

'Toekomstmuziek'

Over deskundigheidsbevordering voor muziektherapeuten in de ouderenzorg

'Ouderen hebben de toekomst' schreven Broersen et al. in het Handboek muziektherapie (2006). Jazeker, maar geldt dit ook voor muziektherapeuten in de ouderenzorg? Zijn muziektherapeuten deskundig genoeg of moet hun vakkennis worden aangevuld? En wat vinden zij daar zelf van? Voor andere beroepen in de ouderenzorg (onder andere psychologen) wordt al een bij- en nascholingsprogramma aangeboden, bijvoorbeeld door Gerion, Vrije Universiteit (VU). Is er behoefte aan specifieke scholing voor muziektherapeuten in dit werkveld?

In dit artikel ...

- ... muziektherapeuten hebben de toekomst in de ouderenzorg;
- ... de momenteel werkzame muziektherapeut mist specifieke scholing voor dit werkveld;
- ... specifieke scholing helpt bij profilering en professionalisering.

Inleiding

In de afgelopen jaren is het werkveld verpleeg- en verzorgingshuizen gegroeid. In 1999 vond Annemiek Vink zestig verpleeghuizen in Nederland waar een muziektherapeut werkte. Inmiddels zijn dat er meer dan negentig (Nederlandse Werkveldgroep Muziektherapeuten in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen, NWMV&V, 2015). Met enige trots constateren de muziektherapeuten in de ouderenzorg dat zij nu op de derde plaats staan in de lijst van werkvelden voor muziektherapeuten, na de psychiatrie en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Ambitus Foundation, 2013).

Bij deze groei past enige bezinning. Wat is er nodig voor muziektherapie bij ouderen? Hoe is de nu werkzame muziektherapeut opgeleid en wat gebruikt hij van deze bagage? Is het huidige aanbod van bij- en nascholing geschikt en voldoende voor de muziektherapeut die met ouderen werkt? En hoe wordt de nieuwe muziektherapeut opgeleid, is deze voldoende geschoold voor de behandeling van ouderen?

Dit artikel opent met een beschrijving van de doelgroep, gevolgd door een overzicht van de muziektherapie gericht op ouderen. Hierna wordt verslag gedaan van een enquête onder muziektherapeuten die werkzaam zijn met ouderen, met als onderwerp de behoefte aan specifieke bij- en nascholing.

Veroudering

Oud worden roept tegenstrijdige reacties op. Iedereen wil oud worden, maar niemand wil oud zijn, zeker niet als dat met gebreken gepaard gaat. Soms lijkt het alsof iedereen het zwitserlevengevoel zoekt. Het schrikbeeld van opname in een verpleeghuis, waar je kwetsbaar en afhankelijk bent, wordt regelmatig besproken in de media.

Het aantal ouderen in Nederland neemt sterk toe (CBS, 2014). In 1974 waren er ruim 1,4 miljoen mensen van vijftig jaar of ouder, in 2014 was dit aantal toegenomen tot bijna 3 miljoen.

De meesten van hen, zeventig procent volgens het RIVM (2006), worden 'gewoon' ouder, wonen in hun eigen huis en ervaren weinig tot geen problemen. Met de overige ouderen gaat het aanmerkelijk minder goed.

Visies op veroudering

Veroudering kan op verschillende manieren bekeken worden. Hieronder worden de belangrijkste perspectieven besproken.

Ouderen zijn kwetsbaar, omdat een verstoring op één gebied, bijvoorbeeld lichamelijke gezondheid, meerdere gebieden kan beïnvloeden. Daarnaast hebben ouderen, anders dan kinderen en volwassenen, minder compensatiemogelijkheden. Bakker, Diesfeldt en Sipsma (2010) beschrijven dit onder de noemer 'frailty'. In de Dynamische Systeem Analyse van Van der Lee en Bakker (2011) wordt dit beschreven als de wisselwerking tussen de verschillende domeinen in het leven.

In de gerontologie (de leer van het ouder worden) wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende levensgebieden: lichamenlijk, psychisch en sociaal. Op elk gebied vinden veranderingen plaats, zoals verminderde mobiliteit, vermin-

Wordt de nieuwe muziektherapeut voldoende geschoold voor de behandeling van ouderen?

derde mentale en psychische flexibiliteit, en sociale veranderingen ten gevolge van pensionering of van verlies van vrienden. Wanneer het evenwicht in stand blijft en vermindering op het ene gebied kan worden gecompenseerd door kracht op andere gebieden, hoeft dit niet tot problemen te leiden. De draagkracht wordt wel op de proef gesteld wanneer er op verschillende gebieden tegelijkertijd veranderingen plaatsvinden of wanneer de veranderingen erg groot zijn. Een aparte rol is hierbij weggelegd voor persoonlijkheidsproblemen. Het komt regelmatig voor dat persoonlijkheids-

problemen in de volwassenheid beheersbaar en acceptabel zijn, doordat bijvoorbeeld overmatig precies zijn een goede eigenschap is bij nauwkeurig werk. Eenmaal gestopt met werken valt deze persoonlijkheidsstrek (weer) extra op en kan de oudere opnieuw in een crisis raken. Zie ook: Bakker et al. (2010).

In de ontwikkelingspsychologie heeft Erikson (1973) aandacht besteed aan de ontwikkelingstaken per levensfase. Hij noemt voor de fase ouderdom (vanaf vijfenvijftig jaar) de taak 'ego-integriteit versus wanhoop'. Wanneer deze fase goed wordt doorlopen, wacht de oudere mens wijsheid. Ouderdom kan ook vanuit verwante (levensloop) perspectieven bekeken worden: bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de verlieskunde, van de zingeving en van de biografie, waarbij het levensverhaal als uitgangspunt wordt genomen voor het terugblikken op en het afronden van het leven (Tromp, 2011).

Problemen die kunnen ontstaan

Wanneer het verouderingsproces problematisch verloopt, kunnen zich op verschillende gebieden problemen en/of ziektes voordoen. Lichamelijke aandoeningen zijn bijvoorbeeld: hart- en vaatziekten, diabetes, neurologische problemen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, gehoor- en visusproblemen.

Psychische aandoeningen die vaak voorkomen bij ouderen (DSM 5, 2014) zijn:

- delier;
- neurocognitieve stoornis door Alzheimer; vasculaire neurocognitieve stoornis;
- andere neurocognitieve stoornissen, waaronder frontotemporale afwijkingen, de ziekte van Huntington, de ziekte van Parkinson, de aanwezigheid van Lewy-bodies;
- neurocognitieve stoornis door middelen (onder andere het syndroom van Korsakov);
- stemmingsproblemen, bijvoorbeeld depressie;
- gedragsproblemen, ook wel neuropsychiatrische stoornissen genoemd;
- persoonlijkheidsproblemen.

Op sociaal gebied ervaren ouderen vaak problemen bij het onderhouden van betekenisvolle contacten (met als gevolg eenzaamheid), bij het zorgen voor zichzelf en het huishouden (verwaarlozing, ondervoeding) en bij het beheren van geld (armoede of misbruikt worden).

Behandeling

Ouderen hebben vaak meerdere ziektes en problemen tegelijkertijd (comorbiditeit). Dit maakt behandeling lastig, maar betekent niet dat er geen behandelmogelijkheden zijn. Psychische en psychosociale problemen worden regelmatig (mede) veroorzaakt door lichamelijke problemen. Denk

bijvoorbeeld aan de combinatie van een blaasontsteking en een delier. Wanneer lichamelijke oorzaken zijn behandeld, is het zinvol om psychosociale interventies te plegen. Omgevingsfactoren spelen een belangrijke rol: benaderingswijze, fysieke omgeving (hoeveelheid prikkels) en sociale interactie.

Vaktherapeuten, waaronder muziektherapeuten, zijn deskundig op het gebied van omgevingsfactoren. Zij doen observaties, behandelen en geven omgangsadvisen, in aansluiting op de gangbare methodiek in het werkveld.

Mensen met dementie hebben behoefte aan een specifieke benadering. Sinds de jaren '90 is hier veel aandacht voor. De belevingsgerichte zorg (Van der Kooij, 2002 en Verdult, 2009) is de bekendste methode. Maar ook het adaptatie-copingmodel (Dröes, 1994), toegepast en verder onderzocht door Jacomine de Lange (2004) is nog steeds actueel en geeft aanknopingspunten voor (vaktherapeutische) behandeling.

Een andere, meer recente benaderingswijze is afkomstig uit de zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov. Dit is de empathisch directieve benadering (Van Noppen en Van de Weide, 2006). Ook principes uit het foutloos leren (Kessels en Joosten-Weyn Banningh, 2008) zijn bruikbaar bij mensen met cognitieve problemen zoals dementie.

Muziektherapie bij ouderen

Bij de behandeling van ouderen wordt muziektherapie vooral toegepast in de psychogeriatric (Broersen et al., 1996).¹ Er bestaat nog weinig consensus over de methodiek voor deze doelgroep. Wel is er een psychogeriatric observatiemethode, ontwikkeld door Martien van Oostrom (1992) en verder toegepast door de muziektherapeuten van Argos Zorggroep (2011).

De laatste jaren is veel bekend geworden over de neurologische effecten van muziek (Thaut, 2005). De muzikale waarneming en verwerking waren al eerder onderwerp van aandacht, bijvoorbeeld bij Van Cranenburgh (2007). Flentge (2013) heeft een overzicht gegeven van onderzoeksresultaten op het gebied van hersenen en muziek. De samenhang tussen muziek en emotie, muziek en geheugen en muziek en taal zijn hiervan de belangrijkste voor de muziektherapie bij ouderen. Voorzichtigheid blijft geboden omdat er ook nog veel onduidelijk is over de precieze verbanden.

Ontwikkelingen die gezien zouden kunnen worden als verschillende richtingen in de muziektherapie voor deze doelgroep zijn:

- muziektherapie gericht op het verminderen van neuro-psychiatrische symptomen: het promotie-onderzoek van Annemiek Vink (2013) en het artikel van Vanusa Caramel & Mariëtte Broersen (2014);
- muziektherapie gericht op het behandelen van specifieke

ziektebeelden: het promotie-onderzoek van Monique van Bruggen (van Hees, 2011) gericht op mensen met de ziekte van Huntington en de methode 'De Blues', gericht op ouderen met een depressie van Esther Kluck-Walpot (Buster et al., 2014);

- belevingsgerichte muziektherapie: bijvoorbeeld het boek 'Sprekende Handen' van Paula Irik en Irene Majjer-Kruijssen (2010) en het artikel van Jennifer Zantopp (2013);
- muziektherapie die nieuwe ICT-toepassingen gebruikt: het iPod-project (Manon Bruinsma, 2014);
- muziektherapie die zich richt op (ouderen uit) andere culturen (Monique van Bruggen, 2014).

Aanleiding

De Nederlandse Werkveldgroep Muziektherapeuten in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen (NWMV&V) besteedt veel aandacht aan deskundigheidsbevordering van muziektherapeuten. Het is een actieve groep, die twee keer per jaar bijeenkomt. Tijdens deze bijeenkomsten wordt onder andere aan deskundigheidsbevordering gedaan, bijvoorbeeld door het uitnodigen van een spreker. Ook in de tussentijdse contacten via LinkedIn wordt vaak over scholing gesproken. De auteur van dit artikel is onder meer in dit onderwerp geïnteresseerd geraakt door het begeleiden van stagiairs muziektherapie. Daarnaast was het geven van een lezing bij Gerion (VU) voor haar een aanleiding om na te denken over deskundigheid van muziektherapeuten. Dit alles heeft geleid tot een opdracht van de NWMV&V aan de auteur om een onderzoek te doen naar deskundigheidsbevordering van muziektherapeuten.

Enquête

In gesprek met het bestuur van de NWMV&V werd een anonieme enquête ontwikkeld. De belangrijkste vraag bleek te zijn, in hoeverre de werkzame muziektherapeuten tevreden zijn met het huidige aanbod aan bij- en nascholing op dit moment. Welke keuzes maken de muziektherapeuten en is er voldoende specifieke scholing waaruit zij kunnen kiezen? Een logische vervolgvraag was: als specifieke scholing ontbreekt, op welke onderwerpen missen de muziektherapeuten kennis en vaardigheden? De onderzoeker vroeg zich verder af, of er een verband te vinden is tussen de gevolgde hbo-opleiding en de behoefte aan bij- en nascholing.

Dit alles leidde tot de volgende enquêtevragen:

1. Welke opleiding heeft u gevolgd voordat u muziektherapie ging studeren?
2. Welke opleiding muziektherapie heeft u gevolgd?
3. In welk jaar bent u afgestudeerd aan deze opleiding?
4. Bent u geregistreerd muziektherapeut?
5. Bent u master muziektherapie?
6. Hoe lang werkt u als muziektherapeut met ouderen?

7. Heeft u in de afgelopen vijf jaar bij- en nascholing gevolgd (relevante bij- en nascholing voor het beroep)? Zo ja, welke?
8. Heeft u behoefte aan specifieke bij- en nascholing voor muziektherapie met ouderen?
9. Waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan (meerdere antwoorden mogelijk)?
10. Op welke dag(en) zou de bij- en nascholing gegeven moeten worden?
11. Wat mag de bij- en nascholing kosten per dagdeel?
12. Wat vindt u van het idee om een titel te verbinden aan het volgen van de bij- en nascholing (bijvoorbeeld 'muziektherapeut voor ouderen')?
13. Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze enquête?

Het streven was om de enquête te verspreiden onder alle muziektherapeuten die werkzaam zijn in de ouderenzorg. Een aantal daarvan was bekend, namelijk de 91 leden van de NWMV&V. Daarnaast kon worden aangenomen, dat ook onder de 414 leden van de NVvMT muziektherapeuten waren die op dat moment in de ouderenzorg werkten, en geen lid waren van de NWMV&V. Volgens de database van de NVvMT stonden er 110 muziektherapeuten genoemd als 'werkzaam met ouderen'. Bij deze laatste groep was het echter niet bekend hoeveel van hen uitsluitend in de gerontopsychiatrie werkten, en niet in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Er zijn in totaal 505 enquêtes verstuurd aan zowel de leden van de NWMV&V en de leden van de NVvMT, om zo alle muziektherapeuten die met ouderen werken te bereiken. Van deze 505 enquêtes moeten 304 worden afgetrokken omdat bekend was dat deze muziektherapeuten niet met ouderen werken. Dat brengt het totaal op 201 enquêtes. 63 leden van de NWMV&V zijn ook lid van de NVvMT. Zij hebben twee enquêtes ontvangen. Van het totaal van 201 enquêtes moet dit aantal van 63 worden afgetrokken. Dan blijft een aantal

van 138 muziektherapeuten over, die op dit moment in de ouderenzorg werkzaam zijn.

In maart 2014 is de enquête verstuurd naar alle leden (91) van de NWMV&V. Dit leverde 34 reacties op.

In april van dat jaar werd dezelfde enquête verspreid onder alle leden (414) van de NVvMT.

Op 29 april 2014 waren er in totaal 74 reacties binnengekomen, dus nog 40 'nieuwe' uit de NVvMT-groep. Dit laatste was een verrassend hoge score, omdat vooraf was aangenomen dat vrijwel alle muziektherapeuten die met ouderen werken lid zijn van de NWMV&V.

Van de 74 reacties bleef uiteindelijk een aantal van 43 volledig ingevulde enquêtes over. 31 reacties beantwoordden niet aan de criteria. Zij waren bijvoorbeeld ingevuld door muziektherapeuten die geen werkervaring met ouderen vermeldden (vraag 6), of er ontbraken antwoorden op belangrijke vragen (namelijk de vragen 2, 7, 8 of 9). Door technische beperkingen waren er vragen waar de respondenten niet altijd even makkelijk hun gegevens kwijt konden. Dit leidde tot een groter aantal enquêtes waarin relatief veel vragen werden overgeslagen.

Het aantal juiste en volledig ingevulde enquêtes (43) was 31% van de totale groep muziektherapeuten die in de ouderenzorg werken (138).

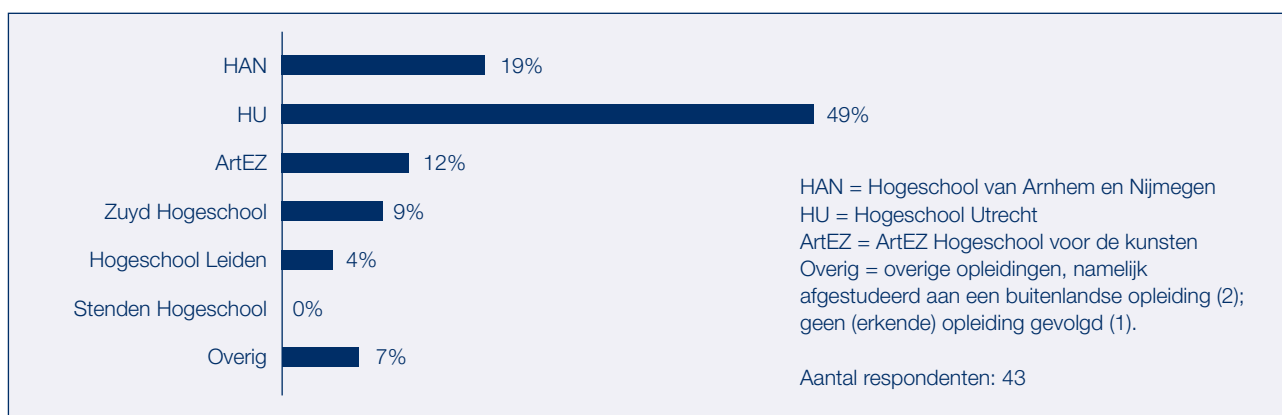
Resultaten

In het hierna volgende deel wordt stilgestaan bij vier vragen uit de enquête, namelijk de vragen 2, 7, 8 en 9. Dit waren de vragen die bij de opzet van het onderzoek het belangrijkste werden gevonden.

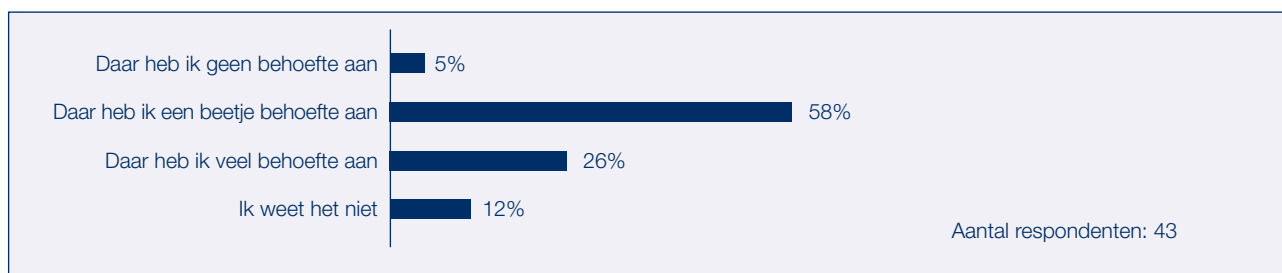
Vraag 2: Welke opleiding muziektherapie heeft u gevolgd?

Bij deze vraag valt het volgende op (Figuur 1): bijna de helft van de respondenten (49%) heeft aan de HU gestudeerd. Twee muziektherapeuten (5%) hebben de antroposofisch gerichte muziektherapie aan de Hogeschool Leiden gevolgd. De overige resultaten leveren weinig bijzonderheden op.

Figuur 1: Vraag 2: Welke opleiding muziektherapie heeft u gevolgd?



Figuur 2: Vraag 8: Heeft u behoefte aan specifieke bij- en nascholing voor muziektherapie met ouderen?



Vraag 7: Welke bij- en nascholing werd gevolgd in de afgelopen 5 jaar?

Bij deze open vraag werd de mogelijkheid geboden om alle mogelijke vormen van bij- en nascholing te noemen. Dit leidde ertoe dat veel studiedagen, cursussen en dergelijke werden genoemd. Aantal respondenten: 43; totaal aantal antwoorden bij deze vraag: 110.

De meest genoemde antwoorden zijn:

- studiedagen NVVMT (19) en bijeenkomsten van de NWMV&V (5);
- Neurologische Muziektherapie (NMT) (12), Speech-Music Therapy for Aphasia (SMTA) (6), Stichting ITON, Instituut voor Toegepaste Neurowetenschappen (4);
- zang- en instrumentale lessen (18), koordirectie (3).

Opvallend aan deze antwoorden is dat zeer weinig scholing specifiek voor de doelgroep ouderen is (namelijk alleen de bijeenkomsten van de NWMV&V).

Vraag 8: Heeft u behoefte aan specifieke bij- en nascholing voor muziektherapie met ouderen?

De resultaten van deze vraag laten zien (Figuur 2) dat een meerderheid (58%) van de respondenten invult 'daar heb ik een beetje behoefte aan'. 26% van de respondenten geeft als antwoord 'daar heb ik veel behoefte aan'. 5% van de respondenten antwoordt negatief op deze vraag en 12% kiest 'ik weet het niet'.

Vraag 9: Waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan?

Bij deze vraag valt het volgende op (Tabel 1): er wordt op alle onderwerpen een behoorlijke belangstelling aangegeven. De aantallen lopen uiteen van 10 (dat is ongeveer 25%) tot 23 (dat is ongeveer 50%). De meeste belangstelling wordt aangegeven voor: gedragsproblemen bij ouderen, meetinstrumenten en stemmingsproblemen. Door één respondent wordt de mogelijkheid gemist om eigen onderwerpen aan te geven.

Wanneer vraag 9 op een andere manier wordt geordend (Tabel 2), valt op dat er verschillen zijn tussen de onderwerpen voor nascholing: de groep 'veel behoefte' heeft andere onderwerpen dan de groep 'beetje behoefte/weet niet'.

Tabel 1: Vraag 9: Waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan?

Waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan?	Aantal keer genoemd
ziektebeelden (zoals dementie, depressie, FKD, Parkinson, Huntington)	17
stemmingsproblemen bij ouderen	20
gedragsproblemen bij ouderen	23
visies en benaderingswijzen (revalidatie, belevingsgerichte zorg, empathisch directieve benadering)	19
meetinstrumenten (NPI, GDS, MMSE, Qualidem)	22
methodisch en doelgericht werken	15
literatuur, productontwikkeling, onderzoek	14
profileren	10
toepassing ICT (bijv. iPods)	13
Totaal aantal antwoorden	153
Totaal aantal respondenten	43

Tabel 2: Behoeft van muziektherapeuten aan bij- en nascholing.

Waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan?	Veel behoefte	Beetje behoefte/weet niet
ziektebeelden (zoals dementie, depressie, FKD, Parkinson, Huntington)	82%	26%
stemmingsproblemen bij ouderen	45%	48%
gedragsproblemen bij ouderen	64%	52%
visies en benaderingswijzen (revalidatie, belevingsgerichte zorg, empathisch directieve benadering)	73%	35%
meetinstrumenten (NPI, GDS, MMSE, Qualidem)	55%	52%
methodisch en doelgericht werken	64%	26%
literatuur, productontwikkeling, onderzoek	45%	29%
profileren	73%	6%
toepassing ICT (bijv. iPods)	36%	29%

In Tabel 2 worden de percentages van de groep 'veel behoefte' weergegeven als percentage van de groep. Bijvoorbeeld: 82% van de groep die veel behoefte aan bij- en nascholing aangeeft (dus 9 van de totaal 11 respondenten) noemt 'ziektebeelden' als onderwerp. In de groep 'beetje behoefte/weet niet' noemt slechts 26% dit onderwerp (dit zijn 8 van de 31).

Discussie

Respons

Deze enquête geeft verrassende resultaten. Allereerst vanwege de grote groep respondenten (40) die niet is aangesloten bij de NWMV&V. Dit is aanleiding om hen verder te bevragen: waarom zijn zij geen lid van de Werkveldgroep? Kennen zij de NWMV&V niet, of hebben zij geen belangstelling?

Daarnaast was de onderzoeker verrast door de grote respons op de enquête. Er is animo om deel te nemen. Dit wijst op een grote onderlinge betrokkenheid. De enquête was helaas niet altijd makkelijk in te vullen (door beperkingen binnen het enquêteprogramma (Survey Monkey) was het ontwerp niet erg gebruiksvriendelijk), waardoor veel respondenten vragen oversloegen of voortijdig afhaakten bij het invullen.

Vraag 2

Bij de antwoorden op vraag 2 (over de gevolgde muziektherapie-opleiding) is opvallend, dat de huidige werkzame muziektherapeuten voor een groot deel zijn opgeleid aan de HU. HAN en ArtEZ volgen, het aandeel van de andere opleidingen is gering. Heeft dit te maken met het aantal afgestudeerden in de afgelopen jaren? Is dit kenmerkend voor de groep muziektherapeuten in dit werkveld? Of zijn afgestudeerden aan de HU meer bereid om een enquête in te vullen?

Vraag 7

Bij vraag 7 (gevolgde bij- en nascholing in de afgelopen vijf jaar) valt op dat er zowel veel als uiteenlopende antwoorden gegeven worden. De muziektherapeuten lijken zelf hun scholing bij elkaar te zoeken maar er wordt weinig specifieke scholing voor dit werkveld gevolgd. Komt dit door het aanbod (er is niet meer specifieke scholing), wordt er vooral gezocht naar verbreding van kennis, wordt het specifieke aanbod niet gevonden (onbekend, ontoegankelijk)?

Verder is opmerkelijk bij vraag 7 dat een groot aantal antwoorden (21 antwoorden, gegeven door 15 muziektherapeuten) nascholing betreft op het gebied van muzikale vaardigheden (zang, piano, gitaar, koordirectie). Voelden deze muziektherapeuten zich, ondanks hun hbo-opleiding muziektherapie, niet voldoende geschoold in het medium muziek? Of zijn zij ambitieus en willen ze meer leren?

Vraag 8

Vraag 8 (heeft u behoefte aan specifieke scholing?) laat een meerderheid zien van respondenten met (enige) behoefte aan specifieke bij- en nascholing.

Bij deze vraag valt het volgende op: er is een grote groep (58%) die aangeeft 'ik heb een beetje behoefte aan specifieke bij- en nascholing'. Dit kan geïnterpreteerd worden als een nog niet eerder ontdekte behoefte (ik heb er nooit eerder over nagedacht), maar ook als een niet zo'n grote behoefte. Het zou kunnen betekenen dat de bij- en nascholing die al gevolgd is voor een deel tegemoet komt aan de huidige behoefte. Dit zou verder nagevraagd kunnen worden in een vervolgonderzoek.

Verder is er een opvallend grote groep (26%) die aangeeft 'daar heb ik veel behoefte aan'. Deze groep zoekt kennelijk gericht naar specifieke bij- en nascholing maar lijkt die niet (voldoende) te vinden op dit moment.

Een onverwacht resultaat is de groep die 'ik weet het niet' invult: 12%, dus 5 van de 43 respondenten. Dit antwoord zou kunnen wijzen op een nog niet eerder ontdekte behoefte (ik heb er nooit eerder over nagedacht). In ieder geval staan deze respondenten niet afwijzend tegenover de mogelijkheid.

Slechts twee van de 43 respondenten geeft aan 'daar heb ik geen behoefte aan'. Ook over deze keuze zou verder navraag gedaan kunnen worden in een vervolgonderzoek. De motivatie bij dit antwoord is niet gegeven (er werd geen ruimte gegeven om dit te doen).

De resultaten kunnen beïnvloed zijn door het gegeven dat vooral geïnteresseerden een enquête (volledig) invullen. Muziektherapeuten die afwijzend staan tegenover dit onderwerp hebben misschien minder gereageerd.

Vraag 9

Er zijn bij vraag 9 (waarover zou deze bij- en nascholing moeten gaan) in de enquête zelf veel onderwerpen opgesomd, waarvoor ook redelijk veel belangstelling bleek te

*Ouderen zijn kwetsbaar,
omdat een verstoring
op één gebied, meerdere
gebieden kan beïnvloeden*

bestaan. De categorieën waren breed, dit nodigt uit tot vervolgonderzoek. Nu wordt bijvoorbeeld het item 'ziektebeelden' genoemd, waaronder alle ziektebeelden zouden kunnen vallen. Maar voor welke ziektebeelden is daadwerkelijk belangstelling? Dit geldt ook voor de items 'visies en benaderingswijzen'; 'meetinstrumenten' en 'literatuur, productontwikkeling, onderzoek'.

Hekensluiser bij vraag 9 is 'profilieren' (door 10 respondenten ingevuld). Dat 'profilieren' relatief laag scoorde is opvallend omdat de gesprekken in de werkveldgroep regelmatig over dit onderwerp gaan. Misschien wordt dit desondanks niet als een belangrijk item ervaren. Het zou ook kunnen zijn dat voor profilering een algemene nascholing voldoende is, bijvoorbeeld aangeboden door de FVB.

Combinatie van vragen

Bij het combineren van de antwoorden op vraag 8 en 9 vallen behoorlijke verschillen op tussen de groep 'veel behoefte' en de groep 'een beetje behoefte/ik weet het niet'. De twee groepen blijken belangstelling te hebben voor verschillende onderwerpen. De groep met veel behoefte aan bij- en nascholing kiest voor 'ziektebeelden'; 'visies en benaderingswijzen'; 'methodisch en doelgericht werken'; 'literatuur, productontwikkeling, onderzoek' en 'profilieren'. Deze groep is uitgesproken in haar keuzes, hierop kan het aanbod van bij- en nascholing gericht worden. Wanneer voor de andere groep ('een beetje behoefte/ik weet het niet') een aanbod ontwikkeld wordt, kan minder worden uitgegaan van een duidelijke voorkeur. Deze voorkeur zou eerst verder onderzocht kunnen en moeten worden.

Het verband tussen de gevolgde hbo-opleiding muziektherapie (vraag 2) en de aangegeven behoefte aan bij- en nascholing (vraag 8) is niet verder uitgewerkt in verband met de beperkte tijd. Het jaar van afstuderen lijkt ook relevant in dit opzicht. Een en ander vraagt om een breder onderzoek, bijvoorbeeld onder alle afgestudeerde muziektherapeuten in een bepaald tijdvak.

Andere discussiepunten

Bij het opzetten en ontwikkelen van een specifiek scholingsaanbod zouden de in dit artikel genoemde richtingen in de huidige muziektherapieliteratuur als uitgangspunt kunnen dienen. Dit zijn: neurologie; neuropsychiatrische symptomen; specifieke ziektebeelden; belevingsgerichte muziektherapie; nieuwe ICT-toepassingen; andere culturen.

De vraag rijst, door wie de bij- en nascholing ontwikkeld en gegeven zou moeten worden. Is deze (post-hbo) scholing een taak voor de hbo-opleidingen muziektherapie? Moeten dan alle opleidingen deze bij- en nascholing aanbieden, of is het beter om de scholing te bundelen bij één opleiding? Is het een goed idee om hierbij samen te werken met andere aanbieders, bijvoorbeeld RINO, ITON, universiteiten (VU Gerion, RadboudUMC) of andere? En is er iets bekend over het aanbod van buitenlandse muziektherapie-opleidingen voor deze doelgroep?

Een andere vraag is of het accrediteren van specifieke nascholing muziektherapeuten zou kunnen aanmoedigen om deze scholing te volgen. Doen zij vaker nascholing als

deze geaccrediteerd is? Wordt het aanbieden van specifieke scholing gestimuleerd door de Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB)? Dit zou een gespreksonderwerp moeten zijn tussen de werkveldgroep, de NVvMT en de SRVB.

Ook de mening van werkgevers en zorgverzekeraars over dit onderwerp is een punt van aandacht. Is het voor hen van belang dat muziektherapeuten specifiek zijn opgeleid,

Zijn werkzame muziktherapeuten tevreden met het huidige aanbod aan bij- en nascholing?

of hebben zij liever een breed inzetbare medewerker? Vraag 12 in deze enquête (Wat vindt u van het idee om een titel te verbinden aan het volgen van bij- en nascholing (bijvoorbeeld 'muziktherapeut voor ouderen'?) werd door een respondent beantwoord met 'het zou voor mij persoonlijk geen meerwaarde hebben maar waarschijnlijk wel voor instellingen'. De antwoorden op deze vraag zijn (vanwege de beperkte tijd) niet verder uitgewerkt en blijven daardoor onderbelicht. Omdat het volgen van scholing en het verkrijgen/behouden van kwaliteit vaak ter discussie staan in de huidige gezondheidszorg, lijkt dit een belangrijk punt.

Deze enquête geeft een beeld van de stand van zaken onder huidige werkzame muziektherapeuten in de ouderenzorg. Maar wat betekenen de resultaten van het onderzoek voor het opleiden van studenten muziektherapie? In hoeverre kan de deskundigheid voor een specifieke doelgroep worden geïntegreerd in de bacheloropleidingen voor muziektherapie? Dit zijn relevante vragen, waar elke opleiding waarschijnlijk een antwoord op zoekt. Een vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het huidige aanbod binnen de hbo-opleidingen in Nederland en zou de studenten van die opleidingen hierover kunnen bevragen.

Conclusies

De groei van het aantal muziektherapeuten in de ouderenzorg roept vragen op over opleiding, profilering en professionalisering. Is er behoefte aan specifieke scholing voor muziektherapeuten in dit werkveld? Een definitief antwoord op deze vraag kan nog niet gegeven worden. De huidige werkzame muziektherapeuten geven in meerderheid aan, dat zij iets missen op dit moment.

Verder onderzoek is nodig om deze behoefte duidelijker in beeld te brengen. Daarnaast zijn er vragen aan andere be-

trokkenen: de NVvMT, SRVB, hbo-opleidingen voor muziektherapie en aanbieders van bij- en nascholing.

Noot

1 De auteur is zich bewust van de keuzes die zij heeft gemaakt in haar beschrijving van de doelgroep. Zij spreekt vooral over ouderen in het verpleeghuis. Maar in het verpleeghuis verblijven niet alleen ouderen, er zijn ook jongeren met (vaak) dezelfde problematiek. Daarnaast zijn er veel ouderen met dezelfde problematiek die in hun eigen huis wonen. De ouderen in de psychiatrie zijn eveneens buiten beschouwing gebleven.

Literatuur

- Ambitus foundation (2013). *Onderzoek muziektherapie in Nederland. Nederlandse Vereniging voor muziektherapie*. Gepresenteerd op 15 juni 2013 (Wolfheze, NVvMT Actiefdag).
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Argos Zorggroep (2011). *Psychogeriatrische muziektherapeutische observatie*. Schiedam: niet gepubliceerd.
- Bakker, T., Diesfeldt, H., Sipsma, D. (2010). *Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Broersen, M., Straaten, G. van, Akse, M., Cruysen, C. van der, Hest-de Witte, I. van, Vink, A. (2006). Ouderenpsychiatrie en psychogeriatric. In: H. Smeijsters (red.) *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*, 340-359. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bruggen-Rufi, M. van & Vink, A. (2014). 'Laat me mijn eigen gang maar gaan': Over de waarde van muziektherapie voor Nederlands-Indische ouderen. *De Psycholoog*, (4), 22-29.
- Bruinsma, M. (2014). <http://mijnmoistemuziek.nl/>, geraadpleegd op 22 december 2014.
- Buster, M., Kienhuis, L., Wesseling, T. (2014). *De toepassing van blues binnen muziektherapeutische groepstherapie voor het verminderen van depressieve klachten bij ouderen*. http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/Producten/2014-05-15_product_muziek_Toepassing_blues_ouderen.pdf
- Caramel, V.B. & Broersen, M. (2014). Muziektherapie bij dementie. Pilot naar het effect op neuropsychiatrische symptomen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, (1), 8-13.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014) Overzicht Nederlandse bevolking. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7461bev&D1=0&D2=0&D3=131-133&D4=a&HDR=G1,T,G2&STB=G3&VW=T>, geraadpleegd op 2 januari 2015.
- Cranenburgh, B. van (2007). Muziek en brein (1). *Neuropraxis*, (4), 112-119.
- Cranenburgh, B. van (2007). Muziek en brein (2). *Neuropraxis*, (5), 145-151.
- Dröes, R.M. (1994). Psychomotorische therapie in het verpleeghuis voor demente patiënten. *Bewegen & hulpverlening* (3), 151-170.
- Erikson, E.H. (1973, orig. 1956). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Flentge, F. (2013). Hersenen en muziek. In M. de Bruijn (red.), *Muziektherapie in de revalidatie. Handboek voor de klinische praktijk*, (pp.19-38). Apeldoorn: Garant.
- Hees, E. van (2011). De wisselwerking tussen brein en muziek. Interview met Monique van Bruggen-Rufi. *Tijdschrift voor vaktherapie* (3), 28-32.
- Irik, P. & Majer-Kruijssen, I. (2010). *Sprekende handen. Een methodiek voor ontmoetingsgroepen met dementerende mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kessels, R.P.C. & Joosten-Weyn Banningh, L. (2008). Het impliciet geheugen en de effectiviteit van foutloos leren bij dementie. *Ge-dragstherapie*, (41) 91-103.
- Kooij, C. van der (2002). *Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie*. Utrecht: Lemma.

- Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie: Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lee, J. van der & Bakker, T.J.E.M. (2011). *Psychogeriatric, interdisciplinaire praktijk volgens de dynamische systeemanalyse*. Amsterdam: Reed Business.
- Nederlandse Werkveldgroep Muziektherapeuten in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen, adreslijst. Geraadpleegd op 6 januari 2015.
- Noppen, M. van & Weide, W. van de (2006). *Notitie Empathisch Directieve Benadering*. Den Haag: Stichting Saffier.
- Oostrom, M. van (1992). *Muziektherapie. Psychogeriatrische observatie*. Maastruis: niet gepubliceerd.
- RIVM (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. In: T. Bakker et al (2010). *Psychiatrische functiestoornissen bij kwetsbare ouderen*, 1-11. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Thaut, M. H. (2005). *Rhythm, music, and the brain: Scientific foundations and clinical applications*. New York: Routledge.
- Tromp, T. (2011). *Het verleden als uitdaging. Een onderzoek naar de effecten van life review op de constructie van zin in levensverhalen van ouderen*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Verdult, R. (2009). *De pijn van dement zijn. De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HBUitgevers.
- Vink, A. (1999). *Een vragenlijststudie naar het werk van de muziektherapeut in de psychogeriatric*. In het Engels gepubliceerd in: D. Aldridge (2000). *Music Therapy and Dementia. The problem of agitation in demented elderly and the potential benefit of music therapy*. London: Jessica Kingsley.
- Vink, A. (2013). *Music therapy for dementia: The effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia*. Enschede: Gildeprint.
- Zantopp, J. (2013). Stille kennis. Over interventies en bewust en onbewust handelen. *Tijdschrift voor vaktherapie*, (1), 12-15.

Over de auteur

Mathilde Akse is in 1996 afgestudeerd aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN). Zij is geregistreerd muziektherapeut (SRVB) en werkt sinds 2001 bij Aafje thuiszorg huizen zorghotels, locatie Smeetsland in Rotterdam. Zij behandelt volwassenen en ouderen met neurocognitieve stoornissen, zowel bij hen thuis als in het verpleeghuis.
E: mathilde.akse@aafje.nl

Dank

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de Nederlandse Werkveldgroep Muziektherapeuten in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen.
De auteur wil Theo Dimitriadis, Mathieu Pater en Jennifer Zantopp bedanken voor de hulp bij het schrijven van dit artikel.

Samenvatting

In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van de doelgroep van muziektherapeuten in de ouderenzorg, gevolgd door een overzicht van de ontwikkelingen in de muziektherapie gericht op ouderen. Door middel van een enquête onder de huidige werkzame muziektherapeuten is onderzocht in hoeverre zij behoefte hebben aan bij- en nascholing die specifiek is voor de doelgroep. De resultaten van deze enquête worden weergegeven en besproken. ■