na de sessie aan.

Op de klinische kamers was de sfeer een stuk rustiger en stiller. De patiënten vonden het ook hier fijn als er voor een positieve afleiding en ontspanning werd gezorgd. Een groot verschil met de dagbehandelkamers is dat mensen hier vaker in contact kwamen met hun emoties omtrent hun ziekte en deze konden uiten. Dit kwam zowel door het feit dat ze langer op de afdeling aanwezig waren als het feit dat ze met minder mensen op de kamer zaten. Op de dagbehandelkamer was het mogelijk dat ze zichzelf oppepten voor die paar uur en zich groot hielden voor alle mensen daar aanwezig. Op de klinische kamers was dit niet mogelijk en, zoals ik vaker heb kunnen observeren, ook niet wenselijk. De patiënten wisten vaak niet goed waar ze met hun emoties heen moesten. Hoe ze hun emoties konden uiten en of ze deze mochten uiten. De muziektherapie kan ruimte bieden aan deze twee punten. Muziek kan immers emoties oproepen en in de veilige relatie met de therapeut kunnen de emoties ook geuit worden. Deze emotionele sessies waren in mijn observaties ook de meest intense en mooiste momenten tijdens de therapie. Bij deze sessies zag ik ook duidelijk opluchting dat er eindelijk vrij over emoties gesproken kon worden. In de vragenlijsten geven de patiënten ook duidelijk aan dat in de klinische kamers duidelijk emoties worden ervaren en geuit. De verpleging geeft ook aan dat de muziektherapie emotie brengt, het gaf de patiënten een plaats om hun emoties kwijt te kunnen. Iets wat ze zelf niet goed lukte.

Verschil tussen receptieve muziektherapie en actieve muziektherapie

Tijdens de muziektherapiesessies was er een duidelijk verschil te zien tussen de receptieve en de actieve sessies. Allereerst het vanzelfsprekende verschil dat de patiënten bij de receptieve therapie alleen luisterden en toekeken en dat bij de actieve therapie de patiënten ook zelf actief participeerden aan de muziektherapie.

Door dit gegeven viel mij op dat voor de patiënten die receptieve therapie hadden de muziek heel ontspannend werkte en zorgde voor afleiding. Ze genoten zichtbaar van de muziek en lieten het gebeuren. Bij de patiënten die actief meededen zorgde het vaker voor het opkomen van emoties. Dit kwam omdat ze door het actief meedoen geen afstand konden nemen van de muziek. Daarnaast hadden ze ook de tekst van het gezongen lied voor hun liggen. De vaak emotionele teksten kwamen daardoor beter binnen. Dit was een duidelijk zichtbaar verschil tussen de receptieve en actieve muziektherapie. De resultaten van de vragenlijsten bevestigen dit. Bij de actieve muziektherapie scoort het ervaren en uiten van emoties een stuk hoger dan bij de receptieve muziektherapie.

De muziektherapeut

Een niet te onderschatten aspect van de muziektherapie is de rol van de therapeut. De muziek en ook de gekozen methodiek heeft zijn uitwerking op de beleving van de patiënt. De houding en vaardigheden van de muziektherapeut zijn echter ook essentieel voor het slagen van de therapie.

De muziektherapeut beweegt zich op een afdeling die niet is afgestemd op de aanwezigheid van het spelen van live muziek. De therapeut moet hierdoor tijdens het spelen zorgen dat alle aanwezigen op de hoogte zijn van wat er gaat gebeuren en dat het volume van de muziek goed is afgestemd op de situatie. Het moet een prettig volumeniveau zijn voor de aanwezige patiënten en niet storend werken voor de andere patiënten op de afdeling die geen therapie krijgen op dat moment. Zo moet er bijvoorbeeld heel anders gespeeld worden voor een patiënt die ziek op bed ligt en met zijn ogen dicht naar de muziek luistert dan voor een groep patiënten die actief willen meezingen. In mijn observatie is hier ook geen vaste formule voor te schrijven. De muziektherapeut moet observeren en aanvoelen wat op elk moment gepast en gewenst is. In de ondervraging van de verpleging werd over deze houding een compliment gegeven. Naar hun mening wist ik me goed aan te passen aan de setting en speelde ik goed in op de behoeftes van de patiënten.

Tijdens de sessies is het tevens cruciaal dat de muziektherapeut echt en invoelend is ten opzichte van de patiënten, met name bij de palliatieve sessies. In zijn houding moet de muziektherapeut ook het laagdrempelige aspect van de therapie ondersteunen. Hij moet niet opdringerig zijn, maar wel zelf kunnen afwegen wie de muziektherapie goed zou kunnen gebruiken. Tijdens het onderzoek heb ik als therapeut ook vaker aan twijfelende patiënten voorgesteld om slechts één nummer te spelen en dat de patiënt daarna mocht aangeven of het prettig was of niet. In alle gevallen reageerden de patiënten positief en wilden ze dat ik bleef en meerdere nummers speelde.

Tijdens het onderzoek heb ik ook gezien dat de samenwerking met de verpleging belangrijk was. De verpleging had een positieve open houding en hielp mij om patiënten te selecteren die de therapie zouden kunnen gebruiken en ze maakten de patiënten vaak ook al van te voren enthousiast over de muziektherapie. In de ondervraging van de verpleging werd ook aangegeven dat deze samenwerking belangrijk was en als prettig werd ervaren.

Wat ik tevens heb kunnen observeren is dat de muziektherapeut veel verschillende muzikale genres onder de knie moet hebben. De werking van de muziektherapie is afhankelijk van hoe het bij de patiënt binnen komt. Als de patiënt een sterke muzikale voorkeur heeft dan is het spelen van deze muziek essentieel bij het slagen van de therapie bij deze patiënt. De diversiteit van de patiënten was zo groot dat de muzikale voorkeur enorm verschilde. Patiënten hadden voorkeuren voor Engelstalige, Nederlandstalige, Duitstalige of zelf Spaanstalige muziek. Verschillend van pop tot schlagermuziek en van rock tot klassieke muziek.

De houding van de muziektherapeut, en de vaardigheden die daarvoor nodig zijn, waren dus belangrijk tijdens de therapiesessies. Deze houding en vaardigheden zijn kenmerkend voor een muziektherapeut omdat zij de combinatie tussen muziek en therapie kennen. De muziektherapeutische sessies moeten daarom ook door een muziektherapeut uitgevoerd worden.

Het is tevens van belang dat de muziektherapeut voldoende tijd op de MOA aanwezig is. De twee middagen die ik tijdens het onderzoek therapie gaf waren een prettige hoeveelheid tijd. Door elke week twee maal aanwezig te zijn vergroot je de kans om patiënten nog een keer terug te zien. In deze tweede sessies kon meteen begonnen worden zonder eerst kennis te maken. De band tussen therapeut en patiënt was sterker en er kon sneller aan doelstellingen gewerkt worden.

Eigen bijdrage

In de resultaten van de vragenlijst komt naar voren dat de patiënten die actieve muziektherapie hebben ontvangen ook een eigen financiële bijdrage willen leveren voor de muziektherapie. Ik heb ook zelf geobserveerd dat er patiënten willen betalen voor de muziektherapie. Zo hebben in meerdere gevallen patiënten me geld aangeboden voor de therapie. Een belangrijk gegeven hierin is dat de patiënten bereid zijn tot een eigen bijdrage nadat de therapie is geweest.

Ze hebben de persoonlijke waarde van de therapie meegemaakt en daaruit de beslissing gemaakt dat ze ervoor willen betalen. Als op voorhand zou worden gevraagd om een eigen bijdrage zou de hele sfeer van de muziektherapie veranderen en het laagdrempelige gevoel verdwijnen. Daarbij kennen de meeste patiënten de werking van muziektherapie niet en zullen ze op voorhand niet toestemmen om zelf te betalen.

3.3.2 Observaties randvoorwaarden

Ruimte

Ik heb tijdens het onderzoek ook dingen opgemerkt die van toepassing zijn op de randvoorwaarden die nodig zijn om muziektherapie te kunnen laten plaatsvinden. Zo is er de ruimte waar de muziektherapie plaats moet vinden. Tijdens het onderzoek ben ik begonnen om therapie te geven in de ruimtes waar de patiënten zich al bevonden, namelijk de dagbehandelkamers en de klinische kamers. Ik merkte dat dit prettig werkte voor de patiënten. Waar ik meerdere weken nog de mogelijkheid in mijn hoofd had om naar een aparte kamer uit te wijken heb ik hier geen gebruik van gemaakt. Grotendeels door mijn eigen observaties. De patiënten van de klinische kamers waren vaak bedlegerig, moe en hadden een infuus of katheter waardoor de mobiliteit van de patiënt erg laag was. Vaak waren de patiënten in afwachting van bezoek, verpleging of dokters waardoor het verlaten van de kamer niet wenselijk zou zijn. Daarnaast was de situatie op de kamer meestal rustig genoeg om de therapie daar te laten plaatsvinden. Uit de opmerkingen van de verpleging kwam ook naar voren dat het op de afdeling aanwezig zijn van muziek heel positief en rustgevend werkte. Als de muziektherapeut zich zou terugtrekken in zijn eigen ruimte zou dit verloren gaan. Tevens wekte de hoorbare muziek ook interesse bij andere patiënten.

Er zijn echter ook enkele gevallen waar één patiënt aangaf wel therapie te willen, maar zijn/haar kamergenoot niet. Dat is een voorbeeld van een situatie waar het een mogelijkheid was om naar een aparte kamer te gaan, maar deze mogelijkheid hebben we niet benut.

Op de dagbehandelkamers was de werking en doelstelling van de therapie vaak gekoppeld aan het plaatsvinden van de therapie in de dagbehandelkamer. Als er positieve sfeer ontstond waarbij het onderlinge contact groeide dan was dat niet mogelijk geweest als ze in een één-op-één setting met de muziektherapeut hadden gezeten.

Tijdens het onderzoek heb ik dus gebruik gemaakt van de dagbehandelkamers en de klinische kamers als therapieruimtes.

Instrumenten

Ik heb tijdens het onderzoek enkele instrumenten gebruikt. Dit waren een akoestische gitaar en mijn eigen stem. Ik heb zelf mijn eigen gitaar meegenomen waar ik het hele onderzoek op heb gespeeld. Deze kon ik ook achterlaten in een opslagruimte op de MOA. Het onderhoud en de verzorging van de gitaar (zoals bijvoorbeeld de vervanging van snaren) deed ik vanzelfsprekend zelf en waren ook voor mijn rekening. Het is belangrijk dat dit instrument een rustgevende, warme klank heeft. Een schel instrument kan storend werken. De verpleging gaf in de ondervraging ook aan dat het instrument een fijne klank had die rustgevend werkte. De muziektherapeut moet daarnaast ook de muziek-technische vaardigheden hebben om de gitaar passend in te zetten.

Als tweede instrument heb ik mijn eigen stem gebruikt. Ik zong alle nummers alleen of, in de actieve sessies, samen met de patiënten. Tijdens een middag op de MOA kon ik in totaal meerdere uren therapie geven en dus ook muziek maken. Het is van belang dat de muziektherapeut zijn stem goed in kan zetten zodat het een mooi esthetisch geheel wordt. Zo gaven patiënten en verpleging in de ondervragingen aan dat ik een warme, mooie stem had die goed paste bij het gitaarspel. Ook het volume was goed op de situatie aangepast. De muziektherapeut moet er tevens op letten dat hij zijn stem spaart en ook op het einde van de dag niet schor is en nog kan zingen. Het juist inzetten van stemtechnieken is hiervoor vereist.

De muziektherapeut moet ervoor zorgen dat zijn instrumenten (zijn gitaar en eventuele andere instrumenten) verzekerd zijn als hij ermee speelt op de MOA. Door het schoonmaken, vervoeren en gebruiken kan het instrument slijten en/of beschadigen.

3.3.3 Observaties creëren draagvlak

Wat ik tijdens mijn periode op de MOA heb kunnen observeren is dat patiënten vaak geen verwachting hadden wat betreft de muziektherapie. Ze wisten immers niet wat het was en wat het hun zou kunnen opleveren. Als er door de patiënten betaald zou worden voor de muziektherapie dan zouden de verwachtingen ook omhoog gaan. Dan zal de muziektherapeut buiten de doelstellingen ook duidelijke richtlijnen moeten opstellen over de setting en duur van de therapie. In dit onderzoek werd dit nog bepaald door de inschatting van de muziektherapeut. In de vragenlijsten kwam ook naar voren dat de patiënten die actieve muziektherapie kregen bereid zijn om ervoor te betalen, ze wilden dan wel waar voor hun geld.

Een belangrijk aspect is dat iedereen die aangaf eventueel een financiële bijdrage te willen leveren voor de muziektherapie de sessie al achter de rug had. Als er op voorhand zou worden gevraagd of de patiënten dit zouden willen doen dan zou het antwoord veel vaker negatief zijn. De patiënten zijn immers niet goed bekend met wat muziektherapie inhoudt en wat het kan opleveren.

3.4 Externe data

Buiten de drie beschreven dataverzamelingstechnieken heb ik ook data verzameld buiten de MOA. Deze data is ook van belang om de deelvragen van het onderzoek goed te kunnen beantwoorden. Zo heb ik een Duitse muziektherapeut geïnterviewd die al werkzaam is binnen de oncologie. Ik heb contact gehad met werknemers van het Atrium MC over de financiering van muziektherapie. Daarnaast heb ik ook buiten het Atrium MC contact gelegd met verschillende organisaties over de financiering van muziektherapie.

3.4.1 Interview muziektherapeut

Op 11 maart 2015 heb ik dhr. Weiss, een Duitse muziektherapeut die werkt met oncologiepatiënten, geïnterviewd. Dit interview was een 'voor gestructureerde ondervraging op afstand' (Migchelbrink, 2007). Het interview had als doel om informatie te krijgen waardoor ik een beter beeld kreeg over hoe een muziektherapeut werkt in de oncologie. Dit gebruikte ik zowel tijdens het opstellen van mijn verbeterplannen als bij het beantwoorden van mijn deelvragen. Dingen die me zijn opgevallen zijn bijvoorbeeld:

- Hij gaf aan dat hij patiënten met alle soorten kanker behandelt van alle volwassen leeftijden (vanaf circa 20 jaar en ouder).
- Patiënten worden doorverwezen door hun behandelend arts of huisarts naar de muziektherapie.
- Hij werkt in een muziektherapieruimte waar de patiënten (afhankelijk van hun mobiliteit) naar toe kunnen komen. Anders werkt hij op de kamers van de patiënten.
- Groepsessies duren ongeveer een uur en individuele sessies duren gemiddeld een half uur. Een patiënt krijgt gemiddeld 3 tot 5 sessies muziektherapie.
- De doelstellingen komen overeen (zoals emotionele steun), maar zijn aanbod is een stuk uitgebreider. Zo werkt hij bijvoorbeeld ook aan fysiologische doelen zoals ademregulatie en aan- en ontspanning van spieren.
- Hij werkt zowel receptief als actief. In de actieve therapie werken de patiënten zowel met hun stem als met instrumenten.
- De financiering van de muziektherapie wordt in de klinische setting gedaan door de zorgverzekeraar. In de ambulante setting wordt het gedeeltelijk vergoed, maar wordt het ook vaak vergoed door therapiefondsen of door de patiënten zelf.
- De houding van de muziektherapeut is minstens zo belangrijk als de methodiek en technieken voor het slagen van de therapie. Dit bevestigt mijn eigen observatie over dit punt.

Voor het hele interview zie bijlage 2: Interview met dhr. Weiss.

3.4.1 Contact over financiering

Contact binnen het Atrium MC

In een overleg met dhr. Verbong gaf hij aan dat muziektherapie mogelijkerwijs gefinancierd zou kunnen worden door de ABC Sponsorclub. Dit is een verzameling bedrijven die willen bijdragen aan de goede behandeling van de patiënten in het Atrium MC. Een contactpersoon binnen het Atrium MC gaf echter aan dat deze sponsorclub geen betekenis kon hebben bij een structurele financiering. Deze sponsorclub biedt geen financiële hulp bij het behandelaanbod, maar bij praktische zaken er om heen. Voor de muziektherapie zou dat betekenen dat als er muziektherapie komt, deze sponsorclub eventueel een instrument zou kunnen sponsoren. Het financieren van een structureel behandelaanbod behoort niet tot de mogelijkheden.

Zorgverzekeraar CZ

In de zoektocht naar het creëren van draagvlak voor muziektherapie op de MOA is er ook contact gezocht met zorgverzekeraar CZ. Deze afdeling verwerkt aanvragen voor vernieuwende ideeën in de zorg (Innovatiefonds zorgverzekeraar, z.d.). Bij deze afdeling zorginnovatie heb ik, middels een aanvraagformulier, een aanvraag gedaan voor muziektherapie bij oncologiepatiënten. Hierop had ik echter een afwijzend antwoord. Ze gaven aan dat de effectiviteit van muziektherapie nog onvoldoende bewezen is en nog niet onder de vergoede zorg valt. Hun innovatiemiddelen waren daarom ook niet bedoeld voor een dergelijk idee.

Fondsen

Naast het interne contact en het contact met zorgverzekeraar CZ heb ik ook aanvragen gedaan bij verschillende fondsen. Dit heb ik gedaan bij grote landelijke fondsen zoals KWF Kankerbestrijding (KWF kankerbestrijding, z.d.) en het Wereld Kanker Onderzoek Fonds (Wereld Kanker Onderzoek Fonds, z.d.). Daarnaast heb ik ook contact gezocht met een lokaal fonds, namelijk Stichting FSI (Stichting FSI, z.d.). Zij sponsoren verschillende maatschappelijke projecten in de Parkstad regio, zo zijn zij bijvoorbeeld een belangrijke donateur van het Toon Hermans Huis in Heerlen.

Deze fondsen hebben echter allen afwijzend gereageerd op mijn aanvragen. Het KWF en het Wereld Kanker Onderzoek Fonds gaven beide aan alleen onderzoeken te willen financieren die zich direct richten op het genezen van kanker. De kwaliteit van leven verbeteren voor patiënten tijdens de behandeling was hier geen onderdeel van. Stichting FSI gaf aan dat door de veelvoud van aanvragen en de omvang van hun budget ze ervoor gekozen hebben om mijn aanvraag niet te honoreren.

In het contact leggen over financiering van muziektherapie is er dus nog geen oplossing gevonden voor het structureel aanbieden van muziektherapie op de MOA.

4. Discussie

In deze discussie wordt als eerste de sterkten en zwakten van het onderzoek besproken. Vervolgens worden de resultaten van hoofdstuk 3 verklaart en geïnterpreteerd. Daarna worden enkele aanbevelingen gedaan voor de praktijk, voor de beroepsontwikkeling en voor vervolgonderzoek. In de vierde paragraaf wordt beschreven hoe het onderzoek bij heeft gedragen aan de ontwikkeling van mijn competenties. Als laatste zal ik in deze discussie de onderzoeksvragen beantwoorden.

4.1 Sterkten en zwakten van het onderzoek

4.1.1 Sterkten

In het onderzoek zijn er verschillende redenen die ervoor hebben gezorgd dat de kwaliteit van het onderzoek werd bevorderd. Deze zijn veroorzaakt door het gedrag en de houding van mij (de onderzoeker en muziektherapeut) of van een van de andere betrokkenen. Ook de situatie op de MOA, de inhoud van de therapie of de inhoud van het onderzoek zijn redenen waardoor de kwaliteit van het onderzoek bevorderd is, dit zijn de sterkten van het onderzoek.

Samenwerking

De eerste sterkte van mijn onderzoek is de samenwerking met alle betrokkenen, zowel met de direct betrokkenen als met de indirect betrokkenen (zie tabel 2 in paragraaf 2.3). Deze samenwerking was cruciaal om de muziektherapie en het onderzoek succesvol te laten zijn.

Tijdens het hele onderzoek heb ik als onderzoeker duidelijk gecommuniceerd met dhr. Verbong en het personeel over mijn bedoelingen en verwachtingen van het onderzoek en de muziektherapie. Het personeel van de MOA reageerde hier heel open en meewerkend op. Dhr. Verbong maakte tijd vrij als ik wilde overleggen en heeft tweemaal tijd in de teamvergadering voor mij ingeroosterd zodat ik ook de mogelijkheid kreeg om met de verpleging te communiceren en alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Ook de verpleging had een open en positieve houding tegenover mij en het onderzoek. Ze zorgden ervoor dat ik me welkom voelde, hielpen met het selecteren van patiënten, met het faciliteren van de therapiesessie en waren altijd bereid om serieus feedback te geven. Op geen enkel moment had ik het gevoel dat ik in de weg liep of er niet thuis hoorde. Aan mijn kant deed ik ook zo veel mogelijk om de dagelijkse gang van zaken niet te verstoren, maar om een waardevolle toevoeging te zijn. Mevr. Coenegracht heeft daarnaast tijd voor mij vrijgemaakt voor een reflectiemoment tijdens de actiefase. Zij gaf feedback en beantwoorde mijn vragen zodat ik weer een volgende stap kon maken in het onderzoek. De goede samenwerking met de MOA zorgde ervoor dat alle praktische zaken goed konden lopen en dat er ruimte was voor inhoudelijke verdieping in het onderzoek. Deze inhoudelijke verdieping kon ik echter niet alleen bewerkstelligen. Hierin hebben de indirect betrokkenen een grote rol gespeeld. Scriptiebegeleider mevr. Tissen, begeleider mevr. Pauwels, KenVak, Dr. Jie en Dhr. Weiss hebben in hun eigen rol mij op bepalende momenten feedback, input, motivatie of inspiratie gegeven om het onderzoek zo goed mogelijk uit te voeren. Hierdoor had ik een duidelijk beeld over de voortgang van mijn onderzoek en kon ik inhoudelijk stappen zetten met de muziektherapie op de MOA. Door deze goede samenwerking met alle betrokkenen vond er veel reflectie plaats en was het onderzoek tijdens elke fase heel transparant. Dit heeft de kwaliteit van het onderzoek bevorderd.

Dataverzameling

Ik ben in totaal 8 weken op de MOA als muziektherapeut werkzaam geweest. Ik was elke week op de dinsdag- en donderdagmiddag aanwezig. Dit gaf mij de tijd om eerst aan de situatie te wennen en om de situatie goed te diagnosticeren zonder meteen de tijdsdruk te voelen. In deze periode heb ik veel sessies kunnen doen en veel patiënten kunnen zien.

Door het zien van veel patiënten kon ik veel data verzamelen. Ik heb 58 patiënten kunnen ondervragen over hun ervaringen met de muziektherapie. Ik heb ook een vragenlijst kunnen opstellen en deze bij 19 patiënten kunnen afnemen.

Door de lange tijd op de MOA heb ik ook de ruimte gehad om nieuwe verbeterplannen te ontwikkelen, uit te voeren en te reflecteren. Zo heb ik buiten het receptieve aanbod, ook een actief en palliatief aanbod kunnen ontwikkelen. Ik had de tijd om de situatie te diagnosticeren. Vervolgens ben ik verbeterplannen gaan ontwikkelen en deze heb ik besproken met de betrokkenen van het onderzoek om zoveel mogelijk reflectie te krijgen. Daarna ben ik deze verbeterplannen gaan uitvoeren en evalueren. Als ik korter op de afdeling was geweest had ik minder kunnen ontwikkelen of was de kwaliteit hiervan minder geweest door tijdsgebrek.

De keuze om 8 weken op de MOA actief te zijn is dus een goede keuze gebleken en heeft de kwaliteit van het onderzoek bevorderd.

Betrouwbaarheid van de resultaten

Zoals ik net benoemde heb ik veel patiënten kunnen zien en ondervragen gedurende mijn tijd op de MOA. Hierdoor heb ik veel data kunnen verzamelen. De hoeveelheid van deze data bevordert de betrouwbaarheid van de resultaten. Met minder patiënten hadden de resultaten namelijk een minder representatief beeld gegeven van de situatie op de MOA.

Naast de hoeveelheid van de data is volgens mijn mening de diversiteit van de dataverzameling een sterkte van het onderzoek. Ik heb middels een vragenlijst op een kwantitatieve manier data kunnen verzamelen. Ik kon mijn doelstellingen toetsen en daar duidelijke antwoorden op krijgen van de patiënten. Daarnaast heb ik ook de patiënten en de verpleging ondervraagd. Deze kwalitatieve manier van dataverzameling heeft zowel de resultaten van de vragenlijst bevestigd als ook nieuwe aandachtspunten aan het licht gebracht. Daarnaast heb ik als muziektherapeut observaties gedaan die de resultaten konden aanvullen. Ten slotte heb ik gebruik gemaakt van bestaande literatuur die hielp met het verklaren van deze resultaten.

De hoeveelheid van de data zorgde voor een grote betrouwbaarheid van de resultaten. Het elkaar aanvullende karakter van de data zorgde er tevens voor dat ik heb gemeten wat ik behoorde te meten. Dit bevorderde de validiteit van de resultaten. Dit zie ik als sterkten van het onderzoek.

Inzet van receptieve, actieve en palliatieve muziektherapie

Een andere sterkte van mijn onderzoek is dat ik een volgende stap heb gezet in de methodiek van muziektherapie op de MOA. Buiten het vanuit vooronderzoek voortgekomen receptieve aanbod, heb ik ook actief en palliatief met de patiënten gewerkt. Ik gaf eerder als sterkte aan dat ik de tijd had om deze plannen te ontwikkelen. Inhoudelijk zijn deze plannen geslaagd en hebben ze een duidelijke toegevoegde waarde gehad in mijn onderzoek. Mijn onderzoek is dus een duidelijke uitbreiding geweest ten opzichte van het vooronderzoek.

Het actief met de patiënten werken in de muziektherapie had een meerwaarde bij het bewerkstelligen van de doelstellingen van de muziektherapie. Dit blijkt duidelijk uit de data. Het palliatieve aanbod is in hoeveelheid minder ingezet dan bijvoorbeeld de actieve therapie, maar had inhoudelijk een duidelijke meerwaarde bij deze patiënten buiten het al bestaande aanbod.

Deze toevoegingen aan het aanbod zorgde voor verbreding in het aanbod van de muziektherapie en bood daarnaast verdieping in het bereiken van de doelstellingen. Het heeft ervoor gezorgd dat het onderzoek een duidelijke vervolg stap heeft gezet ten opzichte van het vooronderzoek.

Volgende stap t.o.v. het vooronderzoek

Het duidelijk zetten van een volgende stap in het onderzoek t.o.v. het vooronderzoek vind ik een sterkte van mijn onderzoek. In het vooronderzoek van mevr. Pauwels en dhr. Van Rossum is naar voren gekomen dat muziektherapie bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van leven van oncologiepatiënten op de MOA. In dit onderzoek heb ik meer data kunnen verzamelen om deze conclusie te versterken. Ik heb buiten kwalitatieve data ook kwantitatieve data verzameld d.m.v. een vragenlijst.

Daarnaast heb ik buiten het receptieve aanbod, dat uit het vooronderzoek is voortgekomen, een actief en palliatief aanbod ontwikkeld gedurende het onderzoek. Daarbij heb ik een concreet aanbod opgesteld voor muziektherapie op de MOA (zie schema paragraaf 4.5). Ik ben tot een eindproduct gekomen waarin duidelijk is waarom er muziektherapie moet worden toegepast en hoe dit gedaan moet worden.

Houding muziektherapeut

Een andere sterkte is de flexibele en empathievolle houding die ik als muziektherapeut heb ingenomen. Als eerste ten opzichte van het personeel, tijdens het aanbieden van de muziektherapie heb ik geprobeerd om me zo veel mogelijk aan te passen om in de gang van zaken van de MOA te passen. Ik wilde een toevoeging zijn zonder iemand in de weg te lopen of te belemmeren in zijn werk.

Als tweede naar de patiënten, ik kwam zo veel mogelijk op momenten die voor hun het prettigste waren. Zo liet ik bijvoorbeeld de klinische kamers met rust tijdens het rustuurtje. Voor etenstijd probeerde ik alles afgerond te hebben. Ook tijdens de sessies was ik echt en invoelend waardoor ik zo goed mogelijk contact kon leggen met de patiënten en een zo goed mogelijke vertrouwensband op kon bouwen in de korte tijd dat ik de patiënten zag. De verpleging gaf in hun feedback aan dat ik ook goed inspeelde op de behoeftes van de patiënten. Zo kon ik de doelstellingen halen en een toegevoegde waarde zijn voor de patiënten.

Deze echtheid en empathie in de therapeutische houding, typerend voor een muziektherapeut opgeleid aan de Zuyd Hogeschool, was een sterkte in het laten slagen van de muziektherapie en daarmee ook het onderzoek.

Bereiken van de doelstellingen

De laatste sterkte van het onderzoek is het bereiken van de vooropgestelde doelstellingen van het onderzoek. Gedurende het hele onderzoek heb ik, met hulp van de betrokkenen, de focus op de doelstellingen gehouden. Daarom heb ik bij alle drie de onderwerpen (therapie inhoud, randvoorwaarden en draagvlak) voldoende data kunnen verzamelen om een antwoord te kunnen geven op de deelvragen. Door deze focus heb ik weinig tijd verloren zien gaan in zaken die niet binnen de doelstellingen van het onderzoek pasten.

Het houden van deze focus en het daardoor bereiken van de doelstellingen zijn een sterkte van het onderzoek.

4.1.2 Zwakten

Een zwakte van het onderzoek kan ontstaan door een bias. Volgens Van Buuren (2003) is een bias een vertekening van de werkelijkheid ten gevolge van eigenschappen van de onderzoeker, het meetinstrument of de situatie die voor het onderzoek niet ter zake doen. Een bias zorgt ervoor dat de kwaliteit van het onderzoek achteruit gaat en is daarom een zwakte van het onderzoek.

Wegvallen directe begeleiding

In de voorfase van het onderzoek heb ik in overleg met mijn begeleiders vanuit KenVak besloten om tijdens de actiefase directe begeleiding te krijgen. Dat wil zeggen dat een begeleider een direct betrokkene zou worden en met mij mee zou gaan naar de MOA om daar samen met mij muziektherapie aan te bieden en mij te helpen met het uitvoeren van het onderzoek. Door ziekte is deze begeleiding echter veranderd in een indirecte begeleiding en heb ik op de MOA geen begeleiding gehad van iemand vanuit KenVak of de Zuyd Hogeschool.

Hoewel dit voor mij persoonlijk een positieve uitwerking heeft gehad, heeft het de kwaliteit van het onderzoek niet verbeterd. Voor mij persoonlijk kwam het erop neer dat de veiligheid in het hebben van een compagnon tijdens de eerste dagen op de MOA weg viel. Ik moest vanaf het begin alles alleen op de MOA uitzoeken en uitvoeren. Niemand kon mij helpen bij, of feedback geven op, mijn houding en muziek-technisch handelen als muziektherapeut. Dit zorgde ervoor dat ik op mijn eigen oordeel en observatie moest vertrouwen en dit heeft er toe geleid dat mijn zelfvertrouwen gegroeid is en dat ik weet dat ik muziektherapie kan opzetten op een afdeling.

Door het missen van deze vorm van begeleiding heb ik echter wel langer gedaan over het wennen op de MOA. Ook heb ik daardoor minder patiënten muziektherapie kunnen aanbieden en daaruit volgend minder data kunnen verzamelen. Door de ruime tijd die ik op de MOA heb doorgebracht heb ik echter alsnog een goede hoeveelheid aan data kunnen verzamelen.

Daarnaast zien er twee altijd meer dan één. Ik had meer observaties en een tweede visie erbij gehad van een muziektherapeut over de verbeteringen die ik kon doorvoeren in het therapieaanbod of bij de randvoorwaarden.

Hoeveelheid van muziektherapie op de klinische kamers

Gedurende mijn tijd op de MOA is er een routine gevormd m.b.t. de locaties van de muziektherapiesessies. Ik begon elke dag op de dagbehandelkamers, als deze sessies afgerond waren ging ik naar de klinische kamers. De tijd die ik doorbracht op de klinische kamers was dus vaak afhankelijk van de duur van de therapiesessies op de dagbehandelkamer. Als ik op elke dagbehandelkamer een sessie van een uur had gegeven dan was er nog maar één uur over voor de klinische kamers. Hierdoor deed ik op sommige dagen minder klinische kamers dan ik me van te voren had voorgenomen.

Ook in het selecteren welke klinische kamer muziektherapie zou krijgen was ruimte voor verbetering. De eerste dag ben ik alle kamers zelf afgegaan om mijn verhaal te doen. Dit duurde echter ruim een uur en zou ik dus niet elke keer kunnen doen. We hebben toen afgesproken om in overleg met de verpleging te kijken wie van de patiënten eventueel baat zou kunnen hebben bij muziektherapie. De verpleging heeft in de feedback zelf aan gegeven niet altijd goed die inschatting te kunnen maken. De muziektherapeut moet uiteindelijk, na het overleggen met de verpleging, zelf zijn keuze maken om naar een patiënt toe te gaan of niet. Ook de uitleg van muziektherapie aan de patiënten kan beter door de muziektherapeut zelf gedaan worden. Dit gegeven heeft ervoor gezorgd dat er meerdere patiënten zijn geweest die geen muziektherapie hebben ontvangen, maar er misschien wel baat bij hadden gehad.

Ondanks deze zwakte heb ik gemiddeld meer dan drie klinische kamers per dag muziektherapie gegeven. Als onderzoeker is dit niet per se een zwakte aangezien ik genoeg data heb verzameld. Als muziektherapeut is dit een zwakte omdat deze patiënten misschien veel behoefte hadden aan muziektherapie.

Dubbelrol muziektherapeut en onderzoeker

Zoals ik al eerder beschreef heb ik tijdens dit onderzoek een dubbelrol gehad. Ik was aan de ene kant een muziektherapeut die op de MOA muziektherapie kwam aanbieden. Aan de andere kant was ik een onderzoeker die een goed onderzoek wilde uitvoeren. Door deze dubbelrol was het soms lastig om objectief te blijven in mijn handelen, observeren en evalueren. Hiermee bedoel ik dat ik als onderzoeker objectief naar de data moest kijken en deze vervolgens moest interpreteren. Ik had verder geen persoonlijk belang bij de werking van muziektherapie. Als muziektherapeut had ik er echter baat bij als muziektherapie werkte. Ik wilde mijn eigen vak profileren en wilde bewijzen dat het een toegevoegde waarde heeft op de MOA. In mijn rol als onderzoeker zullen er daardoor momenten zijn geweest dat ik niet meer objectief was in mijn handelen, observeren of handelen. Dit is ook een bias, een vertekening van de werkelijkheid. Ditmaal door de eigenschappen van de onderzoeker.

Sociaal wenselijk gedrag

Een andere bias zat in mijn dataverzamelingstechniek, namelijk de face-to-face ondervraging. De patiënten wisten dat ik zowel muziektherapeut als onderzoeker was. Tijdens de sessie heb ik als muziektherapeut een vertrouwensband opgebouwd met de patiënten. Vervolgens ga ik ze als onderzoeker vragen hoe ze de therapie hebben ervaren. Door deze vertrouwensband is het mogelijk dat patiënten geen objectief antwoord meer hebben gegeven tijdens deze face-to-face ondervraging. Het risico bestaat dat veel patiënten een sociaal wenselijk antwoord hebben gegeven. Ik heb deze bias op twee manieren proberen te verminderen. Aan de ene kant om de verpleging een paar uur na de sessies de patiënten ook te ondervragen. Aan de verpleging konden de patiënten immers gewoon eerlijk zijn zonder mij daarbij te kwetsen. Deze data is ook opgenomen in mijn resultaten. Positief bij dit gegeven is echter dat alle antwoorden van de patiënten naadloos overeen kwamen met de antwoorden die de patiënten mij zelf gegeven hebben. Als tweede heb ik om deze bias te verminderen besloten om de patiënten een anonieme vragenlijst in te laten vullen.

Oplossing voor het creëren van draagvlak

De vijfde en laatste zwakte is dat ik geen oplossing heb kunnen vinden voor het creëren van draagvlak. Dat wil zeggen dat ik geen financiering heb kunnen vinden voor muziektherapie op de MOA. De doelstelling was om hier inzicht in te krijgen. Dus ook het inzicht dat er nog geen financiering te vinden is geeft antwoord op mijn onderzoeksvraag. De kwaliteit van het onderzoek lijdt er niet onder. Toch baal ik als muziektherapeut ervan dat hier zo weinig perspectief in te vinden is. Alle aanvragen bij zorgverzekeraars en fondsen zijn negatief beantwoordt. Alleen patiënten hebben in de vragenlijst aangegeven eventueel zelf een financiële bijdrage te willen leveren voor de muziektherapie. Om hier een reëel beeld van te krijgen is er echter vervolgonderzoek nodig.

4.2 Verklaring en interpretatie resultaten

In hoofdstuk 3 heb ik de resultaten beschreven die voortgekomen zijn uit de dataverzameling. Wat betekenen deze resultaten eigenlijk? In de komende paragrafen geef ik antwoord op deze vraag. Welke conclusies kan ik trekken ten gevolge van de resultaten? Wat zegt de bestaande literatuur over deze onderwerpen?

De resultaten geven inzicht in de doelstellingen van muziektherapie op de MOA en op welke wijze deze gehaald kunnen worden. Deze doelstellingen ga ik als eerste beschrijven. Vervolgens beschrijf ik de werkwijzen van de muziektherapie. Oftewel op welke manier deze doelstellingen gehaald kunnen worden. Daarna beschrijf ik wat de resultaten zeggen over de randvoorwaarden die nodig zijn voor muziektherapie op de MOA. Als laatste bespreek ik de resultaten over het creëren van draagvlak voor muziektherapie op een structurele basis. De financiering van de therapie staat hierbij centraal.

4.2.1 Doelstellingen

Een emotionele balans. Het ervaren en uiten van emoties

In de resultaten van de vragenlijsten is te zien dat de patiënten aangeven emoties te ervaren tijdens de muziektherapie. Ook geven ze aan dat ze deze kunnen uiten en dat het prettig is om deze emoties te uiten. Hierin is een duidelijk verschil te zien tussen de soorten muziektherapie en de locatie van de muziektherapie. Zo is duidelijk te zien dat tijdens de actieve muziektherapie meer emoties worden ervaren en geuit dan bij de receptieve muziektherapie. De actieve muziektherapie wordt als emotioneel aanvullend ervaren in hun behandeling op de MOA. Daarnaast geven de patiënten aan op de klinische kamers beter hun emotie te kunnen uiten dan op de dagbehandelkamers.

De resultaten van de ondervraging van de patiënten bevestigen de resultaten van de vragenlijst. De patiënten geven aan dat de muziektherapie een prettige, emotionele werking heeft. Ze geven tevens aan dat ze met emoties zitten die er nog niet uit zijn gekomen.

Als deze er tijdens de muziektherapie wel uitkomen wordt dit als erg prettig ervaren. Sommige patiënten gaven aan dat ze zich voor de muziektherapie misselijk voelde en dat door deze uiting van emoties dat misselijke gevoel weg is gevallen. Ze geven in sommige gevallen zelfs aan dat het beter heeft gewerkt dan een pilletje.

De verklaringen van de verpleging in hun ondervraging versterken het gegeven dat in de muziektherapie emoties ervaren en geuit kunnen worden. De focus van hun feedback op de muziektherapie lag ook op dit emotionele stuk. Ze gaven aan dat de muziektherapie emotie bracht en het de patiënten een moment gaf waarop ze hun emoties konden uiten. Patiënten hebben vaak nog na de therapiesessies aan de verpleging aangegeven hoe emotioneel deze ervaring voor hun was. De verpleging ziet dit emotionele stuk als de absolute meerwaarde van de muziektherapie op hun afdeling.

In de resultaten van mijn eigen observatie komt ook naar voren dat het ervaren en uiten van emoties een belangrijk onderdeel is van de muziektherapie. Hierin merkte ik een duidelijk verschil tussen de patiënten op klinische kamers en de patiënten op de dagbehandelkamers. Op de klinische kamers konden patiënten makkelijker hun emoties uiten en dit gebeurde daarom ook vaker dan op de dagbehandelkamers. Het waren deze emotionele sessies die in mijn observatie voor de patiënten het meest intens en mooi waren. Het was voor de patiënten duidelijk een opluchting dat deze emoties nu geuit konden worden. Een voorbeeld hiervan is een sessie op een klinische kamer. Een patiënt werd bij het eerste nummer dat ik speelde emotioneel. Haar kamergenoot motiveerde haar om alles er uit te laten. Dit heeft ze vervolgens ook gedaan en we hebben samen meerdere nummers gespeeld en tussen de nummers door gesproken over de emoties die ze had, want ze wist pas een paar dagen dat ze ziek was. In die paar dagen had ze nog geen enkele keer haar emoties hierover kunnen uiten, dat kwam er nu uit. Ze gaf na afloop aan dat ze het heerlijk vond. Dat ze zich misselijk en slecht voelde, maar dat het gevoel nu helemaal weg was. Het werkte beter dan een pilletje, zei ze. Voor haar was het een duidelijke opluchting om haar emoties eindelijk te uiten.

Uit mijn resultaten wordt dus duidelijk aangegeven dat muziektherapie bijdraagt aan de ervaring en de uiting van emoties bij de patiënten op de MOA.

In de literatuur is duidelijk te zien dat het hebben van kanker emotionele en psychische problemen met zich mee kan brengen. Patiënten kunnen angstgevoelens en neerslachtigheid ervaren (Pool, 2010) en ze kunnen emoties voelen als boosheid, schuld en schaamte (Van Rijt, 2003). Ook depressieve klachten zoals verdriet, huilbuien en slaapproblemen kunnen worden voorkomen (Schroevers, 2008). Door deze psychische gevolgen gaat de kwaliteit van leven van deze patiënten achteruit (Locadia, 2006).

Ondersteuning bij deze problemen heeft een meerwaarde voor de patiënten op een oncologieafdeling. Smeijsters (2006) geeft aan dat muziek inderdaad goed kan aansluiten bij deze psychische problemen. Omdat de muziek zonder woorden heel direct de patiënten op hun emotionele en waarnemingsniveau kan bereiken. Acceptatie en verwerkingsprocessen kunnen hierdoor plaatsvinden. In Smeijsters (2006) staat beschreven dat het uitdrukking geven aan emoties en gedachten belangrijk is voor de verwerking van deze emoties. Bijvoorbeeld bij boosheid. Door kwaad te worden kan een patiënt greep krijgen op de wirwar van emoties, zoals wanhoop, verdriet, angst en machteloosheid. Hierin kunnen de teksten van de muziek een belangrijke rol spelen omdat zij vaak verwoorden wat de patiënten voelen. In de ondervragingen van de patiënten komt dit ook naar voren. Patiënten geven aan dat ze door het meezingen en meelezen van de teksten tot inzichten over het leven komen en dat de muziek door de teksten ook goed werkt.

Stanczyk (2010) beschrijft dat muziek emotionele kwaliteiten heeft die binnen de oncologie grote invloed kunnen hebben op de gemoedstoestand van de patiënt en hoe de patiënt met de ziekte omgaat.

Bij de indicaties voor muziektherapie bij oncologiepatiënten (in Smeijsters, 2006) worden ook verschillende indicaties gegeven die passen binnen deze doelstelling. Zo worden bijvoorbeeld angst, somberheid, depressie, verwerkingsproblematiek, emotionele onevenwichtigheid, verminderd gevoel van eigenwaarde en verminderd gevoel van zelfvertrouwen benoemd.

In de palliatieve fase van de ziekte blijven gevoelens als angst, pijn, onrust, eenzaamheid en somberheid een rol spelen. Deze klachten kunnen volgens Smeijsters (2006) verminderd worden door zorgvuldig gespeelde live muziek. Dit wil zeggen dat de muziektherapeut zowel in de keuze van muziek als in de wijze van spelen aandacht heeft voor de behoeften van de patiënt. Zo heb ik zelf tijdens een sessie op een klinische kamer een lied gespeeld dat 'In your arms' heet. Dit lied is geschreven voor iemand die aan het sterven is. De tekst op zich en daarnaast de manier waarop ik het speelde zorgde ervoor dat de patiënt haar angst en onrust omtrent haar aanstaande dood geuit konden worden. Na het lied sprak ze uitgebreid over het feit dat ze dat vooral angst heeft voor hoe het met haar kinderen zal gaan. Ze beseftte door de muziek dat ze deze emotie had en wilde deze nu ook gaan uiten naar haar kinderen toe.

De in dit onderzoek naar voren gekomen resultaten worden bevestigd in bestaande literatuur. Ik kan hieruit concluderen dat muziektherapie hulp biedt aan oncologiepatiënten bij het verbeteren van, en omgaan met, de psychische gevolgen van kanker. Door het ervaren en uiten van hun emoties komen ze emotioneel meer in balans. De kwaliteit van leven van de patiënten wordt daardoor verbeterd. Het vult de behandeling van de patiënten op de MOA op emotioneel gebied aan.

Afleiding

De resultaten van de vragenlijst geven aan dat de patiënten op de MOA afleiding hebben ervaren door de muziektherapie. Op elke locatie en met elke vorm van muziektherapie is dit het geval. Al geven de patiënten die actieve muziektherapie hebben gehad de allerhoogste score.

Bij de ondervragingen gaven ook veel patiënten te kennen dat de muziektherapie afleidend werkte en voor afwisseling zorgde. Opvallend is dat de verpleging tijdens de ondervraging niet heeft gesproken over afleiding. Dit wil zeggen dat naar hun mening de focus van de muziektherapie niet op afleiding moet liggen. In de vragenlijsten geven de patiënten echter meerdere keren aan dat door deze afleiding de muziektherapie als een meerwaarde wordt ervaren.

De vraag die vervolgens opspeelt is afleiding waarvan? Als muziektherapie emoties los maakt dan wordt de patiënt niet afgeleid, maar groeit de aandacht net. In sommige gevallen is het echter wenselijk om net af te leiden van deze emoties omdat ze te heftig kunnen zijn. Wat kan muziektherapie hier in toevoegen dat anders is dan een andere vorm van afleiding?

In de bestaande literatuur is terug te vinden dat muziek als een rustpunt kan dienen om de maalstroom van gedachten te stoppen (Smeijsters, 2006). Het betreft dan afleiding van angst voor de dood, om controle te verliezen, voor eenzaamheid, voor pijn en voor onzekerheid. Het aanbieden van live muziek heeft een sterke angstverminderende werking, sterker dan bijvoorbeeld cd-muziek (Bailey in Smeijsters, 2006). Buiten angst kan de muziektherapie ook afleiding bieden van pijn. Het zelf maken van muziek of het luisteren naar muziek die als prettig wordt ervaren zorgt ervoor dat er peptiden in de hersenen worden aangemaakt, dit zijn lichaamseigen pijnstillers (Smeijsters, 2006). Ook geeft Melzack (in Smeijsters, 2006) aan dat volgens de 'gate control theory' pijn verminderd kan worden omdat de pijn registrerende zenuw wordt overstemd door een andere, bredere, zenuw tijdens het actief luisteren naar muziek.

De literatuur geeft duidelijk aan dat muziektherapie voor afleiding kan zorgen en hoe dit werkt. In mijn resultaten komt ook naar voren dat de patiënten op de MOA afleiding hebben ervaren door de muziektherapie. Dit hebben ze ook als een meerwaarde ervaren. In het aanbod van de muziektherapie moet afleiding dan ook als doelstelling worden opgenomen.

Ontspanning

In de resultaten van de vragenlijsten geven de patiënten aan dat ze ontspannen door de muziektherapie. Met name de actieve muziektherapie brengt volgens de patiënten ontspanning. Sommige patiënten geven de ontspanning ook als reden aan waarom de muziektherapie als een meerwaarde werd ervaren. In de ondervraging van de patiënten wordt net bij de receptieve muziektherapie aangegeven dat het voor ontspanning zorgt. De verpleging spreekt in de ondervraging niet over ontspanning. De resultaten zijn dus niet eenduidig.

Het verschil in het ervaren van ontspanning tijdens receptieve en actieve muziektherapie kan verklaard worden door de verschillende werking die muziek kan hebben. Smeijsters (2006) stelt dat muziek een ontspannende en activerende werking kan hebben. De duidelijke structuur in de muziek kan tevens helpen om het 'mindless thinking' te verminderen dat ontstaat door het sluimeren door vermoeidheid.

De literatuur en de resultaten van mijn onderzoek geven geen concreet antwoord op waarom en wanneer ontspanning bij patiënten optreedt. Renz (in Smeijsters, 2006) geeft aan dat het werken met een monochord waardevol kan zijn voor het afbouwen van spanningen bij oncologiepatiënten. Er kan een synchronisatie ontstaan van het hart en muzikale ritme. Als het tempo van de muziek verlaagd wordt dan zal ook het tempo van de hartslag verlagen. In dit onderzoek is dit echter niet getoetst en hier is dus nog nader onderzoek voor nodig. Naar mijn mening ligt de grote meerwaarde van muziektherapie op de MOA in het ervaren en uiten van emoties. Ontspanning is een prettige bijkomstigheid, maar moet geen doelstellingen zijn van de muziektherapie. De werking van muziek op de emoties is een kwaliteit van de muziek en is ook uniek voor de muziek. Ontspanning kan ook op andere manieren bereikt worden.

Bevorderen communicatie

Gedurende het onderzoek is aan het licht gekomen dat de muziektherapie de interactie en communicatie van patiënten bevorderde. In de resultaten van de ondervraging geven de patiënten duidelijk aan dat de interactie bevorderd werd door de gezamenlijke muziektherapie. Met name bij de actieve muziektherapie vonden patiënten het heerlijk om samen te zingen. Ze gaven ook aan dat ze na de muziektherapie makkelijker op elkaar af stapten om een gesprek te beginnen. Muziektherapie was hierin de bindende factor. Ook de verpleging geeft in de ondervraging aan dat de interactie meer op gang kwam door de muziektherapie op de dagbehandelkamers.

Een voorbeeld hiervan is een sessie op een van de dagbehandelkamers. Toen ik binnenkwam zaten alle patiënten (eventueel met bezoek) op zichzelf te lezen of voor zich uit te staren. Niemand sprak met elkaar en was zijn tijd als het ware aan het uitzitten. Toen ik begon met de muziek viel mij dit direct op. Om dit te veranderen ben ik overgestapt naar actieve muziektherapie. Ik heb gevraagd wie mee wilde zingen. De meeste patiënten wilde dit wel. Ze begonnen met elkaar te lachen over hoe slecht ze konden zingen en hoe lang het zou duren voordat iemand kwam klagen. Ze spraken met elkaar over welk lied het volgende zou moeten zijn en spraken daarna verder over hun muzikale voorkeur. Toen de sessie afgelopen was waren de losse groepjes patiënten veranderd in één groep. Ze begonnen met elkaar te praten en zaten bij elkaar aan de behandelstoel. Ze zeiden ook tegen mij dat ze door de muziek nu makkelijker op elkaar af stapten om een praatje te maken. Dat maakte de hele ervaring een stuk minder vervelend.

In het aanvankelijke literatuuronderzoek is deze doelstelling niet duidelijk opgevallen. Bij later literatuuronderzoek is echter naar voren gekomen dat Barrie (2009) aangeeft dat muziektherapie communicatie van oncologiepatiënten stimuleert. Stanczyk (2011) stelt dat muziek communicatie, contact en interactie kan faciliteren en dat muziektherapeutische interventies de communicatie verbetert. Ook Smeijsters (2006) beschrijft dat door somberheid en depressie de verbale communicatie kan verminderen. Het bevorderen van de communicatie en het reduceren van een sociaal isolement kan daardoor een doelstelling zijn voor muziektherapie bij oncologiepatiënten. Bij het verbeteren van de kwaliteit van leven kan muziektherapie dus ook bijdragen aan de sociale gevolgen van de ziekte. Het moet daarom ook zeker opgenomen worden in de doelstellingen van de muziektherapie op de MOA.

Positieve invloed

Alle patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld gaven aan dat de muziektherapie voor hun een heel positieve ervaring was. Of de muziektherapie nou zorgde voor emotionele verdieping of dat het afleiding bood, het werd als positief ervaren. Sommige patiënten geven zelfs aan dat de positieve invloed die de muziektherapie had de reden was van de meerwaarde ervan. De positieve invloed zorgde ook voor een verbetering van het humeur van de patiënten. In de ondervraging gaven veel patiënten aan dat de muziektherapie voor een positieve sfeer zorgde. Dit was met name het geval op de dagbehandelkamers. Ook de verpleging gaf aan dat het voor de patiënten en voor hun zelf een positieve invloed had. Het werd gezelliger op de MOA en er kwam meer rust waardoor de verpleging goed hun werk kon doen. In de literatuur zijn geen directe verbanden te vinden tussen muziektherapie en de positieve invloed die het heeft op de sfeer of de situatie. Het moet daarom niet worden gebruikt als een specifieke doelstelling van de muziektherapie. De positieve sfeer en gezelligheid die het kan brengen zorgt er voor dat er veel positiviteit rond de muziektherapie hangt, iets wat bij een ernstige ziekte zoals kanker vaak moeilijk te vinden is. Het feit dat patiënten hun afspraken verzetten om tijdens de muziektherapie aanwezig te kunnen zijn en dat ze na hun afspraak nog langer bleven hangen om de muziektherapie mee te maken zegt veel over de positiviteit die de muziektherapie op de MOA teweeg bracht. Net zoals de unanieme positieve reacties op de muziektherapie van zowel patiënten als verpleging. Deze positieve invloed is geen specifieke doelstelling van de muziektherapie, maar het is wel een belangrijk aspect dat bijdraagt aan het beeld en de beleving van de muziektherapie op de MOA.

4.2.2 Werkwijzen

Receptieve muziektherapie

De receptieve muziektherapie houdt in dat ik, de muziektherapeut, live muziek speel voor de patiënten. De patiënten doen (nog) niet actief mee met het maken van de muziek.

De resultaten van de vragenlijst geven een duidelijk beeld van de beleving van de patiënten tijdens de receptieve muziektherapie. Het zorgt duidelijk voor afleiding en het wordt ervaren als iets positiefs. Het zorgt daarnaast maar gedeeltelijk voor ontspanning. De patiënten geven aan dat ze tijdens de receptieve muziektherapie hun emoties niet goed kunnen uiten. De receptieve muziektherapie wordt wel als een meerwaarde ervaren tijdens hun behandeling op de MOA. Bij de ondervraging geven de patiënten aan bij receptieve muziektherapie veel ontspanning en afleiding te ervaren. Ze geven echter ook aan dat ze tijdens de receptieve muziektherapie niet meer of minder emoties ervaren dan bij de actieve muziektherapie.

In de resultaten van mijn observaties komt naar voren dat de receptieve muziektherapie inderdaad met name zorgt voor afleiding en ontspanning. Sommige patiënten kunnen ook goed hun emoties ervaren en uiten tijdens dit receptieve aanbod. Dit geldt echter niet voor alle patiënten. Dit verschilt per patiënt.

Bailey (in Smeijsters, 2006) stelt dat het spelen van live muziek angstverminderend werkt. Smeijsters (2006) geeft tevens aan dat het spelen van live muziek klachten als angst, pijn, onrust, eenzaamheid en somberheid kan verminderen. Deze vorm van receptieve muziektherapie, waar de muziektherapeut live voor de patiënten muziek maakt, is daarom ook een ideaal startpunt voor elke muziektherapie sessie op de MOA. De patiënt kan wennen aan het effect van live muziek zonder meteen zelf actief te moeten participeren. Afhankelijk van de behoeften van de patiënt en het wel of niet verwezenlijken van de doelstellingen kan ervoor gekozen worden om het bij deze receptieve muziektherapie te laten of om over te schakelen naar een andere vorm van muziektherapie. Zo kan er bijvoorbeeld als de patiënt zijn emoties niet goed kan uiten overgeschakeld worden naar actieve muziektherapie.

Actieve muziektherapie

De actieve muziektherapie houdt in dat de patiënten actief meedoen met de muziektherapeut. In dit geval gebruiken de patiënten hun stem. Ze zingen met de therapeut mee of ze zingen zonder de therapeut (alleen of met meerdere patiënten).

In de resultaten van de vragenlijst geven de patiënten aan de actieve muziektherapie als heel positief en als een duidelijke meerwaarde te ervaren voor hun behandeling. Het zorgde voor veel afleiding en het zorgde voor ontspanning. Tevens geven ze duidelijk aan dat ze emoties hebben ervaren en deze op een voor hun prettige manier hebben kunnen uiten. Opvallend is dat de patiënten die actieve muziektherapie hebben gehad ook aangeven dat ze een financiële bijdrage zouden willen leveren om muziektherapie te mogen ontvangen. Dit word in de paragraaf financiering verder besproken.

In de ondervraging van de patiënten komt naar voren dat bij de actieve muziektherapie inderdaad afleiding en ontspanning wordt ervaren. Ook geven ze aan emoties te ervaren en uiten in de therapie. Het is een prettige ervaring en wordt als een meerwaarde ervaren voor hun behandeling.

In mijn observaties komt naar voren dat tijdens de actieve muziektherapie vaak emoties werden geuit. Door het meezingen en lezen van de teksten kwamen deze beter binnen. De patiënten die actieve muziektherapie hebben gehad hebben ook meerdere malen aangegeven dat ze de muziek gingen missen. Sommige patiënten zeiden zelfs dat ze thuis weer muziek op wilden gaan pakken. Iets waar ze door hun ziekte mee waren gestopt.

Smeijsters (2006) geeft aan dat de teksten in de muziek een belangrijke rol kunnen spelen in het ervaren en uiten van de emoties van de patiënt. De teksten verwoorden vaak wat de patiënt voelt. Von Hodenberg (in Smeijsters, 2006) geeft aan dat het zingen in de muziektherapie soms tot het allerlaatst mogelijk is voor de patiënten. In Smeijsters (2006) wordt ook beschreven dat het zingen kan helpen om de innerlijke dialoog op gang te brengen. Ook de dialoog tussen patiënt en therapeut kan door het zingen op gang komen.

De actieve muziektherapie kan een sterke aanvulling zijn op het gebied van emoties tijdens de behandeling van de patiënten op de MOA. Ze ervaren de emoties intenser en ze kunnen de emoties beter uiten dan in het receptieve aanbod. Het kan daarom, na de receptieve start van elke sessie, ingezet worden als dit binnen de behoeften van de patiënt ligt. Dit kan zowel door de inschatting van de therapeut gebeuren als in overleg met de desbetreffende patiënt. In mijn onderzoek ben ik ook enkele keren meteen begonnen met actieve muziektherapie, maar met deze patiënten had ik al eerder een actieve sessie gedaan.

De actieve muziektherapie bevordert tevens de communicatie van de patiënt met de therapeut, de verpleging of met andere patiënten.

De actieve muziektherapie is een nieuw aspect geweest in dit onderzoek t.o.v. het vooronderzoek. Deze volgende stap in het muziektherapeutisch aanbod werkte goed bij de patiënten op de MOA. Het is naar mijn mening ook essentieel en mag niet ontbreken in een muziektherapeutisch aanbod op de MOA.

Palliatieve muziektherapie

Bij de palliatieve muziektherapie staat het feit dat de patiënt niet meer kan genezen centraal. In de muziektherapie kan receptief en actief gewerkt worden. Ook kan er een groter gespreksonderdeel ontstaan waarin de patiënt over zijn situatie praat. De muziektherapeut kan ook helpen met het uitzoeken en spelen van muziek tijdens rituelen omtrent het naderende afscheid.

In mijn resultaten van de ondervraging van de patiënten komt naar voren dat het palliatieve aanbod met name een emotionele aanvulling was. Ook gaven deze patiënten aan dat ze afleiding en ontspanning hebben ervaren. De verpleging richt zich hierbij op de emotionele waarde die het voor de patiënten had. In mijn eigen observaties komt naar voren dat tijdens het palliatieve aanbod de houding van de muziektherapeut nog belangrijker wordt. De echtheid en empathie van de therapeut zijn noodzakelijk om de palliatieve muziektherapie te laten slagen.

Volgens Smeijsters (2006) kan muziektherapie, in tegenstelling tot andere vak- en psychotherapieën, patiënten goed begeleiden en ondersteunen tot in de allerlaatste fase van hun ziekte- en stervensproces. Zorgvuldig gespeelde live muziek kan klachten zoals pijn, angst en onrust doen verminderen tijdens deze palliatieve fase. Smeijsters (2006) geeft ook aan dat de muziektherapeut een begeleidende rol kan invullen tijdens deze fase. Zo kan hij helpen bij het spelen of uitzoeken van muziek voor rituelen zoals een uitvaartdienst.

De muziektherapeut op de MOA moet bij het palliatieve aanbod flexibel kunnen wisselen tussen een receptieve, actieve of begeleidende rol om zo goed mogelijk in te spelen op de behoeften van de patiënt.

Net zoals bij de actieve muziektherapie is dit palliatieve aanbod een nieuw aspect in het onderzoek t.o.v. het vooronderzoek. De grote meerwaarde van de muziektherapie ligt, zoals in de resultaten naar voren komt, vooral in de aanvulling op het emotionele gebied. De patiënten die in de palliatieve fase zitten hebben deze emotionele aanvulling het hardst nodig. Hun naderende dood zorgt voor veel emoties en deze patiënten moeten een plaats en de mogelijkheid hebben om deze emoties te ervaren en te uiten.

Een voorbeeld hiervan is een patiënt in de palliatieve fase die vier muziektherapiesessies heeft gehad. De eerste sessie heb ik receptief voor haar gespeeld. Ze vond de muziek heel mooi en het raakte haar. Toen ik twee dagen later weer op de MOA was vroeg ze zelf naar de muziektherapie. Eén lied vond ze zo mooi dat ze dit lied nog eens wilde horen. Ze vroeg me of dat lied gepast zou zijn om op haar begrafenis te laten spelen. We hebben vervolgens de tekst besproken en gekeken of dit paste bij wat ze aan haar familie wilde zeggen met het lied. Ze vroeg me tevens om de tekst te achterhalen van het lied 'Va, pensiero' van het Slavenkoor uit de opera Nabucco. Ze vond het een mooi lied, maar ze wilde weten wat de tekst betekende. Voor de derde sessie heb ik alle teksten uitgeprint en heb ik deze met haar besproken. Het eerste lied heb ik daarbij nog eens voor haar gespeeld. In deze sessie had ik vooral een begeleidende rol. Tijdens de vierde, en tevens laatste, sessie was haar familie aanwezig. Zij hadden al veel over mij gehoord en wilden me nu eens zelf zien en horen. Toen ik begon te spelen werden zowel de patiënt als haar familieleden emotioneel. Ze konden nu emoties uiten die ze steeds binnen hadden gehouden. Ze gaven na afloop aan die emoties binnen te houden om zich voor de patiënt groot te houden. Het was een mooi moment waar met heel weinig woorden aan elkaar werd duidelijk gemaakt wat ze van de hele situatie vonden. Dit was voor mij ook een heel mooi moment om mee te maken. Het was een intiem familiemoment die zonder de muziek niet op deze manier had plaatsgevonden.

4.2.3 Randvoorwaarden

Uit de resultaten komen verschillende zaken naar voren die aangeven wat er nodig is om muziektherapie op de MOA toe te kunnen passen. Zo is de locatie van de therapie belangrijk en ook de therapeut moet aan bepaalde eisen voldoen om de muziektherapie optimaal te laten werken.

Tijdens het onderzoek heb ik alle muziektherapiesessies op de dagbehandelkamers en de klinische kamers gedaan. In het interview met dhr. Weiss, zoals in paragraaf 3.4.1. terug te vinden is, komt naar voren dat hij ook bij patiënten op de kamers werkt. Hij heeft echter ook een muziektherapieruimte waar, indien de mobiliteit van de patiënt dit toelaat, hij met de patiënten kan werken. In de resultaten van mijn observaties komt naar voren dat ik ook de mogelijkheid had om naar een vergaderruimte uit te wijken. Hier heb ik echter geen gebruik van gemaakt. De patiënten wilden liever op hun eigen kamer blijven. Soms was het simpelweg onmogelijk voor patiënten om van hun kamer af te komen door bijvoorbeeld een infuus, katheter of hun fysieke gesteldheid. Patiënten die wel de mogelijkheid hadden om naar een aparte kamer te gaan hadden hier geen behoefte aan. In de ondervraging van de verpleging komt naar voren dat het horen van de muziek de sfeer op de MOA verbeterde en dat het patiënten nieuwsgierig maakte naar de muziektherapie. Als ik in een aparte kamer zou gaan zitten dan zou dit voor de verpleging belangrijke aspect van de muziektherapie verdwijnen. Daarnaast is tot op dit punt nog niet met instrumenten gewerkt met de patiënten, maar gebruiken ze hun eigen stem als ze actief muziek gaan maken. Dit is ook goed mogelijk op de dagbehandel- of klinische kamers.

In dit onderzoek komt dus naar voren dat de muziektherapie op de MOA het beste op de dagbehandelkamers en klinische kamers uitgevoerd kan worden. Een eigen muziektherapieruimte is hierin niet nodig.

De echtheid, respect en empathie in de houding van de muziektherapeut en de muzikale/therapeutische vaardigheden van de muziektherapeut zijn tevens essentieel om de muziektherapie te laten werken. In de ondervraging van de patiënten komt vaak naar voren dat ze de muziek mooi vonden. Ze vonden de liedjes zelf, de begeleiding van de therapeut en de stem van de therapeut mooi. Het is dus van belang dat de muziek een mooi esthetisch geheel wordt. Smeijsters (2006) geeft ook aan dat het belangrijk is dat de patiënten de muziek leuk vinden en als prettig ervaren. In de ondervraging van de verpleging komt naar voren dat de houding van de muziektherapeut een belangrijke rol speelt. Qua inhoud en volume moet de therapeut goed kunnen afstemmen op de situatie en de behoeften van de patiënt. De muziektherapeut moet daarnaast in veel verschillende muzikale genres kunnen spelen om bij de patiënten aan te sluiten.

Een kennis van Engels-, Nederlands-, Duits- en Limburgstalige muziek is op de MOA wenselijk. De muziektherapeut moet ook in staat zijn om een therapeutische relatie op te bouwen met de patiënten. Hiervoor moet de muziektherapeut echtheid, respect en empathie hebben.

Als laatste moet de muziektherapeut ook goed kunnen samenwerken met de verpleging om de therapie op de MOA te laten slagen.

Als laatste is ook van belang dat de muziektherapeut genoeg tijd op de MOA aanwezig is om de therapie zo goed mogelijk te laten werken. In de resultaten van mijn observaties komt naar voren dat twee dagen per week op de MOA een prettige hoeveelheid tijd is. De kans op meerdere sessies bij één patiënt is hierdoor groter en dan kan er sneller richting doelstellingen gewerkt worden.

4.2.4 Creëren van draagvlak

Ten slotte komen er in de observaties en de externe data resultaten naar voren die betrekking hebben op het creëren van draagvlak voor muziektherapie op een structurele basis op de MOA. Het cruciale punt hierin is de financiering.

Zo heb ik binnen en buiten het Atrium MC contact gelegd met mogelijke financiers van muziektherapie op de MOA. Zo heb ik contact gehad met de ABS sponsorclub, zorgverzekeraar CZ (afdeling innovatie), het KWF, het WKOOF en stichting FSI. Al deze instanties/fondsen hebben negatief gereageerd op mijn aanvraag. Dit bevestigt dat het moeilijk is om een financiering te krijgen voor iets relatief onbekends als muziektherapie. Er zit een discrepantie tussen de reacties van de MOA (patiënten en personeel) en die van de mogelijke financiers. De MOA geeft duidelijk aan dat de muziektherapie als een meerwaarde voor hun behandeling wordt ervaren en het verbetert hun kwaliteit van leven. Een fonds als het KWF geeft in hun missie aan dat ze de belangen van de kankerpatiënten behartigen en dit onder andere willen doen door de kwaliteit van leven van de oncologiepatiënten zo goed mogelijk te houden (KWF kankerbestrijding, z.d.). Toch geven ze in hun reactie aan mij aan alleen geld te willen steken aan onderzoeken die zich richten op de genezing van kanker. Het is dus essentieel de diverse instanties te overtuigen van het nut van muziektherapie. Dit is een traag en langdurig proces waarin wel al stappen gezet zijn, maar waar nog een lange weg te gaan is.

In de vragenlijst heb ik aan de patiënten gevraagd of ze eventueel zelf een financiële bijdrage zouden willen leveren om muziektherapie te mogen ontvangen op de MOA. Bij de receptieve therapie neigden de patiënten naar een 'ja', geen duidelijk positief antwoord. Bij de actieve therapie gaven de patiënten echter een duidelijk 'ja' als antwoord op deze vraag. In meerdere gevallen, zoals in de observaties naar voren komt, wilden patiënten op het moment zelf al betalen voor de muziektherapie. Een belangrijk aspect is echter dat de patiënten dit na de sessie deden. Als ze op voorhand zouden moeten betalen dan zouden ze, omdat ze muziektherapie nog niet kennen, afwijzend reageren op de vraag of ze muziektherapie willen. De hele sfeer en laagdrempeligheid van de therapie zou daarbij ook veranderen. Het is dus niet wenselijk dat de patiënten zelf zouden moeten betalen voor de therapie.

4.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf doe ik enkele aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en voor vervolgonderzoek. Mijn eerste aanbeveling is voor de praktijk, voor de MOA in het Atrium MC.

Als eerste wil ik de MOA aanbevelen om hun patiënten muziektherapie op structurele basis aan te bieden om zo de kwaliteit van leven van de patiënten te verbeteren. Ik adviseer de MOA om een muziektherapeut voor 2 dagdelen (8 uur) aan te nemen. Dit zou in loondienst kunnen of door een zelfstandige muziektherapeut in te huren. De muziektherapeut zou dan twee dagen van 13.00 uur tot en met 17.00 uur aanwezig zijn op de MOA. In deze tijd zou de muziektherapeut een aanbod voor zowel de dagbehandelkamers als de klinische kamers kunnen verzorgen. De muziektherapeut verzorgt zelf zijn benodigdheden (gitaar en liedmap) en heeft geen eigen ruimte nodig. De enige kosten die de MOA zou hebben zijn de uren van de muziektherapeut zelf.

Mijn tweede aanbeveling is voor vervolgonderzoek. In mijn onderzoek heb ik gemerkt dat het gebrek aan onderzoek de doorslaggevende factor is voor financiers in het afwijzen van financiering voor muziektherapie. Hierbij adviseer ik KenVak om een RCT (Randomized Controlled Trial) onderzoek uit te voeren. Ik adviseer dit aan KenVak, omdat dit een uitgebreid en grondig onderzoek moet zijn. In een scriptieonderzoek van een paar maanden kan dit niet gerealiseerd worden. Het doel van dit onderzoek is om wetenschappelijk materiaal te creëren waarin wordt bewezen dat muziektherapie de kwaliteit van leven van patiënten op een oncologieafdeling verbetert. De interventiegroep zou muziektherapie volgens de, door dit onderzoek, opgezette methode kunnen krijgen (zie schema paragraaf 4.5.1). De controlegroep zal geen muziektherapie krijgen. De resultaten van een dergelijk RCT zullen meer waarde hebben bij mogelijke financiers van muziektherapie op de MOA.

Als derde en laatste beveel ik aan om een zelfde actiegericht onderzoek uit te voeren op andere oncologieafdelingen in Nederland. De in dit onderzoek opgezette methodiek kan hierbij de leidraad zijn. Door een dergelijk onderzoek uit te voeren draag je aan de ene kant bij aan het bekender maken van muziektherapie bij oncologiepatiënten. Aan de andere kant kan de externe validiteit (Van Buuren, 2003) getoetst worden door te kijken in hoeverre deze methodiek werkt op andere oncologieafdelingen. In dit vervolgonderzoek zal de muziektherapie wederom op de specifieke afdeling afgestemd moeten worden.

4.4 Vertaling resultaten naar eigen methodisch handelen

Door het uitvoeren van dit onderzoek heb ik mijn eigen methodisch handelen verder ontwikkeld. Deze ontwikkelingen zal ik uitleggen aan de hand van de competenties van mijn opleiding Creatieve Therapie (zie tabel 4).

Tabel 4 Eindcompetenties voor de opleiding Creatieve Therapie			
Behandelen	Organisatie	Professionalisering	Onderwijs & onderzoek
- Diagnosticeren en indiceren	- Samenwerken	- Reflecteren	- Onderzoeken
- Behandelen	- Rapporteren	- Ontwikkelen	- Profileren
- Ondersteunen / begeleiden	- Ondernemen	- Actualiseren	- Overdragen

Opmerking. Overgenomen van Cilissen-IJssermans, Péntzes & Welten, Module: CA1.15-16 "Afstudeerproject". Heerlen: 2014, p. 5

Behandelen

Tijdens de middagen dat ik op de MOA aanwezig was ben ik altijd begonnen om het gesprek aan te gaan met de verpleging. Zij vertelden mij over problematieken van patiënten en waar ze eventueel behoefte aan konden hebben. Hieruit moest ik vervolgens bepalen bij wie ik muziektherapie zou gaan aanbieden. Mijn competentie om te indiceren is gedurende de acht weken op de MOA sterk verbeterd. Zo gaf in het begin de verpleging vaak aan dat iemand geen muziektherapie moest krijgen, dit accepteerde ik dan ook. Later ging ik meer vragen stellen over waarom iemand geen muziektherapie zou moeten krijgen. Vaak kwam dit door de emotionele moeilijke periode die de patiënten doormaakte. Ik ben toen gaan aangeven dat muziektherapie net bij deze patiënten iets kon betekenen. Uiteindelijk zijn we tot een goede samenwerking gekomen waarin duidelijk was dat de verpleging de kennis over de patiënten had en ik over de werking en inzetbaarheid van muziektherapie. In goed overleg kwamen we zo tot een juiste indicatie van de patiënten.

Tijdens de sessies heb ik de patiënten behandeld als muziektherapeut. Hierin heb ik verschillende technieken ontwikkeld die gericht zijn op empathie, structurering, intimiteit en bijsturing (Bruscia, 1987). Zo heb ik tijdens elke sessies 'pacing' toegepast door af te stemmen op het energieniveau van de patiënt. Sommige patiënten waren vol energie en kracht, andere patiënten zaten net heel laag in hun energie. Ik heb hierop aangesloten in zowel mijn houding als in mijn muziek. Ik heb d.m.v. 'giving' muzikale cadeaus aan patiënten gegeven. Zo heb ik een keer samen met iemand van de verpleging 'lang zal ze leven' gezongen voor een patiënt die jarig was. Ik heb tijdens het samenspel met patiënten ook technieken als 'intensifying', 'calming' en 'introducing change' ingezet om de muziek (en de werking er van) in te zetten om het aan te laten sluiten bij de behoeften van de patiënt. Voor dit onderzoek speelde ik de nummers simpelweg van begin tot eind. Tijdens dit onderzoek heb ik geleerd om nummers bijvoorbeeld langer te laten duren als de patiënt dit nodig had. Of om bepaalde stukken onopvallend weg te werken omdat ze te confronterend waren voor de patiënt.

Mijn houding als muziektherapeut heb ik tijdens dit onderzoek ook ontwikkeld. Ik had vanuit de opleiding en stage het beeld dat je meerdere sessies nodig had om een goede therapeutische relatie op te bouwen. Tijdens het werken op de MOA had ik deze tijd in de meeste gevallen niet.

Ik had vaak maar één sessie met patiënten en het bleek hierin toch mogelijk te zijn om aan doelen te werken. Echtheid, empathie en respect zijn onderdelen van je therapeutische houding die een belangrijke rol in mijn opleiding vervullen. In de setting op de MOA zijn deze van cruciaal belang. Niet helemaal oprecht, invoelend of respectvol naar de patiënt zijn zal ervoor zorgen dat de therapie minder goed werkt. Het voorzichtig aftasten van de patiënt, wat ik door mijn eigen persoonlijkheid vaak deed bij patiënten tijdens stage, was nu geen optie. Gedurende mijn periode op de MOA heb ik me hier snel in ontwikkeld.

Deze houding uitte zich in duidelijk communiceren naar de patiënten toe over wat ik kwam doen en wat ik ermee wilde bereiken. Als patiënten iets niet prettig vonden, of als ze de sessie wilden beëindigen, respecteerde ik dat ook altijd. Ik vertelde ook vaker over mijn eigen muzikale voorkeuren en ervaringen met de ziekte kanker. Hierdoor leerden de patiënten mij ook voor een stuk kennen en werd er snel een oprechte band opgebouwd. Een band van therapeut tot patiënt, maar ook evenveel een band van mens tot mens.

Organisatie

Op het gebied van organisatie heb ik me ontwikkeld in de competenties samenwerken, rapporteren en ondernemen. Zo heb ik het hele onderzoek moeten samenwerken met alle direct en indirect betrokkenen. Een goede samenwerking met de verpleging was zowel noodzakelijk om het indiceren en behandelen van de patiënten goed te laten verlopen als voor het profileren van muziektherapie op de MOA. Ook met dhr. Verbong, dr. Jie en de begeleiders vanuit school heb ik goed kunnen samenwerken. Dit betekende dat ik met name tijdig en duidelijk moest communiceren. Ik was de enige die het totaaloverzicht had over dit onderzoek. Hier komt tevens de competentie ondernemen om de hoek kijken. Ik ben degene die initiatief moest nemen en tot actie moest overgaan. Waar ik vanuit mijn karakter een meer 'kat uit de boom kijk' type ben, moest ik bij dit onderzoek eerder een proactieve houding aannemen. Het feit dat ik inhoudelijk mijn doelstellingen heb bereikt en dat ik alle betrokkenen een rol van toegevoegde waarde heb kunnen laten invullen bewijst dat de competenties samenwerken en ondernemen goed tot uiting zijn gekomen. Een voorbeeld hiervan is de rol die ik mevr. Pauwels heb kunnen laten invullen. Het wegvallen van haar directe begeleiding op de MOA door onvoorziene omstandigheden was een vervelende situatie. In plaats van haar niet meer betrokken te laten zijn bij het onderzoek heb ik haar een sparringpartner laten zien via Skype afspraken. Tijdens deze gesprekken kon ze met mij mee brainstormen over de inhoud van het onderzoek en kon zij mij feedback geven over de onderdelen van het onderzoekverslag die ik al geschreven had. Hierdoor had zij, ondanks het wegvallen van de directe begeleiding, toch een rol van toegevoegde waarde in dit onderzoek.

Na elke sessie heb ik deze ook steeds gerapporteerd. Ik kon daardoor bijhouden hoeveel sessies ik had gedaan, wat ik had gedaan en bij hoeveel patiënten ik dat had gedaan. Met name tijdens de ondervraging van de patiënten was een goede rapportage cruciaal. Zij vertelden mij hun ervaringen van de muziektherapie. Ik moest ervoor zorgen dat ik dit goed rapporteerde. De opmerkingen die zij maakten over hun ervaringen waren immers data die ik gebruikt heb in mijn onderzoek. Door het grondig en volledig rapporteren van deze ervaringen heb ik ook volledige data gekregen die ik heb kunnen gebruiken in mijn resultaten van het onderzoek.

Professionalisering

Gedurende het onderzoek heb ik een methodiek opgezet voor muziektherapie op de MOA. Ik ben begonnen vanuit het vooronderzoek en de al bestaande literatuur. Vervolgens ben ik aan de hand van de ervaringen van patiënten, mijn eigen observaties en met de kennis van een ervaren muziektherapeut deze methodiek verder gaan ontwikkelen. Ik ben het gaan uitvoeren en heb, samen met de patiënten en verpleging, gereflecteerd op de werking ervan.

Ik heb geleerd om iets nieuws te ontwikkelen. Dat wil zeggen dat ik vanuit stage en school gewend was om iets uit te voeren wat al bestond en waar iemand (stagebegeleiders, docenten of medestudenten) mij feedback over kon geven. In dit geval heb ik een nieuw aanbod moeten ontwikkelen en dit moeten actualiseren. De capaciteit en vaardigheid om zelf een kwalitatief aanbod op te bouwen is tijdens dit onderzoek dus enorm gegroeid.

Ook in de reflectie was ik ditmaal degene die de meeste kennis over muziektherapie had. Er waren immers geen docenten of andere muziektherapeuten aanwezig op de MOA. Dit heeft mij enorm gesterkt in mijn zelfvertrouwen. Ik heb geleerd om mijn behandel-, observatie- en reflectievaardigheden die ik in de afgelopen 4 jaar heb geleerd in te zetten en om hier vervolgens op te vertrouwen.

Onderwijs en onderzoek

Ik heb me tijdens dit onderzoek duidelijk moeten profileren op de MOA. Muziektherapie was, met name bij de patiënten, nog onbekend en niemand wist wat het kon betekenen. Ik heb geleerd om kort en krachtig uit te kunnen leggen wat ik onder muziektherapie verstond en wat het kon betekenen op deze afdeling. Daarnaast heb ik mijzelf ook moeten profileren. De MOA kende immers mevr. Pauwels en dhr. Van Rossum van het vooronderzoek. Ik was een ander persoon met andere kwaliteiten en dit moest ik duidelijk profileren ten opzichte van de verpleging. Ik heb tevens een informatiefolder gemaakt (zie bijlage 3: Informatiefolder voor de patiënten) waarin ik kort aan de patiënten beschreef wat ik kwam doen.

Ik had hiervoor eerst een folder van een hele pagina. De verpleging heeft me toen de feedback gegeven dat dit te lang was, de patiënten zouden het waarschijnlijk niet lezen. Ik heb toen geleerd om kort en bondig neer te zetten wat de kern was van de muziektherapie. Ook in de gesprekken met de patiënten kwam dit tot zijn recht. Ik vertelde in één of twee zinnen de kern. Als we vervolgens bezig waren in de therapie kon ik nog verder toelichting geven over mijn onderzoek, mijn opleiding of mijn vak.

Het doen van onderzoek was tenslotte ook nieuw voor me. Het op eigen initiatief en verantwoordelijkheid plannen en uitvoeren van het onderzoek was iets wat ik nog niet eerder had gedaan. Het steeds weer inspelen op onverwachte wendingen in het onderzoek is iets dat je goed moet beheersen om een actiegericht onderzoek uit te voeren. Een voorbeeld hiervan is de aanwezige verpleging. Elke dag waren er andere verpleegsters aanwezig. Sommige wisten goed wat muziektherapie kon betekenen en hadden de patiënten al enthousiast gemaakt. De patiënten zaten op mij te wachten. Op andere dagen wist de aanwezige verpleging niet goed wat muziektherapie inhield. Dan moest ik zowel aan hun, als aan de patiënten duidelijk mijn verhaal doen over de werking van muziektherapie. Elke dag was anders en daar moest ik op inspelen en anticiperen.

Ook de dubbelrol als therapeut en onderzoeker was iets wat ik nog niet eerder had meegemaakt. In het begin voelde dit vaak onwennig en wilde ik vooral als therapeut mijn aandacht op de patiënten richten. Naarmate het onderzoek vorderde merkte ik steeds meer het belang van het verzamelen van voldoende data. Ik groeide daardoor steeds meer in deze onderzoekersrol en heb ik in de competentie onderzoeken een grote ontwikkeling doorgemaakt. Zowel in de kennis over onderzoek als het uitvoeren van onderzoek.

Als laatste de competentie overdragen. Na elke sessie sprak ik met de verpleging over hoe het was gegaan en hoe de patiënten reageerden. Daarnaast heb ik tijdens het schrijven van dit onderzoeksverslag geleerd hoe ik mijn onderzoek, mijn therapeutische aanbod en mijn therapeutisch handelen moet overdragen aan de lezer van dit onderzoeksverslag.

4.5 Beantwoording onderzoeksvragen

In deze laatste paragraaf van de discussie kom ik terug op de onderzoeksvragen die ik in hoofdstuk 1 heb opgesteld. Deze waren:

Hoofdvraag:

- Welk specifiek aanbod van muziektherapie kan worden toegepast op de multidisciplinaire oncologieafdeling van het Atrium MC in Heerlen?

Deelvragen:

- Hoe gaat het muziktherapeutisch aanbod er inhoudelijk uit zien?
- Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie toe te kunnen passen op de MOA?
- Hoe kan er meer draagvlak gecreëerd worden voor muziektherapie in het Atrium MC?

In de komende paragrafen beantwoord ik de deelvragen waarna ik ook de hoofdvraag kan beantwoorden.

Hoe gaat het muziktherapeutisch aanbod er inhoudelijk uit zien?

Het muziktherapeutisch aanbod van de MOA is opgesteld aan de hand van de doelstellingen die uit het vooronderzoek, de resultaten van dit onderzoek en uit de bestaande literatuur zijn voortgekomen. De doelstellingen waarmee gewerkt wordt zijn:

- Verbeteren van de emotionele balans
- Creëren van afleiding
- Bevorderen van interactie

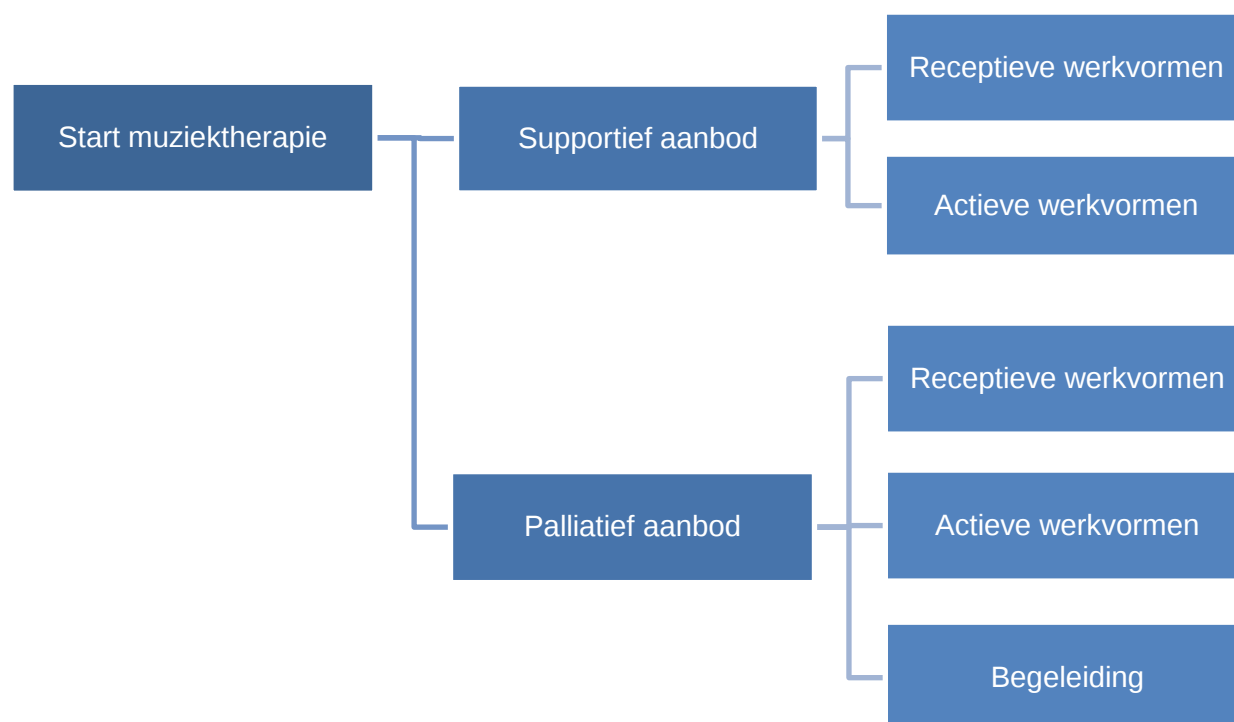
Door de werking van de muziek in combinatie met de therapeutische relatie heeft de patiënt een moment waarop emoties omtrent de ziekte kunnen worden ervaren en geuit. Het luisteren naar en/of het zelf maken van muziek zorgt daarnaast ook voor afleiding om de last van de patiënt te verminderen. Het samen luisteren naar en/of maken van muziek zorgt er tevens voor dat de interactie van de patiënten wordt bevorderd. Zowel de interactie met elkaar, als met de therapeut en de verpleging.

De muziektherapie verbetert door deze doelstellingen de psychische en sociale gevolgen van de ziekte bij de patiënten. Dit verbetert de kwaliteit van leven.

Praktisch gezien wil dit zeggen dat de muziektherapeut elke sessie start met een receptief aanbod. De muziektherapeut speelt live muziek voor de patiënten. Zo leren de patiënten de therapeut en de muziektherapie kennen. Dit aanbod is laagdrempelig van aard zodat de patiënten zich op hun gemak voelen. Vervolgens wordt door de muziektherapeut (samen met de patiënten) gekeken naar wat de muziektherapie voor de patiënten zou kunnen betekenen. Dit wordt afgestemd op de behoeften van de patiënten. Door deze afweging wordt de keuze gemaakt tussen een supportief aanbod of een palliatief aanbod. Bij het supportieve aanbod zullen de doelstellingen intact blijven, de focus verschilt echter weer per patiënt. Hieruit volgend wordt er gekozen tussen receptieve of actieve werkvormen om deze doelstellingen te halen.

Bij het palliatieve aanbod zal de focus meer liggen op de emotionele balans van de patiënt. Ook hier kan er gekozen worden voor actieve en/of receptieve werkvormen en zal de behandeling voor een deel bestaan uit begeleiding van de patiënt tijdens deze palliatieve fase. Dit zal bestaan uit het begeleiden van rituelen of het helpen met keuzes maken omtrent rituelen zoals bijvoorbeeld een uitvaardienst.

In onderstaand schema is te zien hoe de muziektherapie er op de MOA uit zou komen te zien.



Wat zijn de randvoorwaarden om muziektherapie toe te kunnen passen op de MOA?

Om muziektherapie goed op de MOA in te kunnen zetten zijn er enkele randvoorwaarden nodig. Als eerste de aanwezigheid van een muziektherapeut. Er zal een muziektherapeut twee middagen in de week aanwezig moeten zijn zodat hij een goed aanbod kan verzorgen voor de patiënten.

Als tweede moet dit een HBO opgeleide muziektherapeut zijn. De houding en technische vaardigheden van specifiek een opgeleide muziektherapeut zijn nodig om de muziektherapie te laten werken. Alleen de muzikale of therapeutische vaardigheden is niet genoeg, het is net de combinatie van die twee die cruciaal is tijdens de muziektherapie op de MOA. Muzikale vaardigheden op gitaar en met stem zijn daarnaast essentieel in dit aanbod om de muziek goed over te kunnen brengen.

De muziektherapeut heeft daarnaast een gitaar en een liedmap nodig om de therapie uit te kunnen voeren. Aangezien de muziektherapeut vaardigheden moet hebben op de gitaar kan er van uit worden gegaan dat de muziektherapeut zelf een gitaar heeft die gebruikt kan worden. Op een later moment kunnen hier nog instrumenten aan toegevoegd worden.

Als laatste is er de locatie van de muziektherapie. Deze kan plaatsvinden op de dagbehandelkamers of de klinische kamers. Er is dus geen aparte muziektherapieruimte nodig. De werking van de muziektherapie en de invloed die het had op de sfeer werd bereikt omdat de muziektherapie op de MOA aanwezig was. De samenwerking met de MOA en het werken op de MOA is cruciaal in de werking van de muziektherapie.

Hoe kan er meer draagvlak gecreëerd worden voor muziektherapie in het Atrium MC?

In mijn zoektocht naar een structurele financiering gaven het Atrium MC zelf, zorgverzekeraars en fondsen een afwijzend antwoord. Er was geen budget beschikbaar en/of de werking van muziektherapie was nog niet voldoende bewezen om tot een structureel aanbod van muziektherapie over te stappen. De patiënten gaven in het geval van actieve muziektherapie wel aan om eventueel zelf een financiële bijdrage te willen leveren om muziektherapie te mogen ontvangen. Dit gegeven geeft een positief beeld over hoe de muziektherapie wordt ervaren, maar ik zou niet er voor kiezen om de patiënten daadwerkelijk zelf te laten betalen. De hele setting en sfeer zou dan veranderen, de laagdrempeligheid van de muziektherapie zou verdwijnen.

Om meer draagvlak te creëren zal er meer onderzoek nodig zijn om te bewijzen dat muziektherapie bijdraagt aan de kwaliteit van leven van oncologiepatiënten. In mijn aanbevelingen is ook te lezen dat ik adviseer om een RCT onderzoek uit te voeren. Omdat dit type onderzoek veel waarde heeft in de zorgsector.

Welk specifiek aanbod van muziektherapie kan worden toegepast op de multidisciplinaire oncologieafdeling van het Atrium MC in Heerlen?

De muziektherapie op de multidisciplinaire oncologieafdeling in het Atrium MC in Heerlen zal bestaan uit een muziektherapeut die twee middagen in de week werkzaam zal zijn op zowel de dagbehandelkamers als de klinische kamers. Hierin verzorgt hij een supportief en palliatief aanbod, waarin hij mij receptieve, actieve en begeleidende werkvormen werkt. Tijdens deze werkvormen wordt bij de patiënten de emotionele balans verbeterd, afleiding gecreëerd en de interactie bevorderd.

5. Samenvatting

Introductie

Oncologiepatiënten ondervinden veel last van hun ziekte en ook van de behandeling. Ze ondervinden psychische, lichamelijke en sociale gevolgen. Dit wordt de kwaliteit van leven genoemd (Locadia, 2006). In de behandeling van kanker op een oncologieafdeling ligt de focus van de behandeling op het fysieke gedeelte, namelijk om de kanker weg te krijgen of om het leven van de patiënt te verlengen. Er is op dit moment weinig aandacht voor de psychische en sociale klachten die patiënten kunnen hebben door de ziekte of de behandeling.

In deze scriptie is onderzocht in hoeverre muziektherapie hieraan kan bijdragen. 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). Uit vooronderzoek is gebleken dat muziektherapie inderdaad de kwaliteit van leven van oncologiepatiënten kan verbeteren. In dit onderzoek is gezocht naar waar de meerwaarde ligt van muziektherapie en hoe deze op de multidisciplinaire oncologie afdeling op het Atrium MC in Heerlen moet worden ingezet. Daarnaast is onderzocht aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden en hoe er draagvlak gecreëerd kan worden voor muziektherapie.

Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek is een actiegericht onderzoek geweest dat heeft plaatsgevonden op de multidisciplinaire oncologie afdeling op het Atrium MC in Heerlen. Tijdens dit onderzoek hebben zowel de patiënten op de dagbehandelkamers als de patiënten op de klinische kamers een muziektherapeutisch aanbod ontvangen. Ze hebben receptieve muziektherapie ontvangen, hierbij speelde de muziektherapeut live muziek voor de patiënten. Ze hebben actieve muziektherapie ontvangen, hierbij deden de patiënten actief mee in de therapie en maakten ze muziek. In dit onderzoek is er ook met een palliatief aanbod bij de patiënten gewerkt. De inhoud van de therapie wisselde hier tussen receptief, actief en begeleiding van de patiënten.

Bij het creëren van draagvlak lag de focus op een structurele financiering van muziektherapie op de oncologieafdeling. Hiervoor is contact gelegd met het Atrium MC, zorgverzekeraars en met fondsen. Tevens is bij patiënten gevraagd of zij zelf een financiële bijdrage zouden willen leveren. Met vragenlijsten, ondervragingen en observaties is data verzameld, hieruit zijn de resultaten voortgekomen.

Resultaten

In de resultaten hebben de patiënten aangegeven tijdens de muziektherapie hun emoties te kunnen ervaren en uiten. Ook hebben ze aangegeven dat ze afleiding ervaren en dat de interactie met andere patiënten en verpleging groeit door de muziektherapie. Het is bovendien een prettige ervaring die zorgt voor een positieve sfeer.

Bij het receptieve aanbod kwam naar voren dat de patiënten met name afleiding ervaren en dat het een prettige ervaring is. Bij het actieve aanbod worden duidelijk emoties ervaren en geuit, tevens wordt de interactie bij dit actieve aanbod ook groter.

Op het gebied van randvoorwaarden kwam in de resultaten naar voren dat zowel de locatie als de muziektherapeut van belang zijn. Zo wordt de therapie op de dagbehandel- en klinische kamers als prettig ervaren en is er bij de patiënten weinig mogelijkheid of behoefte om naar een aparte kamer te gaan voor de muziektherapie. De houding van de muziektherapeut speelt ook een belangrijke rol. Niet alleen moet hij goed muziek kunnen maken, maar hij moet ook kunnen inspelen op de behoeften van de patiënten en mag hij de gang van zaken op de afdeling niet verstoren.

Bij het creëren van draagvlak kwam naar voren dat nog niemand bereid is om muziektherapie structureel te willen financieren. Patiënten die actieve muziektherapie hebben ontvangen gaven aan zelf bereid te zijn om een financiële bijdrage te willen leveren.

Discussie en conclusie

Muziektherapie verbetert de kwaliteit van leven van de patiënten op de multidisciplinaire oncologie afdeling op het Atrium MC in Heerlen. De muziektherapie verbetert voornamelijk de psychische en sociale gevolgen van de ziekte. Om dit te bewerkstelligen moet een opgeleide muziektherapeut twee middagen in de week muziektherapie verzorgen op de afdeling. Hij werkt met een supportief en palliatief aanbod waarin hij receptieve, actieve en begeleidende werkvormen gebruikt. Dit doet hij op de afdeling zelf bij de patiënten op de dagbehandel- en klinische kamers. Op dit moment is echter nog geen structurele financiering gevonden om de muziektherapie op de multidisciplinaire oncologie afdeling op het Atrium MC in Heerlen te laten plaatsvinden.

Literatuurlijst

- Bao, Y., Kong, X., Yang, L., Liu, R., Shi, Z., Li, W., Hua, B. & Hou, W. (2014). Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2014. doi:10.1155/2014/170396
- Barrie, R. & Cassileth, MS. (2009, 10 juni). Music Therapy. Oncology [website]. Opgevraagd op 16 mei 2015 van <http://www.cancernetwork.com/integrative-oncology/music-therapy>
- 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
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvitational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas
- Cilissen-IJsermans, A., Pénczes, I. & Welten, J. (2014). *Module: CA1.15-16 "Afstudeerproject"*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Innovatiefonds Zorgverzekeraars. (z.d.). Regionale fondsen. [website]. Opgevraagd op 30 maart 2015 van <http://www.innovatiefondszorgverzekeraars.nl/aanvragen-financiering-zorginnovatie-projecten/regionale-fondsen-aanvraagmenu-53>
- Kroep, J.R., Erp, P.H. van, Guchelaar, H-J. & Nortier, J.W.R. (2011). Oncologie. In J.J.E. van Everdingen, J.H. Glerum & T. Wiersma (red.), *Diagnose en therapie 2011* (pp. 500-518). doi:10.1007/978-90-313-8286-6_15
- KWF Kankerbestrijding. (z.d.). Onze missie. [website]. Opgevraagd op 30 maart 2015 van <http://www.kwf.nl/over-kwf/Pages/Onze-missie.aspx>
- Locadia, M. & Sprangers, M.A.G. (2006). Kwaliteit van het leven. In A.A. Kaptein, R.A.M Erdman, J.B. Prins & H.B.M van de Wiel (red.), *Medische psychologie* (pp. 155-160). doi:10.1007/978-90-313-7033-7_17
- Mcleod, S. (2008). Likert Scale. [website]. Opgevraagd op 26 maart 2015 van <http://www.simplypsychology.org/likert-scale.html>
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- NVvMT. (2009, 15 mei). Wat is muziektherapie? [website]. Opgevraagd op 15 oktober 2014 van <http://www.nvvmt.nl/muziektherapie/wat-is-muziektherapie/7-wat-is-muziektherapie.html>

- 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
- Poelmans, P. & Severijnen, O. (2013). *De APA-richtlijnen. Over literatuurverwijzing en onderzoeksrapportage*. Bussum: Uitgeverij Coutinho bv
- Pool, G. (2010). Psychologische interventies bij kanker. In G. Pool (red.), *Psychosociale zorg bij chronische ziekten: klinische praktijk en effectiviteit* (pp. 119-135). doi:10.1007/978-90-313-8231-6_9
- Schroevens, M.J. & Sanderman, R. (2008). Psychosociale gevolgen van en hulp bij chronische kanker. *Bijblijven*, 2008 (24), 58-63. doi: 10.1007/BF03076348
- Wereld Kanker Onderzoek Fonds. (z.d.). Wie wij zijn. [website]. Opgevraagd op 30 maart 2015 van <http://www.wkof.nl/nl/over-ons/wie-wij-zijn>
- Sectie medische oncologie. (2013, 24 september). Opleidingseisen voor de differentiatie Medische Oncologie binnen de Interne Geneeskunde. [website]. Opgevraagd op 15 oktober 2014 van <http://www.internisten.nl/uploads/sR/kO/sRkOizUbH1UUAHexvDI8FQ/Oncologie-opleidingseisen.pdf>
- 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.
- 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
- Stichting FSI. (z.d.). Stichting FSI. [website]. Opgevraagd op 27 maart 2015 van <http://www.stichtingfsi.nl/overfsi/index.html>
- Van Buuren, H., Berkhout, J., Hummel, H. & Sloodmaker, A. (2003). *Onderzoek de basis*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Van Rijt, J.H.M., Kooij, A. & Koopman, J. (2003). *Door kanker uit balans: Gezinsbegeleiding door eerstelijns psychologen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Bijlage 1: Zoekgeschiedenis

PICO-vragen:

Wat is het effect van muziektherapie bij kankerpatiënten?

Wat is de invloed van muziek op angstklachten bij kankerpatiënten?

Wat is het effect van muziektherapie op pijnklachten bij oncologiepatiënten?

Welke invloed heeft muziektherapie op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten?

Databank	Zoektermen	Gevonden literatuur
22 september 2014		
		Scriptie Teun van Rossum en Nele Pauwels gelezen vanuit deze scriptie gekomen op: http://www.anticancerfund.org/nl/therapies/muziektherapie-0 . Dit gaf een overzicht over hoe tot nu toe muziektherapie wordt toegepast bij oncologie.
Eigen boeken kast		In Handboek Muziektherapie van Smeijsters (2006) gelezen. Hoofdstuk 17 (pagina 315 t/m 339) Oncologie. 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.
29 september 2014		
Pubmed	("oncology") AND Music	<i>geen specifieke gebruikte bron</i>
Pubmed	("oncology") AND Music Therapy	<i>geen specifieke gebruikte bron</i>
ScienceDirect	KEYWORDS (oncology) and KEYWORDS (music)	Stanczyk, M.M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. <i>Reports of Practical Oncology & Radiotherapy</i> , 16(5), 170-172. doi:10.1016/j.rpor.2011.04.005
6 oktober 2014		
Google Scholar	Gevolgen van kanker	Pool, G. (2010). Psychologische interventies bij kanker. In G. Pool (red.), <i>Psychosociale zorg bij chronische ziekten: klinische praktijk en effectiviteit</i> (pp. 119-135). doi:10.1007/978-90-313-8231-6_9
Google Scholar	Gevolgen van kanker op de omgeving	Schroevens, M.J. & Sanderma, R. (2008). Psychosociale gevolgen van en hulp bij chronische kanker. <i>Bijblijven</i> , 2008 (24), 58-63. doi: 10.1007/BF03076348
Google Scholar	Kwaliteit van leven	Locadia, M. & Sprangers, M.A.G. (2006). Kwaliteit van het leven. In A.A. Kaptein, R.A.M. Erdman, J.B. Prins & H.B.M van de Wiel (red.), <i>Medische psychologie</i> (pp. 155-160). doi:10.1007/978-90-313-7033-7_17
Google Scholar	Fysieke gevolgen van chemotherapie	Kroep, J.R., Erp, P.H. van, Guchelaar, H-J. & Nortier, J.W.R. (2011). Oncologie. In J.J.E. van Everdingen, J.H. Glerum & T. Wiersma (red.), <i>Diagnose en therapie 2011</i> (pp. 500-518). doi:10.1007/978-90-313-8286-6_15
15 oktober 2014		
		Artikel gevonden in de scriptie van Teun van Rossum en Nele Pauwels: Bradt, J., Dileo, C., Grocke, D., & Magill, L. (2011). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. <i>The Cochrane Database of</i>

		Systematic Reviews, 2011(8). doi:10.1002/14651858.CD006911.pub2
Google	Definitie Muziektherapie	Site voor de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie NVvMT. (2009, 15 mei). Wat is muziektherapie? [website]. Opgevraagd op 15 oktober 2014 van http://www.nvvt.nl/muziektherapie/wat-is-muziektherapie/7-wat-is-muziektherapie.html
Eigen boeken kast		Smeijsters, H. (2008). <i>Handboek creatieve therapie</i> . Bussum: Coutinho. Geraadpleegd voor definities actieve en receptieve muziektherapie.
Google	Definitie Oncologie	Sectie medische oncologie. (2013, 24 september). Opleidingseisen voor de differentiatie Medische Oncologie binnen de Interne Geneeskunde. [website]. Opgevraagd op 15 oktober 2014 van http://www.internisten.nl/uploads/sR/kO/sRkOizUbH1UUAHexvDI8FQ/Oncologie-opleidingseisen.pdf
20 oktober 2014		
Pubmed	("Musis Therapy") AND ("Cancer") AND Date Completion 2013-present	Bao, Y., Kong, X., Yang, L., Liu, R., Shi, Z., Li, W., Hua, B., & Hou, W. (2014). <i>Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2014</i> . doi:10.1155/2014/170396
Scriptie Teun en Nele		O'Callaghan, C. (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. doi: 10.1177/1943862109337135
16 december 2014		
Eigen boeken kast		Migchelbrink, F. (2007). <i>Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn</i> . Amsterdam: Uitgeverij SWP.
7 januari 2015		
Eigen boeken kast		Buuren, H., van, Hummel, H., Slootmaker, A. & Berkhout, J. (2003). <i>Onderzoek de basis</i> . Groningen: Wolters-Noordhoff.
8 april 2015		
Google	KWF	KWF Kankerbestrijding. (z.d.). Onze missie. [website]. Opgevraagd op 30 maart 2015 van http://www.kwf.nl/over-kwf/Pages/Onze-missie.aspx
Google	Wereld Kanker Onderzoek Fonds	Wereld Kanker Onderzoek Fonds. (z.d.). Wie wij zijn. [website]. Opgevraagd op 30 maart 2015 van http://www.wkof.nl/nl/over-ons/wie-wij-zijn
Google	Stichting FSI	Stichting FSI. (z.d.). Stichting FSI. [website]. Opgevraagd op 27 maart 2015 van http://www.stichtingfsi.nl/overfsi/index.html
30 april 2015		
Eigen boeken kast		Charmaz, K. (2006). <i>Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis</i> . London: Sage Publications.
Google	Music Therapy Terminal Cancer	Barrie, R. & Cassileth, MS. (2009, 10 juni). Music Therapy. Oncology [website]. Opgevraagd op 16 mei 2015 van http://www.cancernetwork.com/integrative-oncology/music-therapy
14 mei 2015		
Eigen boeken kast		Bruscia, K.E. (1987). <i>Improvisational models of music therapy</i> . Springfield: Charles C. Thomas

Bijlage 2: Interview met dhr. Weiss

Welche Patienten gehören zu den Zielgruppe Ihres Therapie (Type von Krebs, Stadium, Alter etc.)

Erwachsene Menschen im Alter von ca. 20 bis zum Lebensende (100 Jahre),

Alle Tumorarten, am meisten:

Krebsarten der inneren Organe (Magen, Pankreas, Mamma, Uterus, Harnblase, Leber, Prostata, Lunge/Bronchien, ...)
Hautkrebs (z.B. Melanom),
Glioblastom

Wie werden Patienten für die Musiktherapie indiziert?

Bei der Krankenhaus-Aufnahme wird dem Patienten durch den behandelnden Arzt die Therapie verordnet.

Im ambulanten Setting braucht der Patient ein Rezept, die die Musiktherapie rezeptiert von seinem Hausarzt.

Wie viele Patienten nehmen Teil an einer Sitzung?

Einzeltherapie: ein Patient für maximal eine halbe Stunde – bei einem Krankenhaus-Aufenthalt von ca. 8 bis 12 Tagen Dauer erhält er so 3 bis 5 Therapietermine.

Gruppentherapie: in der Regel 8 bis 10 Patienten, selten weniger: z.B. 4 oder 5, manchmal mehr: 12 bis 14 für eine Stunde; jeden Werktag – bei einer Aufenthaltsdauer von ca. 8 Tagen sind das dann ca. 5 Therapietermine.

Wo findet die Sitzung statt (Zimmer des Patienten, Raum, separate Zimmer)?

Je nach Mobilität des Patienten -

bei mobilen Patienten im Musiktherapie-Zimmer

bei bettlägerigen Patienten im Zimmer des Patienten – dort je nach Mobilität auf dem Stuhl sitzend, an der Bettkante oder im Bett liegend.

Welche zielen hoffen Sie zu erreichen?

Je nach Patient geht es um unterschiedliche, d.h. Individuelle Ziele.

Doch häufig geht es um

- innere Ruhe / Beruhigung
- Entspannung
- Linderung von Schmerzen
- physiologische Ziele
 - Atemregulation:
 - Beruhigung oder Anregung
 - Vertiefung
 - Regulation des Herz-Kreislaufsystems
 - Blutdruck senken oder anregen
- Ent-/Anspannung des Muskeltonus
- Verdauungsanregung (Vibrationstherapie)
- Sensibilisierung der Extremitäten bei Polyneuropathien
- Selbstaktivierung (Gefühle erleben, Depressionsbehandlung, ...)
- Selbstwirksamkeit (Konzentrationsfähigkeit, ...)
- Selbstakzeptanz
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- seelische Unterstützung (Trost, Vertrauen, Mut, Trauer, Verzweiflung, ...)
- schöpferische Kräfte wecken
- Gestaltungsfähigkeit steigern

Ist den Focus innerhalb den Therapie Aktiv oder Rezeptiv? Können Sie einige Beispielen nennen den Aktivitäten die Sie die Patienten anbieten?

Rezeptiv: Vorspiel auf der Altleier - zum Teil mit oben genannten Therapiezielen

Aktiv: Anregung zum klanglichen Ausdruck auf leicht spielbaren Instrumenten aus den Instrumentengruppen der Schlag-, Zupf-, Blas- oder Streichinstrumente zum Teil auch Atem- und Gesangstherapie, bei der die eigene Stimme als Therapeuticon genutzt wird

Besonders viel Einsatz erfährt die Bordunleier, die mit ihrem akkordischen Klang zur Begleitung von Liedern gut geeignet ist und das interaktive Element besonders anregt.

Wie wird die Musiktherapie finanziert?

Stationär: im stationären Aufenthalt ist sie bei uns in der Klinik Teil des Therapiekonzeptes und -angebotes, Finanzierung regulär über die Krankenkassen im Rahmen der Fallpauschalen-Vergütung (DRGs über OPS)

ambulant:

- einige wenige Krankenkassen erstatten oder bezuschussen die Therapie,
- finanzielle Hilfe durch einen Therapiefonds, der Gelder für Patienten akquiriert und zur Verfügung stellt,
- privat

Würden noch andere Formen des Kreativen Therapie angeboten innerhalb den Institution in dem Sie arbeiten?

Kunsttherapie (Malen, Zeichnen, Plastizieren)
Eurythmie-Therapie (spezielle Bewegungstherapie)

Sind die Fachtherapeuten fest angestellt, mittels eines Projekts oder sind sie Unabhängige professionelle?

Die Kunsttherapeuten sind fest angestellte Mitarbeiter der Klinik. Nicht alle haben eine volle Stelle, aber die Teilzeitkräfte haben trotzdem ein festes Anstellungsverhältnis und arbeiten NICHT als Selbstständige oder Freiberufler in der Klinik.

Möchten Sie, mit Ihren Kenntnissen und Erfahrungen, noch gerne etwas zufügen in Bezug auf Musiktherapie in Onkologischen Bereich?

Wichtig ist auf jeden Fall das WAS mit dem Patienten als Intervention gemacht wird (Methode, Schule der Musiktherapie). Doch noch viel wichtiger ist das WIE, in welcher inneren Haltung, mit welchem Respekt, mit welcher Beziehungsqualität begegne ich als Therapeut dem Patienten. Diese so genannten Soft Skills sind in der Wirkung nicht zu unterschätzen und oft ebenso wirksam wie die gewählte musiktherapeutische Intervention.

Bijlage 3: Informatiefolder voor de patiënten



Hallo meneer/mevrouw,

Mijn naam is Bart Darding.
Muziektherapeut i.o. van de Zuyd Hogeschool. De komende weken bied ik muziektherapie aan op deze afdeling. Ik speel hierbij muziek voor u, of we maken samen muziek. Dit doe ik met het doel om ontspanning en afleiding te bieden. Tevens is er ook ruimte voor persoonlijke thema's als deze aan bod komen.
Kortom, de muziektherapie is er voor u!

Bent u geïnteresseerd of wilt u meer weten over muziektherapie? Dan kunt u dit bij de verpleging aangeven. Dan zal ik langskomen voor een kennismaking. Ik ben op dinsdag- en donderdagmiddag aanwezig op de afdeling.



Zuyd
Hogeschool

**ZU
YD**

Bijlage 4: Vragenlijst

Afstudeeronderzoek Hulptroepen in strijd tegen kanker 2.0

Geachte meneer/mevrouw,
U heeft samen met Bart Darding (muziektherapeut) muziek geluisterd of gemaakt.
Graag wordt uw medewerking gevraagd voor een onderzoek met betrekking tot muziektherapie op de Multidisciplinaire Oncologieafdeling binnen het Atrium MC. Er worden enkele stellingen gegeven, u mag aangeven in hoeverre u het eens bent met de stellingen. Uw antwoorden zijn anoniem.
Bij voorbaat hartelijk dank!

Bart Darding

Legenda:

Scoremogelijkheden van 1 tot 5.

1: Helemaal niet mee eens 2: Niet mee eens 3: Neutraal 4: Wel mee eens 5: Helemaal mee eens.

Omcirkel wat voor u van toepassing is.

Vragen

Wat is uw leeftijd (optioneel)?
_____ jaar

Wat is uw geslacht (optioneel)?
M / V

1	De muziek bood mij afleiding van negatieve gedachten en/of emoties.	1	2	3	4	5
2	Voor de muziek voelde ik fysieke en/of emotionele spanning Tijdens en/of na de muziek heb ik een verlaging gemerkt in mijn spanningsniveau.	1	2	3	4	5
3	Ik heb emoties gevoeld tijdens de muziek. Ik heb deze emoties kunnen uiten. Het was prettig om deze emoties te uiten.	1	2	3	4	5
4	Ik vond de muziek een positieve ervaring. Muziek heeft een meerwaarde voor mijn behandeling op de oncologie afdeling. Ik vind dit omdat:	1	2	3	4	5
5	Ik zou een financiële bijdrage willen leveren om muziek tijdens mijn behandeling op de afdeling te mogen ontvangen.	1	2	3	4	5

Heeft u buiten de bovengenoemde punten nog andere veranderingen gemerkt tijdens de muziek?
Ja / Nee

Heeft u nog opmerkingen?

