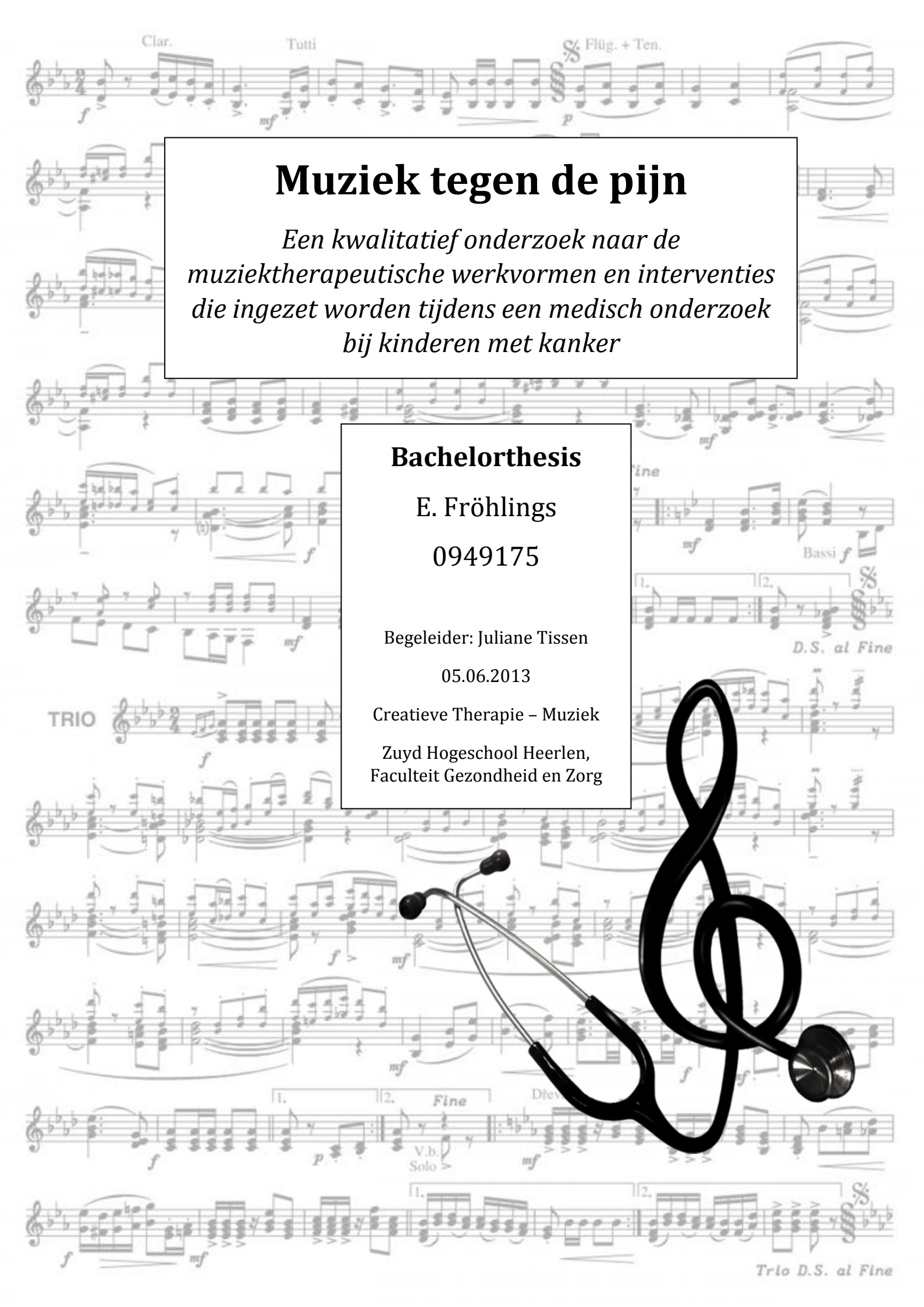


The background of the entire page is a faded musical score. It includes various musical notations such as treble and bass clefs, notes, rests, and dynamic markings like 'f' (forte), 'mf' (mezzo-forte), and 'p' (piano). Instrument labels like 'Clar.', 'Tutti', 'Flüg. + Ten.', and 'Bassi' are visible. There are also section markers like 'TRIO' and 'D.S. al Fine'. A large, black stethoscope is superimposed on the right side of the page, with its chest piece at the bottom right and its earpieces extending towards the center.

Muziek tegen de pijn

Een kwalitatief onderzoek naar de muziektherapeutische werkvormen en interventies die ingezet worden tijdens een medisch onderzoek bij kinderen met kanker

Bachelorthesis

E. Fröhlings

0949175

Begeleider: Juliane Tissen

05.06.2013

Creatieve Therapie – Muziek

Zuyd Hogeschool Heerlen,
Faculteit Gezondheid en Zorg

INOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	1
Inleiding.....	2
1 Probleemstelling	3
1.1 De aanleiding	3
1.2 Doelgroep	4
1.3 Rol van het medium	5
1.4 Zoekstrategie	5
1.5 Uiteenzetting van resultaten	6
1.5.1 Music and medicine	6
1.5.2 De meerwaarde van livemuziek	7
1.5.3 Sfeer	8
1.5.4 Antroposofie	9
1.5.5 Conclusie van de literatuur, wat mis ik?	10
1.6 Relevantie voor de praktijk.....	10
1.7 Vraagstelling	11
1.8 Doelstelling.....	11
2 Onderzoeksmethode	12
2.1 Onderzoekstype en -methode	12
2.2 Dataverzameling.....	13
2.2.1 Onderzoekspopulatie	13
2.2.2 Het interview.....	14
2.3 Datapreparatie	15
2.4 Data-analyse	15
2.5 Kwaliteitscriteria.....	16
3 Resultaten	18
3.1 Omstandigheden	18
3.1.1 Angst voor de lumbale punctie	18
3.1.2 De situatie: Wie is aanwezig en wat wordt gedaan?	19
3.2 Muziektherapie tijdens een medisch onderzoek.....	20
3.2.1 Groepsgebeuren/sfeer	20
3.2.2 Therapeutische relatie/houding	20
3.2.3 Voorbereiding en nabehandeling van een lumbale punctie	21
3.2.4 Interventies	21
3.2.5 Doelen	22

3.3	Werkvormen.....	23
3.3.1	Receptieve werkvormen.....	23
3.3.2	actieve werkvormen	24
3.3.3	Interactieve werkvormen	25
3.4	Kritiek en alterantieven	26
4	Discussie.....	27
4.1	Verklaring en interpretatie van de resultaten	27
4.2	Reflectie op de uitvoering van het onderzoek (procesevaluatie)	30
4.2.1	Dataverzameling.....	30
4.2.2	Datapreparatie en analyse	31
4.3	Sterkten en tekortkomingen van het onderzoek.....	32
4.3.1	Sterkten.....	32
4.3.2	Tekortkomingen	33
4.4	Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel.....	34
4.4.1	De cliënt	36
4.4.2	De therapeut.....	37
4.4.3	Het medium	38
4.5	Vergelijking oud en nieuw werkmodel.....	39
4.6	Beantwoording van de vraag.....	40
4.7	Aanbevelingen	41
5	Samenvatting	42
	Bronvermelding	43
	Bijlagen.....	47
	Bijlage 1 - Zoekgeschiedenis en PICO-vragen	47
	Bijlage 2 - Lijst datums interviews.....	47

VOORWOORD

‘Muziek tegen de pijn’. Kinderen die kanker hebben beleven in het ziekenhuis vaak veel pijn. Een medisch onderzoek is een van de meest pijnlijke en angstwekkende momenten voor een kind met kanker. Dit heb ik zelf tijdens mijn stage in het UZ Leuven – Gasthuisberg vaak gezien. Juist daarom werd in het UZ Leuven de muziektherapie tijdens medische onderzoeken ingezet.

Ikzelf heb enkele keren een lumbale punctie mee mogen begeleiden en heb kunnen zien wat voor een effect muziek op de kinderen heeft. Helaas heb ik dit niet vaak kunnen meemaken en had ik daardoor geen concreet beeld wat er allemaal mogelijk en nodig is om muziektherapie in te zetten tijdens een medisch onderzoek. Op basis daarvan ben ik op zoek gegaan naar literatuur over muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Ik heb er veel over kunnen lezen, maar heb nergens teruggevonden wat de therapeut concreet kan doen. In veel studies staat geschreven dat muziek een positief effect heeft op acute pijn, dat de kinderen rustiger worden, dat ze minder gespannen zijn en dat ze minder angst beleven. Maar toch vond ik nergens terug wat mogelijke werkvormen zijn, die een therapeut zou kunnen gebruiken. En juist daarom heb ik voor dit thema gekozen.

Tijdens het onderzoeken van mijn thema kwam ik erachter dat niet alleen de werkvormen van belang zijn voor de muziektherapeut. Belangrijk is ook wat de invloed van de verschillende factoren van een medische setting op het kind en op de muziektherapie is. Dit heeft me gefascineerd en ik heb er dus voor gekozen om de randvoorwaarden voor muziektherapie tijdens medisch onderzoeken ook nog mee op te nemen in mijn studie.

Ik koos voor dit thema omdat ik zelf gezien heb dat muziektherapie tijdens medische onderzoeken effectief is, maar dat het desondanks nog zeer weinig wordt ingezet. Verder maakte ik een inventarisatie van mogelijke muziektherapeutische werkvormen om een handleiding te bieden aan muziektherapeuten die in het werkveld van de kinderoncologie werken. Ik hoop dat mijn onderzoek een bijdrage kan leveren aan de muziektherapeutische ontwikkeling op het gebied van de kinderoncologie.

Om mijn onderzoek te kunnen realiseren en om het zinvol te kunnen doorvoeren wil ik enkele mensen bedanken, zonder wie de uitvoering van mijn studie niet mogelijk was geweest:

Ten eerste wil ik Juliane Tissen bedanken voor het begeleiden van mijn onderzoek. Haar tips, haar adviezen, haar ondersteuning en haar feedback hebben in grote mate bijgedragen aan een goede uitvoering van mijn onderzoek. Als ik een keer niet verder geraakte, gaf zij steeds nieuwe ideeën om verder over na te denken. Bedankt hiervoor!

Ten tweede wil ik alle respondenten, die een interview hebben gegeven, bedanken. Zonder al de waardevolle informatie die hieruit voortkwam was de uitvoering van mijn onderzoek niet mogelijk geweest. Bedankt voor de openheid en de nieuwsgierigheid over het onderwerp!

Ten derde wil mijn stagebegeleiders Inge Bracke en Leen Verbeeck uit Leuven danken. Door hen ben ik in contact gekomen met mijn onderzoeksthema en door hun positieve woorden was ik ervan overtuigd dat dit een zinvol onderwerp zou zijn om te onderzoeken. Bedankt voor de fijne begeleiding tijdens de stage en voor het meedenken over een onderwerp voor mijn scriptie!

Ten vierde wil ik Nele Pauwels en Katrin Ansorge bedanken voor het corrigeren van de scriptie. Bedankt dat jullie de tijd hiervoor genomen hebben!

Als laatste wil ik uit mijn persoonlijke kring mijn zus, mijn ouders, mijn vriend en al mijn lieve vrienden en medestudenten bedanken voor de ondersteuning tijdens de scriptie en tijdens mijn hele studie. Door jullie steun was ik er altijd van overtuigd dat ik het juiste deed. Bedankt voor de bemoedigingen en voor het vertrouwen dat jullie altijd in mij hadden!

INLEIDING

Na mijn stage van vorig jaar in Leuven op de kinderoncologische afdeling in het ziekenhuis Gasthuisberg ben ik op zoek gegaan naar interessante thema's voor mijn bachelorthesis. In het volgende zal ik die zoektocht iets meer beschrijven. Ik begin met de aanleiding voor mijn onderzoek, waarin ik beschrijf waarom ik in de richting van muziektherapie tijdens medisch onderzoeken zoals lumbale puncties wou gaan. Ik geef een beschrijving van de doelgroep en wat ik hierover allemaal heb gevonden in literatuur. Dit gaat zowel over de neurologische aspecten van muziek bij pijn, als ook over psychische aspecten van de muziektherapie en het creëren van een muzikale sfeer. Daaruit concludeer ik wat mijn onderzoeksvraag is, dus wat nog niet is opgenomen in de literatuur. Het gaat hierbij vooral om de verschillende muziektherapeutische werkvormen en technieken die ingezet kunnen worden en om de randvoorwaarden en de doelen van muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Daarna beschrijf ik de relevantie van mijn onderzoek voor de praktijk, en wat de concrete vraagstelling en de doelen van dit onderzoek zijn.

Het eerste deel ging over *wat* het thema is van mijn onderzoek en waarom ik voor dit thema gekozen heb. In het tweede deel gaat het volledig over *hoe* ik mijn onderzoek gedaan heb. Hierin beschrijf ik dus de onderzoeksmethode en het onderzoekstype. Vervolgens beschrijf ik mijn onderzoekspopulatie, en daarna hoe ik mijn data verzameld, voorbereid en geanalyseerd heb. Verder beschrijf ik welke kwaliteitscriteria belangrijk waren tijdens mijn onderzoek.

In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van de interviews beschreven. Het gaat in dit hoofdstuk puur over de data die ik door de respondenten verkregen heb. Ik heb deze data ingedeeld in de randvoorwaarden (omstandigheden, groepsgebeuren/sfeer, therapeutische houding/relatie, voorbereiding en nabehandeling van een lumbale punctie, interventies en doelen) en in de werkvormen die genoemd werden. Ook hier heb ik een onderverdeling gemaakt: ten eerste worden de receptieve werkvormen beschreven, daarna de actieve werkvormen en als laatste de interactieve werkvormen. Aan het einde van dit hoofdstuk ga ik nog in op de kritiek en de alternatieven die genoemd werden door de respondenten.

Hoofdstuk 4 is de discussie van mijn resultaten. Hierin verklaar en interpreteer ik mijn resultaten aan de hand van literatuur en reflecteer ik op mijn onderzoek. Eerst maak ik een procesevaluatie en daarna komen de sterktes en de tekortkomingen van mijn onderzoek aan bod. Uiteindelijk integreer ik de resultaten van mijn onderzoek in een nieuw werkmodel over de cliënt-therapeut-medium-driehoek en vergelijk ik dit werkmodel met mijn eigen ervaring. Daarna beschrijf ik hoe mijn onderzoeksvraag beantwoord is en maak ik aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

Als laatste geef ik in hoofdstuk 5 een korte samenvatting van heel mijn onderzoek.

1 PROBLEEMSTELLING

In dit hoofdstuk zal ik de probleemstelling van mijn onderzoek beschrijven. Eerst zal ik de aanleiding beschrijven, dus mijn persoonlijke motivatie om dit onderzoek te doen. Vervolgens zal ik beschrijven wat de doelgroep van mijn onderzoek en de rol van het medium hierin zijn. Daarna zal ik een inventarisatie van bestaande literatuur rondom het thema geven en daaruit concluderen wat er ontbreekt in de literatuur en dus wat ik concreet zal onderzoeken. Dit zal in de vraagstelling kort en bondig worden samengevat en bij de doelstelling nog verder worden uitgelegd.

1.1 DE AANLEIDING

Ongeveer een jaar geleden begon ik mijn jaarstage in het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven. Hier werkte ik een jaar op de afdeling kinderoncologie en maakte ik veel muziek met de zieke kindjes. Ik heb veel mooie momenten beleefd, maar ook moeilijke dingen moeten meemaken. De kinderen in het ziekenhuis hebben het niet altijd makkelijk. De muziektherapie kan hen helpen hun angsten en al de andere voor hen vreemde gevoelens een plaats te kunnen geven en terug plezier te kunnen beleven. Ik heb in die tijd voornamelijk gewerkt met individuele actieve muziektherapie met de kinderen.

Maar er is nog een andere vorm van muziektherapie die er al deels wordt toegepast. Kinderen met leukemie moeten vaak lumbale puncties (LP's) ondergaan. Een lumbale punctie (ook ruggenprik genoemd) is een onderzoek waarbij wat liquor uit het lichaam gehaald wordt. Liquor is het vocht dat de hersenen en het ruggenmerg omringt, oftewel ruggenmergvocht ("Lumbaal Punctie (Ruggenprik)", 2000-2012). Bij kinderen met leukemie kan dit vocht van samenstelling veranderen en dit is belangrijk om te weten voor de verdere behandeling. Bovendien wordt bij een lumbale punctie vaak ook medicatie ingespoten. Voor dit onderzoek moeten de kinderen Kalinox inademen. Kalinox is een reukloos, kleurloos gasmengsel dat voor de helft uit zuurstof en voor de helft uit lachgas bestaat. Dit geneesmiddel brengt de kinderen niet in slaap maar helpt hen om makkelijker te ontspannen, waardoor ze minder pijn zullen ervaren (Verpoort, 2009). Deze puncties zijn altijd moeilijke momenten voor de kinderen. Daarom wordt er in Gasthuisberg (sinds kort) muziektherapie toegepast tijdens een lumbale punctie. Op de afdeling zijn twee muziektherapeuten werkzaam, de puncties moeten gebeuren en daarom is het zeker goed om de kinderen ook in de moeilijke momenten te kunnen begeleiden.

Ik persoonlijk heb gezien dat muziek tijdens een lumbale punctie de kinderen heel erg kan helpen om minder gespannen en minder angstig te zijn. Ook zag ik dat niet alleen het kind zelf, maar heel de werksfeer wordt beïnvloed door muziek. De ouders gaven terug dat zo'n ingreep veel aangenamer was met muziek en ook de artsen waren heel enthousiast. Het was dus duidelijk merkbaar dat de muziek en de muziektherapeut verandering teweegbrachten. Maar hoe valt dit te verklaren? In de literatuur heb ik heel veel kunnen lezen over 'music and medicine'. Dit wil zeggen dat er al veel onderzocht is over de pijnverzachtende en de angstminderende werking van muziek, maar geen van deze onderzoeken gaat in op wat de muziektherapeut nu concreet doet. Bijna nergens worden werkvormen of iets dergelijks beschreven. Maar dat vind ik juist heel belangrijk omdat de muziektherapeuten hier echt iets aan zouden hebben.

Door deze ervaring ben ik dus op een thema gekomen en wil ik onderzoeken, wat er voor werkvormen worden toegepast tijdens een medisch onderzoek zoals bijvoorbeeld een lumbale punctie en wat de doelen hiervan zijn. Ook vind ik het belangrijk om op te schrijven wat hiervoor de randvoorwaarden zijn. De specifieke onderzoeksvraag, die ik uit de literatuurstudie concludeer, staat in hoofdstuk 1.7 beschreven.

1.2 DOELGROEP

Mijn onderzoek zal plaatsvinden met behulp van muziektherapeuten die op een kinderoncologische afdeling werken. Daarbij worden situaties onderzocht, waarbinnen kinderen een medisch onderzoek (bijvoorbeeld een lumbale punctie) moeten ondergaan en de muziektherapeut tijdens dit onderzoek muziek maakt voor of met het kind.

In tegenstelling tot volwassenen, kan kanker bij kinderen zich in korte tijd manifesteren. Bij volwassenen ontwikkelt kanker zich gedurende vele jaren. Over de oorzaken van de meeste vormen van kanker bij kinderen is weinig bekend ("Kinderen met kanker", 1999-2011).

Ter verduidelijking van het aantal kinderen die per jaar kanker krijgen zal ik als voorbeeld hier de getallen van Nederland noemen om een beeld te krijgen van het voorkomen van kanker bij kinderen. Elk jaar krijgen in Nederland ongeveer 400 kinderen onder de 14 jaar kanker. Tussen de 15 en 24 zijn er jaarlijks bijna 500 cliënten. Het voorkomen van kankervormen bij kinderen is niet hetzelfde als bij volwassenen. Bij kinderen komen leukemie en tumoren van het centrale zenuwstelsel het meeste voor. Jaarlijks krijgen in Nederland 100 tot 120 kinderen een vorm van leukemie en 80 kinderen onder de 15 jaar een hersentumor ("Kinderen met kanker", 1999-2011). Gemiddeld geneest ruim 70% van de kinderen en het percentage groeit nog steeds ("Kinderen en kanker", n.d.; "Twee op drie cliënten overleven kanker", 2009-2010).

Natuurlijk worden kinderen met kanker anders behandeld dan volwassenen met kanker. De behandeling, begeleiding en voorlichting moeten optimaal zijn. Daarom hebben kinderen met kanker speciale zorg op maat nodig. Hiervoor zijn zowel in Nederland als ook in andere landen zoals België of Duitsland bepaalde ziekenhuizen gespecialiseerd. De behandeling van kinderkanker kan uit operaties (chirurgie), bestraling (radiotherapie) en/of medicijnkuren (chemotherapie) bestaan ("Kinderen en kanker", n.d.). Deze behandeling vraagt een grote vakkennis en wordt daarom meestal in de hiervoor gespecialiseerde ziekenhuizen uitgevoerd. Dit betekent dat het gezin van een cliënt vaak een lange route (naar genezing) moet afleggen. Naast de lichamelijke klachten van de therapie zoals moeheid, infectievatbaarheid, bloedingneiging of slijmvlieslaesie¹ moeten de kinderen en hun ouders het hele leven nieuw organiseren. Omdat een ouder altijd bij het kind moet blijven, ontstaan er vaak financiële problemen. Ook de verzorging van broers of zussen wordt vaak een probleem. Bovendien zijn alle familieleden gedwongen om ook de emotionele aspecten van een levensgevaarlijke ziekte onder ogen te nemen (Grießmeier, Bossniger, 1994).

Vaak is de ziekte voor de kinderen zelf minder erg dan voor het gezin. In het boek 'Ben ik zo angstaanjagend?' (Vogels, 2004) vertellen tien kinderen hoe het is om kanker te hebben. Hierin beschrijven ze hoe ze reageerden toen ze de diagnose kregen, hoe ze de behandeling ervoeren en wat er toen allemaal in en met hun gebeurde. De kinderen weten wel dat kanker gevaarlijk is, maar ze snappen meestal pas dat het echt erg is, zodra de ouders beginnen te huilen of op een dergelijke manier hun emoties uiten. Bij bijna iedereen lees ik, dat de kinderen denken: "Mijn ouders begonnen te huilen, dan moet het wel iets ergs zijn". In het boek 'Er zijn' (Kars, Grypdonck, Duijnsteek & Pool, 2003) staat ook beschreven, dat het voor de ouders altijd een grote schok is, omdat zij meteen aan de dood van hun kind moeten denken. Dit zien de kinderen meestal in eerste instantie niet.

Tijdens de behandeling ervaren de kinderen veel moeilijke dingen. Ze voelen zich heel slecht, moeten overgeven en zijn heel moe, maar toch zien ze naast de hele moeilijke behandeling ook vaak nog de positieve dingen en kunnen ze ook in het ziekenhuis plezier beleven. Ik las een verhaal over een jongen die een ECG² had en op de afdeling intensive care lag. Hij vond het heel erg saai daar en op een bepaald moment merkte hij dat hij de 'lijntjes' van het ECG kon veranderen door anders te ademen. Dit vond hij grappig en hij begon ermee te spelen en lijntjes te 'tekenen' totdat het alarm ging (Vogels, 2004). Dit verhaal heeft me persoonlijk veel

¹ Het slijmvlies is een dunne laag cellen die slijm produceren, meestal met bescherming of transport van afvalstoffen als doel. Een slijmvlieslaesie is een beschadiging van het slijmvlies ("Slijmvlies", 2012).

² Een elektrocardiogram of ECG is een registratie van de elektrische activiteit van de hartspier ("Elektrocardiogram", 2013).

opgeleverd. De kinderen vinden het natuurlijk niet leuk om in het ziekenhuis te liggen en voelen zich ook vaak niet goed, maar toch kunnen ze tussendoor nog aan andere dingen denken en vrolijk zijn. En juist daar haakt dus de creatieve therapie op in.

1.3 ROL VAN HET MEDIUM

De rol van het medium muziek is voor mij moeilijk te beschrijven omdat ik zelf maar enkele keren een punctie heb bijgewoond als muziektherapeut. Maar ik zal proberen zo goed mogelijk te verklaren wat ik muzikaal gedaan heb. Ik heb altijd samen met een van de muziektherapeuten van de afdeling gespeeld. We zijn vaak al begonnen met spelen als de artsen nog bezig waren met de voorbereiding van de punctie. We begonnen meestal gewoon samen te improviseren op gitaar en viool. De viool was voor de kinderen een onbekend en daardoor heel boeiend instrument, waardoor hun aandacht verlegd werd van de angst of de pijn naar de muziek. Een keer kwam er vanuit een kind de vraag naar het spelen van bekende liedjes. Volgens mij had zij behoefte aan iets bekends. Want toen speelde ik samen met een muziektherapeute die eigenlijk niet de muziektherapeute van dit kind was. Er was dus geen vertrouwde muziektherapeut aanwezig en daarom moest de muziek op zich de veiligheid en het vertrouwen bieden. Ik denk dat bekende liedjes bij kinderen altijd wel geschikt zijn, omdat ze deze kennen en daardoor iets hebben waarop ze zich kunnen concentreren. Maar ook het ongewone instrument was naar mijn mening geschikt om te gebruiken, omdat de kinderen daardoor meer aandacht voor het instrument op zich hadden. Ik denk ook dat het belangrijk is om de muziek heel voorzichtig op te bouwen en de reacties van het kind goed te observeren. Want soms hebben kinderen in zo een situatie hele vrolijke muziek nodig en soms juist niet. Soms moet het heel rustig zijn en soms niet. Het is dus heel belangrijk dat de therapeut kijkt naar wat het kind doet en hoe het kind reageert en zijn spel daarop afstemt. En natuurlijk moet er ook ruimte zijn voor het kind om te kunnen zeggen als er iets niet klopt of als de behoeftes van het kind ergens anders liggen.

Volgens mij zijn het contact en de afstemming tussen therapeut en kind dus heel belangrijk. Daarvoor is natuurlijk ook de therapeutische relatie weer van belang zodat de therapeut kan aanvoelen waar het kind behoefte aan heeft.

1.4 ZOEKSTRATEGIE

Bij het zoeken van literatuur ben ik basaal begonnen bij het zoeken in de databanken (bv. PubMed, Cinahl, Wiley Online Library en PsycBITE). Ik heb met allerlei verschillende zoekwoorden artikelen, boeken en studies gezocht. Ook heb ik in de centrale bibliotheekcatalogus naar interessante boeken gezocht. Bovendien ben ik op GoogleScholar, WorldCat en andere databanken gaan zoeken. Ook heb ik gekeken naar oude bachelor thesissen en heb ik met mensen gepraat die iets over muziektherapie in een medisch kader wisten. Dit waren onder andere Inge Bracke van Gasthuisberg, Kathinka Poismans van de school en Hiltrud Metzger, die haar dissertatie over receptieve muziektherapie schrijft.

Daarnaast ben ik gaan zoeken naar andere literatuur, bijvoorbeeld in de bronvermeldingen van de gevonden artikelen. Ik heb altijd goed naar de bronvermeldingen in de artikelen gekeken om te zien of ik er ook iets mee kan. En zo heb ik via verschillende wegen veel bronnen gevonden die allemaal interessant waren voor mijn onderzoek. Natuurlijk zaten er ook veel artikelen tussen waar ik niets mee kon doen, maar dan heb ik er tenminste nog een andere bron uit gehaald, waar ik wel iets mee kon doen.

Ik heb onder andere de volgende zoekwoorden in het Nederlands, in het Duits en in het Engels gebruikt: kinderoncologie, pediatrie, kanker, punctie, lumbale punctie, medisch onderzoek, pijn, angst, muziektherapie, livemuziek, muziek, sfeer, invloed, analytische muziektherapie, contact, receptief (receptieve), communicatie, aanwezigheid, moment, relatie (relationeel aspect), interactie, neurologie, waarneming, antroposofie, bekende liedjes, vertrouwde persoon enzovoort.

1.5 UITEENZETTING VAN RESULTATEN

Ik heb tijdens het zoeken van geschikte literatuur heel veel informatie kunnen vinden die ik in het volgende zal samenvatten. Ik ga dit indelen in verschillende hoofdstukken die elk thema omschrijven. In het begin gaat het puur neurologisch over 'music and medicine', daarna komt een stukje waar zowel neurologische als ook psychische aandelen in beschreven worden en als laatste ga ik in op het creëren van sfeer, op interventies die gebruikt kunnen worden en op de antroposofische muziektherapie.

1.5.1 MUSIC AND MEDICINE

Het ervaren van pijn tijdens een medisch onderzoek is vaak een van de meest moeilijke momenten voor kinderen met kanker (Hedstrom et al., 2003). Daarom is het belangrijk de kinderen ook in zo'n moeilijke situaties te begeleiden. Dat muziek tijdens een medisch onderzoek effect heeft, is meermalen bewezen door verschillende studies. Ik noem er enkele op.

Volgens Smeijsters (2006) werkt het effect van muziek op pijn zowel op neurofysiologisch vlak als op psychologisch vlak. Er zijn meetbare neurologische en fysiologische reacties zoals het rustiger worden van hartslag en ademritme door de muziek. Muziek en pijn volgen bovendien dezelfde zenuwbanen en dus worden het pijnsignaal en het muzieksignaal op dezelfde manier naar de hersenen gestuurd. Beide signalen hebben dus invloed op het limbische systeem dat verantwoordelijk is voor emoties. Zo werkt de muziek in op de gevoelens van het kind, die in een pijnsituatie meestal negatief zijn (Smeijsters, 1996). Zodra het gevoel van angst minder wordt, vermindert ook de pijn. Bovendien kan muziek in een dergelijke situatie ontspanning bieden, die ook pijnreducerend kan werken (Reinhardt, 1999). Ook is te zien, dat kinderen algemeen minder angst hebben tijdens hun opname in het ziekenhuis als er een aanbod van muziektherapie is en ook de ouders zijn minder gespannen daardoor (Barrera et al., 2002). Bijgevolg kan besloten worden dat muziek een grote invloed heeft op angst en pijn bij kinderen met kanker.

Gousie (2001) heeft het effect van muziektherapie op pijn tijdens een punctie onderzocht. Deelnemers van de studie waren kinderen tussen 2 en 10 jaar, die muziektherapie kregen tijdens een punctie. Er werden liedjes gespeeld en de kinderen mochten zelf meespelen op een kazoo³. De muziektherapeut probeerde het kind zo veel mogelijk te betrekken bij de muziek door bijvoorbeeld de naam van het kind te noemen of instructies te geven hoe het kind moest spelen (bv. hard of zacht). Het was duidelijk meetbaar dat de kinderen die muziektherapie kregen minder pijn beleefden tijdens de punctie. Dit gebeurde onder andere ook door bijvoorbeeld te synchroniseren op het ademritme. Dit wil zeggen dat de therapeut probeert het ritme van de adem van het kind op te pakken en om te zetten in muziek.

Een andere studie die de werking van muziek op pijn bij kinderen die een punctie krijgen onderzocht heeft, is die van Nguyen, Nilsson, Hellström en Bengtson (2010). 40 kinderen tussen

³ Een kazoo is een sigaarvormig muziekinstrument van metaal of kunststof met een vliezig membraan van dun papier dat met een nasaal geluid trilt wanneer de speler erin neuriet ("Kazoo", 2013).

7 en 12 jaar met leukemie die lumbale puncties kregen, vormden de doelgroep van dit onderzoek. 20 kinderen kregen muziek via een koptelefoon te horen tijdens de punctie en de andere 20 kinderen niet. De muziek had duidelijk effect op de kinderen. Ze beleefden minder angst, minder pijn, hadden een rustigere hartslag en een rustigere ademhaling tijdens en na de punctie. Bovendien bracht de muziek vóór de lumbale punctie de aandacht van de kinderen weg van het onderzoek naar iets leuks, namelijk de muziek. De aandacht voor de angst was dus al voor aanvang van het onderzoek minder. Sommige kinderen merkten zelfs niet wanneer ze geprikt werden.

Het is opvallend dat de angst vaak al ontstaat tijdens het wachten op een onderzoek. De kinderen denken over het onderzoek na, weten dat ze straks waarschijnlijk pijn zullen ervaren en worden daardoor angstig. Maar ook tijdens het wachten op iets (bijvoorbeeld op een onderzoek) heeft muziek een groot effect. Er ontstaat van het begin af aan minder angst (Cooke, Chaboyer, Hiratos, 2005). Het zou dus zeker zinvol zijn om al met de muziek te beginnen terwijl de kinderen het onderzoekslokaal binnen komen, omdat ze dan toch meestal nog eventjes moeten wachten.

Een verdere studie liet zien dat de aandacht van de kinderen door de muziek verplaatst wordt van het onderzoek naar de muziek zelf. De (live)muziek helpt de kinderen niet te veel te moeten denken aan het onderzoek. Bovendien kan de therapeut zowel op het kind als op de ouders ingaan met zijn muziek. Daardoor kan er contact binnen de muziek ontstaan. Het is aan de therapeut om te weten wanneer, hoe snel en hoe veel hij mag of moet doen voor het kind. Zang met gitaarbegeleiding was bij dit onderzoek de meest gebruikte interventie. 100% van de kinderen en de ouders genoot van de muziek en 95% zei dat ze er echt iets aan hadden (Barton, 2008).

Kinderen die in het ziekenhuis muziektherapie krijgen zijn blijkbaar in het algemeen minder misselijk en moeten minder overgeven dan kinderen die geen muziektherapie krijgen (Gimeno, 2010). De muziek heeft dus een grote invloed op het hele lichaam. Het beïnvloedt op psychisch en fysisch vlak en heeft een grote impact op alles wat er binnen het ziekenhuis gebeurt, en dus ook op een onderzoek dat de kinderen moeten ondergaan.

Inge Bracke (2009) vat het in een van haar artikelen mooi samen. In de hersenen worden endorfines (lichaamseigen pijnstillers) aangemaakt wanneer het muziek spelen of luisteren als prettig wordt ervaren. Hierbij is de therapeutische relatie belangrijk. Ook zegt ze dat klanken vaak meer kunnen zeggen dan woorden. Dat klopt in deze situatie goed. Je zou de kinderen nog zo vaak kunnen zeggen dat ze geen angst moeten hebben en dat het allemaal niet zo erg is, maar als je dit in de muziek laat horen, dan heeft het pas echt effect. De kinderen krijgen het gevoel dat er iemand is voor hen. De focus van de pijn wordt dus verlegd naar de muzikale beleving.

Er zijn nog veel meer studies die het effect van muziek op pijn en angst hebben onderzocht, maar ik heb voor mijn samenvatting de belangrijkste eruit gepikt. Ik koos voor deze studies omdat de doelgroep ongeveer dezelfde is als die van mijn onderzoek. Ik heb ook veel studies gevonden die globaal over de pijnverzachende werking van muziek gingen, maar deze waren voor mij minder relevant.

Dit hoofdstuk toont aan dat muziek tijdens een medisch onderzoek überhaupt effect heeft. Dit is de basis waarop ik mijn onderzoek ga uitvoeren. Ik weet al dat het werkt, een concrete beschrijving van het "hoe?" heb ik nog niet gevonden.

1.5.2 DE MEERWAARDE VAN LIVEMUZIEK

Wat is de meerwaarde van livemuziek tegenover muziek van bijvoorbeeld een cd-speler? Deze vraag probeer ik te beantwoorden aan de hand van verschillende literatuurbronnen. Het moeilijke hieraan is dat dit soort werken soms onder de noemer 'actieve muziektherapie' en soms onder de noemer 'receptieve muziektherapie' valt. De therapeut speelt namelijk actief muziek, maar de cliënt luistert "alleen maar". Decker-Voigt, Oberegelsbacher en Timmermann (2008) spreken in dit

geval van 'Für-Spielen' in plaats van 'Vorspielen'. Dit wil zeggen dat de therapeut zijn spel op de cliënt kan afstemmen en het kan aanpassen. De therapeut speelt echt vóór de cliënt. Als de therapeut bijvoorbeeld merkt dat de muziek niet meer toepasselijk is omdat de cliënt zich opspant, kan hij de muziek ter plekke aanpassen. Dit is zeker een van de belangrijkste punten voor de meerwaarde van livemuziek.

Er zijn twee verschillende technieken van Loewy (1997) die op deze manier van werken van toepassing zijn. De eerste is de techniek 'resonating'. Het doel hiervan is om emotionele, fysieke en mentale aspecten van de pijn van een persoon met mekaar te verbinden en te integreren. De therapeut let hierbij vooral op wat de cliënt op het moment zelf nodig heeft. De cliënt zal hierdoor meer aandacht voor zijn innerlijk proces krijgen. Daarbij is het belangrijk dat de therapeut bewust voor een boeiende activiteit kiest en dat hij in de gaten houdt hoe de cliënt ademt. Een tweede techniek is 'relaxation'. 'Relaxation' is een techniek waarbij de angst verminderd wordt en daardoor de pijn ook mindert. Daarbij is het belangrijk dat de therapeut ervoor zorgt, dat de cliënt diep ademt. Er kan bijvoorbeeld een fantasiereis gemaakt worden, repetitieve bewegingen kunnen handig zijn en afleiding staat ook op de voorgrond.

Livemuziek met bekende liedjes maar met ongewone instrumenten kan effectief zijn om de aandacht van het kind te pakken te krijgen (Loewy, 1997). Studies van Standley (1986), Standley en Whipple (2003) en Walworth (2003) lieten zien dat livemuziekinterventies meer effect hebben dan geen muziek of muziek van een cd-speler, omdat de therapeut kan ingaan op de situatie, het gedrag en de stemming van het kind.

Ik vond het belangrijk om dit hoofdstuk toe te voegen, zodat ik voor mezelf helder heb dat het goed is om livemuziek toe te passen tijdens de muziektherapie. Het is dus zinvol om me voor mijn onderzoek te verdiepen in de livemuziek, gespeeld door de therapeut, omdat dit nog meer effect heeft op de kinderen. Dit kan een grotere meerwaarde bieden tijdens het onderzoek.

1.5.3 SFEER

Muziek creëert een sfeer. Een muzikale sfeer is moeilijk te beschrijven. Hij ontstaat door wat er leeft in de ruimte en door de verschillende muzikale parameters zoals vorm, klankkleur, tempo, dynamiek, melodie, harmonie, ritme enzovoort. De therapeut speelt in op wat hij of zij voelt, neemt de cliënt waar en probeert daarmee een sfeer te creëren die ontspannend werkt. Door bewust te spelen wordt de therapeut waarneembaar, present en voelbaar voor de cliënt. Er zijn atmosferen, die alleen door muziek gemaakt en ervaarbaar kunnen worden (Hoffmann, 2005).

Noecker-Ribaupierre (2004) beschrijft de muziektherapie voor moeder en kind. Daarbij creëert de therapeut een sfeer voor de moeder en het kind, met als doel zekerheid en geborgenheid te bieden. Zo ontstaat volgens haar een 'Klanghülle', die alleen door livemuziek tot stand kan worden gebracht. De therapeut probeert hierbij de gemoedstoestand van het kind en de sfeer die er in de omgeving leeft op te pakken en improviserend om te zetten in muziek.

In een gesprek met Hiltrud Metzger in oktober 2012 vroeg ik waardoor er nu precies contact ontstaat tussen cliënt en therapeut bij receptieve muziektherapie. Ook zij zei dat sfeer hierbij een zeer basaal gegeven is. Met zijn gevoelens is de cliënt actief en het contact ontstaat door de gevoelens in overdracht en tegenoverdracht⁴. Het speciale aan het livemuziek spelen is dat er een levendige, voortdurende, indirecte uitwisseling plaatsvindt tussen therapeut en cliënt. De therapeut kan voelen wat er in de cliënt leeft. Dit zet hij om in zijn spel om een sfeer te creëren waarin zowel de cliënt als de therapeut hun plaats hebben. Daardoor ontstaat er contact. Als de therapeut rustig is, zal de cliënt ook rustiger worden. Emotionele nabijheid kan ook door gebaren en mimiek ontstaan. Deze spelen vaak een rol in de muziektherapie (Langenberg, 1988).

⁴ Overdracht en tegenoverdracht is een theorie van Sigmund Freud (1856-1939). Overdracht betekent dat de gevoelens van de cliënt worden overdragen op de therapeut. Tegenoverdracht betekent het overbrengen van de gevoelens van de therapeut op de cliënt (Van Delft, 2009).

Priestly (1982) en Metzger (2012) geven voorbeelden van klanken die rustgevend werken. Volgens Metzger (2012) werken lange en lage tonen rustgevend. Volgens Priestley (1982) zijn het de dichte, arpeggiogespelde⁵ majeurakkoorden, die een persoon sterk maken. Mineurakkoorden brengen opluchting bij verdriet en verlangen. Wanneer de cliënt de gespeelde muziek op die manier hoort, heeft dit een rustgevende werking op hem.

Volgens Hermans, Hermans-Jansen en Gilst (1985) bestaan er twee motieven die onze persoonlijkheid structureren: zelfbevestiging en de relatie tot de ander. De relatie tot de ander uit zich in de wens zich betrokken te voelen bij een ander. De kwaliteit van dit gevoel speelt hierbij een grote rol. Dit kan ook van belang zijn in de receptieve muziektherapie. De cliënt voelt zich betrokken bij de therapeut, omdat de therapeut het gevoel geeft er te zijn voor de cliënt. Wat er ook gebeurt, de therapeut blijft spelen en ondersteunt de cliënt in de moeilijke situatie. Ook daardoor ontstaat er via de muziek een sfeer waarin therapeut en cliënt duidelijk aanwezig zijn en in contact met elkaar staan.

Omdat er door de muziektherapie een sfeer ontstaat, is het logisch dat de ouders en de artsen ook beïnvloed worden door de muziek. Want de therapeut stemt zijn spel wel af op de cliënt, maar creëert daardoor een sfeer die heel het lokaal vult en waar ook ouders en artsen een plek in kunnen hebben. De muziek vult als het ware heel de ruimte.

Dit hoofdstuk laat een mogelijke verklaring zien voor de werkzaamheid van muziek tijdens een lumbale punctie. De muziek creëert een sfeer waarin iedereen aanwezig kan zijn en waar contact kan ontstaan, waardoor het kind meer veiligheid en zekerheid kan ervaren. Deze muzikale sfeer kan heel sterk voelbaar zijn voor het kind en kan daardoor het welbevinden van het kind bevorderen.

1.5.4 ANTROPOSOFIE

Binnen de receptieve muziektherapie bestaan er verschillende theorieën die vorm geven aan het muziek maken. In Bisseger (2004) wordt de antroposofische werkwijze verklaard, die van toepassing zou kunnen zijn voor kinderen met leukemie die een lumbale punctie moeten ondergaan. Hierbij worden verschillende interventies genoemd.

Door op het moment zelf te improviseren, heeft de therapeut de mogelijkheid stemmingen, woorden of bewegingen van de cliënt op te pakken. Dit kan vanuit een vragende houding of een meer antwoordende houding. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een passend ritme, een stemmingoppakkende melodie of bepaalde passende tonen of intervallen. De geïmproviseerde muziek kan leiden tot een directe dialoog tussen therapeut en cliënt die vanuit het moment zelf ontstaat. Juist als het verbale contact moeilijk is, is dit een zinvolle manier om met de cliënt in contact te kunnen gaan. De stem speelt bij de antroposofische muziektherapie een grote rol. Met de menselijke stem is de therapeut meer aanwezig dan alleen met een instrument. Zijn geestelijk wezen klinkt in de zangstem. Hierdoor kan de patiënt meer direct bereikt worden. Een samenklank van instrument en zang blijkt een goede combinatie te zijn.

Volgens de antroposofische theorie wordt bij receptieve muziektherapie altijd muziek live door de therapeut gespeeld. Er wordt dus geen muziek via een cd-speler afgespeeld. De direct gespeelde klank heeft een eigen kwaliteit. Er kan een "echte" zinnelijke gewaarwording plaatsvinden. Door deze zinnelijke gewaarwording kan er een diepe psychische beleving plaatsvinden, die uitwerking kan hebben op het hele lichaam. De therapeut kan zijn spel op elk moment aan de cliënt aanpassen, hij kan zich als mens helemaal in de situatie inleven. Dit wordt steeds belangrijker, ook als je naar 'music and medicine' kijkt.

De doelen van deze theorie zijn onder andere de pijnvermindering en de ontspanning. Dit past heel goed bij het werk dat ik wil gaan onderzoeken.

⁵ Een arpeggio akkoord is een akkoord waarvan de tonen niet tegelijk maar na elkaar worden gespeeld.

Bij deze soort van muziek maken zijn de vaardigheden van de therapeut heel erg belangrijk. Hij moet zich kunnen invoelen in een ander en moet kunnen waarnemen waar de cliënt op het moment zelf behoefte aan heeft.

De antroposofie biedt ook een verdere verklaring van waarom de muziek effect heeft en waarom het zo belangrijk is dat een therapeut die muziek maakt. Er kan worden ingegaan op de behoeften van de cliënt op het moment zelf. De muziek is dus individueel aangepast op het kind.

1.5.5 CONCLUSIE VAN DE LITERATUUR, WAT MIS IK?

Als ik nu terugkijk naar de literatuur, die ik allemaal gevonden en gelezen heb, valt me op dat er al heel veel is onderzocht op neurologische basis. Het is neurologisch bewezen dat muziek tijdens een medisch onderzoek helpt. Maar hoe zit dat psychisch? Welk aspect in de muziek maakt nu precies dat het zo effectief is? Zijn het de bekende liedjes? Zijn het bepaalde parameters (zoals ritme, harmonie, melodie) die een rol spelen? Ik merk dat er weinig concreet beschreven wordt wat de muziektherapeut precies doet in een dergelijke sessie. Welke werkvormen zijn geschikt om te gebruiken? Welke interventies? Welke technieken?

In Gasthuisberg worden bestaande liedjes gebruikt, maar er worden ook fantasieliedjes gemaakt of de tekst van een lied wordt aangepast, vaak samen het kind. Ook wordt er soms alleen met instrumenten geïmproviseerd. Over dit soort werkvormen is dus weinig te vinden in de literatuur. Daarom wil ik me verdiepen in het analyseren en uitwerken van verschillende werkvormen die je kunt gebruiken tijdens een medisch onderzoek zoals een lumbale punctie. Het lijkt me ook interessant om te kijken aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de muziektherapie tijdens een medisch onderzoek überhaupt te kunnen uitvoeren. Want volgens mij, en ook volgens de literatuur, is het creëren van een sfeer bijvoorbeeld heel belangrijk om een gevoel van zekerheid te bieden en om de aanwezigheid van iedereen erin te integreren. Hierbij spelen ook punten zoals het synchroniseren met het kind, het in contact gaan met het kind en het inspelen op de reacties van het kind een rol.

1.6 RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK

Dit onderzoek is relevant voor de praktijk door het feit dat de resultaten heel bruikbaar zullen zijn voor andere therapeuten. Ik zal een concrete en heldere samenvatting en beschrijving geven van de muziektherapeutische werkvormen en technieken die gebruikt worden tijdens medische onderzoeken bij kinderen met kanker, zoals lumbale puncties. Deze samenvatting zal handig zijn voor therapeuten die met deze doelgroep werken en de muziektherapie tijdens medische onderzoeken willen inzetten. Ze hebben door mijn onderzoek een concreet handvat waarmee ze kunnen beginnen. Ook biedt mijn onderzoek inzicht in en bewustwording van een medische setting, wat zeker ook een meerwaarde voor de praktijk biedt.

Bovendien kwam de vraag voor mijn onderzoek vanuit de praktijk, wat ook de relevantie waarborgt. Er werd aan mij gevraagd om onderzoek te doen naar muziektherapie tijdens een punctie. Het is zeker waardevol voor een therapeut om te weten wat de bijdrage van muziektherapie tijdens een medisch onderzoek is en wat voor werkvormen daarbij ingezet kunnen worden. De resultaten van mijn onderzoek kunnen dus hopelijk bijdragen aan het praktisch werken van verschillende therapeuten op kinderoncologische afdelingen.

Ook voor cliënten biedt dit onderzoek een meerwaarde. Muziektherapie tijdens lumbale puncties bij kinderen wordt op dit moment nog heel weinig ingezet. Het is wel meermalen bewezen dat het effect heeft, maar toch wordt het weinig toegepast. Ik hoop dus dat door een concreet handvat te

bieden, meer therapeuten dit zullen doen en dus meer cliënten ervan kunnen profiteren en de puncties voor de kinderen minder angstaanjagend gemaakt kunnen worden.

1.7 VRAAGSTELLING

Hoofdvraag:

Welke muziektherapeutische werkvormen en interventies worden ingezet tijdens het uitvoeren van een medisch onderzoek (bijvoorbeeld een lumbale punctie) bij kinderen met kanker en welk doel dienen deze?

Subvraag:

Wat zijn de randvoorwaarden voor muziektherapie tijdens een medisch onderzoek?

1.8 DOELSTELLING

Het doel van mijn onderzoek is om aan te tonen hoe muziektherapie tijdens een medisch onderzoek concreet ingezet kan worden, wat zinvolle interventies en werkvormen zijn en aan wat voor randvoorwaarden moet worden voldaan om de muziektherapie te kunnen uitvoeren. Bovendien wil ik onderzoeken met welk doel deze werkvormen worden ingezet. Het doel is dus om muziektherapeuten een leidraad te bieden door middel van een heldere samenvatting en beschrijving van enerzijds de randvoorwaarden en anderzijds de werkvormen en interventies die worden ingezet tijdens muziektherapie bij een medisch onderzoek bij kinderen met kanker. Door de samenvatting en beschrijving wordt het concreet voor de praktijk. Het is dus zowel zinvol voor de theorie en de praktijk als ook voor mijn eigen werkmodel. Mijn eigen werkmodel, dus mijn methodisch handelen in dergelijke situaties is namelijk nog redelijk beperkt, omdat deze therapievorm nog nauwelijks werd ingezet tijdens mijn stage. Daarom wil ik in mijn onderzoek mijn eigen werkmodel concretiseren. Ik hoop hiermee meer inzicht te verschaffen in wat ik allemaal kan doen tijdens een medisch onderzoek. Bovendien zal ik een concreter beeld krijgen van factoren die van invloed zijn op deze situatie en die dus belangrijk zijn om op te letten als therapeut.

2 ONDERZOEKSMETHODE

In dit hoofdstuk zal mijn gekozen onderzoekstype en -methode aan bod komen. Vervolgens zal ik beschrijven hoe ik mijn data verzameld heb en hoe ik de kwaliteitscriteria heb gebruikt om de kwaliteit van mijn onderzoek te verhogen. Verder zal ik de preparatie en de analyse van mijn data beschrijven, zodat de lezer een inzicht in mijn manier van werken krijgt.

2.1 ONDERZOEKSTYPE EN -METHODE

Uit mijn vraagstelling blijkt dat een inventarisatie van verschillende muziektherapeutische werkvormen en interventies, die van toepassing kunnen zijn tijdens een medisch onderzoek zoals een lumbale punctie bij kinderen met kanker, gedaan moet worden. Deze werkvormen en interventies vormen het onderzoeksverschijnsel. Ik heb verschillende muziektherapeuten, die muziektherapie tijdens medische onderzoeken uitvoeren, benaderd om deze inventarisatie op te stellen. Zij zijn de onderzoekseenheden. Voor onderzoeken, waar een inventarisatie van onderzoeksverschijnselen nodig is is de kwalitatieve survey het meest geschikt (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Over de onderzoekspopulatie zal ik in het volgende hoofdstuk nog uitgebreider informatie geven.

Ik beschrijf de opvattingen van een grote groep personen, zodanig dat die informatie bruikbaar is voor verschillende therapeuten. Als onderzoekstype heb ik voor een kwalitatieve survey gekozen omdat er een breed overzicht van de onderzoeksverschijnselen nodig is. Het doel van een kwalitatieve survey is vooral het beschrijven van de onderzoeksverschijnselen (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005).

Bovendien wilde ik onderzoek verrichten naar iets waar nog weinig over geschreven is. Het gaat dus om het expliciteren van tot nu toe verborgen kennis. Dit toont dat het niet mogelijk is om een kwantitatieve survey te doen: ik zou geen kennis hebben als basis voor de vragenlijsten.

Kenmerkend voor een kwalitatieve survey is dat de onderzoeker start vanuit een open ingesteldheid (Maso & Smaling, 2004), dus dat de dataverzameling redelijk open is (Baarda, 2009). Ik ben met open interviews aan de slag gegaan, omdat ik van tevoren niet wist welke informatie ik precies zou krijgen. Over de dataverzameling zal ik in hoofdstuk 2.2 nog meer uitleg geven.

Mijn onderzoeksvraag is een beschrijvende of inventariserende vraag. Bij dit soort vragen hoort het onderzoekstype 'beschrijvend onderzoek'. Ik beschrijf, benoem, inventariseer en categoriseer de kenmerken van mijn onderzoeksverschijnselen. Het doel is de verschillende werkvormen en interventies en hun doelen te verzamelen, en daarna alles goed samen te vatten en te ordenen, zodat het voor anderen ook helder is (Baarda, 2009). Hierbij heb ik gebruik gemaakt van verschillende perspectieven of situatiedefinities. Ik heb de ervaringen van een groep personen, die in dezelfde situatie waren, beschreven en geïnterviewd. Het waren allemaal muziektherapeuten, die muziektherapie geven tijdens een medisch onderzoek bij kinderen met kanker.

2.2 DATAVERZAMELING

De dataverzamelmethode bij een kwalitatieve survey hebben een open en flexibel karakter, om zo dicht mogelijk bij de feitelijke gegevens te komen. Een van de meest gebruikte dataverzamelmethode is het open interview, waarmee ook ik aan de slag ben gegaan (Maso & Smaling, 2004). Kenmerkend voor kwalitatief onderzoek is dat niet eerst alle beoogde gegevens verzameld worden en daarna geanalyseerd worden, maar dat dataverzameling en data-analyse geïntegreerd zijn en mekaar afwisselen. Dit wordt het iteratief proces genoemd (Baarda, 2009). Naast de interviews met muziektherapeuten heb ik ook een interview van een arts afgenomen om een standpunt van een derde persoon die ook steeds bij een medisch onderzoek is, mee op te nemen in mijn data en om de triangulatie te waarborgen. Dit betekent dat er metingen gedaan worden vanuit verschillende gezichtspunten (Maso & Smaling, 2004). Dit waren in dit geval de gezichtspunten van de muziektherapeuten, die voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag het meest belangrijk waren, maar ook het gezichtspunt van een dokter om meer informatie te verkrijgen over de randvoorwaarden en de setting.

Ik ben bij de dataverzameling gestart vanuit twee interviews en op basis van de informatie die ik daaruit verkreeg, heb ik verdere interviews gevoerd. Daardoor had ik al wat resultaten waarop ik me kon baseren bij het vervolg van het onderzoek.

2.2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE

Mijn onderzoek heeft betrekking op een bepaalde groep personen. De centrale onderzoekseenheid bestaat uit gediplomeerde⁶ muziektherapeuten, die muziektherapie tijdens een medisch onderzoek bij kinderen met kanker inzetten. Ik heb zo veel mogelijk muziektherapeuten die op een kinderoncologie werken gecontacteerd om met hen een interview te kunnen doen. Uiteindelijk heb ik drie muziektherapeuten uit België, vier muziektherapeuten uit Duitsland en een muziektherapeute uit Amerika geïnterviewd. Ik heb erop gelet dat er zo veel mogelijk variatie in de onderzoekseenheid zit. Dit wil zeggen dat ik mannelijke en vrouwelijke therapeuten heb bevraagd, dat ze van verschillende leeftijden zijn, in verschillende instellingen werken, in verschillende landen werkzaam zijn, verschillende opleidingen hebben genoten enzovoort. De diversiteit van de respondenten waarborgt dus de 'thick description' (Maso & Smaling, 2004). Dat betekent dat ik een uitgebreid beeld geef van omstandigheden, situaties, mechanismen of andere relevante onderwerpen binnen het onderzoek door middel van veelomvattende en gedetailleerde beschrijvingen (Baarda, 2009). Ik heb dus uit de interviews zoveel mogelijk informatie proberen te verkrijgen (Boeije, 2005). Door dit te doen ben ik al bezig geweest met het kwaliteitscriterium 'dependability' (verzadiging). Dit wil zeggen dat ik me als onderzoeker voldoende heb ingezet om zoveel mogelijk informatie te verzamelen (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Ik probeerde zo lang naar data te zoeken totdat ik niets nieuws meer vond. Gezien de tijd die voorzien is voor een bachelorthesis was dit niet realistisch. Ik heb wel gemerkt dat er uit mijn laatste interviews niet veel nieuwe informatie meer kwam.

Vermits mijn onderzoekspopulatie alleen uit therapeuten en een dokter bestaat, was het mogelijk om de resultaten van mijn onderzoek terug voor te leggen aan de respondenten. Daardoor kon ik controleren dat ik de antwoorden daadwerkelijk interpreteerde zoals de respondenten het bedoeld hadden en dat ik er juiste conclusies uit trok. Hierdoor kon ik reeds de kwaliteitscriteria 'confirmability' (navolgbaarheid) en 'authenticity' (gemeenschappelijkheid) waarborgen. Over de verschillende kwaliteitscriteria zal ik in hoofdstuk 2.5 nog meer uitleg geven.

⁶ Muziektherapeuten met een officieel erkend diploma zoals bijvoorbeeld Bachelor/Master (hogeschool of universiteit), het Duitse Diplom, PhD enz.

Ik heb de respondenten gekozen door middel van een aselechte niet-gerichte steekproef⁷. Dit is een vorm die vaak gebuikt wordt bij kwalitatieve surveys. Daarbij gaat het vooral om het bepalen van de reikwijdte van de gevonden resultaten of het verkrijgen van een afspiegeling van een groep (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005).

Uiteindelijk heb ik interviews kunnen afnemen van acht verschillende muziektherapeuten: drie uit België, vier uit Duitsland en één uit Amerika. Verder heb ik een arts bevraagd die regelmatig een lumbale punctie uitvoert waarbij muziektherapie wordt ingezet. De namen van de respondenten en de datums van de interviews zijn in bijlage 2 te vinden.

2.2.2 HET INTERVIEW

Door middel van interviews kwam ik erachter wat de respondenten weten betreffende een bepaald onderwerp of gebeurtenis (Maso & Smaling, 2004). Dit waren in mijn geval de muziektherapeutische werkvormen en interventies die ingezet worden tijdens een medisch onderzoek bij kinderen met kanker en de doelen hiervan. Bovendien hoorden er de randvoorwaarden, die nodig zijn om de muziektherapie überhaupt te kunnen uitvoeren, bij. Voor mijn onderzoek koos ik voor open interviews, omdat ik ervan overtuigd ben dat ik daarmee de meeste en vooral ook de meest betrouwbare resultaten zou krijgen. Ik wist aanvankelijk heel weinig over de materie en daarom was het voor mij ook lastig om op voorhand bepaalde vragen vast te leggen. Ik kon wel, nadat ik al enkele interviews gedaan had, aan de slag gaan met iets meer gestructureerde interviews om informatie te verkrijgen die ik miste. Bij open interviews moest natuurlijk wel duidelijk zijn wat ik te weten wilde komen. Hiervoor heb ik een topiclijst gebruikt (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Daardoor had ik voor mezelf helder wat ik wilde weten en kon ik altijd terug naar het oorspronkelijke thema terugkeren als de geïnterviewde in zijn uitleg een andere kant op ging. Enerzijds moest ik dus de onderzoekssituatie onbevangen en nauwkeurig bestuderen. Anderzijds moest ik steeds in de gaten houden *wat* ik wilde weten (mijn vraagstelling) en *waarom* ik dat wilde weten (mijn doelstelling). Hiervoor had ik dus een topiclijst gemaakt:

- Werkvormen
- Doelen
- Technieken/interventies
- Instrumenten
- Deelname van het kind
- Randvoorwaarden

Deze lijst werd natuurlijk per interview individueel een beetje aangepast. Bovendien ben ik binnen een interview ook nog andere topics tegengekomen, die ook belangrijk waren om aan te halen. Maar de topics in de lijst waren wel de thema's die zeker ter sprake moesten komen tijdens de open interviews.

Het is zeer belangrijk om de informatieverzameling op een manier te doen die bij kwalitatief onderzoek past. De dataverzameling moet dus zo veel mogelijk binnen de context plaatsvinden en ecologische validiteit garanderen. Dit wil zeggen dat ik het onderzoek onder alledaagse omstandigheden heb uitgevoerd (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Hiervoor was het bijvoorbeeld belangrijk dat ik probeerde geen specifieke onderzoeksomstandigheden te creëren. Het was dus voor een interview goed om naar de mensen toe te gaan als dit mogelijk was. Zo waren zij in hun veilige omgeving en het interview kon binnen de context plaatsvinden. Bovendien vond ik het belangrijk om de interviews individueel te voeren, om er goed achter te komen wat deze bepaalde persoon weet en niet wat ze allemaal aanvult op het verhaal van een ander. Zo kon ik de interviews met elkaar vergelijken en kon ik nieuwe kennis opdoen en op basis daarvan

⁷ Een aselechte steekproef is, als alle elementen uit de onderzoekspopulatie dezelfde kans hebben om in de steekproef te worden opgenomen ("Steekproef", 2013).

een volgend interview gaan doen. Bovendien heb ik ervoor gekozen om de interviews zo veel mogelijk mondeling te doen en op te nemen, omdat ik door gesprekken het meest te weten kom. Bovendien kon ik doorvragen en het interview sturen in een bepaalde richting door middel van vragen of opmerkingen. Verder was ik hierbij ook zelf flexibel en de respondenten moesten hun gedachten niet eerst ordenen en op papier zetten, maar konden het gewoon vertellen en waren authentieker dan als ze hun bevindingen zouden opschrijven (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Als het een keer niet anders ging, heb ik interviews wel schriftelijk afgenomen. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de Engelstalige respondent, omdat mijn Engels zo slecht is dat ik zelf geen zinvol mondeling interview had kunnen afnemen. Verder heb ik sommige interviews op wens van de respondent telefonisch gedaan, omdat dit voor hen makkelijker uitkwam. Ik vond het vooral belangrijk om erop te letten waar de respondent zich zelf het prettigst bij voelt, omdat hij of zij dan het meest authentiek kan zijn.

De opbouw van mijn open interviews was dus als volgt: eerst heb ik mezelf even geïntroduceerd, dus wie ik ben, wat ik doe en toestemming gevraagd om het interview op te nemen. Daarna heb ik mijn openingsvraag geformuleerd en op basis van de antwoorden eventueel doorgevraagd. Ik heb de hele tijd mijn oorspronkelijke vraag in mijn hoofd gehouden om zeker te zijn dat deze ook beantwoord wordt en op het einde heb ik alles nog een keer kort samengevat, gevraagd of mijn samenvatting klopte en de respondent bedankt voor het interview.

2.3 DATAPREPARATIE

De preparatie van mijn interviews voor de analyse begon met het uittypen van de opgenomen interviews. Hierbij was het belangrijk dat ik interpretaties vermeed. Ik heb alles opgeschreven zoals het gezegd was en heb de naam en de datum erbij gezet. Hierbij was het heel belangrijk om een logboek bij te houden (Maso & Smaling, 2004). Alle beslissingen die ik genomen heb, heb ik genoteerd. Ik gaf ook aan wanneer ik aarzelde over iets, en waarom ik dan een bepaalde beslissing nam. Nadat ik de interviews uitgeschreven had, heb ik ze uitgewerkt. Hiervoor heb ik tekstgedeelten geschraapt, die niet relevant waren voor het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag. Dit was een eerste reductie van mijn materiaal (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Natuurlijk heb ik die tekstgedeelten apart bijgehouden, omdat deze misschien achteraf nog belangrijk zouden kunnen zijn. Bij het reduceren van het materiaal heb ik al een vermoeden gekregen welke dingen belangrijk zouden zijn voor mijn onderzoek. Dit wordt 'sensitizing concepts' genoemd. Ik had dan dus al een idee in welke richting het onderzoek zou gaan. Dit heb ik onderzocht bij het analyseren van de data. Deels zijn de 'sensitizing concepts' ook pas bij het analyseren (dus bij het coderen) van het materiaal opgekomen.

2.4 DATA-ANALYSE

De data-analyse van mijn onderzoek is door middel van de 'grounded theory' gebeurd. Deze werd oorspronkelijk ontwikkeld door Glaser & Strauss in 1967 als sociologische onderzoeksmethodologie. De 'grounded theory' wordt vaak gebruikt als er nog weinig literatuur beschikbaar is en is dus bruikbaar voor het expliciteren van 'tacit knowledge'⁸. Het doel is het ontwikkelen van een theorie of theoretisch model op basis van de praktijk (Pénzes, 2013b). Het is een iteratief proces van dataverzameling en data-analyse totdat het 'fenomeen' beschreven en verklaard kan worden. Het is dus een cyclisch proces dat heel dicht bij de oorspronkelijke data blijft (Scott, 2009). 'Grounded theory' staat dus voor een aanpak waarbij de onderzoeker bijvoorbeeld

⁸ 'Tacit knowledge' is ongeschreven en onuitgesproken kennis, die op ervaringen of observaties van personen baseert, die iets over het gekozen thema weten ("Tacit knowledge", n.d.).

door interviews gaandeweg op veronderstellingen (hypothesen) komt en deze in volgende interviews toetst. Als deze toetsen dan laten zien dat de hypothesen juist zijn, wordt de 'grounded theory' als een gefundeerde theoretische stelling beschouwd ("Grounded Theory", 2008).

Voor de data-analyse zijn er coderingsprincipes die gebruikt worden om de data te ordenen en te analyseren. Ten eerste heb ik de data geprepareerd en open gecodeerd. Hiervoor heb ik uit de tekst fragmenten, die opmerkingen tot een samenvatting comprimeren, gevormd. Ik heb de tekst dus ingedeeld in fragmenten (coderen), waarbij ieder fragment door een of meer steekwoorden gerepresenteerd werd. Deze steekwoorden worden labels genoemd. De labels zijn deels ook 'sensitizing concepts' geworden. De gekozen fragmenten vormden uiteindelijk de analyse-eenheden. Elk fragment gaf slechts beperkt informatie over een onderwerp. Het kwam voor dat fragmenten elkaar overlaptten. Hiervoor heb ik een tabel gebruikt om een overzicht te maken voor de latere analyse.

Na het open coderen volgde het axiaal coderen. Dit betekent dat ik de categorieën door middel van het clusteren van codes heb uitgewerkt. Ik heb de categorieën op basis van de codes en/of de inhoud van de data beschreven. Hiervoor heb ik hoofd- en subcategorieën gemaakt (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Daarna heb ik de verschillende data vergeleken. Daardoor ontdekte ik dat bepaalde informatie van de respondenten vaker voorkwam en dus belangrijk was, en dat er sommige dingen maar door één respondent gezegd werden daardoor misschien minder belangrijk waren. Door dit te analyseren ben ik bezig geweest met intersubjectiviteit. Ik heb gekeken welke punten bij meerdere interviews onafhankelijk van elkaar voorkwamen en heb dus door hoofd- en subcategorieën een overzicht gemaakt van de gevonden resultaten. Daardoor werd helder wat ik allemaal te weten gekomen ben.

2.5 KWALITEITSCRITERIA

Binnen mijn onderzoek heb ik rekening gehouden met de kwaliteitscriteria voor 'trustworthiness' (betrouwbaarheid) (Maso & Smaling, 2004). Dit wil zeggen dat ik ervoor gezorgd heb dat mijn onderzoek zo betrouwbaar mogelijk zou worden en dat de resultaten dus niet door mijn eigen interpretatie zijn gevormd maar dat er een gecontroleerde subjectiviteit is. De conclusies die ik getrokken heb, komen dus voort uit de data. Hiervoor waren de volgende criteria belangrijk:

'dependability'
(verzadiging)

De vraag die hierbij centraal staat is: heeft de onderzoeker zich voldoende ingezet om zoveel mogelijk informatie te verzamelen (Pénzes, 2013a)? Dit betekent dat ik eigenlijk zo lang naar data had moeten zoeken totdat ik geen nieuwe informatie meer kreeg. Maar gezien de tijd van mijn bachelorthesis was dit niet mogelijk. Toch heb ik gemerkt dat ik bij de laatste interviews weinig nieuwe dingen vernam. Bovendien heb ik ervoor gezorgd dat ik zo veel mogelijk muziektherapeuten die deze therapievorm uitvoeren, te pakken kreeg. Ik was hier dus met de datatriangulatie bezig. Dit betekent dat ik niet alleen muziektherapeuten uit één instelling heb bevraagd, maar dat ik interviews met verschillende muziektherapeuten gevoerd heb, die niet samenwerken. Daardoor was het mogelijk dat ik meer informatie opgedaan heb dan als ik maar één instelling had benaderd. Bovendien was ik met een multimethode-triangulatie bezig doordat ik met interviews (zowel met muziektherapeuten als met een arts) en peer-debriefing heb gewerkt (Maso & Smaling, 2004). De peer-debriefing heeft plaatsgevonden met mijn scriptiebegeleider en samen met een medestudent.

'confirmability'
(navolgbaarheid)

De vraag die hierbij centraal staat is: Vraagt de onderzoeker zich voortdurend af of de gevonden antwoorden daadwerkelijk dat weergeven wat de deelnemers hebben gezegd en of de

onderzoeksvraag beantwoord wordt (Pénzes, 2013a)? Hier heb ik voor gezorgd door een voortdurende reflectie te doen op mijn gevonden antwoorden. Bovendien heb ik mijn interpretaties terug gelegd bij de geïnterviewde muziektherapeuten, om zeker te zijn, dat ik hun uitspraken niet fout interpreteer. Dit wordt ook 'member-checking' genoemd (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Door een logboek te voeren, heb ik me voortdurend afgevraagd of ik nog bezig ben met mijn oorspronkelijke vraag. Ook door een topiclijst te maken ben ik ermee bezig geweest altijd bij het beantwoorden van mijn vraag te blijven.

'transferability'
(overdraagbaarheid/
begrijpelijkheid)

De vraag die hierbij centraal staat is: Is het voor anderen duidelijk wat de onderzoeker heeft gedaan? Hoe heeft hij de gegevens verzameld? Hoe heeft hij deze geanalyseerd? Op basis waarvan heeft hij zijn conclusies getrokken? Heeft de onderzoeker zijn rol duidelijk beschreven (Pénzes, 2013a)? Dit heb ik bereikt door zo transparant mogelijk te zijn. Ik ben bij mijn onderzoek voorstel al ermee bezig geweest om zo duidelijk mogelijk te beschrijven wat ik ga doen en hoe ik het wil gaan doen. En ook tijdens mijn onderzoek ben ik er bewust mee bezig geweest door een logboek bij te houden en daardoor helder te hebben waar ik mee bezig ben en ook om dit later goed in mijn scriptie te kunnen laten zien.

Een tweede vraag, die onder 'transferability' valt is: Doet de onderzoeker aanbevelingen voor de praktijk? Hoe bruikbaar is het voor anderen? Kunnen lezers (therapeuten) de transfer naar de praktijk maken? Hier ben ik op basis van mijn vraag al heel duidelijk mee bezig geweest. Ik heb juist werkvormen verzameld, die belangrijk zijn voor de praktijk, omdat ik weet dat theoretisch al heel veel verklaard is over mijn onderwerp, maar omdat er nergens concreet geschreven staat wat gedaan word, heb ik dat gedaan. En juist dit is belangrijk voor de praktijk en voor de therapeuten die een soortgelijke therapievorm willen uitvoeren. Ook doordat ik alleen muziektherapeuten en een arts heb benaderd denk ik dat de transfer naar de praktijk voor andere muziektherapeuten goed te volgen is.

'credibility'
(geloofwaardigheid)

De vraag die hierbij centraal staat is: Berusten de bevindingen van het onderzoek en dus ook de analyse van de gegevens alleen op de interpretatie van één onderzoeker of werden er ook andere onderzoekers bij betrokken (Pénzes, 2013a)? Bij deze vraag is het heel belangrijk om rekening te houden met 'peer-debriefing'. Dit betekent dat ik mijn interpretaties dus af en toe aan collega's heb laten lezen of dat andere deskundige me geholpen hebben bij het interpreteren (Baarda, de Goede, Teunissen, 2005). Ik heb natuurlijk met mijn scriptiebegeleider regelmatig over de resultaten gepraat en deze samen bekeken. En ik heb gelukkig ook de mogelijkheid gehad om met een andere muziektherapiestudente mijn resultaten eens te bekijken.

'authenticity'
(gemeenschappelijkheid)

De vraag die hierbij centraal staat is: Zijn de resultaten van het onderzoek voorgelegd aan de deelnemers? Herkennen zij zich in de conclusie van de onderzoeker (Pénzes, 2013a)? Deze vraag heb ik eigenlijk bij Confirmability al beantwoordt. Door 'member-checking' (dus door de resultaten terug te leggen bij de deelnemers) heb ik ervoor gezorgd dat mijn resultaten ook daadwerkelijk dat weergeven wat de deelnemers gezegd hebben. Soms gaven respondenten ook aan, dat enkele gedeeltes van hen nog niet duidelijk benoemd waren. Dit heb ik dan kunnen aanpassen en ben daardoor zeker dat de resultaten ook weergeven wat de respondenten hebben gezegd.

3 RESULTATEN

De resultaten van mijn onderzoek zijn gebaseerd op acht interviews met verschillende muziektherapeuten (Inge Bracke, Leen Verbeeck, Nele Pauwels, Martina Pohl, Barbara Griebmeier, Gerhard Kappelhoff, Wolfgang Köster en Kimberly Bell) en een interview met een arts uit het UZ Leuven (Kaatje Van Aerschot). Ik heb er in dit hoofdstuk bewust voor gekozen om de namen van de respondenten mee op te nemen in de tekst, omdat daardoor duidelijker wordt welke informatie van wie komt en omdat het duidelijker wordt dat het hier werkelijk om de informatie gaat die de respondenten gegeven hebben.

In bijlage 2 de datums van de interviews en de manieren waarop ze gebeurd zijn te vinden.

Ik ga in dit hoofdstuk ten eerste in op de randvoorwaarden en algemene informatie over muziektherapie tijdens een medisch onderzoek. Het gaat hierbij eerst om de omstandigheden, zoals de angst bij het kind of de algemene situatie, verder over het groepsgebeuren en de algemene sfeer. Dan ga ik in op de therapeutische houding/relatie, vervolgens op de voorbereiding en nabehandeling van een lumbale punctie, daarna op de (muziektherapeutische) interventies en tenslotte op de doelen van muziektherapie tijdens medische onderzoeken.

Ten tweede ga ik in op de verschillende muziektherapeutische werkvormen die worden ingezet tijdens een medisch onderzoek. Deze zijn onderverdeeld in receptieve, actieve en interactieve werkvormen.

Aan het einde van dit hoofdstuk beschrijf ik nog de kritiek en de alternatieven die de respondenten noemden naar aanleiding van het inzetten van muziektherapie tijdens medische onderzoeken.

3.1 OMSTANDIGHEDEN

De omstandigheden van een medisch onderzoek zijn van grote invloed op de muziektherapie in een dergelijke situatie. Ik heb er daarom voor gekozen om de situatie en de angst van de kinderen uit de zichtwijze van de respondenten te beschrijven, om duidelijk te maken waarmee de muziektherapeut allemaal rekening moet houden.

3.1.1 ANGST VOOR DE LUMBALE PUNCTIE

Een lumbale punctie is meestal een van de moeilijkste ingrepen voor een kind met kanker. Angst speelt daarbij een grote rol. Dit ligt onder andere aan het feit dat de kinderen geen controle hebben over wat er tijdens zo'n punctie aan hun rug gebeurt. Ze zijn bang dat het pijn zal doen en raken daardoor in grote spanning. Vroeger werd een lumbale punctie vaak zonder sedatie⁹ uitgevoerd, waardoor de kinderen veel meer pijn beleefden. Gelukkig is dit ondertussen niet meer het geval, maar desondanks ervaren de kinderen toch angst tijdens een dergelijke ingreep.

⁹ Sederen betekend kalmeren of verdoven. In de medische wereld wordt van sedatie gesproken om het bewustzijn van de patiënt te verlagen. Om dit te doen, wordt gebruik gemaakt van sedativa, middelen die de patiënt kunnen verdoven ("Betekenis Sederen", 2008).

Ook tijdens gewone medische onderzoeken ervaren de kinderen vaak angst. Voor de kinderen zijn medische onderzoeken een grote belasting en zijn het moeilijke momenten in het ziekenhuis. Veel respondenten gaven terug dat het juist in deze situaties mooi is om de kinderen muzikaal te begeleiden, om deze moeilijke momenten draaglijk te maken.

3.1.2 DE SITUATIE: WIE IS AANWEZIG EN WAT WORDT GEDAAN?

Tijdens een lumbale punctie moet een kind rustig en voorovergebogen zitten zodat de arts de naald in de rug kan zetten. Het onderzoek vindt altijd in een onderzoekslokaal plaats, wat kinderen vaak associëren met angstige gebeurtenissen. Ze worden fysiek in een zeer passieve rol geduwd. In de meeste ziekenhuizen is het zo dat de kinderen licht gesedeerd zijn, opdat ze geen pijn zouden hebben maar wel nog alles om hen heen meekrijgen. Maar soms is het ook zo dat de kinderen zelfs zo sterk gesedeerd zijn dat ze nog nauwelijks dingen beseffen.

Tijdens een lumbale punctie zijn altijd een arts en meerdere verpleegkundigen aanwezig. In de meeste gevallen is er ook een familielid van het kind bij (meestal is dit de moeder of de vader). Vermits de onderzoekslokalen vaak niet heel groot zijn, is er niet veel plaats meer over waar de muziektherapeut kan zitten. Het is dus zeker noodzakelijk om met een vertrouwd team te werken en de artsen moeten zich daarop in kunnen laten. Vaak spelen de muziektherapeuten op een gitaar tijdens een lumbale punctie. Inge Bracke zegt dat een gitaar een instrument is dat elke muziektherapeut makkelijk bespeelt en heel handig is als begeleidingsinstrument. Daarom kiezen zij, haar collega Leen Verbeek en de stagiaire Nele Pauwels bijna altijd voor de gitaar. Bovendien is de gitaar voor de meeste kinderen ook een instrument dat ze kennen vanuit de muziektherapiesessies en waarmee ze dus vertrouwd zijn.

Bij gewone onderzoeken op de kamer, zoals bloed trekken of het plaatsen van een naald, zijn de kinderen niet gesedeerd en kunnen ze meer actief deelnemen aan het gebeuren. Daardoor kan er op dat moment minder spanning zijn dan tijdens een lumbale punctie. Desondanks hebben sommige kinderen ook tijdens dit soort onderzoeken angst en zijn ze erg gespannen, waardoor muziektherapie zeker ook in dit soort situaties behulpzaam kan zijn. Vaak is het zo dat de muziektherapeut op de kamer van het kind muziektherapie geeft, terwijl een dokter of een verpleger binnenkomt om bloed te trekken of iets dergelijks. Als het geen te intieme situatie is, zegt Wolfgang Köster, blijft hij erbij en begeleidt spontaan het gebeuren. Dit gaven ook andere respondenten terug.

3.2 MUZIEKTHERAPIE TIJDENS EEN MEDISCH ONDERZOEK

In het volgende hoofdstuk gaat het om de muziektherapie tijdens een medisch onderzoek. Hierin komen verschillende thema's aan bod zoals de invloed op de muziektherapie van de groep personen die aanwezig zijn, de therapeutische relatie, de voorbereiding en nabehandeling van een lumbale punctie, de interventies en de doelen van muziektherapie tijdens medische onderzoeken.

3.2.1 GROEPSGEBEUREN/SFEER

De aanwezigheid van meerdere personen met verschillende functies en de invloed van de algemene sfeer spelen een belangrijke rol bij de muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Ouders, verpleging en artsen worden er vaak bij betrokken. Daardoor kan iedereen mee aanwezig zijn in de muziek en er ontstaat een heel andere en vooral minder gespannen algemene sfeer. De muziek beïnvloedt dus iedereen die in de ruimte aanwezig is en dat voelt het kind ook wel, want op die manier stralen de verpleging en de artsen meer ontspanning uit. De respondenten gaven aan dat de artsen en de verpleging dit effectief als heel prettig ervaren omdat ze voelen dat er minder spanning leeft en ze het onderzoek makkelijker kunnen uitvoeren. En hoe meer ontspannen het kind zit, hoe makkelijker het is om aan te prikken. Ook de ouders geven aan dat de muziek voor hen ontspanning biedt. "Hoe rustiger de ouders zijn, hoe rustiger de kinderen ook worden" (Leen Verbeeck). De ouders voelen een gedeelde verantwoordelijkheid. Normaal moeten zij alleen ervoor zorgen dat hun kind rustig is en de muziektherapeut is iemand die daarbij kan helpen en ondersteuning kan bieden. Het is wel heel belangrijk dat de therapeut niet vóór de ouder gaat staan. Het kind heeft de ouder op dat moment heel erg nodig en de therapeut ondersteunt ouder en kind, maar mag niet de rol van de ouder overnemen.

Bijna alle respondenten gaven duidelijk aan dat de muziek heel het groepsgebeuren beïnvloedt en de sfeer minder gespannen is. Ook Kaatje Van Aerschot (dokter) gaf in een interview aan dat de muziek een meerwaarde is voor een dergelijk onderzoek omdat het voor haar zelf de stres rond de handelingen die moeten gesteld worden wegneemt. Zij heeft dit nooit als storend ondervonden. Bovendien zei ze dat de kinderen meer op hun gemak zijn door muziek tijdens een medisch onderzoek. Ook de stres en de spanning bij de ouders ebt voor een stuk weg zegt ze. Het is duidelijk dat de muziek invloed heeft op de gehele situatie en dat iedereen in de ruimte positief beïnvloed wordt door de muziek.

Barbara Griesmeier reageerde eerder kritisch bij dit thema. Zij zei dat de jonge artsen vaak zelf zo gespannen zijn, dat ze door de aanwezigheid van een extra persoon nog meer gespannen kunnen raken. Bovendien benoemde zij dat er een grote spanning in de ruimte leeft en dat dit niet de sfeer is waar een cliënt of iemand anders ontspannen naar muziek zou kunnen luisteren. Om überhaupt muziektherapie tijdens een onderzoek te kunnen doen is dus een heel vertrouwd team, waarin iedereen openstaat voor de muziek, noodzakelijk.

3.2.2 THERAPEUTISCHE RELATIE/HOUDING

Meerdere respondenten gaven aan dat de therapeutische relatie belangrijk is voor het uitvoeren van muziektherapie tijdens een medisch onderzoek. Sowieso biedt een vertrouwde therapeut die aanwezig is meer veiligheid voor het kind, maar de muziektherapie tijdens bijvoorbeeld een

lumbale punctie bijvoorbeeld kan ook de therapeutische relatie tussen cliënt en therapeut ook nog versterken, omdat de therapeut aanwezig is op een heel moeilijk moment. Inge Bracke zei dat het heel belangrijk is dat de therapeut tijdens het onderzoek een houding aanneemt zodat hij het kind kan zien en oogcontact kan houden met het kind. Want juist dat stukje contact is heel belangrijk om de alertheid van het kind vast te kunnen houden.

Leen Verbeeck zei dat de muziektherapeut niet per se een hele goede vertrouwensrelatie met het kind nodig heeft om het te begeleiden tijdens een lumbale punctie. De vertrouwensrelatie kan het contact wel diepgaander maken, maar het kan ook een minder vertrouwde therapeut zijn als die zelf ook rustig is. De therapeut moet wel vertrouwen uitstralen en laten zien dat hij weet wat hij moet doen. De vertrouwensrelatie is dus wel belangrijk maar als het een therapeut is die dat kind tenminste al een keer heeft gezien kan het ook zonder.

3.2.3 VOORBEREIDING EN NABEHANDELING VAN EEN LUMBALE PUNCTIE

De voorbereiding en nabehandeling van een lumbale punctie of een ander medisch onderzoek kan op verschillende manieren gebeuren. Er zijn therapeuten die muziektherapie tijdens de onderzoeken nauwelijks toepassen, maar die samen met de kinderen liedjes over het onderzoek schrijven. Dat kan zowel ter voorbereiding op het onderzoek als ook ter nabehandeling van het onderzoek en dus posttraumatisch¹⁰, zegt Gerhard Kappelhoff. Op die manier wordt muziektherapie meer verwerkend gebruikt. Binnen de liedjes komen innerlijke thema's die met een lumbale punctie te maken hebben tevoorschijn. Vaak hebben de liedjes een licht sadistische inhoud, die zich tegen de artsen richt. Daardoor kunnen de kinderen hun woede en hun angsten kwijt.

Een andere manier van voorbereiding op een lumbale punctie is dat de therapeut samen met het kind op voorhand afsprekt welke liedjes het kind tot rust zouden kunnen brengen tijdens het onderzoek. Het gaat hierbij vooral om bekende liedjes, die de kinderen vertrouwen bieden en afleiding zouden kunnen bieden.

De ideale situatie zou zijn als de therapeut meteen vóór het medisch onderzoek al aanwezig zou kunnen zijn om de angst op voorhand al. Op die manier wordt muziektherapie meer verwerkend gebruikt en, om het kind al een beetje tot rust te laten komen. Ook na een onderzoek zou het goed zijn als de muziektherapeut nog even verder speelt zodat het kind kan ontspannen en weer terug naar de werkelijkheid kan komen.

3.2.4 INTERVENTIES

Een interventie die Inge Bracke heel duidelijk benadrukt, is het maken van contact en het in contact blijven met het kind tijdens het onderzoek. Dit kan zowel muzikaal als ook verbaal. De therapeut moet het kind toespreken, niet alleen gewoon zingen en spelen. Door verbaal en muzikaal contact te maken met het kind kan de therapeut het kind ook een stuk meetrokken in het muzikale gebeuren.

¹⁰ Posttraumatisch betekent letterlijk 'na een letsel' ("Posttraumatisch", 2012). Het letsel is in dit geval het onderzoek en het gaat dus om de traumatische ervaringen, die door het onderzoek kunnen opkomen en na het onderzoek verwerkt worden.

Leen Verbeeck noemt deze interventie 'focussing'. Ze zegt dat het belangrijk is om de focus van het kind proberen te behouden door middel van de activiteit van de muziektherapeut. Het gaat erom de aandacht van het kind weg van het onderzoek naar de muziek te brengen.

Muzikaal gezien zijn de interventies veeleer vrolijk of rustig. De therapeut probeert dus zeker niet mee te gaan in de angst en de angst ook niet muzikaal te voeden. Daarvoor is het handig om vrolijke, bekende liedjes ofwel juist rustige en ontspannen liedjes te gebruiken. Dit hangt af van wat het kind op dat moment nodig heeft.

Bovendien werd ook het synchroniseren met het kind als een techniek genoemd. Het gaat hierbij vooral om het verklanken van de bewegingen of de adem van het kind. Door het ritme van het kind op te pakken voelt het zich gehoord en is er automatisch meer contact tussen therapeut en kind. Soms worden niet alleen de bewegingen gesynchroniseerd maar ook bijvoorbeeld de manier waarop het kind iets zegt bijvoorbeeld. Als het kind dus heel snel een dier zegt waarover gezongen moet worden, zingt de therapeut dat stukje ook heel snel. Dit ervaren de kinderen vaak als heel grappig en ze worden daardoor goed afgeleid van het gebeuren.

Een verdere interventie, die Wolfgang Köster noemde, was het gebruiken van de naam van het kind binnen de liedjes. Ook dit is soms grappig. De kinderen voelen zich dan rechtstreeks aangesproken, waardoor ze afgeleid zijn.

Het onderzoek is meestal iets waar de kinderen weinig of geen controle over hebben en dat maakt hun angstig. Daarom is het belangrijk dat ze het gevoel krijgen controle te hebben over de muziek, doordat ze bijvoorbeeld zelf mogen beslissen wat gezongen wordt. Hierbij speelt het contact tussen de therapeut en het kind een grote rol.

Het continu in contact zijn met het kind is dus blijkbaar heel belangrijk om ze af te leiden. Daarbij kunnen ook interventies zoals het mee betrekken van de ouders of de verpleging belangrijk zijn.

"Verder past de muziektherapeut de technieken 'containing' en 'holding' toe. Door een muzikaal kader te creëren, tracht de therapeut geborgenheid en emotionele veiligheid te creëren. Voorspelbaarheid, positieve bekrachtiging en het geven van erkenning zijn hierbij zeer belangrijk. Net bij puncties of prikken is dit van groot belang, omdat de fysieke veiligheid op zo'n momenten niet gewaarborgd kan worden." (Leen Verbeeck)

3.2.5 DOELEN

De doelen van muziektherapie tijdens een medisch onderzoek kwamen bij alle respondenten overeen. Vooral distractie (afleiding) en relaxatie (ontspanning) worden genoemd. Het doel is om met de muziek veiligheid, zekerheid en vertrouwen te bieden waardoor het kind makkelijker afgeleid en ontspannen kan worden. Juist het ontspannen zitten is tijdens een lumbale punctie ook voor de artsen van belang, omdat deze dan beter kunnen prikken.

Afleiding blijkt voor de kinderen ook het belangrijkste te zijn. De focus gaat daardoor weg van de behandeling en weg van de situatie zodat het kind in gedachten minder bij het onderzoek is. Wolfgang Köster noemt in dit verband ook dat dit een hypnotherapeutisch karakter¹¹ heeft.

Een ander doel is dat de kinderen lichamelijk minder pijn beleven. Door de afleiding zijn ze met hun aandacht minder bij het onderzoek en zullen ze ook minder pijn beleven. Ook door ontspanning wordt vaak minder pijn ervaren. Het doel ontspanning duidt niet alleen op mentale, maar ook op fysieke ontspanning. Dit zorgt er immers voor dat de kinderen minder pijn zullen beleven.

¹¹ Hypnotherapie is een therapievorm waarbij de patiënt gehypnotiseerd wordt en daardoor in een diepe ontspanning terecht komt. De positieve werking van hypnotherapie bij kinderen met kanker tijdens medische onderzoeken is bewezen (Peter, 2007).

3.3 WERKVORMEN

Hoe kunnen deze doelen bereikt worden? In dit hoofdstuk ga ik in op de verschillende werkvormen die gebruikt kunnen worden tijdens een medisch onderzoek om de kinderen af te leiden en/of te ontspannen. De werkvormen zijn ingedeeld in receptieve werkvormen, actieve werkvormen en interactieve werkvormen.

3.3.1 RECEPTIEVE WERKVORMEN

Werkvorm 1 – de instrumentale improvisatie

Een van de mogelijkheden die regelmatig toegepast wordt is het instrumentaal improviseren. Dat betekent dat de therapeut op een instrument naar keuze muziek speelt, zonder daarbij te zingen. Vaak is dit instrument uit organisatorische redenen een gitaar, omdat binnen een onderzoekslokaal niet veel plaats is om instrumenten neer te zetten. Een van de respondenten zei zelfs: “Gitaar is daar volgens mij echt het uitgelezen instrument voor” (Nele Pauwels). Tijdens een medisch onderzoek op de kamer is het natuurlijk wel mogelijk ook met andere instrumenten aan de slag te gaan. Een respondent vertelde ook over het spelen op de harp, wat heel rustgevend werkte.

De muziek die de therapeut op dat moment speelt, is afgestemd op het kind. De therapeut observeert, vraagt wat het kind nodig heeft en stemt zijn spel daarop af. Vaak wordt deze werkvorm eerder bij de iets oudere kinderen gebruikt, omdat het voor hen makkelijker is gewoon naar de muziek te luisteren en daardoor te kunnen ontspannen dan voor kleine kinderen. Kleine kinderen hebben vaak wat meer actie nodig.

Vaak is de muziek in dit soort situaties rustig en ontspannen om de spanning en de angst voor het onderzoek voor een stuk draaglijk te maken.

Het voordeel van deze werkvorm is dat de therapeut zijn muziek ter plekke kan aanpassen als hij merkt dat zijn spel niet aansluit bij de toestand van het kind. Bij deze werkvorm bestaat ook de mogelijkheid om te synchroniseren met de adem van het kind, bijvoorbeeld wanneer het anders niet lukt om aansluiting te vinden.

Werkvorm 2 – het voorspelen van bekende liedjes

Een tweede mogelijkheid is het voorspelen van bekende liedjes. Liederen die de kinderen graag horen of die op voorhand afgesproken zijn. Dit kunnen zowel instrumentale als ook gezongen liedjes zijn. Vaak hebben de kinderen het liever dat er bekende liedjes gespeeld worden dan dat er instrumentaal geïmproviseerd wordt omdat dit iets is wat ze kennen. Deze vorm geeft meer vertrouwen, de kinderen kunnen zelf meer meegaan in de muziek en ze kunnen de bekende melodie en de tekst volgen, wat voor afleiding zorgt. De bekende muziek stelt de kinderen op hun gemak. Het is ook mogelijk tijdens een onderzoek aan de kinderen te vragen welk liedje dat ze graag zouden willen horen. Daardoor zijn ze ook in gedachten bij de bekende liedjes en denken mee wat ze nu op dat moment leuk zouden vinden.

Wolfgang Köster heeft zijn liederen onderverdeeld in bepaalde gebieden: gebied één omvat de liedjes die eigenlijk iedereen kent. Die zijn altijd handig om te gebruiken in een soortgelijke situatie. Gebied twee omvat de liedjes over identiteitsfiguren zoals Pippi Langkous, die bijvoorbeeld naast het feit dat het een klein en onbeschaamd meisje is ook nog ongelooflijk sterk is. En het derde gebied omvat de rustige liedjes, de droomachtige liedjes, de ontspanningsbiedende liedjes en de slaapliedjes. Dit zijn de gebieden die hij gebruikt om receptief

met cliënten aan de slag te gaan. Daarbij is het belangrijk dat de therapeut de situatie goed observeert en kan inschatten wat het kind op dat moment nodig heeft. Dit kan heel verschillend zijn.

Het belangrijkste aan deze werkvorm is dat het vertrouwen biedt voor de kinderen, dat ze de muziek kunnen volgen en daardoor afgeleid kunnen worden. Dit is een werkvorm die door alle respondenten werd benoemd. Ook de muziektherapeuten die weinig medische onderzoeken begeleiden, gaven aan dat dit een geschikte en makkelijk inzetbare werkvorm is. Martina Pohl zei ook dat deze werkvorm de mogelijkheid biedt om de situatie wat luchtiger te maken.

Werkvorm 3 – de therapeut zingt een lied over de dokter

Een werkvorm die maar een keer, namelijk door Wolfgang Köster genoemd werd, is die waarbij de therapeut zelf een lied verzint dat bijvoorbeeld over de dokter gaat en de dokter voor het kind op een grappige manier een beetje slecht maakt. Dit vinden de kinderen vaak geweldig, beginnen te lachen en worden daardoor al afgeleid.

Werkvorm 4 – muziek van een toestel

Een werkvorm die een respondent uit Amerika (Kimberly Bell) noemde en die daar veel gebruikt wordt, is het muziek luisteren of muziekfilmpjes kijken via een tabletPC en via een koptelefoon. Het voordeel van deze werkvorm is, dat daarvoor geen therapeut nodig is en het dus altijd ingezet kan worden. De kinderen hebben de keuze uit verschillende muziekopnames en video's. Barbara Griebmeier zegt dat de kinderen door zo een werkvorm voor een stuk zijn afgesloten van het onderzoek doordat ze een koptelefoon op hebben. Daardoor is het voor hen makkelijker om afstand van het onderzoek te nemen en te ontspannen.

Het nadeel van deze werkvorm is dat het niet even diepgaand kan zijn als met een therapeut, zegt Leen Verbeeck. Het toestel kan niet hetzelfde doen als wat de therapeut als mens kan doen, namelijk het inspelen op het moment en op de behoefte van het kind.

Wolfgang Köster zegt ook dat de waarde van livemuziek niet te overtreffen is. Hij kan als therapeut meteen reageren en zien wat er op het moment zelf nodig is. Vaak weten de kinderen zelf niet wat hen tot rust brengt en juist dan biedt een therapeut die daar iets van afweet een meerwaarde.

3.3.2 ACTIEVE WERKVORMEN

Werkvorm 5 – samen bekende liedjes zingen

Het samen zingen van bekende liedjes lijkt op werkvorm 2, waarbij bekende liedjes door de therapeut gezongen worden. De achterliggende doelen en uitwerkingen lijken op elkaar. Ook hier bieden de bekende liedjes vertrouwen en kan het kind de muziek beter volgen. Meer dan bij de vorige werkvorm, zijn de kinderen bij het meezingen zelf actief en daardoor ook meer betrokken. Het is ook mogelijk om er een spelletje van te maken, bijvoorbeeld dat de therapeut een stukje van een bekend lied zingt, dat daarna het kind aanvult en dan de ouder. Dit is een mogelijkheid om het samen zingen nog actiever te maken. Door te wachten totdat de therapeut stopt en zich te focussen op zijn eigen stukje van het lied, is het kind heel alert en gaat de aandacht echt naar de muziek. Als het kind mag bewegen tijdens het onderzoek is het ook goed mogelijk dat de therapeut de bewegingen die passen bij een lied voordoet en het kind doet die bewegingen na. Een andere mogelijkheid is dat de therapeut het kind zelf bewegingen laat verzinnen bij het lied. Bij het variëren op deze werkvorm kan de therapeut niet creatief genoeg zijn om het zingen van liedjes zo aantrekkelijk mogelijk te maken.

3.3.3 INTERACTIEVE WERKVORMEN

Werkvorm 6 – samen de tekst van een bekend liedje aanpassen

Een werkvorm die in het UZ Leuven (Inge Bracke, Leen Verbeeck, Nele Pauwels) het meest gebruikt wordt is het aanpassen van de tekst van een bekend liedje samen met het kind. Dat betekent dat de therapeut begint met een lied dat het kind kent (bijvoorbeeld “Ik zag twee beren”, “Ik heb de zon zien zakken” of “Cowboy Billy Boom”) en dat het kind dan een nieuwe tekst voor dat lied mag verzinnen (bijvoorbeeld bij het lied van “Ik zag twee beren broodjes smeren” zegt het kind dan “Ik zag twee giraffen de juffrouw straffen”). De therapeut kan hierbij continu in contact zijn met het kind door te vragen: “En wat hebben we nu gezien?” of “En wat doen die?”. Op dat moment is de therapeut dus in interactie met het kind en vaak ook met de ouders, de verpleging of de artsen als die ook een nieuwe strofe proberen te maken. Dit is dus een interactieve werkvorm waar iedereen mee bij betrokken kan zijn, door me te denken, te fantaseren of zelfs mee te zingen. Nele Pauwels heeft dit heel mooi benoemd: “De betrokkenheid wekt hun interesse”. Daardoor zijn de kinderen actieve deelnemers in het muzikale gebeuren en zijn ze afgeleid van het onderzoek.

Bij deze werkvorm kan de therapeut verschillende liedjes gebruiken. Belangrijk is alleen dat de teksten van de liedjes makkelijk aan te passen zijn samen met het kind of door het kind alleen. Het is daarbij ook leuk om grappige dingen te verzinnen en te zingen, omdat dit de kinderen vaak nog meer betrokken maakt bij de muziek. Leen Verbeeck zegt dat het zo humoristisch mogelijk mag om de kinderen af te leiden.

Werkvorm 7 – fantasieverhaal binnen een lied

Een werkvorm die door Inge Bracke ook vaker gebruikt wordt, is het maken van een fantasieverhaal binnen een lied. Daarbij zegt het kind dingen en de therapeut zingt erover. Bij een herhaling kunnen de kinderen eventueel ook meezingen. Soms houden deze fantasieverhalen verband met de angst. Als de kinderen bijvoorbeeld in een verhaal over haaien of andere vreselijke dieren beginnen te fantaseren staat dit vaak in correlatie met de angst. Toch kunnen ze zich hierin niet verliezen, omdat ze controle over het verhaal hebben.

Ook muzikaal kan de therapeut het verhaal ondersteunen. Als er bijvoorbeeld ineens regen en donder komt gaat de therapeut proberen dit in zijn muzikaal spel te verklanken om het verhaal nog aantrekkelijker en realistischer te maken. Daardoor kan het kind helemaal mee in het verhaal kruipen en wordt het daardoor afgeleid van het onderzoek.

Werkvorm 8 – aftellen en op de gong slaan

De laatste werkvorm is een werkvorm die alleen mogelijk is bij onderzoeken waarbij het kind niet stil moet zitten, bijvoorbeeld als een arts een naald moet trekken. De therapeut telt tot drie, dan slaat het kind op de gong (of een ander instrument) en de arts trekt de naald. Vaak is het dan voor de kinderen een grote verrassing als de naald ineens al weg is en de gong nog klinkt. Dit is een hele makkelijke manier om de aandacht weg van de naald naar de klank van de gong te leiden (Wolfgang Köster).

3.4 KRITIEK EN ALTERANTIEVEN

Een kritiekpunt van Inge Bracke op het inzetten van muziektherapie tijdens medische onderzoeken, is dat als de therapeut dit een keer doet, de kinderen er dan altijd op rekenen en dat het nog moeilijker zal gaan als de therapeut er dan een keer niet is. Er kan meer spanning ontstaan voor de kinderen bij de gedachte dat ze plots alleen voor het onderzoek staan. Het is dus belangrijk dat als de therapeut begint met muziektherapie tijdens een lumbale punctie, hij of zij daar ook consequent in is.

Een volgend kritiekpunt dat door Barbara Griesmeier genoemd werd, is dat het zou kunnen dat de artsen onzeker worden als er nog een extra persoon bij is. Dit kritiekpunt werd echter in andere interviews juist als positief punt genoemd: de artsen zouden volgens hen net rustiger worden door de muziek. Ook een interview met een dokter uit het UZ Leuven liet zien dat de dokters de muziektherapie tijdens een lumbale punctie juist als prettig ervaren en daardoor zelf minder gespannen zijn. Het is natuurlijk wel zo dat het team heel goed moet samenwerken opdat muziektherapie tijdens een medisch onderzoek mogelijk is.

Verder noemde Gerhard Kappelhoff enkele contra-indicaties voor muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Het risico bestaat dat de pijnervaringen van het kind gekoppeld worden aan de muziek en dat de muziek daardoor een negatieve correlatie krijgt. Bovendien kan het gebeuren, dat een roldiffusie¹² optreedt, doordat de muziektherapeut in het kader van een medische behandeling aanwezig en actief is. Normaal gezien biedt de muziektherapie juist een tegenpool voor de medische behandelingen en wordt ze als aparte behandeling gezien. Door zijn aanwezigheid tijdens een medisch onderzoek kan het beeld dat een kind heeft van de muziektherapeut dus veranderen.

Een ander nadeel van de muziektherapie tijdens een lumbale punctie is dat de kinderen soms beginnen mee te bewegen met de muziek, wat natuurlijk niet mag.

Soms werden er in de interviews ook alternatieven voor muziektherapie tijdens medische onderzoeken genoemd. Barbara Griesmeier en Kimberly Bell zeiden bijvoorbeeld dat zij ook veel met boeken of poppetjes werken om de kinderen af te leiden. Liefst gebruiken zij voorwerpen die een verrassingseffect teweegbrengen zodat de kinderen werkelijk hun aandacht op dat voorwerp richten.

Een reden die werd aangehaald waarom muziektherapie nog zo weinig wordt toegepast tijdens medische onderzoeken, is dat de muziektherapeuten vaak te weinig contact hebben met de artsen of de verpleging. In het begin is het voor de therapeuten vaak moeilijk om in contact te komen met de artsen omdat ze een bepaalde geremdheid ervaren tegenover de artsen. Het is wel zo, dat werd ook gezegd, dat als een muziektherapeut goed weet wat die doet, hij daar ook transparant in kan en mag zijn en dat er dan vaak ook een grote nieuwsgierigheid ontstaat bij de artsen en de verpleging. Daarvoor moet de therapeut zichzelf presenteren en moet hij zelf contact opzoeken met de artsen. Eigeninitiatief van de muziektherapeut is dus zeker gevraagd om muziektherapie tijdens een medisch onderzoek in te zetten. Opmerking vanuit mezelf: Niet alleen bij de arts is er spanning en schroom om zijn werk te doen als er extra personen bij zijn, maar ook bij de muziektherapeut. Eigeninitiatief is dus belangrijk, maar ook zelfvertrouwen.

¹² Een roldiffusie is een vorm van psychosociale ontwikkeling waarbij geen zelfstandige identiteit ontwikkeld wordt, maar waarbij de identiteit zich richt op de situatie waarin het individu zich op dat moment bevindt (Pauls, 1990).

4 DISCUSSIE

In de discussie verklaar ik de resultaten van mijn onderzoek door ze met behulp van literatuur te analyseren en te interpreteren. Ik bekijk in dit hoofdstuk mijn onderzoek op een kritische manier en reflecteer op de uitvoering van mijn onderzoek. Daarna ga ik in op sterkten en tekortkomingen van mijn onderzoek. Verder integreer ik mijn resultaten in een nieuw werkmodel, wat ik vervolgens met mijn eigen ervaringen vergelijk. Op het einde van dit hoofdstuk beantwoord ik mijn onderzoeksvraag op basis van mijn eigen analyse en geef ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

4.1 VERKLARING EN INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

De resultaten van het onderzoek zijn goed te verklaren door literatuur over psychologische interventies bij acute pijn bij kinderen. In het boek "Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen" (Zernikow, 2009) staat een heel hoofdstuk geschreven over de psychologische interventies bij acute pijn bij kinderen. In dit hoofdstuk worden eerst de factoren beschreven die van invloed zijn op het beleven van acute pijn bij kinderen en daarna wordt ingegaan op de psychologische interventies. Ik ga deze informatie vergelijken met de gevonden resultaten en aan de hand daarvan verklaren waarom de resultaten ook psychologisch gezien waardevol zijn.

De factoren die van invloed zijn op de pijnbeleving van kinderen worden door Labouvi, Kusch en Hechler (2009) ingedeeld in drie lagen van de pijnbeleving:

- Gevoelens die het kind beïnvloeden, zoals angst of de beleving hulpeloos te zijn
- Gedachten die het kind beïnvloeden, zoals zorgen of vrees
- Gedrag dat beïnvloed wordt, zoals verkrampen of wenen

Deze factoren kunnen vertaald worden naar muzikale interventies, andere belangrijke interventies en doelen die uit mijn onderzoek voortkomen.

- De gevoelens van angst of hulpeloosheid kunnen door bekende liedjes beïnvloed worden. De bekende liedjes bieden veiligheid en daardoor kan het gevoel van hulpeloosheid beïnvloed worden. Verder hebben de kinderen doordat ze de muziek voor een stuk kunnen bepalen het gevoel toch controle over iets te hebben. Ze hebben weliswaar geen controle over wat er medisch met hen gebeurt, maar ze hebben wel controle over wat gezongen wordt bijvoorbeeld. Bovendien speelt hierbij ook de aanwezigheid van een verdere vertrouwde persoon (de muziektherapeut) een rol. Dit biedt voor de kinderen ook veiligheid, wat het gevoel van hulpeloosheid kan verminderen (zie hoofdstuk 3.2.4 "Interventies").
- De piekergedachten tijdens een onderzoek kunnen verminderd worden door het kind mee te betrekken in een werkvorm. Door het kind actief mee te laten denken, worden de gedachten meer richting de muziek geleid en weg van het gebeuren van het onderzoek. Dit kan onder andere door werkvorm 6 (samen de tekst van een bekend liedje aanpassen). Hierbij is het kind actief betrokken en moet het meedenken, bijvoorbeeld over welk dier als volgende aan de beurt is.
- Gedrag zoals verkrampen kan door ontspanningsbiedende muziek beïnvloed worden. Veel van de geïnterviewde muziektherapeuten gaven aan dat ontspanning tijdens een onderzoek een belangrijk doel van de muziektherapie is. Dit is door meerdere studies

bewezen. In de probleemstelling (hoofdstuk 1) heb ik enkele studies genoemd, die het positief effect van muziek op hartslag, ritme, lichamelijke spanning en angst bewijzen.

Verder maken Labouvi, Kusch en Hechler (2009) een indeling van de beïnvloedende factoren in drie verschillende gebieden:

Eerst zijn er de factoren die afhankelijk zijn van het kind zelf, bijvoorbeeld welke leeftijd het kind heeft, van welk geslacht het is, wat er al voor ervaringen met pijn zijn enzovoort. Ook deze dingen kwamen vaak terug in mijn interviews. De muziektherapeutische werkvormen moeten per leeftijd aangepast worden. Het hangt altijd van de voorkeuren en van de identiteit van het kind af wat de therapeut kan doen. Het kind heeft daarin dus een centrale rol. In vergelijking met volwassenen laten kinderen vaak sterkere reacties op acute pijn zien. De angst werkt versterkend op de pijnbeleving en het komt vaak tot 'distress'¹³. Om dit te vermijden of tenminste te verminderen worden verschillende copingstrategieën¹⁴ ingezet. Een van deze strategieën is de doelgerichte afleiding. Ook muziektherapie kan zo'n afleiding zijn (zie hoofdstuk 3.2.5 "Doelen"). Kinderen die actieve copingstrategieën zoals de doelgerichte afleiding inzetten, hebben minder pijnervaringen (Labouvi, Kusch, Hechler, 2009).

Ten tweede zijn er de factoren die afhankelijk zijn van de ouder. De angsten van de ouder, de non-verbale reacties van de ouder en de geruststellende opmerkingen van de ouder spelen een grote rol in een dergelijke situatie. Het is vandaag stadaard dat de ouders meegaan om het kind te ondersteunen tijdens het medisch onderzoek. Kinderen nemen de reactie van hun ouders in de pijnsituatie waar en imiteren deze. Dit leermechanisme kan de pijnbeleving van het kind nog meer versterken. In een studie van Liossi et al. (2007) werd ontdekt dat de inschatting van de ouder over de pijn die het kind zal hebben overeenkwam met de inschatting en de daadwerkelijke pijn van het kind. Deze studie vond plaats bij kinderen met kanker, die een lumbale punctie moesten ondergaan. Een mogelijke verklaring voor de beïnvloeding van de inschatting van de ouder op het kind is dat rustgevende opmerkingen van de ouder bij het kind als waarschuwing kunnen worden verstaan. Daardoor wordt duidelijk dat andere ouderlijke reacties zoals het doelgerichte afleiden doeltreffender zijn dan het verbale geruststellen. Ook de muziektherapeuten gaven terug dat de ouder een belangrijke rol heeft. Vaak worden de ouders mee betrokken in het muzikale gebeuren en doen ze actief mee. Dat helpt de kinderen om rustiger te worden en ook om zelf mee te doen. Kinderen hebben hun ouders in een dergelijke situatie erg nodig en daarom is het juist voor de muziektherapeut zo belangrijk de ouders mee te betrekken in de muziek. Bovendien wordt duidelijk dat het psychologisch gezien effectiever is om de ouder mee te betrekken in het afleiden van het kind (in dit geval door muziek) dan dat de ouder het kind verbaal geruststelt. Het mee betrekken van de ouders in de muziek wordt door deze studies nog meer van belang en de studies verklaren ook waarom dit zo is. Het is dus zeker als zinvol bevestigd de ouders mee te betrekken bij het afleiden.

Ten derde zijn de situatieafhankelijke factoren van belang. Hierbij spelen prikkels uit de omgeving, actuele gevoelens en het gedrag van het kind en van andere personen die aanwezig zijn een grote rol. Het is belangrijk dat het kind hulp en ondersteuning van vertrouwde personen en door een weinig angstwekkende omgeving ervaart (Labouvi, Kusch, Hechler, 2009). De algemene situatie werd ook bij de muziektherapeuten als erg belangrijk beschreven. De algemene sfeer die er leeft en het groepsgebeuren kunnen grote invloed hebben op het kind. Is de algemene situatie meer ontspannen, dan kan ook het kind meer ontspannen. Dit is door muziektherapeutische werkvormen, waarbij de artsen, de verpleging, de ouders en het kind mee worden betrokken, goed mogelijk. Hiervoor is vooral werkvorm 6 geschikt, omdat bij deze werkvorm de tekst van een bekend lied wordt aangepast en iedereen in de ruimte nieuwe tekstideeën kan inbrengen. Het is dus ook psychologisch zinvol om al de aanwezige personen mee te betrekken in het muzikale gebeuren. Maar ook alleen al door een therapeut die muziek speelt voor de aanwezige personen wordt de omgeving voor het kind minder angstwekkend en kan het dus helpen om de angst te verminderen. Ook door de beïnvloeding van de sfeer die in de ruimte leeft, kan iedereen in de ruimte mee aanwezig zijn in de muziek. Iedereen hoort hetzelfde en daardoor kan het gedrag van alle aanwezige personen beïnvloedt worden. De respondenten

¹³ Distress is de subjectieve kwaal van het kind als een vermenging van angst en pijn plaatsvindt, verbonden met een gedragsreactie, die de coöperatie in de situatie zelf vaak moeilijk maakt (Labouvi, Kusch, Hechler, 2009).

¹⁴ Copingstrategieën zijn manieren van omgaan met moeilijke situaties ("Coping", n.d.).

gaven ook aan dat er een meer ontspannen sfeer is als er muziek gespeeld wordt en dat het daardoor voor alle aanwezige personen een aangename ingreep wordt.

Deze drie factoren, namelijk de kindgebonden, de oudergebonden en de situatiegebonden aspecten, zijn allemaal van invloed op de pijn- en de angstbeleving van het kind. Al deze aspecten treden in interactie met elkaar, wat de complexiteit van de situatie en de pijnverwerking van het kind verduidelijken. Het is mooi om te zien dat de muziek bij alle aspecten een rol kan spelen en overal bepaalde factoren positief kan beïnvloeden. De muziek brengt dus een samenhang tussen al de verschillende factoren en maakt het daardoor makkelijker voor het kind om de situatie aan te kunnen.

Op basis van verschillende psychologische aspecten zoals de subjectiviteit van de pijnbeleving, de complexe beïnvloeding door cognitieve en emotionele processen en de noodzaak vertrouwenspersonen en contextfactoren mee te betrekken, wordt door Labouvi, Kusch en Hechler (2009) een multi-professionele aanpak aanbevolen. Hierbij kan de muziektherapie een grote rol spelen. Er wordt een verschil gemaakt tussen twee manieren:

- Gedragsgeoriënteerde maatregelen
- Cognitieve maatregelen

De muziektherapie is vooral bij de cognitieve maatregelen van belang. Cognitieve strategieën zijn bijvoorbeeld de externe aandachtsafleiding (bv. het inzetten van poppetjes of lichamelijke activiteiten), de interne aandachtsafleiding (bv. denkopgaven, imaginatie, zelfhypnose), hypnose en technieken over cognitieve controle. Hierbij kan ook de inzet van humor een belangrijk onderdeel zijn.

Uman et al. (2008) hebben door een cochrane-review de psychologische interventies, die het meeste effect lieten zien, samengevat. Op de eerste plaats staat afleiding. Dit bevestigt de uitkomsten van mijn onderzoek. Afleiding blijkt een zinvolle psychologische interventie te zijn om de kinderen minder pijn en angst te laten beleven. Desondanks zijn psychologische en medische pijntherapie in combinatie het meest effectief. En voor afleiding is het medium muziek zeer geschikt. De auditieve prikkels gaan meteen naar het limbisch systeem in de hersenen, dat verantwoordelijk is voor emoties. Zo kan de angst van het kind beïnvloed worden. Bovendien is muziek reeds actueel in het leven van de kinderen, elk kind kent immers liedjes, waardoor het door het medium muziek makkelijk is om in contact te komen met het kind en het daardoor af te leiden. Over de krachten van het medium muziek zal ik ook in hoofdstuk 4.5 "Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel" meer uitleg geven.

Voor psychologische interventies tijdens een medisch onderzoek is het belangrijk om het kind ook voor en na het onderzoek te begeleiden. De respondenten gaven dit ook aan. Het zou dus een optimale situatie zijn als de therapeut vlak voor en meteen na het onderzoek ook aanwezig is en muziek maakt voor het kind. Psychologisch gezien is dit zeker zinvol.

Volgens Labouvi, Kusch en Hechler (2009) bestaan psychologische interventies voor medische onderzoeken uit drie verschillende interventies:

- Informatie geven/voorlichten
- Afleiding
- Interventies door de ouders

De eerste interventie van het voorlichten van het onderzoek kan onder ander ook in de muziektherapie plaats vinden. Vele muziektherapeuten gaven aan dat ze ter voorbereiding (of ter nabehandeling) van een onderzoek samen bijvoorbeeld liederen schrijven over het onderzoek. Daarbij is het minder van belang dat de kinderen informatie krijgen over het onderzoek maar meer dat ze hun angsten over het onderzoek kwijt kunnen. Dat is ook een soort voorbereiding op een onderzoek.

De tweede interventie is de afleiding. Daarbij kan de muziektherapie een grote rol spelen. Afleidingsstrategieën zijn ervoor om de aandacht van het kind om te leiden, dat betekent weg van de angstwekkende prikkels naar aangename en angstreducerende aspecten of gedachten. Hierbij kan men niet creatief genoeg zijn. Het is alleen belangrijk dat de afleidingsstrategie aangepast is

op het kind zelf. Het doel van de muziektherapie, de afleiding, is dus psychologisch gezien zeer zinvol en een goede manier om het kind gerust te stellen tijdens een medisch onderzoek. Ook in een ander boek over kinderverpleegkunde wordt liederen zingen genoemd als een zinvolle psychologische interventie tijdens medische onderzoeken, omdat de kinderen daardoor vaak gefascineerd zijn (Hoehl en Kullick, 2008). Ook op de Duitse internetpagina van de 'kinderkrebsinfo'¹⁵ (Yiallourous, 2009) wordt muziek als afleidingsstrategie voor medische onderzoeken genoemd.

De interventies die door de ouder gepleegd worden zijn vooral gericht op het mee helpen afleiden tijdens het onderzoek. Zoals hierboven al beschreven staat, is het meestal niet effectief om het kind verbaal gerust te stellen, omdat dit vaak een waarschuwend beteken is heeft voor kinderen.

Door de vergelijking met de literatuur over psychologische interventies bij acute pijn wordt duidelijk dat muziektherapie een zinvolle therapie is om de kinderen af te leiden en om het onderzoek voor hen minder spannend te maken. De concrete mogelijkheden die de muziek biedt, zijn in de resultaten (hoofdstuk 3) verder beschreven. Daarbij gaat het vooral om de verschillende werkvormen die ingezet kunnen worden en welk voordeel deze bieden, bijvoorbeeld de mogelijkheden die liederen of improvisaties bieden. Vaak komen de doelen of de interventies van deze werkvormen met de literatuur overeen.

Aan het einde van het hoofdstuk "Psychologische Interventionen bei akuten Schmerzen" (Labouvi, Kusch, Hechler, 2009) wordt samengevat, dat de effectiviteit van deze psychologische interventies meerdere keren bewezen is en dat het toch weinig toegepast wordt. En dat is nu net een punt dat ik ook ben tegen gekomen tijdens mijn onderzoek. Er zijn weinig muziektherapeuten die werkelijk muziektherapeutische werkvormen toepassen tijdens een medisch onderzoek. Dit is zeker een punt dat verder onderzocht zou kunnen worden. In hoofdstuk 4.7 "Aanbevelingen" ga ik er nog verder op in.

4.2 REFLECTIE OP DE UITVOERING VAN HET ONDERZOEK (PROCESEVALUATIE)

In het volgend hoofdstuk zal ik reflecteren op de uitvoering van mijn onderzoek. Ik zal eerst terugkijken naar de dataverzameling van het onderzoek en daarna naar de datapreparatie en de analyse van de data.

4.2.1 DATAVERZAMELING

Het onderzoek kwam in het begin nogal moeilijk op gang. De contactopname met de verschillende respondenten verliep traag. Dit kwam vooral door de trage reacties van de ziekenhuizen. Enkele respondenten moest ik meerdere keren contacteren voordat ik iets hoorde van hen. Vaak was ook het probleem dat ik de muziektherapeuten zelf niet kon contacteren, omdat op de website van het ziekenhuis bijvoorbeeld geen e-mailadres stond. Daarom gebeurde de contactopname vaak via andere personen zoals artsen en duurde het langer totdat ik reactie kreeg op mijn e-mails.

Soms lag het ook aan mij dat het in het begin iets langer duurde dan gepland. Ik had er bijvoorbeeld moeite mee om muziektherapeuten in het Engelstalig gebied te contacteren, omdat mijn Engels niet heel goed is. Maar ook hier ga ik in het volgend hoofdstuk nog verder op in.

¹⁵ <http://www.kinderkrebsinfo.de/>

Eens ik reactie had van de respondenten, verliep het contact heel goed. De muziektherapeuten waren allemaal zeer open, vriendelijk en geïnteresseerd in mijn thema. Ook de therapeuten die me niet verder konden helpen waren heel geïnteresseerd in mijn scriptie. Vaak kwam ook de vraag of ik mijn thesis kon doorsturen als ze klaar zou zijn. De interesse voor het thema is dus zeker aanwezig. Dit heeft voor mij toen al bevestigd dat ik een heel goed thema gekozen heb. Ook al waren er niet veel therapeuten die ervaring hadden met muziektherapie tijdens medische onderzoeken, toch hadden de therapeuten die er wel ervaring mee hebben allemaal een concrete houding tegenover dit onderwerp. De interviews waren zeer informatief en waardevol voor mijn scriptie.

Ik heb wel gemerkt dat mijn interviews in het begin niet zo soepel verliepen. Ik wist nog niet goed wat ik precies moest vragen om aan bepaalde informatie te komen. Nadat ik een paar interviews gedaan had, werd dit steeds makkelijker. Ik wist al iets meer over het thema en kon daarom ook steeds meer vragen. Zo werden de interviews diepgaander dan in het begin. Voor de respondenten was het handig dat mijn vraagstelling zo concreet was. Daardoor konden zij beginnen te vertellen over wat ze wisten en wat hun ervaringen met muziektherapeutische werkvormen tijdens medische onderzoeken waren en kon ik doorvragen als er iets niet duidelijk was of verdiept moest worden.

Voor de interviews had ik voor een open methode gekozen. Dit was een zinvolle keuze, want daardoor kwam ik erachter dat andere dingen rondom de werkvormen op zich ook heel belangrijk zijn. Dit waren onderwerpen zoals de groepssfeer, de therapeutische houding etc. (zie hoofdstuk 3 "Resultaten"). Op deze thema's ga ik in hoofdstuk 4.3 "Sterkten en tekortkomingen van het onderzoek" verder in.

4.2.2 DATAPREPARATIE EN ANALYSE

Om de interviews te analyseren was het nodig dat de informatie gesorteerd en geordend werd. Dit was niet makkelijk, maar wel heel interessant. In het begin vond ik het heel moeilijk om al de interviews samen te sorteren, omdat het zo veel informatie bij mekaar was, dat ik niet goed wist waar ik moest beginnen. Maar al na de eerste interviews kreeg ik het gevoel dat bepaalde categorieën van de informatie belangrijk waren. Dit waren naast de verschillende werkvormen ook de randvoorwaarden en de context van de muziektherapie. In mijn hoofd ontstond er al een beeld hoe de verschillende teksten samengevat konden worden. Nadat er steeds meer interviews bij kwamen, kwamen er soms nog nieuwe categorieën bij en soms paste de nieuw gevonden informatie in de categorieën van de vorige interviews. Daardoor ontstond in de loop van de tijd een steeds concreter beeld van categorieën die belangrijk waren.

Ik had zelf de indruk dat mijn eigen kennis over het thema steeds groeide en dat ik daardoor uiteindelijk een zinvolle indeling van de verkregen informatie kon maken.

Tijdens het opschrijven van de resultaten kreeg ik er nog meer grip op en kreeg ik uiteindelijk al ideeën voor de analyse van de resultaten. Dit was een mooi proces waar ik veel uit heb kunnen leren.

Dit laat zien dat ik met het kwaliteitscriterium 'dependability' bezig was. Ik kreeg steeds meer grip op het thema en kon de resultaten verklaren. Dit was een proces dat vooral op het einde van het afnemen van interviews heeft plaatsgevonden. Nadat ik al veel interviews gedaan had, werd steeds meer en meer duidelijk dat alle informatie bij elkaar paste en dat er niet meer veel nieuws bij kwam. Ik ben dus in het kader van mijn bachelorthesis al duidelijk met het kwaliteitscriterium 'verzadiging' bezig geweest. Dit zal ik bij de sterkten van mijn onderzoek (hoofdstuk 4.3.1) nog verder verklaren.

4.3 STERKTEN EN TEKORTKOMINGEN VAN HET ONDERZOEK

Mijn onderzoek heeft sterkten en tekortkomingen. Deze zal ik in het volgende hoofdstuk concreet beschrijven. Aan de hand van de uitvoeringen van de sterkten zal deels duidelijk worden hoe de kwaliteit van mijn onderzoek gewaarborgd is. In hoofdstuk 2.5 zijn alle kwaliteitscriteria voor 'trustworthiness' te vinden. De tekortkomingen beschrijven punten, die beter hadden kunnen verlopen tijdens mijn onderzoek.

4.3.1 STERKTEN

Hieronder zal ik de sterkten van mijn onderzoek beschrijven. Dit zijn bijna allemaal zaken die belangrijk zijn om de kwaliteit van mijn onderzoek te onderbouwen.

- De variatie in de respondenten was heel groot. Ik had muziektherapeuten uit verschillende landen (Duitsland, België en Amerika), van verschillende leeftijden, van verschillende opleidingen en in verschillende instellingen werkzaam. De diversiteit van de respondenten is belangrijk om de 'thick description' te waarborgen. Dit wil zeggen dat ik een uitgebreid beeld geef van omstandigheden, situaties, mechanismen of andere relevante onderwerpen binnen het onderzoek door middel van veelomvattende gedetailleerde beschrijvingen (Baarda, 2009).

Bovendien heb ik niet alleen muziektherapeuten bevestigd, maar heb ik ook breder gekeken en een arts geïnterviewd, omdat na verloop van tijd steeds belangrijker werd dat de omgeving bij muziektherapie tijdens medisch onderzoeken ook een grote rol speelt. Ook in de literatuur heb ik breder gekeken dan alleen vakliteratuur van muziektherapie. Ik ben op zoek gegaan naar psychologische literatuur waarmee ik de verkregen informatie kon bevestigen.

- Een tweede sterkte van mijn onderzoek is dat ik flexibel was en daardoor mijn onderwerp nog kon aanpassen en uitbreiden. De situatie van mijn onderzoek was in het begin heel specifiek. Het ging oorspronkelijk puur om muziektherapeutische werkvormen die uitgevoerd worden tijdens lumbale puncties bij kinderen met leukemie. Dit heb ik uitgebreid naar muziektherapeutische werkvormen tijdens medische onderzoeken bij kinderen met kanker. Deze verbreding heb ik gemaakt omdat ik tijdens de interviews steeds meer merkte, dat het niet alleen om lumbale puncties gaat, maar dat de werkvormen vaak ook toepasbaar zijn tijdens andere medische onderzoeken. Bovendien had ik respondenten, die zelf weinig ervaring hadden met het begeleiden van lumbale puncties, maar die wel gewone medische onderzoeken begeleidden. Dit bevestigt voor mij dat mijn uitgangssituatie precies bij deze setting past. Het is mooi dat ik dat kon ontdekken. Verder heb ik ervoor gekozen om niet alleen de werkvormen op te nemen in mijn thesis maar ook de omstandigheden en randvoorwaarden die erbij horen.

Achteraf gezien was de keuze voor het verbreden van mijn onderwerp heel goed. De context werd vergroot en de situatie kon daardoor veel concreter beschreven worden. Door het verbreden van het thema werd de situatie veel beter vatbaar en het werd duidelijk dat niet alleen de werkvormen belangrijk zijn, maar ook wat er rond om heen gebeurt. Dit paste volledig bij de verkregen informatie over de werkvormen. Nu ik mijn resultaten van op een afstand kan bekijken, zie ik dat het niet compleet zou geweest zijn als ik alleen de werkvormen zou hebben beschreven. De situatie rondom het onderzoek heen hoort erbij en is heel belangrijk voor wat er gebeurt binnen de muziektherapie.

Ik heb dus ten eerste het onderwerp uitgebreid. Dit wil zeggen dat ik niet alleen naar de lumbale punctie kijk, maar meer algemeen naar medische onderzoeken. Ten tweede heb ik besloten dat ik niet puur de werkvormen zou bekijken, maar ook wat er rond om heen gebeurt en dus de hele situatie.

- Een volgend punt dat ik als sterkte van mijn onderzoek zou benoemen, is dat ik gemerkt heb dat ik in mijn laatste interview alle belangrijke informatie van de vorige interviews opnieuw hoorde en dus bevestigd kreeg. Ik heb in het kader van mijn kleine bachelorthesis min of meer het criterium 'dependability' (verzadiging) kunnen bereiken. Dit is niet volledig gelukt vanwege de tijd, maar toch heb ik het gevoel dat er tegen het einde veel informatie herhaald werd.
- Het laatste sterke punt van mijn onderzoek is dat de literatuur mijn resultaten bevestigt. Ik ben nadat ik het onderzoek had uitgevoerd verder op zoek gegaan naar nieuwe literatuur en heb zeer passende teksten gevonden. Dit bevestigt me dat ik de juiste thema's in de resultaten van mijn thesis heb benoemd en heb gevonden.

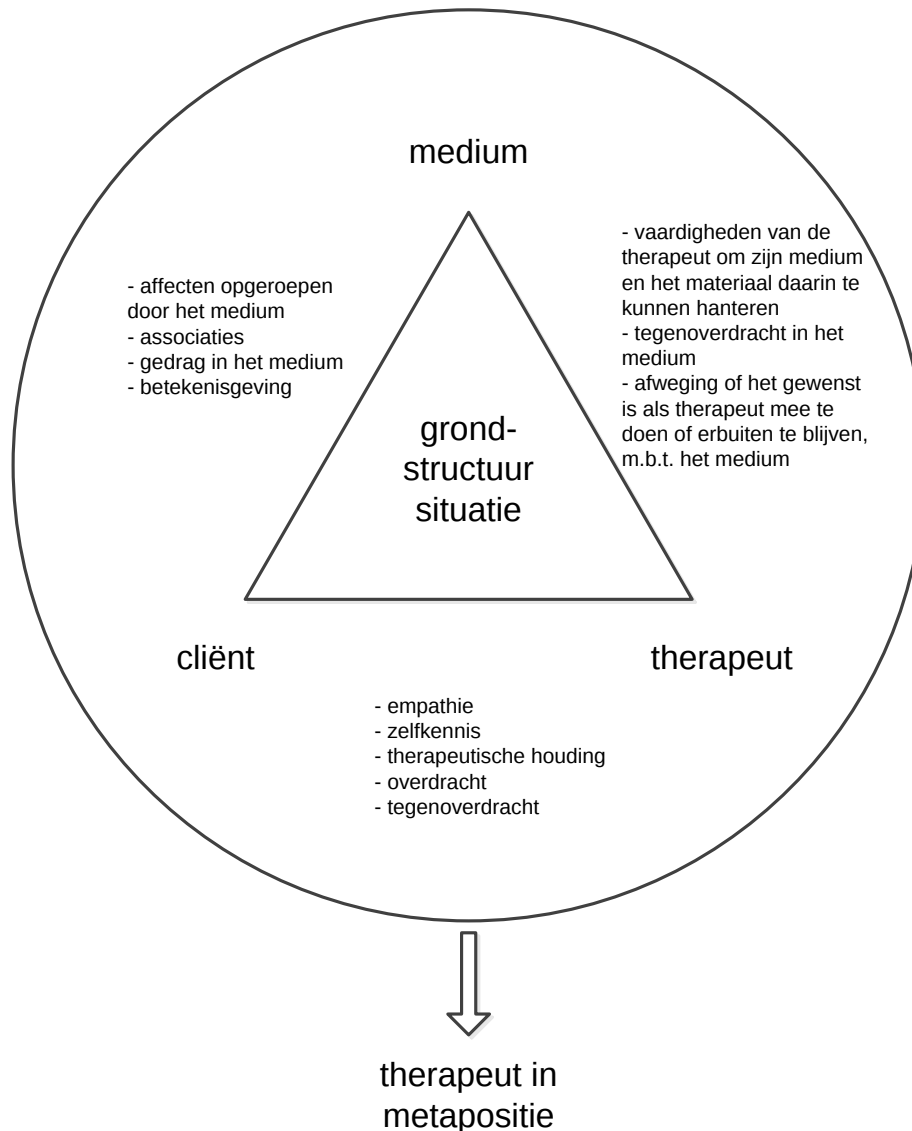
4.3.2 TEKORTKOMINGEN

Als volgt ga ik de tekortkomingen van mijn onderzoek beschrijven.

- Een tekortkoming van mijn onderzoek is dat ik in het begin de Engelstalige gebieden niet wou contacteren in verband met mijn eigen taalkennis. Ik heb er zeer lang mee gewacht en daardoor helaas slechts één antwoord uit Amerika gekregen. Daardoor baseren de muziektherapeutische werkvormen die in Amerika tijdens een medisch onderzoek toegepast worden alleen op de ervaring van één persoon. Bovendien was de respondent uit Amerika de enige die ook over het werken met een toestel vertelde. Daardoor is deze werkvorm niet voldoende uitgewerkt en zijn de resultaten uit Amerika niet representatief.
- Een tweede tekortkoming van mijn onderzoek is dat ik zelf geen observatie heb kunnen doen. Ik had dit graag nog willen doen, maar het is niet meer gelukt vanwege de beperkte tijd van de bachelorthesis. Ik denk dat dit zeker nog een meerwaarde voor mijn onderzoek zou geweest zijn, omdat ik dan had kunnen observeren wat de therapeuten precies doen en welke technieken of interventies zij toepassen. Zo'n dingen gebeuren vaak immers onbewust. Daarom is het goed mogelijk dat de muziektherapeuten sommige interventies of technieken die ze gebruiken niet benoemd hebben, gewoon omdat ze het onbewust doen.

4.4 INTEGRATIE VAN DE RESULTATEN IN EEN NIEUW WERKMODEL

In de creatieve therapie bestaat een model dat een analysemiddel kan zijn voor de verhoudingen tussen cliënt – therapeut – medium. Het wordt de creatieftherapeutische driehoek (zie figuur 1) genoemd. In het volgende ga ik dit model verklaren en aanpassen en uitbreiden voor de door mij uitgevonden resultaten.

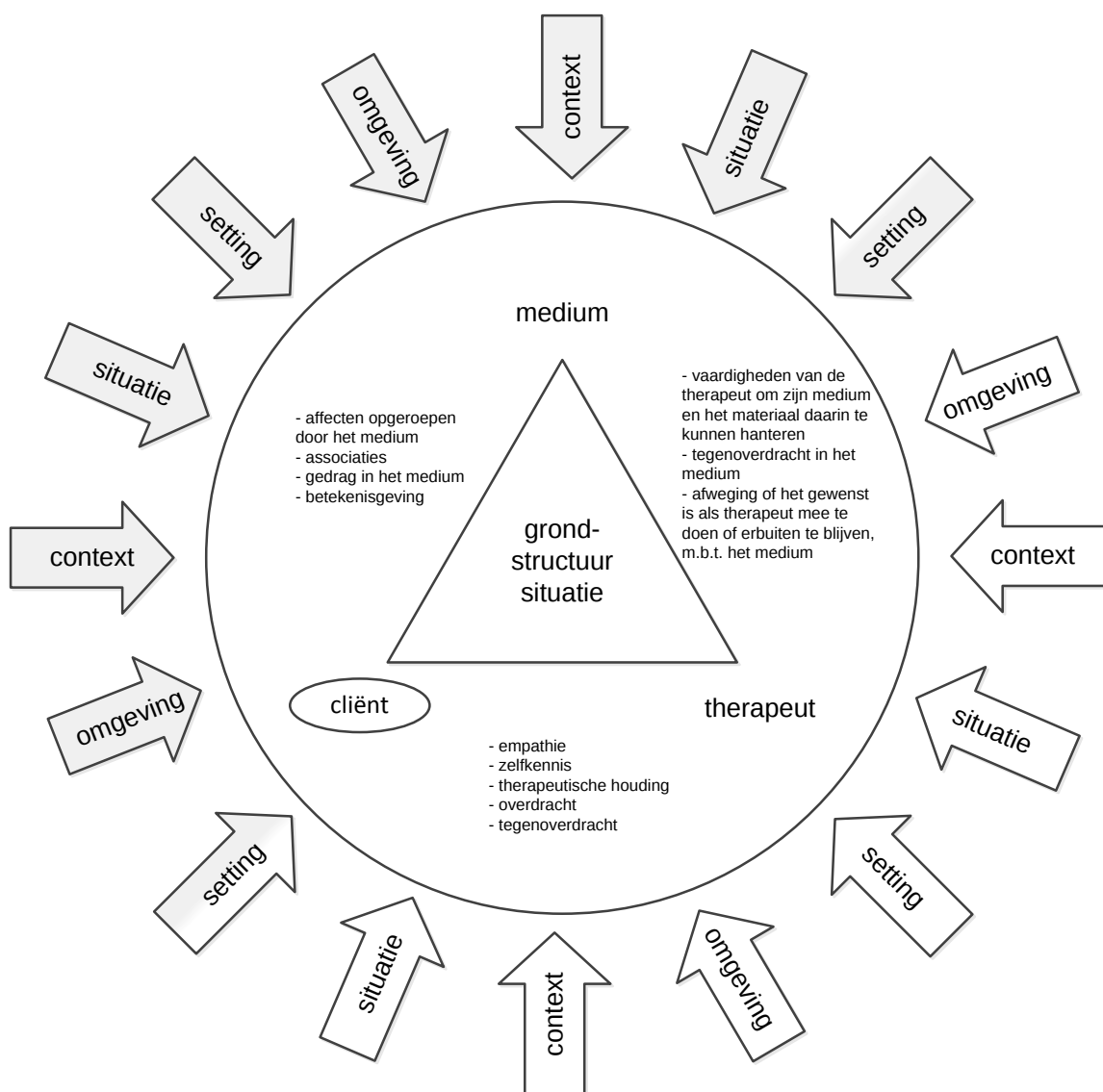


FIGUUR 1 - DE CREATIETHERAPEUTISCHE DRIEHOEK (SMEIJSTERS, 2006)

De creatieftherapeutische driehoek beschrijft de grondstructuur van een creatieftherapeutische situatie. De therapeut, de cliënt en het medium muziek zijn hierin altijd aanwezig. Tussen deze drie ontstaat een bepaalde dynamiek. De therapeut plaatst zich daarbij steeds in een positie van waaruit hij de situatie van op een afstand kan bekijken. Deze positie wordt de metapositie genoemd. Vanuit deze positie kan hij beslissingen nemen over wat hij gaat doen met betrekking tot de ontstane dynamiek en de wenselijke bijsturing. De positie die de therapeut inneemt is van invloed op de gehele situatie, omdat zowel cliënt als medium als therapeut aanwezig zijn in de driehoek (Smeijsters, 2006).

Deze drie eenheden zijn dus volgens het model van invloed op het creatieftherapeutisch proces. In mijn onderzoek heb ik ondervonden dat de context of de situatie waarin de muziektherapie plaatsvindt ook van groot belang en invloed is. De medische setting heeft een enorme invloed op de muziektherapie en wordt ook bij de meeste therapeuten mee ingebonden in het gebeuren.

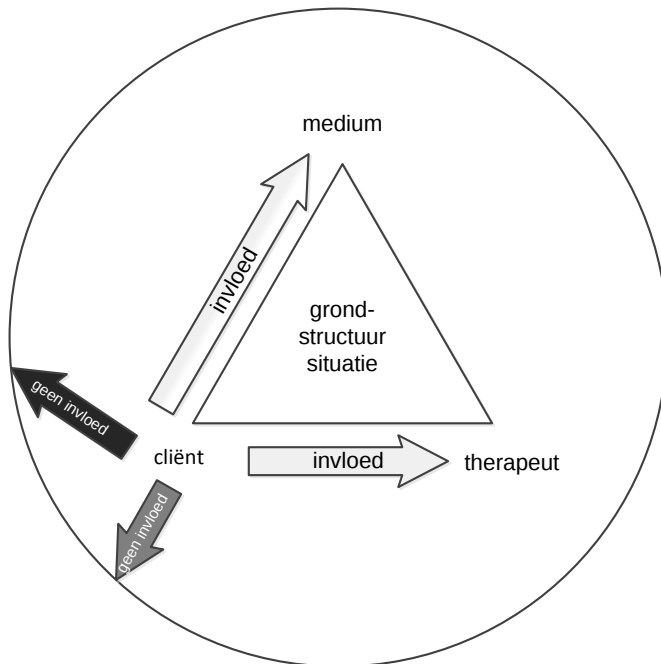
Volgens mij heeft de situatie, de omgeving, de setting een invloed zowel op de cliënt als op de therapeut als op de muziek. Het model wordt dus door mij uitgebreid en ziet er nu als volgt uit:



FIGUUR 2 - UITBREIDING CREATIEFTHERAPEUTISCHE DRIEHOEK

Volgens mij is deze uitbreiding van het model vooral in een medische setting van belang. Want zoals in de vorige hoofdstukken al vermeld staat, hebben de ouders, de artsen en de verpleging ook veel met de situatie te maken. Vaak worden alle aanwezige personen mee opgenomen in de muziek. De therapeut moet hierbij goed in de gaten houden dat het uiteindelijk om het welbevinden van de cliënt en dus van het kind gaat. De omgevingsgebonden factoren hebben daar een grote invloed op en moeten mee opgenomen worden, maar toch moet worden uitgegaan van de behoeften van het kind op dat moment.

4.4.1 DE CLIËNT



FIGUUR 3 - INVLOED VAN DE CLIËNT

Figuur 2 weerspiegelt hoe de situatie voor het kind moet zijn. De omgeving heeft een onheilspellend karakter voor het kind. Het kind heeft geen invloed op wat er medisch gebeurt. Het medisch personeel (de pijlen) is gericht op het kind, maar de therapeut en het medium muziek zijn mee aanwezig in de 'binnenkring' van het kind en kunnen ervoor zorgen dat het medisch onderzoek een minder bedreigende indruk maakt. De cliënt heeft dus geen invloed op de medische situatie maar wel op de muziek die de therapeut maakt. Het kind wordt mee betrokken en kan zelf beslissen wat gespeeld wordt. Daardoor voelt het kind meer veiligheid en kan het in de bedreigende situatie tenminste sommige factoren mee beïnvloeden (zie figuur 3).

De cliënt wordt tijdens een medisch onderzoek fysiek in een zeer passieve rol geduwd en heeft daardoor vaak het gevoel nog minder invloed op de omgevingsfactoren te hebben. De

kinderen zijn erg gespannen door het gevoel dat ze geen controle hebben over de situatie. Daarom is het belangrijk dat de kinderen invloed hebben op de muziek en op datgene wat de therapeut doet. Door het contact met de therapeut en door het zelf mogen beslissen wat gezongen wordt, hebben ze de controle over de muziek wat voor hen op dat moment al heel veel is. Bovendien kunnen de kinderen de muziek volgen door de bekende melodie of de tekst te volgen en kunnen ze zelf meegaan in de muziek, wat hen op dat moment kan afleiden.

De kinderen kunnen zich dus door de invloed die ze op de therapeut en het medium hebben niet verliezen in de muziek, omdat ze er zelf controle over hebben.

4.4.2 DE THERAPEUT

De therapeut heeft tegenover het kind invloed op de gehele situatie. Hij beïnvloedt samen met het medium de sfeer die er leeft in de ruimte en daardoor ook alle personen die aanwezig zijn in het lokaal. Hij kan ervoor zorgen dat het kind afgeleid wordt en dat de sfeer minder gespannen is.

De therapeutische houding is in een medische setting heel erg van belang. De muziektherapeut is iemand die bij een medisch onderzoek ondersteuning en hulp kan bieden. Het is heel belangrijk dat hij niet voor de arts of de ouder gaat staan. De artsen moeten op dat moment hun onderzoek doen, en dat staat centraal. Bovendien heeft het kind de ouder op dat moment heel erg nodig. De therapeut ondersteunt ouder en kind, maar mag zeker niet de rol van de ouder overnemen.

Het is van voordeel als de therapeut het kind al een tijd kent. Daardoor kan hij beter inschatten wat het kind op zo'n moeilijk moment tot rust brengt en kan hij de geschikte werkvorm inzetten die bij dit kind past. Vaak weten kinderen zelf niet wat hen op een moeilijk moment tot rust zou kunnen brengen of af zou kunnen leiden. Daarom is het belangrijk dat de therapeut hier ervaring mee heeft. De therapeut moet goed kunnen observeren in wat voor een stemming het kind zit en wat voor interventies of werkvormen geschikt zijn. Een interventie die handig is om het kind te laten zien dat het gezien en gehoord wordt is het synchroniseren met het kind. Dit kan op ademhaling, op bewegingen of op manieren van spreken. Daardoor ontstaat er snel contact tussen kind en therapeut en kan het kind zich beter focussen op het gebeuren binnen de muziek.

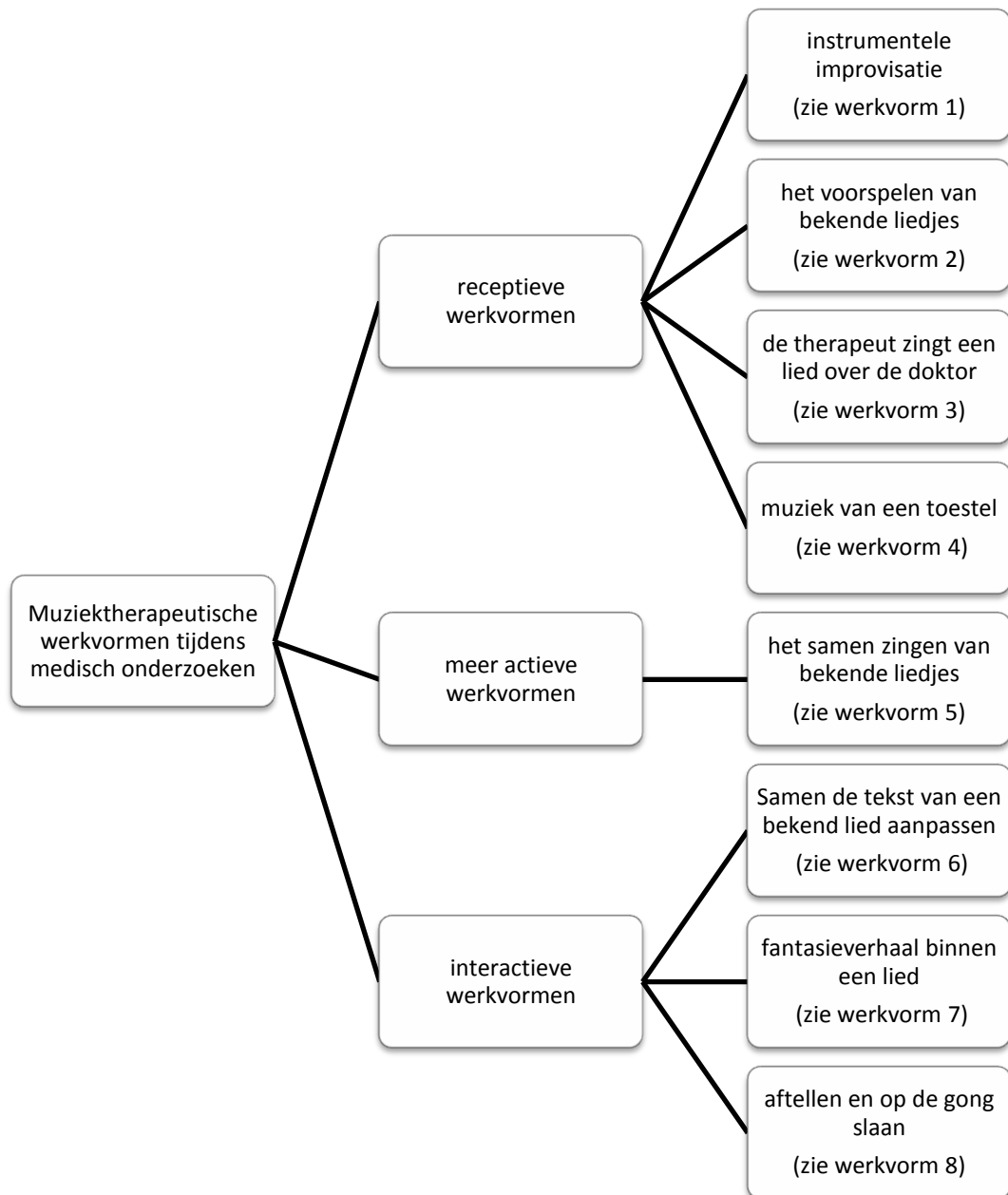
De therapeut moet erop letten dat hij continu in contact staat met het kind. Want contact is een van de belangrijkste (muziektherapeutische) interventies in een medische setting. Daardoor kan de aandacht van het kind weg van het onderzoek en naar de muziek geleid worden. Bovendien is het handig, als het gepast is in de situatie, met humor te werken. De therapeuten kunnen grappige dingen verzinnen over de dokters of kunnen bij liederen over dieren de manier van bewegen van het dier mee opnemen in de muziek. Vaak vinden de kinderen dit geweldig en worden daardoor nog meer afgeleid.

Wat verder bij de therapeutische houding zeer belangrijk is, is het zich kunnen aanpassen op het moment zelf. Soms is het zo dat de therapeut eerst voor een werkvorm kiest, die niet bij het kind op dat moment past. Zodra dat dit ter voorschijn komt moet hij in staat zijn om zijn muziek aan te passen op wat het kind wel nodig heeft op dat moment. De therapeut moet dus goed kunnen aanvoelen wat de behoeften van het kind zijn.

Wat verder voor de therapeut in een medische setting belangrijk is, is dat hij het personeel mee betrekt in de muziek. De omgeving en dus de artsen, de verpleging en de ouders moeten de mogelijkheid krijgen om mee te gaan in de muziek. Vaak wordt daardoor de sfeer van het onderzoek beïnvloed en kunnen alle aanwezige personen meer ontspannen.

4.4.3 HET MEDIUM

Het medium muziek heeft een belangrijke rol tijdens medische onderzoeken. Onder het medium worden alle werkvormen, die in mijn resultaten genoemd zijn bedoeld. Ik zal hier nog een keer schematisch weergeven welke werkvormen dit allemaal zijn:



FIGUUR 4 - WERKVORMOVERZICHT

Het medium muziek heeft het voordeel dat het de kinderen heel snel meeneemt en dat het geen beweging vraagt van de kinderen. Tijdens een medisch onderzoek moeten de kinderen stil zitten. Maar zingen of spreken kan ook terwijl de cliënt stil zit. Bovendien is een groot voordeel dat elk kind (zelfs elke persoon) liedjes kent. Melodie en ritme zijn twee muzikale parameters die kinderen al in de buik van de moeder leren kennen. Het hart slaat in een bepaald ritme en de stem van de moeder is een melodie (Denkers, 2009). Zo leren kinderen al voor de geboorte muziek kennen. Verder heeft muziek in onze maatschappij een speciale plek. Omdat liederen

voor iedereen bekend zijn kom je door het samen zingen heel snel in contact met elkaar. Bovendien gaan auditieve prikkels direct naar het limbisch systeem dat verantwoordelijk is voor emoties en dus ook voor angst ("Limbisches System", 2009). Daarom is muziek een heel geschikt medium in een dergelijke situatie.

Ook het contact dat ik boven bij het vorige hoofdstuk over de therapeut al benoemd heb, ontstaat vaak door het medium. Synchronisatie is kenmerkend voor muziek. Er ontstaat een gemeenschappelijke beat. Dit is een belangrijke vorm van gezamenlijkheid, waardoor de therapeut snel in contact kan komen met de cliënt.

Verder is door meerdere studies bewezen dat muziek een positief effect heeft op acute pijn bij kinderen met kanker. De Studie van Barton (2008) bijvoorbeeld liet zien dat de aandacht van de kinderen door de muziek verplaatst wordt naar iets anders. De (live)muziek helpt de kinderen niet te veel te moeten denken aan het onderzoek. Bovendien heeft de therapeut de mogelijkheid om zowel op het kind als op de ouders in te gaan met zijn muziek. Daardoor kan er contact binnen de muziek ontstaan. Gitaar met zang was bij dit onderzoek de meest gebruikte interventie.

Maar zoals in mijn probleemstelling ook al benoemd zijn er ook studies die alleen het fysische effect van muziek op pijn onderzocht hebben en een positieve werking concludeerden. Het medium muziek is dus een zinvol medium om te gebruiken in een medische setting omdat het zowel ontspanning en daardoor minder pijn als ook afleiding kan bieden. En juist deze twee punten zijn ook de doelen van muziektherapie tijdens medisch onderzoek. Dit ontstaat zowel door het medium zelf als ook door de therapeut die continu in contact staat met het kind.

4.5 VERGELIJKING OUD EN NIEUW WERKMODEL

Mijn eigen ervaringen met muziektherapie tijdens medisch onderzoeken zijn tot nu toe zeer beperkt. Ik heb enkele keren samen met een andere muziektherapeute een lumbale punctie begeleidt en ben af en toe toevallig in de ruimte geweest als een arts binnen liep en een medisch onderzoek moest doen. Tijdens de lumbale puncties heb ik zelf gemerkt dat het voor de kinderen vooral belangrijk is om iets vertrouwds te hebben waarop ze zich kunnen concentreren. Bij een kind begonnen we eerst samen met gitaar en viool te improviseren, maar het kind vroeg redelijk snel naar liedjes die het kende. Deze ervaringen passen dus goed bij de uitkomsten van mijn onderzoek, maar door mijn onderzoek heb ik nu een veel concreter beeld van wat allemaal mogelijk is. Tijdens het onderzoeken hoorde ik steeds nieuwe dingen en kreeg ik een duidelijker beeld van welke dingen belangrijk zijn in een medische setting. Ik heb gemerkt dat het niet alleen de werkvormen zijn die van belang zijn, maar dat het hele gebeuren rond om het medisch onderzoek heen er veel mee te maken heeft. Dit heb ik ook in mijn nieuw werkmodel benoemd.

Bovendien heb ik zelf de ervaring gemaakt dat het goed is om met humor te werken als een arts het lokaal binnen loopt en een naald moet trekken bijvoorbeeld. De kinderen worden daardoor duidelijk afgeleidt en vinden dit vaak geweldig. Ook dit komt overeen met de uitkomsten van mijn onderzoek. Desondanks weet ik nu veel meer erover waarom dit zo is en welke factoren allemaal van invloed zijn op de muziek, op de therapeut en op het kind. Ik heb nu meer de mogelijkheid om me in te voelen in de situatie van het kind, waardoor ik zinvollere muziektherapeutische interventies zou kunnen plegen tijdens medische onderzoeken. Bovendien heb ik een beeld gekregen van wat allemaal mogelijk is en welke werkvormen er überhaupt zijn. Voordat ik met het onderzoek begon, had ik zelf maar enkele keren een lumbale punctie meegemaakt en had ik nog geen concreet beeld over wat er muziektherapeutisch allemaal gebeurd. Er gebeurt zo veel wat niet te zien is, maar wat wel door mijn onderzoek veel duidelijker naar voren gekomen is. Als therapeut moet je rekening houden met verschillende factoren en moet je kunnen zien wat het kind nodig heeft op het moment zelf. Maar door de inventarisatie van mijn onderzoek heb ik nu een grondstok waar ik me op kan baseren tijdens medische onderzoeken. Ik weet nu wat theoretisch allemaal mogelijk is en kan daarop teruggrippen.

4.6 BEANTWOORDING VAN DE VRAAG

In het volgende zal ik de resultaten van mijn onderzoek kort beschrijven en mijn eigen mening erover geven.

Het eerste deel van de uitkomsten van mijn onderzoek gaat over de omstandigheden en over de randvoorwaarden van muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Al in de resultaten (hoofdstuk 3) werd duidelijk dat niet alleen de werkvormen van belang zijn maar ook het gebeuren rond om de muziek heen. De medische setting heeft een enorme invloed op de gehele situatie en daardoor ook op de muziektherapie. De kinderen hebben angst voor de ingreep en er zijn veel verschillende personen aanwezig in het lokaal. Er zijn artsen, verpleging, een ouder en de therapeut. Deze personen gaan in interactie met elkaar. Bij een gewoon medisch onderzoek is dit minder van belang dan bij een lumbale punctie, maar ook daar heeft het kind vaak met angst te maken, is het bang om pijn te ervaren en daardoor meer gespannen dan anders. De aanwezige personen hebben in ieder geval een enorme invloed op de situatie. Daarom is het belangrijk om de alle personen mee te betrekken in de muziek. Ook de literatuur bevestigde deze uitkomsten van mijn onderzoek. Ik heb persoonlijk ervaren dat de muziek iedereen in de ruimte beïnvloedt en dat iedereen mee aanwezig is in de muziek, ook al zingt diegene bijvoorbeeld niet mee. De muziek vult altijd heel de ruimte. De therapeut moet zich hiervan bewust zijn en ermee werken. Zo vind ik het bijvoorbeeld een zinvolle interventie om ouders en artsen mee te laten denken bij bijvoorbeeld het verzinnen van een liedtekst. Juist de interactieve werkvormen (zie hoofdstuk 3.3.3) zijn hiervoor heel geschikt. Het is daarbij mogelijk om geheel nieuwe liederen te verzinnen of om de tekst van een bekend lied aan te passen. Hierin kunnen ouders, kind, artsen en verpleging makkelijk mee doen. Zo is iedereen betrokken en de algemene sfeer wordt minder gespannen. Een tweede mogelijkheid is een werkvorm waar het kind samen met de ouder en de therapeut een lied zingt, dat het kent. Daardoor is het kind, de ouder en eventueel de verpleging en de arts ook mee betrokken. Dit is minder interactief, maar toch kan het kind de bekende melodie en de tekst meezingen, waardoor het zich volledig op de muziek kan concentreren. Ook de receptieve werkvormen kunnen ontspanning bieden voor het kind. Hier kan het gaan om bekende liedjes die de therapeut voorspeelt of zingt, wat het voordeel heeft dat het kind de bekende melodie en de tekst kan volgen. Er kan ook instrumentaal muziek gemaakt worden om de sfeer te ontspannen. Een verdere mogelijkheid is dat de therapeut een tekst verzint, bijvoorbeeld over de dokter. Dit is voor de kinderen vaak grappig en ze worden daardoor afgeleid. Het is ook mogelijk om muziek van een toestel te gebruiken en dit werd ook enkele keren aangegeven in de interviews. Mijn eigen mening daarover is dat een therapeut een meerwaarde is in een dergelijke situatie omdat die zijn muziek ter plekke kan aanpassen als hij voelt dat iets niet klopt. Bovendien klinkt livemuziek altijd intensiever dan muziek van een toestel volgens mij. Verder is het bij alle werkvormen heel belangrijk dat de therapeut continu in contact staat met het kind. Daardoor is het makkelijker om het kind af te leiden en de aandacht werkelijk bij de muziek en bij de therapeut te houden en niet naar het medisch onderzoek te laten gaan.

De doelen van muziektherapie tijdens medische onderzoeken zijn duidelijk: Het gaat om afleiding en om ontspanning. Beide punten zorgen ervoor dat het onderzoek minder eng, minder angstwekkend en minder pijnbelevend wordt voor het kind.

Een verdere uitkomst van het onderzoek die ik heel belangrijk vindt is dat het kind door de muziek iets heeft waar het invloed op heeft. Een medisch onderzoek is iets waarover de kinderen geen controle hebben. Daarom is juist de beïnvloeding van de muziek voor het kind van belang. In hoofdstuk 4.4.1 heb ik dit concreter beschreven en staat er ook een figuur om dit te verduidelijken.

Mijn eigen antwoord op mijn onderzoeksvraag komt dus grotendeels uit de resultaten en uit mijn eigen analyse van de resultaten. Ik heb door mijn eigen werkmodel te ontwikkelen (zie hoofdstuk 4.4) zelf een heel duidelijk beeld gekregen van wat de muziektherapie tijdens medische onderzoeken allemaal kan beïnvloeden en wat hierbij belangrijk is. Ik vind het zelf mooi om te zien wat de uitkomsten van mijn onderzoek zijn, omdat deze veel breder zijn dan ik verwacht had. Ik heb mijn thema daarom nog verbreed en dat was een goede beslissing. Want juist hetgeen dat daaruit voortkwam, was van belang voor de integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel. Het zijn niet alleen de werkvormen die belangrijk zijn. Het is de hele situatie die

een enorme invloed heeft op het kind en daar moet de therapeut heel alert mee omgaan. Daarom is het waardevol om naast de geschikte werkvormen voor muziektherapie tijdens medische onderzoeken ook iets over de randvoorwaarden te kunnen lezen.

De uitkomsten zijn voor mij, maar ook voor de praktijk heel waardevol en kunnen een bijdrage leveren aan het begrip over muziektherapie tijdens medisch onderzoeken. Ik heb mijn vraag heel concreet kunnen beantwoorden door hulp van verschillende muziektherapeuten, door middel van een vergelijking met de literatuur en door een integratie in een nieuw werkmodel.

4.7 AANBEVELINGEN

Mijn onderzoek kan bijdragen aan de beroepsontwikkeling van muziektherapie tijdens medische onderzoeken. Door mijn onderzoek is er een concrete beschrijving van werkvorm die gedaan kunnen worden tijdens een medisch onderzoek bij kinderen met kanker en is er een concrete beschrijving welke randvoorwaarden hiervoor belangrijk zijn. Dit is waardevolle informatie voor muziektherapeuten die op dit gebied zouden willen werken. Helaas zijn er tot nu toe nog niet veel therapeuten die dit doen. Toch zijn er veel muziektherapeuten die op een kinderoncologie werken. Dit heb ik tijdens mijn onderzoek ondervonden. Alleen passen veel van deze therapeuten (nog) geen muziektherapie tijdens medische onderzoeken toe. Hopelijk kan mijn onderzoek een bijdrage leveren aan de verbreiding van deze therapievorm. Ik heb bij het contact met de muziektherapeuten altijd aangeboden om de thesis door te sturen als ze af zou zijn en de interesse was heel groot. Dit ga ik doen en ik hoop dat daardoor sommige muziektherapeuten de mogelijkheid zien om met hun cliënten deze moeilijke situatie aan te gaan.

Nadat ik dit onderzoek heb uitgevoerd wil ik aanbevelen om muziektherapie tijdens medische onderzoeken toe te passen. Een medisch onderzoek is een van de moeilijkste momenten voor de kinderen in het ziekenhuis en de muziektherapie heeft de mogelijkheid om de situatie minder spannend te maken voor de kinderen.

Mijn aanbevelingen voor vervolgonderzoek hebben ook hiermee te maken. Tijdens het onderzoeken van mijn thema ben ik twee dingen tegen gekomen die verder onderzocht zouden kunnen worden.

Ten eerste heb ik gemerkt dat er nog heel weinig muziektherapeuten zijn die muziektherapeutische werkvormen tijdens medische onderzoeken bij kinderen met kanker toepassen. De interesse is er bij de meeste muziektherapeuten wel, maar toch wordt het weinig toegepast. Ik heb tijdens het onderzoeken veel kritiek gekregen, waarom muziektherapie tijdens medische onderzoeken niet gepast zou kunnen zijn. Het zou een idee voor vervolgonderzoek kunnen zijn om te onderzoeken waarom dit zo weinig wordt toegepast terwijl de effectiviteit al bewezen is. Henk Smeijsters (2008) zegt dat de praktijk vaak tien jaar achter de theorie hangt. Dit wil zeggen dat er eerst tien jaar onderzoek gedaan moet worden voordat de praktijk er effectief mee begint het uit te voeren. Vermits de studies in verband met muziektherapeutische of psychologische interventies bij acute pijn allemaal redelijk nieuw zijn, zou het daarmee kunnen samenhangen. Toch zou het zeker interessant zijn om dit verder te onderzoeken. Er zouden interviews gedaan kunnen worden met verschillende muziektherapeuten om te onderzoeken waarom het niet of weinig gedaan wordt en er zou dus een inventarisatie van meningen van therapeuten kunnen ontstaan. Dit is zeker een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Het lijkt me ook interessant om eens te kijken waar precies de verschillen tussen de landen liggen. Ik heb tijdens mijn onderzoek gemerkt, dat er een groot verschil in de aanpak van muziektherapie tijdens medische onderzoeken ligt. In België werken ze anders dan in Duitsland en in Duistland werken ze weer anders dan in Amerika. Tot nu toe is dit maar een vermoeden, maar het is zeker interessant om daar iets meer over uit te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld ook door een kwalitatieve survey, waarin de muziektherapeutische aanpak van therapeuten uit verschillende landen vergeleken wordt.

5 SAMENVATTING

In mijn scriptie gaat het om de vraag welke muziektherapeutische werkvormen en interventies ingezet worden tijdens medische onderzoeken bij kinderen met kanker en tot welk doel deze dienen. Verder worden de randvoorwaarden voor muziektherapie tijdens medische onderzoeken onderzocht. De aanleiding voor dit thema kwam uit persoonlijke redenen vanuit de stage en uit de uiteenzetting met de literatuur. Er is veel geschreven en onderzocht over de positieve werking van muziek tijdens medische onderzoeken, maar nergens staat concreet beschreven wat de therapeut allemaal kan doen. Dit ontbrak in de literatuur en daarom heb ik ervoor gekozen om een inventarisatie van de muziektherapeutische werkvormen die worden ingezet tijdens een medisch onderzoek te maken. Door acht interviews met muziektherapeuten uit verschillende instellingen ben ik erachter gekomen dat niet alleen de werkvormen, maar ook de omstandigheden/de randvoorwaarden belangrijk zijn. De medische setting heeft een enorme invloed op wat er met het kind gevoelsmatig gebeurt. De therapeut moet zich hiervan bewust zijn en ermee werken. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om het mee betrekken van ouders, artsen en verpleging in de muziek. Vooral is het belangrijk om iedereen mee aanwezig te laten zijn in de muziek. Voor de therapeut is het bijzonder belangrijk om steeds in contact te zijn met het kind en om het kind te laten bepalen wat gespeeld wordt. Daardoor krijgt het kind het gevoel van controle. Een medisch onderzoek is voor kinderen vaak zeer angstwekkend, omdat ze geen controle hebben over wat er met hen gebeurt. Maar als ze de muziek mogen/kunnen controleren wordt het voor hen al een heel stuk aangenamer.

De uitgevonden werkvormen die gebruikt worden zijn:

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| - De instrumentale improvisatie | | |
| - Het voorspelen van bekende liedjes | | |
| - De therapeut zingt een lied over de dokter | ⇒ | receptieve werkvormen |
| - Muziek van een toestel | | |
| - Samen bekende liedjes zingen | ⇒ | actieve werkvorm |
| - Samen de tekst van een bekend lied aanpassen | | |
| - Fantasier verhaal binnen een lied | ⇒ | interactieve werkvormen |
| - Aftellen en op de gong slaan | | |

Meer uitleg over de werkvormen is in hoofdstuk 3.3 te vinden. De doelen van de werkvormen komen grotendeels overeen. Meestal gaat het om distractie (afleiding) en om relaxatie (ontspanning). Door de afleiding wordt de aandacht van het kind weg van het onderzoek naar de muziek gebracht en is het kind meer bezig met de muziek dan met het onderzoek. Door ontspanning, die vaak door afleiding ontstaat, is het kind beter in staat om rustig te zitten, wat het voor de artsen ook makkelijker maakt om het onderzoek uit te voeren (bijvoorbeeld het prikken bij een lumbale punctie).

Kortom, het is duidelijk dat de uitkomsten van het onderzoek kunnen bijdragen aan de praktijk van muziektherapie op de kinderoncologie. Ook door een vergelijking met literatuur over psychologische interventies bij acute pijn werd duidelijk dat de resultaten overeenkomen met de al neergeschreven informatie. Dit bevestigt de resultaten van het onderzoek.

BRONVERMELDING

- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Barrera, M.E., Rykov, M.H. en Doyle, S.L. (2002). *The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer, a pilot study*. *Psychooncology*, 11 (5), 379-388.
- Barton, S.Y. (2008). *The effect of Music therapy on pediatric anxiety and pain during medical procedures in the main hospital or the emergency department*. (Master's thesis, Florida State University, College of music). Retrieved from http://etd.lib.fsu.edu/theses_1/available/etd-04282008-123419/unrestricted/BartonSThesis.pdf
- Betekenisdefinitie (2008). *Betekenis sederen*. Geraadpleegd op 26 april 2013 op het World Wide Web: <http://www.betekenis-definitie.nl/sederen>
- Bissegger, M. (2004). Die rezeptive Musiktherapie in der Anthroposophie. In I. Frohne-Hagemann (Ed.). *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis* (pp. 51-64). Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Bracke, I. (2009). *Muziektherapie als supportieve therapie*. Lezing voor VVRO-jaarcongres
- Bruscia, K. (1987). *Improvitational Models of Music Therapy*. Springfield Illinois: Charles C. Thomas
- BusinessDiconary (n.d.). *Tacit knowledge*. Geraadpleegd op 27 mei 2013 op het World Wide Web: <http://www.businessdictionary.com/definition/tacit-knowledge.html>
- Cooke, M., Chaboyer, W., Hiratos, M.A. (2005). *Music and its effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal*. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 145-155
- Decker-Voigt, H.-H., Oberegelsbacher, D., Timmermann, T. (2008). *Lehrbuch Musiktherapie*. München: Reinhardt
- Denkers, D. (2009). Geluid en muziek, dans en beweging. In E. Singer, L. Kleerekoper, M. Vroom (Ed.). *Pedagogisch Kindercentra 0-4 jaar*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Gabler Wirtschaftslexikon (n.d.). *Coping*. Geraadpleegd op 30 april op het World Wide Web: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/77767/coping-v6.html>
- Gehirnatlas (2009). *Limisches System*. Geraadpleegd op 15 mei 2013 op het World Wide Web: <http://www.gehirn-atlas.de/limbisches-system.html>
- Gezondheidsweb (2009-2010). *Twee op drie cliënten overleven kanker*. Geraadpleegd op 19 oktober 2012 op het World Wide Web: <http://www.gezondheidsweb.eu/gezondleven/kanker/twee-op-drie-pati%C3%ABnten-overleven-kanker>
- Gimeno, M.M. (2010). *The Effect of Music and Imagery to Induce Relaxation and Reduce Nausea and Emesis in Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy Treatment*. *Music and Medicine*, 2(3), 174-181.
- Gousie, P.J. (2001). *The Effects of Live Music on the Distress of Pediatric Patients Receiving Injections*. University Hospitals of Cleveland.

- Grießmeier, B. & Bossniger, W. (1994). *Musiktherapie mit krebskranken Kindern*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Hedstrom, M., Haglund, K., Skolin, I., von Essen, L. (2003). *Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent, and nurse perceptions*. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20, 120-132
- Hermans, H.J.M., Hermans-Jansen, E. & Gilst, W. van (1985). *De grondmotieven van het menselijk bestaan*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hoffmann, P. (2005). *Musikalische Atmosphäre(n) – Möglichkeiten gegenseitiger Wahrnehmung*. Musiktherapeutische Umschau 26,3, 34-41
- Hoehl, M., Kullick, P. (2008). *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Kars, M.C., Grypdonck, M.H.F., Duijnste, M.S.H. & Pool, A. (2003). *Er zijn – De wijze waarop ouders de zorg voor hun kind met leukemie beleven en hanteren*. Gent: Academia Press
- KWF Kankerbestrijding (n.d.). *Kinderen en kanker*. Geraadpleegd op 19 oktober 2012 op het World Wide Web: <http://kanker.kwfkankerbestrijding.nl/kinderen-en-kanker/Pages/default.aspx>
- Labouvi, H., Kusch, M., Hechler, T. (2009). Psychologische Interventionen bei akuten Schmerzen. In B. Zernikow, (Ed.). *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Langenberg, M. (1988). *Vom Handeln zum Be-Handeln. Darstellung besonderer Merkmale der musiktherapeutischen Behandlungssituation im Zusammenhang mit der freien Improvisation*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Lioffi, C., White, P., Franck, L., Hatira, P. (2007). *Parental pain expectancy as a mediator between child expected and experienced procedure-related pain intensity during painful medical procedures*. Clinical Journal of Pain, 23 (5), 39-99
- Loewy, J. (1997). *Music Therapy and Pediatric Pain*. Cherry Hill: New Jersey: Jeffrey Books.
- Maso, I. & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en Theorie*. Amsterdam: Boom.
- Medical Media BV (1999-2011). *Kinderen met kanker*. Geraadpleegd op 19 oktober 2012 op het World Wide Web: <http://www.gezondheidsplein.nl/dossier/10/12/Kinderen-met-kanker.html>
- Metzger, H. Persoonlijk gesprek op 17 oktober 2012
- Nguyen, T.N., Nilsson, S., Hellström, A., Bengtson, A. (2010). *Music Therapy to Reduce Pain and Anxiety in Children With Cancer Undergoing Lumbar Puncture: A Randomized Clinical Trial*. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 27(3), 146-155
- Noecker-Ribapierre, M. (2004). Therapeutische Verwendung von Klängen in der frühesten Lebenszeit. In I. Frohne-Hagemann (Ed.). *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis* (pp. 51-64). Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Pauls, M. (1990). *Identitätsbildung und Selbst-bewusst-Werdung. Pädagogische Zielsetzungen in der technisch-rationalen Gesellschaft*. Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Peter, B. (2007). *Einführung in die Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Pénzes, I. (2013a). *Dataverzamelings Kwalitatieve Case-study en Kwalitatieve survey*. Niet gepubliceerd hoorcollege, Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Pénzes, I. (2013b). *Data-analyse Kwalitatieve Case-study en Kwalitatieve survey*. Niet gepubliceerd hoorcollege, Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheidszorg, Heerlen.
- Priestley, M. (1982). *Musiktherapeutische Erfahrungen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Reinhardt, U. (1999). *Untersuchungen zur Synchronisation von Herzfrequenz und musikalischen Rhythmus im Rahmen einer Entspannungstherapie bei Patienten mit tumorbedingten Schmerzen*. Forschende Komplementärmedizin, 6, 135-141.

Scott, H. (2009). *What is Grounded Theory?*. Geraadpleegd op 18 januari 2013 op het World Wide Web: <http://www.groundedtheoryonline.com/what-is-grounded-theory>

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (1996). *Neurologische en fysiologische aspecten van muziektherapie*. Heerlen: Melos.

Standley, J. (1986). *Music research in medical/dental treatment: meta analysis and clinical applications*. Journal of Music Therapy, 23(2), 56-122

Standley, J., Whipple, J. (2003). Music therapy with pediatric patients: a meta analysis. In S.L. Robb (Ed.), *Music Therapy in pediatric healthcare* (pp.1-18). Silver Spring MD: The American Music Therapy Association, Inc.

TPO – Tijdschrift voor praktijkondersteuning (2008). *Grounded Theory*. Geraadpleegd op 18 januari op het World Wide Web: <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/statements/id23-grounded-theory.html>

Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., Kisley, S. (2008). *A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane Review*. Journal of Pediatric Psychology, Volume 33, Issue 8, 842-854

Van Delft, F. (2009). *Overdracht en Tegenoverdracht. Een therapeutisch fenomeen vertaald naar alledaagse psychosociale begeleiding*. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.

Verpoort, C. (2009). *Kalinox – Info voor ouders en kinderen*. Geraadpleegd op 15 oktober 2012 op het World Wide Web: http://www.azsintjan.be/media/2853/kinderafdeling_-_info_voor_ouders_en_kinderen_-_kalinox.pdf

Vogels, D. (2004). *Ben ik zo angstaanjagend? – Tien jongens en meisjes vertellen hoe het is om kanker te hebben*. Amsterdam-Hasselt: Uitgeverij Clavis.

Walworth, D.D. (2003). *The effect of preferred music genre selection versus preferred song selection on experimentally induced anxiety levels*. Journal of Music Therapy, 40(1), 2-14.

WerkendLichaam (2000-2012). *Lumbaal punctie (ruggenprik)*. Geraadpleegd op 15 oktober 2012 op het World Wide Web: <http://www.werkendlichaam.nl/10185/1/lumbaal-punctie.html>

Wikipedia (2013). *Elektrocardiogram*. Geraadpleegd op 22 mei 2013 op het World Wide Web: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Elektrocardiogram>

Wikipedia (2013). *Steekproef*. Geraadpleegd op 31 mei 2013 op het World Wide Web: http://nl.wikipedia.org/wiki/Steekproef#Aselecte_steekproef

WikiWoordenboek (2012). *Posttraumatisch*. Geraadpleegd op 30 april 2013 op het World Wide Web: <http://nl.wiktionary.org/wiki/posttraumatisch>

WikiWoordenboek (2012). *Slijmvlies*. Geraadpleegd op 23 mei 2013 op het World Wide Web: <http://nl.wiktionary.org/wiki/slijmvlies>

WordReference (2013). *Kazoo*. Geraadpleegd op 30 april op het World Wide Web: <http://www.wordreference.com/definition/kazoo>

Yiallourous, M. (2009). *Schmerzbehandlung*. Geraadpleegd op 12 mei op het World Wide Web:
http://www.kinderkrebsinfo.de/patienten/behandlung/behandlungsmethoden/supportivtherapie/schmerzbehandlung/index_ger.html

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 - ZOEKGESCHIEDENIS EN PICO-VRAGEN

Mijn zoekgeschiedenis heb ik eigenlijk al in het hoofdstuk 1.4 “Zoekstrategie” uitgelegd. Hierin beschrijf ik waar ik overal gezocht heb. Ik vind het niet nuttig om de zoekgeschiedenis van de databanken hier aan toe te voegen, omdat dit ten eerste geen meerwaarde zou bieden aan mijn beschrijving en ten tweede niet overzichtelijk zou zijn. En ik vind het ook moeilijk, omdat ik veel gezocht heb waar ik gewoon geen zoekgeschiedenis van heb. Bij sommige databanken kan ik mijn zoekgeschiedenis niet opslaan en ik heb ook veel gewoon in de bib achter boeken gezocht of zelf de “Musiktherapeutische Umschau” tijdschriften doorgebladerd en gekeken of dat er iets nuttigs voor mij bij zit. Dus zou mijn zoekgeschiedenis niet representatief zijn en daarom heb ik ervoor gekozen om mijn zoekstrategie gewoon te beschrijven. Bij de PICO-vragen is het voor mij hetzelfde: Ik beschrijf ik de tekst bijna al mijn zoekwoorden en van daaruit zou ik natuurlijk PICO-vragen kunnen formuleren, maar volgens mij heeft dat geen zin. Ik heb al de zoekwoorden in heel veel verschillende combinaties gebruikt en ben niet vanuit een PICO-vraag gestart.

BIJLAGE 2 - LIJST DATUMS INTERVIEWS

14.03.2013	Interview met Inge Bracke en Nele Pauwels (ter plaatse mondeling)
20.03.2013	Interview met Martina Pohl (telefonisch)
04.04.2013	schriftelijk respons van Kimberly Bell
10.04.2013	Interview met Barbara Griebmeier en Gerhard Kappelhoff (telefonisch)
11.04.2013	Interview met Wolfgang Köster (telefonisch)
18.04.2013	Interview met Leen Verbeeck (ter plaatse mondeling)
28.05.2013	schriftelijk respons van Kaatje van Aerschot (dokter UZ Leuven)

Het volledig interviewmateriaal (de uitgeschreven interviews) is op te vragen bij de onderzoeker (esther.froehlings@gmx.de)