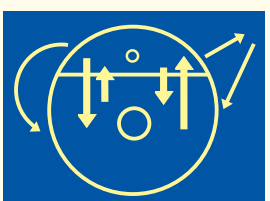


Adem- en Ontspanningstherapie Stichting (AOS)

Methode Van Dixhoorn

Jaarverslag 2008



Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

AOS

Jaarverslag
2008

Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

Ellen Miley-Jaeger, public relations

Raad van Advies

Prof. Em. dr. J.A.M. Winnubst

Drs. A.T.M. Bernards

Drs. A.G. Bouwmeester

Drs. M.M.A. de Valk

Contactadres Jaarrapport: AOS, Fr. van Blankenheimstraat 10,
3817 AG Amersfoort;
KvK-Amersfoort, nr. 32091166
e-mail: info@ademtherapie-aos.org
website: www.ademtherapie-aos.org
www.methodevandixhoorn.com

Voor u ligt weer een uitgave van het AOS jaarrapport met daarin interessante hoofdstukken. Eén van die hoofdstukken is bijvoorbeeld **“Notatie Adembereik”** of **“MARM”** (Manual Assessment of Respiratory Movement), een betrouwbare en valide techniek van Van Dixhoorn, waarmee de verdeling van de adembeweging over de hele romp beoordeeld en in een getal uitgedrukt kan worden. Dit lijkt goed bruikbaar binnen de Ketenzorg COPD, waar ook de casus van getuigt.

Zeer vermeldenswaard is het feit dat tijdens de Algemene Ledenvergadering van de Vereniging het **beroepsprofiel AOT** en diverse reglementen zoals voor Praktijkrichting en voor Ethiek zijn aangenomen door de leden. Een externe deskundige laat hier in het gelijknamige hoofdstuk zijn licht over schijnen.

In het hoofdstuk **“Uitkomsten AOT”** kunt u zien wat de diverse toepassingsmogelijkheden zijn van AOT en komt ook de effectiviteit bij diverse problemen naar voren uit ons zogenaamde ‘Resultatenproject’.

Voor de zorgverzekeraars is bovenstaande van belang en kan doorslaggevend zijn om te besluiten AOT te vergoeden in de aanvullende verzekering. Dat gebeurt al meer en meer en de Commissie Contacten Zorgverzekeraars van de Vereniging onderhoudt dit. Ook is bovenstaande van belang om de positie van AOT binnen instellingen en gezondheidscentra als vak apart te onderbouwen.

Verder komt u in dit jaarrapport de diverse lezingen, presentaties en scholingen tegen waaruit wederom blijkt dat de AOT’ers actief zijn en blijven en ook naast voorlichting en cursussen aan beroepsmensen ook op andere terreinen actief zijn. Zie hiervoor het stukje **“In brede zin”**.

Wij wensen u veel leesplezier en mocht u personen en/of instellingen kennen die belangstelling voor dit rapport zouden hebben, laat ons naam en adres weten en wij sturen een exemplaar toe.

Het Bestuur van de AOS

INHOUD

	pagina
Waarom AOT?	04
Vragen en opmerkingen	
Het perspectief van AOT	
Centrum - AOS - VDV	08
Presentaties en scholing AOT 2008	11
Lezingen, workshops, en andere presentaties	
Introductie cursus	
Basis cursus en eerste jaar Leergang	
Certificaatprogramma	
Publicaties 2008	15
Indicaties en uitkomsten over 2008	16
Jaarverslagen	
Resultatenproject	
In brede zin	
Beroepsprofiel AOT	20
De adembeweging gekwantificeerd: 'Notatie Adembereik' of 'MARM'	22
Casus; een patiënt uit de Ketenzorg COPD, geëvalueerd met de MARM	27
Register en herregistratie	31
Intervisiegroepen	
Themagerichte intervisie	
Overige punten	
Aansluiting bij AOS	

WAAROM ADEM EN ONTSPANNINGSTHERAPIE?

Veel gestelde vragen of gemaakte opmerkingen over adem en ontspanningstherapie (AOT) komen hieronder aan bod, om misverstanden op te helderen. Daarna een korte positiebepaling van AOT: waarom is het echt een vak apart.

Vragen en opmerkingen

Is spierontspanning volgens Jacobson niet voldoende?

De methodes van Jacobson en van Schultz zijn twee klassieke en beproefde methodes, ze zijn praktisch een eeuw oud. Ze zijn beide ontwikkeld als complete methodes door artsen (internist/psycholoog en psychiater) maar daarna sterk verkort en in die vorm wijdverbreid. Ze zijn beide unimodaal en hebben ieder een eigen theorie over hun werkzaamheid. De methode Van Dixhoorn neemt de kernelementen van beide methodes over (spierontspanning en mentale voorstelling) en breidt dit uit met andere modaliteiten. Ook de theorie is gemoderniseerd: het 'procesmodel' is ontwikkeld. Dat houdt het volgende in:

- * er worden instructies met veel verschillende elementen (modaliteiten: ademinstructie, houding en beweging) aangeboden, zodat ieder kan gebruiken wat het beste past
- * de respons van de deelnemer op een instructie wordt opengelaten
- * de verandering bij de deelnemer wordt geobserveerd, nagevraagd, concreet onder woorden gebracht en geïnterpreteerd
- * er zijn zeven categorieën van verandering beschreven, die voor de deelnemer relevant kunnen zijn

Op die manier is relaxatie een flexibel en dynamisch proces geworden, dat toegesneden kan worden op het individu, in plaats van dat het individu het protocol van de methode volgt. De instructies volgens Schultz en Jacobson kunnen gewoon gebruikt worden, als een deelnemer er baat bij heeft.

Ontspanningsoefeningen zijn niets voor mij, ik kan slecht stil zitten.

Inderdaad vragen de meeste gangbare methodes dat iemand niet beweegt en zijn aandacht concentreert. Dit is voor iemand met een hoge spanning juist heel moeilijk. Daarom zijn in de methode Van Dixhoorn veel bewegingsinstructies opgenomen in verschillende houdingen. De bewegingen variëren in moeilijkheid maar sluiten heel goed aan bij dagelijks gedrag. De instructies zijn zo ontworpen dat door de beweging te doen de aandacht vanzelf getrokken wordt en concentratie ontstaat. Ook mensen die moeite hebben met stil zitten kunnen daarom verandering merken. De begeleider sluit hierbij aan met instructies die de concentratie van de aandacht verdiepen. Een andere mogelijkheid is dat de begeleider handgrepen uitvoert. Het lichaam van de deelnemer wordt daarbij bewogen door de begeleider. Dit kan goed werken bij heel gespannen en onrustige mensen. Het contact van de hand met het lichaam trekt immers sterk de aandacht en dit leidt tot concentratie wanneer het tenminste goed verdragen wordt. Op de tweede plaats zijn de bewegingen die in het lichaam teweeg gebracht worden heel natuurlijk, zij volgen de structuur van het skelet. Het lichaam herkent de bewegingen. Daardoor ontspannen de spieren geleidelijk aan vanzelf, gaat het lichaam vanzelf makkelijker ademen en wordt het denken stiller. Dit leidt tot concreet waarneembare, prettige veranderingen voor de deelnemer.

Ik mediteer al, heb ik dan nog iets aan AOT? Is AOT een vorm van meditatie of yoga?

Er zijn heel veel verschillende manieren om bewust de aandacht te sturen. Zo is de 'relaxatie respons' van Benson, een wereldlijke variant van de Transcendente Meditatie. Benson deed als cardioloog niet mee aan de spirituele context van de TM, maar behield het kernelement, de mentale herhaling van een woord. Zo kan elk herhalend focus voor de aandacht werken als middel. In de methode Van Dixhoorn zijn er bijvoorbeeld herhalende bewegingen en kan aandacht voor de ritmische ademhaling gebruikt worden. Bewust de eigen aandacht sturen is moeilijk en kost ook energie. Daarom wordt het niet in eerste instantie gevraagd.

Yoga en meditatie zijn eigenlijk bedoeld voor mensen die goed in hun vel zitten, en hun zaakjes op orde hebben. Hun doel is niet ontspanning maar veronderstelt dat je je goed kunt ontspannen, en geïnteresseerd bent in geestelijke groei. Daarom zijn er in het Westen veel varianten ontwikkeld die aangepast zijn aan de onrust, het doelgerichte denken en het hoge leeftempo hier. Desondanks is bewust ontspannen eigenlijk een voorwaarde om profijt te hebben van Yoga en meditatie. Door middel van de methode Van Dixhoorn kan je onderzoeken of dat inderdaad het geval is. Heb je moeite met de instructies dan zul je ook weinig baat hebben van methodes die hogere eisen stellen. Als je gespannen of onrustig bent is AOT daarom te verkiezen als eerste stap.

Voor ontspanningsoefeningen kun je toch bij de fysiotherapeut terecht?

Ongeveer 20 – 30 jaar geleden werd ontspanning vooral gedaan door psychologen. Zij leerden in hun opleiding 'systematische desensitatie', dat is het gebruik van een door Wolpe verkorte vorm van spierontspanning volgens Jacobson om angstige toestanden te leren verdragen. Dit wordt nog steeds gedaan en

heet nu 'applied relaxation' of 'toegepaste ontspanning', maar de vaardigheid daarin is uit de psychologie studie verdwenen. Veel psychologen geven een bepaald ontspanningsscript aan hun assistenten om uit te voeren.

In dezelfde periode is het aantal fysiotherapeuten enorm gegroeid. Zij neigen ertoe alles tot hun gebied te rekenen wat met lichaamsbeweging te maken heeft, inclusief zelfs het bewust ontspannen. In feite bevat de opleiding tot fysiotherapeut nauwelijks enige scholing, laat staan vaardigheid in ontspanningstechnieken. Het hangt er dus enorm vanaf in welke mate de betreffende therapeut zichzelf na de opleiding heeft bijgeschoold. Veel AOT 'ers hebben een fysiotherapeutische achtergrond en hebben daarna de driejarige opleiding gevolgd. Bij hen kan je inderdaad terecht.

Waarom is scholing in ontspanning nodig, in elk zelfhulpboek kun je dit toch vinden?

Bewust ontspannen veronderstelt dat je de aandacht van buiten naar binnen brengt. Het is een proces dat de verhouding van de bewuste persoon tot het eigen levende lichaam betreft. Er treedt een verandering op in de ervaring en dat is de eerste persoon werkelijkheid: hoe de wereld en het eigen lichaam ervaren wordt. Dat is heel anders dan hoe je van buitenaf tegen een ander aankijkt. Scholing in ontspanning houdt daarom een ruime eigen ervaring in met allerlei technieken om te ervaren welke veranderingen allemaal kunnen optreden. Deze ervaring is noodzakelijk om een ander te kunnen begeleiden met het leren kennen en veranderen van de eerste persoon werkelijkheid.

Wanneer een instructie uit een zelfhulp boek of CD voldoende werkt is dat mooi. Het betekent dat iemand zich eigenlijk al kon ontspannen. Het probleem is juist dat veel mensen dat niet lukt en dat probleem lost zelfhulp niet op.

Ik heb al eerder goed leren ademen, wat heb ik nog aan AOT?

In AOT wordt het systeem perspectief op het ademen gehanteerd. Goed ademen betekent dat het ademen de mentale en fysieke spanningstoestand weerspiegelt en zich steeds flexibel aanpast. Goed ademen is niet een bepaalde vorm, zoals meestal wordt geleerd in ademmethodes. Eigenlijk moet je daarom een vaste vorm afleren!

Indirecte ademinstructies zijn heel effectief om de flexibiliteit te verhogen. De methode Van Dixhoorn maakt hier veel gebruik van. Instructies voor de aandacht, voorstelling, houding of beweging leiden tot een invloed op het ademen die vervolgens bewust kan worden, gekoppeld aan het ademen of juist ontkoppeld kan worden. Van Dixhoorn heeft een concept ontwikkeld van de relatie tussen ademen en de wervelkolom op grond waarvan instructies indirect de adembeweging op een natuurlijke manier beïnvloeden. Dit voelt makkelijk en ontspannen aan. Zelfs mensen die al benauwd worden als ze aan het ademen denken kunnen hier baat bij hebben.

Zijn alle spanningsklachten te behandelen met AOT?

Dit lijkt een overbodige vraag, omdat klachten die gevolg zijn van te hoge spanning uiteraard zullen reageren op ontspanning. Er zijn echter een paar kanttekeningen te maken. Om te beginnen is AOT geen behandeling van klachten. AOT is een methode om de spanningsregulatie (het vermogen te ontspannen en daarmee het vermogen om instructies met succes uit te voeren) van een individu te helpen verhogen. De begeleider biedt hulpmidde-

len daarvoor aan, maar de deelnemer dient ze toe te passen. Hoewel er handgrepen van pas kunnen komen, is het geen behandeling die iemand passief ondergaat, om af te wachten of het helpt. De deelnemer is van begin af medeverantwoordelijk en dient actief te zoeken naar mogelijke veranderingen in zichzelf. De deelnemer is evenzeer leerling als patiënt. Ook is AOT anders dan de behandeling door een arts, psycholoog of therapeut omdat het niet essentieel is om van te voren de aard van de klachten en hun mogelijke oorzaken te bepalen. Er wordt snel begonnen. De aard van de klacht wordt in de loop van de behandeling onderzocht door de respons op ontspanning te onderzoeken. Daarvoor is een proefbehandeling van vier bijeenkomsten. Het kan blijken dat het niet lukt om een ingang voor ontspanning te vinden. Dit komt weinig voor (zie 'Indicaties en uitkomsten'), zoals overigens te verwachten is met deze 'procesmatige en multimodale' aanpak. In die zin zijn verreweg de meeste mensen met spanningsklachten te behandelen. De klachten hoeven echter niet helemaal of ook helemaal niet gevolg te zijn van een onnodig hoge spanning. Er kunnen spanningsbronnen zijn die steeds opnieuw de spanning verhogen. In dat geval is het zaak de oorzaken beter te leren kennen en zo mogelijk passende maatregelen te nemen. In elk geval hoeft iemand dan niet langer rond te lopen met het gevoel dat de klachten eigenlijk zijn eigen schuld zijn en zouden verdwijnen wanneer hij of zij het rustiger aan zou doen.

Het perspectief van AOT

Naar onze mening en ervaring is AOT een noodzakelijke aanvulling op het normale handelen door arts, psycholoog of therapeut. Het is complementair, het is niet voorbehouden aan deze beroepen en het vergt uitvoerige

aanvullende opleiding. Het heeft een filosofie die uitgaat van de interne zelfregulatie van het individu, dat wil zeggen het bevordert een gezonde verhouding tussen de bewuste zelfwaarneming van de persoon en diens eigen

levende lichaam. Wanneer die verhouding gebrekkig is ontstaat een hoge spanning, een overspanning die onnodig en herstelbaar is en daarom dysfunctioneel. Deze hoge spanning is de voedingsbodem voor veel klachten en problemen, waarvoor zorg wordt gevraagd, maar die veelal niet passend is en het probleem niet oplost. Veel klachten zijn daarom 'onbegrepen'. Wanneer de zelfregulatie van spanning toeneemt echter, zal de voedingsbodem afnemen en daarmee ook de zorgbehoefte. De kwaliteit van AOT en de methode Van Dixhoorn is dat het niet uitgaat van een vaststaand model, maar al onderzoekend behandelt en de behandeling afstemt op de respons van het individu. Het geeft geen beloftes, schept geen verwachtingen van goed resultaat, met andere woorden het creëert geen extra placebo effect, maar vraagt de bereidheid van de deelnemer / patiënt om samen de herkomst van de klachten te onderzoeken. Het globaal doel is een zinvolle verandering te bewerkstelligen. Op die manier gaat AOT rationeel en zuiver om met de onzekerheid omtrent de oorzaak van klachten. Spanningsklachten zijn niet te diagnosticeren omdat het geen specifieke klachten zijn en er geen specifieke oorzaak voor is. Ze kunnen bij

alle aandoeningen optreden en voor onnodige last en moeite zorgen. Hun aard wordt achteraf duidelijk doordat ze afnemen in respons op ontspanning.

AOT is evenzeer een leermethode als een behandelmethode, het omvat aandachtsoefeningen en cognitieve herstructurering, evenzeer als bewegings- en adem oefeningen. AOT is multimodaal. De pretentie is dat wanneer er op deze wijze geen ingang is te vinden, daar waarschijnlijk een reden voor is bij de deelnemer en de kans heel klein is dat met een andere ontspanningsmethode wel een ingang is te vinden. Het gaat uit van de eersteperson werkelijkheid van de deelnemer en vergt een uitvoerige eigen ervaring van de begeleider. Alle instructies en handgrepen dienen eigen gemaakt te zijn. De driejarige opleiding in de methode Van Dixhoorn zorgt hier voor en toetst niet alleen de vaardigheid in het uitvoeren van de behandeling maar ook het vermogen om heldere conclusies te trekken en hierover te rapporteren. Dit dient voortdurend bijgehouden en aangescherpt te worden. De AOS en de VDV staan borg voor het onderhouden van de kwaliteit van de gecertificeerde AOT 'er.

Dit zijn de drie organisaties die samen actief en verantwoordelijk zijn om AOT kwalitatief op goed niveau te houden en te presenteren. Onderstaand een beknopt overzicht van hun doelstellingen en van hun activiteiten in 2008.

Het Centrum AOT

Het Centrum AOT (Adem- en Ontspannings Therapie) te Amersfoort wordt geleid door Jan en Irmgard van Dixhoorn – Verhoeven. Hier wordt de opleiding verzorgd en ook voor na- en bijscholing van diverse professionals is dit het adres. Het Centrum beschikt inmiddels over een aantal docenten. Sinds 1999 wordt de opleiding afgesloten door een eindverslag en een casus, waarmee het certificaat AOT te behalen is. Het Centrum is de plaats waar wetenschappelijk onderzoek gedocumenteerd wordt en van waaruit onderzoek geïnitieerd wordt of plaatsvindt. Het is een expertise centrum voor patiënten die moeilijk te behandelen zijn. Periodiek worden 'Mededelingen' rondgestuurd per e-mail.

Hoogtepunt voor 2008 was ongetwijfeld het **congres 'AOT aan de tand gevoeld'**, op 22 maart. De vorige gelegenheid was 10 jaar geleden bij het verschijnen van het handboek 'Ontspanningsinstructie'. Ook deze keer werd een open congres gehouden, in congresgebouw De Eenhoorn in Amersfoort, ook op Paaszaterdag en desondanks met een grote opkomst van ruim 150 deelnemers. Tweederde ongeveer waren AOT'ers, de anderen waren belangstellenden. Er waren plenaire lezingen in de ochtend en een keus in twee rondes uit zes workshops in de middag. Het doel was om 10 jaar later de stevigheid van AOT aan de tand te voelen. Naast een gastspreker, Ad van Knippenberg, van zorgverzekeraar UVIT, wer-

den alle presentaties verzorgd door docenten van het Centrum. Hier was veel voorbereiding aan vooraf gegaan.

Bij het congres werd het gelijknamige boek, 'AOT aan de tand gevoeld', aangeboden, met 13 hoofdstukken waarin onder andere alle werkstukken van de vorig jaar afgestudeerde docenten AOT waren opgenomen. Ook twee oudere stukken, een inventarisatie onder alle cursisten van de opleiding tot en met 1997 door Irmgard van Dixhoorn en de eerste lezing van Jan over 'Whole Body Breathing' in 1989. Onder dezelfde titel een herdruk van een artikel dat in 2008 verscheen in het Amerikaanse tijdschrift 'Biofeedback'. Dit artikel groeide uit tot een driedelige serie waarin de gehele methodiek werd uiteengezet. Tezamen een mooie bekroning van veel werk!

Gedenkwaardig was ook de publicatie met een Australische onderzoekster van de internationale validering van een techniek uit de AOT 'notatie adembereik' of MARM in het Engels (Manual Assessment Respiratory Movement). Hiermee heeft de AOT'er de beschikking over een betrouwbare en valide manier om de adembeweging, die hij met de handen waarneemt in een getal om te zetten. Lees hierover meer onder 'De adembeweging gekwantificeerd'.

De werkstukken voor de afronding van de opleiding AOT worden beoordeeld door een externe Raad van Advies, die hiervoor is

gevraagd en die het certificaat mede ondertekenen. Na bijna 10 jaar dit werk te hebben gedaan is in 2008 een gezamenlijk weekend uit gepland in de Belgische Ardennen. Dit was zonnig, ontspannen en heel prettig.

De AOS

Op 18 maart 2002 is de Stichting via een notariële akte opgericht met als officiële naam: Adem en Ontspanning Stichting, methode Van Dixhoorn. De belangrijkste doelstelling luidt: Het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige toepassing van adem- en ontspanningstherapie; in het bijzonder de methode Van Dixhoorn. Het belangrijkste middel en de voornaamste taak van de AOS is het bijhouden en bekend maken van een register van gecertificeerde beoefenaren van adem- en ontspanningstherapie en het periodiek controleren van de kwaliteit van hen. Inmiddels is het actuele register alleen te raadplegen via het internet: www.ademtherapie-aos.org.

Deze website wordt frequent en in stijgende lijn bezocht. Eind 2008 werd "Adressen" het meest bezocht: 15.000 maal. Als goede tweede staat "wat is AOT?" met ca. 11.000 bezoeken. Het is dus voor de AOT'ers die vermeld staan in het register van groot belang om een tekst over zichzelf op te stellen en/of een eigen website te openen, waar in het register naar verwezen wordt. Via deze site kunnen AOT 'ers hun behandelgegevens invoeren, waarmee ze participeren in het **Resultatenproject**. Over 2008 is dit invoeren consequenter gedaan zodat er van meer behandelingen gegevens zijn en deze zijn ook betrouwbaarder.

De kwaliteitseisen voor de herregistratie zijn in overleg met de AOT'ers opgesteld: elke drie jaar moet een casus ingediend worden om gecertificeerd te kunnen blijven. Ook is jaarlijks een jaarverslag verplicht en dienen per jaar minimaal 5 punten behaald te worden.

De stichting houdt de activiteiten bij waarvoor punten te vergeven zijn, zoals de intervisie bijeenkomsten en doet daarover elk jaar verslag, zoals in dit jaarrapport. De jaarverslagen zijn over 2008 in grote getale binnengekomen: van de 93 geregistreerden hebben 83 hun jaarverslag ingeleverd. Ook dit betekent dat het cijfermateriaal voor het hoofdstuk "Uitkomsten van AOT" (zie verderop in dit jaarrapport) zeer betrouwbaar is.

Eén van de belangrijkste feiten van 2008 is de opstelling van een **beroepsprofiel** geweest. In 2008 is een commissie bestaande uit één bestuurslid van de VDV en twee bestuursleden van de AOS aan de slag gegaan om het beroepsprofiel op te stellen. Er is in korte tijd ongelooflijk veel werk verzet: vanuit bestaande beroepsprofielen zijn de specifieke AOT gegevens aangedragen en binnen enkele maanden is daaruit het beroepsprofiel gegroeid zoals dat op 4 oktober 2008 door de Algemene Leden Vergadering is aangenomen. In juni 2008 is de leden gevraagd per mail hun eventuele commentaar, bij voorkeur in de intervisiegroepen, op de inhoud te geven en dit commentaar is door de commissie verwerkt in het uiteindelijke beroepsprofiel. Dit beroepsprofiel is opgesteld om zowel voor de beroepsgroep AOT zelf, als voor hen die niet in dit beroep werkzaam zijn duidelijk te stellen wat het vak Adem- en Ontspanningstherapeut inhoudt, wat de opleidingsvereisten zijn en om weer een stap dichterbij de maatschappelijke erkenning van AOT als zelfstandig beroep te komen. Lees verder onder 'Beroepsprofiel AOT'.

De VDV

De volledige naam van de vereniging luidt: Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie. De vereniging is op 7 juli 2006 opgericht. Leden kunnen zijn degenen die de opleiding AOT hebben afgerond met een certificaat en aspirant-leden zijn

degenen die tenminste het eerste jaar van de opleiding hebben afgerond. Registerleden zijn degenen die voldoen aan de kwaliteitseisen van de AOS en aangesloten zijn bij de AOS. De VDV telt 93 registerleden (AOS/VDV) en 31 VDV- leden.

In 2008 zijn **het reglement voor Praktijk-richting en Praktijkvoering, het reglement voor Ethiek en de klachtenfolder** gemaakt door het bestuur van de VDV. Er is een start gemaakt met de website, die zowel uit een open als een gesloten deel zal bestaan. In het open deel zal informatie over AOT voor cliënten en verwijzers te vinden zijn. Het gesloten deel is voor de leden waarbij onderwerpen ter ondersteuning van een goede praktijkvoering aan de orde komen, zoals presentaties, nieuwsbrieven, data en onderwerpen van de themabijeenkomsten, etc. Daar zal uiteindelijk ook een forum aan worden toegevoegd waarbij de leden elkaar over ontwikkelingen in het veld op de hoogte kunnen brengen of hun ervaringen met het opstarten van een praktijk en andere zaken kunnen delen.

Een commissie, bestaande uit bestuursleden van de AOS en de VDV, heeft zich gebogen over het maken van het **beroepsprofiel**. In 2008 zijn drie nieuwsbrieven van de vereniging verschenen en zijn er vier themabijeenkomsten georganiseerd (zie onder 'Themagerichte intervisie').

Op zaterdag 4 oktober werd de tweede **Algemene Ledenvergadering** gehouden. Er was een goede opkomst (29 leden). In deze vergadering zijn de reglementen en het beroepsprofiel aangenomen. Dit is een belangrijke stap op weg naar erkenning van AOT als een zelfstandige methode. Met de aanneming zijn registerleden niet alleen verplicht om jaarlijks een jaarverslag te maken, maar ook verplicht hun resultaten te registreren door deel te nemen aan het resultatenproject en verplicht deel te nemen aan een intervisiegroep. Daarnaast moeten ze beschikken over een beroepsaansprakelijkheidsverzekering. In deze vergadering werd een nieuwe penningmeester verkozen. De oproep aan de leden om zitting te nemen in een nieuwe werkgroep, die zich alleen bezig zal houden met de zorgverzekeraars, was succesvol. De werkgroep Praktijk Voering is hiermee vervangen door de Commissie Contacten Zorgverzekeraars (CCZ). Zij zullen de contacten met verzekeraars die al vergoeden onderhouden en contacten leggen met verzekeraars die nog niet vergoeden. In 2008 vergoedden de volgende zorgverzekeraars AOT (gedeeltelijk) vanuit het aanvullende pakket (dit is afhankelijk van het pakket van de verzekerde): Menzis, Achmea, Fortis ASR, VGZ/IZZ, Trias, Unive. Daarnaast hebben Salland en DSW een regeling voor paramedici.

PRESENTATIES EN SCHOLING

Lezingen, workshops, en andere presentaties

In allerlei situaties is er vraag naar meer duidelijkheid over adem- en ontspanningstherapie. Hier wordt aan voldaan door een lezing, vaak met een praktijkoefening, of een meer ervaringsgerichte workshop, van een of meer bijeenkomsten. De AOT'er krijgt hier punten voor. In 2005 zijn we wat strenger geworden en worden presentaties alleen opgenomen wanneer zij een duidelijke uitleg van de methodiek bevatten en gericht zijn op beroepsmensen. In 2006 waren er 28, in 2007 waren er 40 en ook in 2008 40 van dergelijke presentaties.

Lezing 'Ontspanning', Human Resource – informatiebijeenkomst, Corus, 17 en 18 januari 2008, door Jan van Dixhoorn

Bij- en Nascholing AOT 'Hyperventilatie en Dysfunctioneel Ademen', voor AOT'ers en cursisten AOT, Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie, Amersfoort, 19 en 26 januari 2008, door Jan van Dixhoorn

Presentatie 'AOT - Meer dan Mindfulness!', voor de kenniskring van het lectoraat Arbeid & Gezondheid, Hogeschool van Arnhem Nijmegen, Nijmegen, januari 2009, door B. vd Steeg.

Workshop 'AOT in de markt...hoe creëer je je eigen plek voor AOT in de gezondheidsmarkt?', voor AOT'ers, Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 9 februari 2008, door Carel Esser

Workshop 'AOT methode van Dixhoorn, toepassing in de praktijk' voor verzorging verpleeghuis De Waadwente, Dokkum, 12 februari, 21 februari, 20 maart en 1 april 2009, door Maria Slobbe

Lezing en workshop 'Ontspanningsinstructie in de hartrevalidatie', Nederlands Paramedisch Instituut, Arnhem, 14 maart 2008, door Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Lezing 'Terugblik en Toekomst', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven

Lezing 'Vier stellingen over spanningsregulatie', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Jan van Dixhoorn

Lezing 'AOT dringt door: een kwalitatieve analyse van eindverslagen', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Els Anthonissen en Ellen Roggeband

Lezing 'Hyperventilatieklachten in de Yogapraktijk', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Yvonne Esser

Lezing 'Notatie Adem bereik, een praktisch hulpmiddel', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Jan van Dixhoorn

Lezing 'Behandeling van angst en hyperventilatieklachten met AOT', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Gerard van Holland

Lezing 'AOT: niet lineair, maar toch een bepaalde lijn?', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Dineke Meijer

Workshop 'Wat is een goede instructie?', Congres 'AOT aan de tand gevoeld', Centrum AOT, Amersfoort, 22 maart 2008, door Jenny Borduin

Workshops "Adem en Ontspanningsinstructie", voor artsen beroepsvereniging ter bevordering van natuurgeneeskunde, Munnikenburen, 29 maart 2008 t/m 4 april 2008, door Eva Simonetti

Lezing 'Principes van ontspanningsinstructie', cursus Ontspanning, Nederlands Paramedisch Instituut, Kaap Doorn, Doorn, 4 april, door Jan van Dixhoorn

Workshop AOT 'Ademles voor blazers', voor docenten trompet, Muziekschool Roermond, Roermond, 14 april 2008, door Manon Mommers

Workshop AOT 'Ademles voor blazers', voor trompet- en trombone studenten, Conservatorium Maastricht, Maastricht, 19 mei 2008, door Manon Mommers

Lezing 'Let op: aandacht', Themamiddag 'Aandacht', Paramedische afdeling, Kennemer Gasthuis, Haarlem, 22 april 2008, door Jan van Dixhoorn

Lezing 'Breathing and Relaxation therapy: a panacea for all?' voor belangstellenden, 4th European Congress of Psychomotricity, VU-Amsterdam, 21 mei 2008, door J. van Dixhoorn

Presentatie 'AOT en psychosomatiek', voor fysiotherapeuten, Klimmen, 19 mei 2008, door Monique Schepers

Presentatie Adem- en Ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn, voor medewerkers stichting OOGG, 20 mei 2008, door Marion Jegen

Workshop 'Presentatie voor verwijzers', voor AOT'ers, Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 24 mei 2008, door Carel Esser

Workshop 'ademtherapie', voor CSR coaches, CSR centrum, Driebergen, 29 mei 2008, door Eveline Kempenaar

Workshop 'handgrepen rond de thorax' voor AOT-intervisiegroep, 29 mei 2008, door Dineke Meijer

Lezing 'spanningsregulatie op het werk', Platform Gezondheidsmanagement, Algemene Werkgevers Vereniging Nederland, Corus, 10 juni 2008, door Jan van Dixhoorn

Workshop 'AOT voor trompettisten', voor trompetdocenten, Roermond, 16 juni 2008, door Manon Mommers

Referaat 'AOT binnen de verslavingszorg', voor hulpverleners en behandelaren werkzaam in de verslavingszorg, Mondriaan Zorggroep divisie VZ, Heerlen, 17 juni 2008, door Monique Schepers

Workshops 'Kennismaking adem- en ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn', voor fysiotherapeuten, praktijk voor fysio- en manuele therapie, Amsterdam, september-november 2008, door Tino Corver

Workshops 'adem- en ontspanningsinstructie', voor HIB trainers op HIB trainersdag, Bilthoven, 20 september 2008, door Gerard van Holland

Presentatie "Adem- en ontspanningstherapie methode van Dixhoorn", voor medewerkers gezondheidszorg gemeente Kaarts-Vorst (Dld), Kaarst, 22 september 2009, door L. Gubbels

Lezing 'Nijmegen Questionnaire revisited', 15th Annual Meeting ISARP, Ann Arbor, USA, 5-7 oktober 2008, door Jan van Dixhoorn

Poster presentatie, 'Treatment of dysfunctional breathing: MARM and Nijmegen Questionnaire compared'. 15th Annual Meeting ISARP, Ann Arbor, USA, 5-7 oktober 2008, door J van Dixhoorn, E Anthonissen en R Courtney

Lezing 'Relaxerende ademtherapie in de ketenzorg voor COPD patiënten', Werkgroep Ketenzorg COPD, Kennemer Gasthuis, Haarlem 14 oktober 2008, door Jan van Dixhoorn

Lezing 'Wat is AOT?', voor psychotherapeuten en psychologen, Maastricht, 7 oktober 2008, door Monique Schepers

Workshop 'Adem en Ontspanning - achtergronden vanuit de methode Van Dixhoorn', voor yogadocenten, Yoga Academie Nederland, Amsterdam 25 oktober 2008, door Yvonne Esser

Presentatie 'Adem- en Ontspanningstherapie' afdeling maatschappelijk werk, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen, 2008, door Sanneke Hilberink

Lezing 'De invloed van ontspanningsinstructie op het hanteren van stressoren', Expert meeting Nederlandse Hartstichting, Het stressmechanisme: the missing link, De Hartenark, Bilthoven, 31 oktober 2008, door Jan van Dixhoorn

Presentatie 'Nederland ademt vooruit', voor de Rotary Club Maarssen-Breukelen, Maarssen, 14 november 2008, door Ellen Miley en Yvonne Esser

Referaat 'AOT en Mindfulness', voor psychologen en psychotherapeuten, psychotherapie praktijk Maastricht, Maastricht, 26 november 2008, door Monique Schepers

Methodiekles "Kennismaken Adem- en Ontspanningstherapie volgens methode Van Dixhoorn", voor medewerkers afdeling KIZ, GGZ Friesland noord, Leeuwarden, 16 december 2008, door Jenny Borduin.

Introductie cursus

De opzet van deze cursus is om de methodiek van de AOT bekend te maken. Het houdt een aantal bijeenkomsten in van in totaal circa 10-12 uur, waarin zowel theoretische begrippen, zoals 'gewone overspanning' en 'interne zelfregulatie' worden uitgelegd, als praktische instructies worden gedaan om de betekenis van de begrippen te verduidelijken en de toepassing in het eigen leven of werk te bevorderen. Het is bedoeld voor beroepsmensen en ook belangstellenden. Onderstaand zijn alleen de cursussen voor beroepsmensen vermeld.

Cursus 'Adem en Ontspanning', Maarssen, voor Yogadocenten, 7 bijeenkomsten van 5 uur, met als doel het verdiepen van de kennis op het gebied van adem en ontspanning voor yogadocenten, door Yvonne Esser (twee keer gegeven)

Introductie cursus 'Adem- en Ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn', voor fysiotherapeuten en ergotherapeuten, Mesos Groep, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, 4 bijeenkomsten van 2,5 uur, door Marianne Ambagtsheer

Introductie cursus 'Adem- en Ontspanningstherapie methode Van Dixhoorn', voor therapeuten behandelcentrum Salem, Behandelcentrum Salem, Harderwijk, 3 bijeenkomsten van 3 ? uur, door Dineke Meijer

Module 'Adembewustwording', voor deelnemers Masteropleiding Psychosomatisch Fysiotherapeut, Hogeschool Utrecht, 4 bijeenkomsten van 2 uur, met als doel het praktisch ervaren van AOT en inzicht krijgen in het aanbieden van AOT volgens een procesmodel, door Dineke Meijer

In de Bachelor-Class Stressmanagement Opleiding van Psychodidact in Den Bosch, de module "adem en ontspanning", van 6 bijeenkomsten van drie uur, met als doel leren signaleren en omgaan met de eigen spanning, door Anja van der Linden. Dit jaar twee maal gegeven

Cursus 'Behandel mogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen', Nederlands Paramedisch Instituut, Kaap Doorn, Doorn, 16 februari, 1 en 29 maart, door Jan van Dixhoorn, Dineke Meijer, Corry Leenhouts en Tino Corver

Cursus 'Behandel mogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen', Hogeschool Utrecht, Utrecht, 11 en 18 september, 2 oktober, door Jan van Dixhoorn en Ellen Roggeband.

Basiscursus AOT

Een basiscursus is bedoeld voor beroepsmensen die adem- en ontspanningsinstructie willen gaan toepassen, als onderdeel of specialisatie in hun werk. De nadruk ligt op eigen ervaring, inzicht in modaliteiten van instructie en responsen op instructie en op kennis van regels bij het geven van instructie. De totale duur is circa 50 lessen, en in totaal circa 100 studiebelastinguren. De cursist leert circa 30 instructies en 10 handgrepen kennen en maakt een ervaringsverslag. Na afronding van een basiscursus heeft de cursist toegang tot het certificaatprogramma. Deze cursussen worden alleen verzorgd vanuit het Centrum.

Het eerste jaar van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie is een op zichzelf staand jaar, dat in 2008 is afgerond door 13 deelnemers. De cursus is geaccrediteerd voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, logopedisten en maatschappelijk werkenden. De lessen werden gegeven door Jan van Dixhoorn en een per blok wisselende tweede docent.

De basiscursus 'Ademtherapie en Adembewustwording' staat gelijk aan het eerste jaar van de leergang, wat betreft aantal uren en inhoud, maar wordt georganiseerd door het Nederlands Paramedisch Instituut, het is geaccrediteerd voor fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Het werd gegeven in Papendal te Arnhem, gedurende acht dagen in maart – november, door Jan van Dixhoorn, Yvonne Esser en Ellen Roggeband. Er waren 22 deelnemers in 2008.

Certificaatprogramma

Dit omvat het tweede en derde jaar van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie te Amersfoort. In het tweede jaar worden handgrepen geleerd, waardoor inzicht groeit in wat de instructies teweeg kunnen brengen en in het derde jaar komt het geven van instructies aan de orde. De nadruk ligt op het verwerven van vaardigheid in het uitvoeren en rapporteren, hetgeen bij herhaling getoetst wordt. Het omvat tweemaal 60 lessen en in totaal 480 studiebelastinguren. Na goedkeuring van een eindverslag en een casus door een onafhankelijke Raad van Advies verwerft de cursist het certificaat.

Het tweede jaar werd in 2008 met succes afgerond door 17 personen. Eén persoon voldeed niet aan de criteria. De lessen werden gegeven door Jan van Dixhoorn en een per blok wisselende tweede docent.

In 2008 werd het certificaat AOT verworven door 16 personen. Alle deelnemers van het derde jaar voldeden aan de eisen en een persoon had in het vorige jaar niet voldaan, maar in 2008 wel. De lessen werden gegeven door Jan van Dixhoorn en een per blok wisselende tweede docent. De gehele opleiding is geaccrediteerd voor maatschappelijk werkenden.

PUBLICATIES 2008

K van Herwaarden, J van Dixhoorn. Zelf ontspannen bij werkstress? ARBO, 2008, 4: 32-33

J van Dixhoorn, Whole-Body breathing. Biofeedback, 2008; 36-2: 54-56

J van Dixhoorn, Relaxerende Ademtherapie. In: M van Kampen, M. Vervaeke (red.), Stress. Preventie, reductie en ontspanning: 12 methoden. Acco, Leuven, 2008, p. 27-38

R Courtney, J van Dixhoorn, M Cohen. Evaluation of breathing pattern: Comparison of a Manual Assessment of Respiratory motion (MARM) and Respiratory Induction Plethysmography. Applied Psychophysiology and Biofeedback, 2008; 33 (2): 91-100

J van Dixhoorn, Whole-Body breathing, II: a systems-based process model for relaxation training. Biofeedback, 2008; 36-3: 104-108

J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland-Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008

E.Miley, Methode Van Dixhoorn. Goede ademhaling, minder stressgerelateerde klachten, Regionale krant Vecht- Amstel- en Rijnstreek, donderdag 24 april 2008

E. Anthonissen, E. Roggeband. Adem- en Ontspanningstherapie dringt door. In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland-Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.17-31

D. Meijer. AOT: niet lineair, maar toch met een bepaalde lijn?. In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland-Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.33-43

J. Borduin-Weisenbach. Hoe verloopt het proces naar een goed uitgeschreven ontspanningsinstructie? In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland-Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.45-54

Y. Esser. Is de Yogales voor iedereen voldoende om te leren ontspannen? In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland- Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.55-66

G. van Holland. De rol van Adem- en Ontspanningstherapie bij hyperventilatieklachten en angst. In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland- Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.67-76

J. van Dixhoorn. De Nijmeegse vragenlijst in de evaluatie van Adem- en Ontspanningstherapie. In: J. van Dixhoorn, I. van Dixhoorn-Verhoeven, N. Uwland- Sikkema, AOT aan de tand gevoeld. Centrum AOT, Amersfoort, 2008, p.77-86

Y Esser. Een nieuw beroep:Adem- en Ontspanningstherapie. Regionale krant 'Onze Vechtstreek, 25 januari 2008

M Schepers. Zelfregulatie voor vermindering van klachten. FES magazine, september 2008.

In de jaarverslagen wordt gevraagd bij hoeveel patiënten het afgelopen jaar de behandeling voornamelijk uit AOT heeft bestaan, en bij welke problemen of indicaties dit het geval was. Patiënten kunnen ook ingevoerd zijn via het internet, via het Resultatenproject, waardoor de uitkomsten van de behandeling bekend worden. De meest gebruikte toepassing van adem- en ontspanningstherapie blijkt te bestaan uit individuele behandelingen. Daarnaast worden groepsgewijze toepassingen vermeld. In 2008 hebben praktisch alle AOT 'ers een jaarverslag ingeleverd en is ook het invoeren van patiënten via internet toegenomen. Daardoor heeft dit overzicht van de toepassingen aan betrouwbaarheid gewonnen.

Jaarverslagen

Uit tabel 1 komt naar voren dat de indicaties in grote lijnen stabiel zijn gebleven, zoals dat ook in de afgelopen jaren het geval was (kolom 2 en 3). De meeste toepassingen betreffen spanningsklachten zonder duidelijke oorzaak, daarna psychische problemen, gevolgd door functionele problemen van het adem- en bewegingsapparaat, en tenslotte spanningsklachten bij mensen met een somatische aandoening. In combinatie met de behandelresultaten zoals uit het Resultatenproject naar voren komt (kolom 4), valt op dat AOT bij spanningsproblemen en hyperventilatieklachten het meest wordt toegepast en dat de uitkomsten dit ook rechtvaardigen. Echter, mensen met burn-out, hoofdpijn en slaapproblemen reageren ook goed op AOT, maar worden toch niet door de meeste AOT'ers gezien. Datzelfde geldt ook voor functionele klachten aan het bewegingsapparaat, zoals specifieke rugklachten, nek- en schouderproblematiek en ook functionele ademproblemen. Veel mensen met deze klachten hebben de weg naar de AOT 'er nog niet gevonden, terwijl zij toch met een relatief gering aantal sessies goed geholpen zouden kunnen zijn.

Relatief veel patiënten met psychische problemen worden met AOT behandeld, terwijl de effecten bij lang niet iedereen goed zijn. Dat duidt erop dat de problematiek complexer is en dat AOT vaak een ondersteunende rol speelt. Desondanks heeft toch ongeveer de helft voldoende aan AOT. Ook dit soort stoornis heeft dus niet altijd een gespecialiseerde psychologische begeleiding nodig. Datzelfde geldt waarschijnlijk voor chronische vermoeidheid. Bij whiplash, chronische pijn en fibromyalgie zijn de uitkomsten minder vaak heel positief en is AOT vaak niet voldoende. Toch is de helft van hen voldoende geholpen met AOT!

De aanwezigheid van een somatische diagnose is geen reden dat klachten niet reageren op AOT. Bij mensen met hart en longproblemen wordt AOT het meest toegepast en dat blijkt terecht te zijn. Gebruik bij longaandoeningen neemt toe, en met behoorlijk goed resultaat, maar dat gebeurt nog lang niet door alle AOT 'ers. Ook de andere somatische indicaties zijn over het algemeen beperkt tot een relatief klein aantal AOT 'ers.

Tabel 1. Toepassingen en uitkomsten van AOT

Jaarverslagen

Resultatenproject

Spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak	Behandelaren %		Uitkomsten %	
	2008	2007	goed	geen ingang
			2008	2008
1. Spanningsproblemen	74	75	63	2
2. Hyperventilatie	70	76	80	2
3. Burn-out / Overspanning	43	53	73	3
4. Vermoeidheid, ME	33	40	25	0
5. Hoofdpijn	43	38	64	9
6. Slaapstoornissen	24	29	62	8
7. Overige	4	7	33	17
Totaal			N=259	
Psychische problemen				
1. Angsten, Paniek, Fobie	61	64	49	24
2. Depressie	37	25	32	14
3. Traumaverwerking	24	22	22	44
4. Boulimie, Anorexia	6	2		
5. Overige (autisme, verslaving)	6	9		
Totaal			N=104	
Functionele problemen van houding, adem en beweging				
1. Onderrug	26	47	57	7
2. Nek en schouders (CANS)	52	68	69	6
3. Thorax (nieuw in 2008)	13		75	8
4. Fibromyalgie	30	27	50	0
5. Whiplash	13	27	40	20
6. Chronische pijn	28	36	58	17
7. Ademproblemen	48	31	84	5
8. Stemklachten	15	24	50	0
9. Overige (bekkeninstabiliteit)	2	11		
Totaal			N=112	
Spanningsproblemen met specifieke somatische oorzaken				
1. Longaandoening (astma, COPD)	48	33	56,5	9
2. Hart- en vaatandoeningen	30	25	60	0
3. Neurologische aandoeningen	30	40	67	20
4. Bewegingsapparaat	26	35	27	0
5. Postoperatieve behandelingen	6	13	33	0
6. Kanker	13	16	67	0
7. Buik- en continentieproblematiek	83	22	22	0
8. Kaakaandoeningen	0	2	2	
9. Overige	0			
Totaal			N=83	

Resultaten project

Het invoeren van de behandelgegevens en uitkomsten is sinds 2006 mogelijk via het internet. Dat werd gedaan door 29 AOT 'ers van 369 patiënten in 2006 en van 332 patiënten in 2007. In 2008 is er een opmerkelijke verschuiving opgetreden, mogelijk als gevolg van het beroepsprofiel dat in oktober door de ALV werd aangenomen. Daarin staat dat een goede AOT 'er al zijn AOT behandelingen invoert via het Resultatenproject. Over 2008 was het aantal ingevoerde patiënten aanmerkelijk gestegen naar 558. Dit was echter niet het gevolg van een toename van invoerders, maar van patiënten per invoerder. Er waren zelfs iets minder behandelaren die dit deden (26) maar het aantal AOT 'ers dat alle patiënten over het hele jaar invoerden was sterk gestegen van 8 en 9 naar 20. De grote meerderheid had het invoeren dus tot een routine gemaakt. Dit maakt de zeggingskracht van de uitkomsten sterker, omdat er nu zeker geen selectie is. Het aantal invoerders is relatief klein. Hier is nog wel een grote ruimte voor verbetering! De behandelaren die alle patiënten invoerden waren niet speciaal degenen met grote praktijken. Sterker, de AOT 'ers die volgens hun jaarverslag meer dan 100 patiënten per jaar met AOT behandelden voerden hun uitkomsten niet in, mogelijk vanwege het extra werk dat het met zich meeneemt.

Wat betreft praktijkvoering komt uit de behandeluitkomsten ook naar voren dat de meerderheid van deze 26, (81%) in de eerste lijn werkt, de anderen in een instelling zoals een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum. De behandelduur is vrijwel altijd circa 50 minuten, dat wil zeggen dat de behandeling niet als een paramedische verrichting wordt gedaan, maar als aparte behandeling. Een minderheid (10%) houdt daarentegen toch de reguliere paramedische behandelduur aan. Het aantal behandelingen is van hen

daardoor wel wat hoger. De verwijzers zijn meestal huisartsen en specialisten, die tezamen meer dan de helft van de verwijzingen hebben gedaan. Heel belangrijk is ook dat mensen op eigen initiatief komen, of op advies van een andere therapeut of een psycholoog. Ook de website wordt genoemd als bron van aanmeldingen.

Opvallend is dat blijkens tabel 2 de uitkomsten van behandeling in de eerste lijn gunstiger uitpakken. Er zijn naar verhouding veel meer mensen bij wie AOT volstaat om de klachten te verminderen of hanteerbaar te maken. In de eerste lijn is dat tweederde, in de instellingen is dat nog niet de helft. Ook zijn er in de instellingen relatief meer patiënten met een beperkt effect. Bij elkaar duidt dat op grotere problematiek bij de mensen in de instellingen, waarbij AOT een bijdrage levert maar het probleem niet oplost. Dit is ook te verwachten van deze populatie. Wat ook opvalt is dat bij een kwart van de patiënten in instellingen geen ingang is te vinden tegenover bijna 5% in de eerste lijn. Dit kan gevolg zijn van grotere problematiek, maar duidt misschien toch ook op minder openheid en motivatie. Mogelijk worden deze mensen meer verwezen, of hebben ze een meer passieve instelling, zodat ze minder bereid zijn zelf iets te doen om hun functioneren te bevorderen. In tabel 1, kolom 5 komt naar voren dat het ontbreken van een ingang voor de meeste indicaties heel laag is, maar voor enkele indicaties hoog: psychische problemen, whiplash, chronische pijn en klachten in combinatie met neurologische problematiek.

Het aantal sessies in de categorie zonder ingang is gemiddeld kleiner dan vier. Dat is in overeenstemming met de filosofie van de AOT dat het ontbreken van een ingang reden is om te stoppen. Ook wanneer er wel een ingang is

gevonden maar de klachten reageren niet, dan is het aantal sessies kleiner (gemiddeld 5), terwijl het aantal sessies voor de groepen

waarbij de klachten gunstig reageren, ligt tussen de 6 en 7; dit is nog steeds heel bescheiden in aantal, zeker gezien de effecten!

Tabel 2. Effecten vergeleken tussen 1e en 2e lijn

Beoordeling van effect op de hoofdklacht	1e lijn	2e lijn
Goed. Er is een ingang voor AOT en klachten reageren positief op effectieve ontspanning en wel in die mate dat de patiënt zichzelf ermee kan redden, ook al zijn ze niet altijd over. De klachten lijken daarom in hoge mate spanningsgebonden.	299 (66%)	43 (41,3%)
Beperkt. Er is een ingang voor AOT en de klachten reageren op effectieve ontspanning, maar blijven nog wel aanwezig. Ze lijken daarom ten dele spanningsgebonden. Een heel andere aanpak of behandeling kan zinvol zijn.	126 (27,8%)	35 (33,7%)
Niet relevant. Er is een ingang voor AOT maar de klachten reageren niet of nauwelijks op effectieve ontspanning. Ze lijken daarom niet spanningsgebonden te zijn.	6 (1,3%)	2 (1,9%)
Geen ingang. Er is geen ingang te vinden en effectieve ontspanning treedt niet op.	22 (4,9%)	24 (23,1%)

In brede zin

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat AOT bij zeer uiteenlopende klachten toegepast wordt. Het indicatiegebied is breed. In het hoofdstuk "Presentaties en publicaties" komt naar voren wát er door de AOT'ers ondernomen wordt, zowel in binnen- als buitenland, om de inhoud van de Methode te verspreiden. Voor de nieuwsgierigen onder u: Wordt er nog meer gedaan? Waar stappen de AOT'ers nog meer op af? En waarom volgt 'men' AOT? Om hier achter te komen zijn de jaarverslagen nog eens doorgenomen en dan blijkt dat er ook nog veel **groepslessen** worden gegeven.

Grofweg is er een driedeling te maken:

1. De groepslessen voor **belangstellenden** laten zien dat er AOT instructies gevolgd zijn door groepen in verband met hyperventilatieklachten, diverse spanningsklachten, vermoeidheidsklachten bij mensen met MS, patiënten met chronische hoofdpijn, ontspanning,

kennismaking met AOT, als onderdeel van een vasten- en reinigingsweek, RSI. Binnen de yogalessen wordt AOT ook gegeven bij zwangerenbegeleiding, maar ook wordt AOT als het ware verweven in de yogalessen.

2. De groepslessen binnen een bepaalde **gezondheidssetting** zijn zeer divers: Zo maar een greep uit de jaarverslagen: AOT wordt o.a. gegeven aan patiënten met hartfalen, reuma, mensen met kanker, COPD. Maar ook in de poliklinische revalidatie, de hartrevalidatie. De redenen zijn onder meer: beter leren omgaan met de eigen spanning, kennismaking met AOT.

Ook zijn er AOT'ers die aan de hand van de instructies diverse thema's bespreken zoals stress, assertiviteit, voeding, lichamelijke klachten, verwerking en negatieve cognities.

3. De lessen voor mensen die binnen een bepaald **werkveld** bezig zijn geven weer totaal andere zaken te zien: bij een instituut

worden lessen gegeven aan studenten i.v.m. houding, adem en beweging in combinatie met spreken voor groepen. Er worden workshop/werkplekadvisies AOT gegeven voor assistentes röntgenafdeling. Of een workshop 'AOT voor ouderen'. Er worden cursussen gegeven binnen de Provinciale Overheid m.n.

zelfmanagement door adem- en ontspanning. Uit deze opsomming concluderen wij dat AOT zeer breed inzetbaar is en zich beslist niet beperkt tot gebruik in de (para)medische wereld. Ook in preventie en in vakopleidingen heeft het groot nut. Iedereen kan profiteren van AOT.

BEROEPSPROFIEL ADEM- EN ONTSPANNINGSTHERAPIE

M.P.L. Jansen, arts MBA

Een van de eerste taken die de Vereniging op zich is gaan nemen is het opstellen van een Beroepsprofiel voor de AOT, samen met overige reglementen. In overleg met het Centrum is door twee bestuursleden van de AOS en de voorzitter van de VDV voorjaar 2008 een concept beroepsprofiel opgesteld. Dit werd rondgestuurd naar de Raad van Advies en naar de leden met verzoek om commentaar. Veel AOT 'ers hebben de tekst in de intervisiegroepen besproken en zo kon het op de ALV van 4 oktober 2008 aangenomen worden. In 2009 is het naar een extern deskundige gestuurd, dhr. M.P.L. Jansen, arts en bestuurskundige, met het verzoek om de tekst nog eens kritisch te lezen. Hieronder zijn bevindingen.

Algemene historie van beroepsprofielen

In 1994 verscheen het eerste beroepsprofiel, Raamplan 1994, in opdracht van de gezamenlijke universitair medische opleidingen. Doel was dat alle medische opleidingen zouden gaan voldoen aan de eisen die in dit gemeenschappelijke document beschreven zouden zijn. Een deel van het Raamplan 1994 werd wettelijk vastgelegd. (In 2001 kwam een verbeterde versie uit). In de jaren daarna verschenen er beroepsprofielen voor een toenemend aantal vakken. Men beschreef de kennisgebieden, de gewenste vaardigheden en het gewenste bekwaamheidsniveau (een huisarts hoeft bijvoorbeeld niet alles op specialistenniveau te weten en te kunnen).

Belangrijke toevoegingen waren dat men de positie van betreffende behandelaar ook beschreef in relatie tot de maatschappij, de praktijkvorm waarin hij/zij werkt, en de verantwoordelijkheid om zijn eigen vak bij te houden en verder vorm te geven. Het beroepsprofiel werd zo hét document waarin alle kennis, vaardigheden en werkomstandigheden van betreffende behandelaar beschreven werd. Overigens staat geen enkel vak stil, en zal ook de opleiding en dus elk beroeps-

profiel over een aantal jaren aangepast moeten worden. Naast het beroepsprofiel verschenen er bij de meeste vakken tevens gedragsregels; ook wel beroepscodes of ethische code genoemd. Deze beschrijven de ethische regels waaraan behandelaars zich dienen te houden.

Een gebouw van afspraken

Een beroepsprofiel vormt samen met een ethische code de inhoudelijke basis voor elk vak, voor de opleiding en nascholing, dus ook voor de AOT. Het vormt ook de basis voor de maatschappelijke controle op kwaliteit zoals die wordt vormgegeven in de registratie-eisen, het klacht- en tuchtrecht. Overigens was er bij de AOT net zoals bij de geneeskundige opleidingen eerst de opleiding en verschenen pas later het beroepsprofiel en het reglement ethiek. Gewoonlijk vraagt het een aantal jaren voor alle documenten zorgvuldig op elkaar zijn afgestemd.

Inhoud van een beroepsprofiel

Zoals gezegd was bij de meeste vakken eerst de opleiding en pas daarna het beroepsprofiel. Begrijpelijk is dat als er meerdere opleidingen tot het zelfde vak (een ontwikkeling

overigens die bij de AOT mogelijk nog jaren kan duren) zouden zijn, de maatschappij de zekerheid wil dat die opleidingen ook gelijkwaardig zijn. De eerste stap bij de ontwikkeling van beroepsprofielen was dan ook dat men ging inventariseren wat er feitelijk gedaan werd in de opleidingen. De volgende stap was dat men zich afvroeg of betreffende opleiding wel compleet was, voor het vak zelf, en in vergelijking met andere vakken. Hier kwamen lijsten van ziekteklachten, ziektebeelden en behandelprocedures die met betreffende methode behandeld konden worden uit voort. Deze lijsten noemt men eindtermen.

Een nieuwere ontwikkeling is het beroepscompetentieprofiel. Een vak wordt niet meer beschreven in kennis- en vaardigheidsonderdelen, maar uitgangspunt voor de beschrijving wordt wat men in de dagelijkse praktijk moet kunnen. Competenties zijn combinaties van kennis, vaardigheden en gedrag/attitude. Met competenties kreeg men onderwijskundig een nieuw instrument in handen: studenten moeten zaken niet alleen weten en kunnen, maar ze dienen ook effectief gedrag geleerd te hebben, waardoor zij hun diagnose- en behandelingsdoelstellingen ook werkelijk bij patiënten kunnen bereiken. Men ging zelfs in de praktijk kijken om te zien wat men naast kennis en losse vaardigheden nu werkelijk moest kunnen. Afgestudeerden dienen niet alleen het zelfde te weten en de zelfde technieken te hebben aangeleerd, maar zouden bij voorkeur feitelijk ook even effectief dienen te zijn. De laatste 5 jaar is deze ontwikkeling in een aantal opleidingen in volle gang, opleidingen worden volledig omgevormd om deze doelstellingen te bereiken. Overigens zal het nog wel 5-10 jaar duren voor duidelijk is of dit werkelijk betere behandelaars gaat opleveren.

Beroepsprofiel AOT

De AOT heeft met haar eerste beroepsprofiel een grote stap voorwaarts gezet: formuleren wat het vak inhoudt, beschrijven van de vereisten aan de opleiding, zichzelf een maatschappelijk gezicht geven. Zij heeft zichzelf een basis verschaft om over zichzelf na te denken. Krachtig aan dit beroepsprofiel is dat het duidelijk aangeeft dat adem- en ontspanningstherapeuten leren omgaan met de grote

variëteit aan reacties van cliënten en cursisten op de instructies en de behandeling. AOT'ers leren in de adem- en ontspanningstherapie herstel mogelijkheden van individuen te onderzoeken, waarbij sterk rekening gehouden wordt met het feit dat mensen verschillend zijn. Men leert, in tegenstelling tot veel beroepen en beschrijvingen daarvan in beroepsprofielen, procesmatig te denken en niet in termen van een lineair oorzaak-gevolg-model. Het procesmodel geeft in het behandelcontact juist de ruimte aan menselijke variatie.

Een ander sterk aspect is dat uit dit beroepsprofiel blijkt dat adem- en ontspanningstherapie als een van haar belangrijkste kernen heeft dat het een wezenlijke bijdrage kan leveren in het onderscheid tussen ziekte en klachten door verhoogde spanning. Zeker gezien de hoge percentages (30-50%) onbegrepen en niet te herleiden klachten welke door huisartsen en specialisten gezien worden, is een methode die hierbij behulpzaam kan zijn een waardevolle nieuwe bijdrage voor de gezondheidszorg. Het advies aan huisartsen om bij niet direct duidelijke klachten (somatisch en/of psychisch) vanaf het begin een breed verklaringsmodel te onderzoeken, kan met AOT verrijkt worden. AOT geeft een houvast voor een uitspraak over de onderscheiden bijdrage van elk. Hieruit voortvloeiend geeft dit beroepsprofiel ook aan dat er een glijdende schaal is van gezond functioneren naar overmatige spanning, welke belemmerend werkt op het functioneren, naar klachten van overmatige spanning.

Beroepsprofielen maken veelal een artificiële scheidslijn tussen gezond en ziek en hebben geen methodische beschrijving van het overgangsgebied. AOT kan door de bevordering van ontspanning een grote bijdrage leveren aan een beter functioneren in privé en in werk van mensen die zich overigens niet ziek hoeven voelen.

Een laatste interessant aspect van dit beroepsprofiel is dat het duidelijker, dan vaak elders wordt aangetroffen, aangeeft dat men zijn eigen vak moet blijven onderzoeken, en dat AOT'ers verplicht zijn systematisch onderzoeksvragenlijsten te gebruiken en aan het resultatenproject dienen mee te werken.

DE ADEMBEWEGING GEKWANTIFICEERD: 'NOTATIE ADEMBEREIK' OF 'MARM'

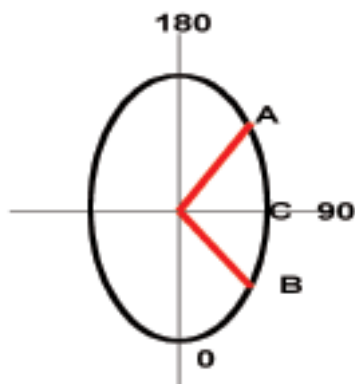
Jan van Dixhoorn

Binnen de AOT is het evalueren van groot belang. Elke stap, elke instructie en/of handgreep wordt geëvalueerd. Het toont begeleider en deelnemer of ze op de goede weg zitten. Is er een zinvolle verandering? Welk proces speelt zich af bij de deelnemer? Een van de processen is de ademhaling; is die functioneel en flexibel of dysfunctioneel en star? De laatste jaren is een oude techniek in opkomst gekomen in de AOT waarmee de verdeling van de adembeweging over de gehele romp beoordeeld en in een getal uitgedrukt kan worden. Deze 'notatie adembereik' of 'MARM' (van het Engelse Manual Assessment of Respiratory Movement) blijkt zelfs een betrouwbare en valide meetmethode te zijn. Waar komt deze techniek vandaan? Wat meet het en wat kun je er aan hebben?

Historie

De handgreep 'zit, lendeadem' is vanaf het begin in de jaren zeventig door mij gedaan, omdat het een indirecte benadering van het ademen is. De begeleider zit achter de deelnemer, legt de handen tegen de onderste ribben, voelt of daar adembeweging waarneembaar is en vraagt de deelnemer daar aandacht voor te hebben. Aandacht hierbij houden heeft een opvallend kalmerend effect, de ademhaling in de breedte is goed waarneembaar en versterking daarvan door diverse technieken leidt ertoe dat iemand echt ontspannen gaat zitten. Ik gebruikte het veel als welkome afwisseling van de staande ademoefening waarbij je iemand helpt de buik te ontspannen. Begin jaren tachtig vond mijn onderzoek van adembewustwording en ontspanning bij hartpatiënten plaats, waar 'zit, lendeadem' vanzelfsprekend een onderdeel was van de behandeling. Omdat op korte termijn opvallend gunstige veranderingen gevolg bleken van de AOT besloot ik een follow-up na twee jaar te gaan houden en zelf de patiënten uit de ontspanningsgroep en de controlegroep terug te zien. Voor die gelegenheid maakte ik een protocol voor een onderzoek. Dit bestond, naast fysiologische metingen, uit een manuele beoordeling van de spanning in zit: pijnlijkheid en spanning van drukpunten rond de schouders en een beoordeling van de adembeweging. Ik tekende een cirkel die de romp voorstelt en gaf met twee lijntjes een taartpunt aan die het bereik van de expansie met

inademen weergaf. Tot hoever naar boven en tot hoever naar onder was er beweging te voelen, wanneer je beide handen tegen de onderste ribben legt op de rug? Dit deed ik bij de patiënt in rust en met de instructie diep te ademen. De ademetingen en de tekeningen werden opgeslagen in de dossiers van de patiënten.



Figuur 1. A= bovenste lijn, B= onderste lijn, C=90 graden. Bereik = A-B. Balans = (A-C)/(C-B). Gemiddelde = (A+B)/2. Percent thorax = (A-C)/(A-B)

Jaren later, begin negentig, ging ik weer eens naar het jaarlijkse congres van de Amerikaanse Biofeedback Vereniging, met als hoofddoel het ISMA (International Stress Management Association) Congres te promoten dat wij het jaar daarop in Nederland zouden organiseren. Ik zou een workshop doen

'Breathing Awareness' (om de onkosten te compenseren) en ik zocht in de data om iets leukers te kunnen presenteren. De ademmetingen bij de follow-up had ik al eens ingevoerd in de PC, nu ging ik de tekeningetjes bekijken. Ik noteerde het aantal graden van het bovenste en het onderste lijntje, bij gewoon en bij diep ademen, voerde dit in en deed een statistische analyse. Wat bleek, de ontspanningspatiënten hadden twee jaar na de AOT een lagere adembeweging dan de controle patiënten in rust en nog meer tijdens diep ademen!! Dit was leuke kost, ik schreef een samenvatting die ik instuurde en maakte een poster toen het geaccepteerd was (1).

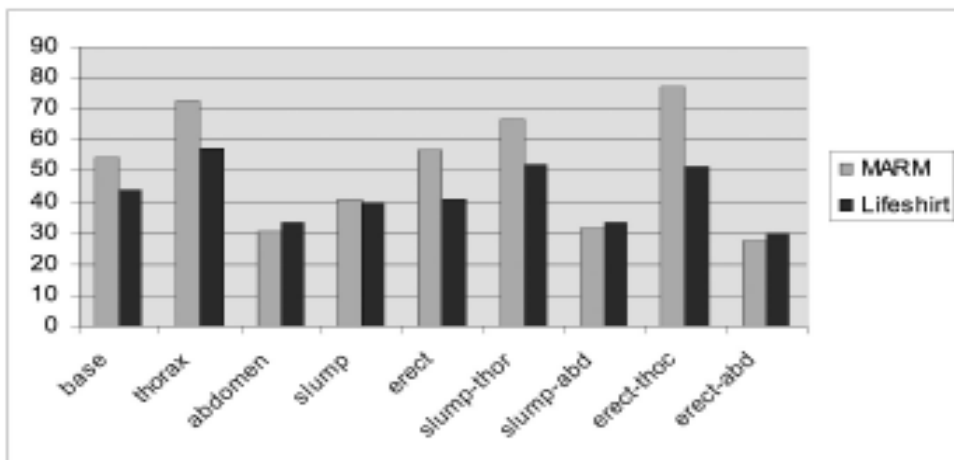
In de loop van de jaren daarna ging ik deze beoordeling opnemen in het tweede jaar van de leergang. Een van de vragen was welke betrouwbaarheid zo'n subjectieve indruk kon hebben. De cursisten kregen de opdracht deze 'notatie adembereik' zoals ik het noemde, uit te voeren in verschillende situaties, zoals makkelijk zitten, rechtop zitten, na hoorbaar uitademen, en deze beoordeling door twee mensen op dezelfde persoon te laten uitvoeren. Ze noteerden dit op aparte briefjes en na afloop vergeleken we deze. Er was een opvallende overeenkomst, behalve wanneer de zittende persoon de tweede keer iets anders deed dan tijdens de eerste beoordeling. Die getallen liet ik weg en de andere voerde ik in. Opnieuw bleek een opvallend hoge correlatie tussen twee beoordelingen van een persoon. De notatie werd een onderdeel van mijn behandeling en bleek vaak heel goed het resultaat van de behandeling weer te geven. Een 'hoge' ademhaling veranderde in een 'lagere' adembeweging, een verdeling waarbij het bovenste en onderste lijntje beter in balans was. De klachten namen af, het aantal punten op de Nijmeegse vragenlijst daalde. Een enkele keer was er een sterke scoliose en dan tekende ik twee taartpunten, die langzamerhand ook meer symmetrie gingen vertonen naarmate de behandeling vorderde.

In 2003 en in 2004 presenteerde ik deze uitkomsten tijdens het jaarlijkse **ISARP** congres, een klein clubje van onderzoekers van respiratoire psychofysiologie (2). Een longarts rea-

geerde met de woorden 'het is weliswaar subjectief, maar het geeft wel de werkelijkheid weer'. Die opmerking sterkte mij enorm in het begrip dat de eerste persoon werkelijkheid weliswaar subjectief is, maar niet minder werkelijk dan de 'objectieve' of derde persoon werkelijkheid. In 2004 presenteerde ik de MARM in een workshop op de ISARP bijeenkomst in Amerika, waar een Australische onderzoekster bij was, een osteopathe die onderzoek deed naar 'dysfunctional breathing'. Paul Lehrer vroeg mij bij die gelegenheid of ik het hoofdstuk over ademhaling wilde schrijven in de volgende druk van het boek 'Principles and practice of stress management' en stelde voor dat ik deze MARM erbij zou betrekken. Dat heb ik gedaan. In 2005 ontmoette ik de Australische onderzoekster, Rosalba Courtney, opnieuw op de ISARP bijeenkomst in Hamburg en zij vertelde mij dat zij de claim van de Buteyko methode had onderzocht. Het bleek dat de lengte van de pauze na uitademen (de controle pauze) niet correleerde met de CO2 concentratie, zoals Buteyko beweert, maar wel met de MARM (3). Dit bevestigde de betekenis van de meting van de adembeweging en zij werd enthousiast. We besloten de validiteit van de methode samen te onderzoeken. Zij had de beschikking over de 'Lifeshirt', een 'vest' vol met sensoren, die o.a. allerlei metingen van de adembeweging deden (waaronder het 'percentage thorax' = het aandeel van de borstkasbeweging in de totale adembeweging) en ging twee andere onderzoekers trainen in de MARM. We stelden het protocol van de meting op, met afwisselende houdingen (gewoon, in elkaar en rechtop zitten) en adempatronen (gewoon, buikademhaling en borstademhaling) en zij instrueerde 12 yoga leraren om de houdingen gecombineerd met de adempatronen aan te nemen. Tijdens elk van die 9 combinaties werden Lifeshirt metingen verricht en deden zij zelf en een van de andere onderzoekers de MARM. We analyseerden de data samen en kwamen tot de ontdekking dat 1) er een grote overeenstemming was in de verdeling hoog / laag tussen de twee MARM metingen onderling en tussen de MARM en de lifeshirt, 2) dat de MARM

beter in staat was dan de lifeshirt om de verschillende houdingen te onderscheiden, met name hoog thoracaal ademen, rechtop zittend (figuur 2). De MARM is dus betrouwbaar en

valide! De uitkomsten werden in 2008 gepubliceerd in het Amerikaanse Journal of Applied Psychophysiology and Biofeedback (4).



Figuur 2. 'percent thorax' volgens MARM en volgens Lifeshirt in 9 situaties. Het verschil tussen de situaties wordt door MARM duidelijker aangegeven dan door Lifeshirt.

Wat wordt gekwantificeerd?

Het is een manuele beoordeling van de verdeling van de adembeweging, waarbij de onderzoeker de subjectieve indruk tracht te objectiveren in een grafische weergave. Je stelt je de ademhaling voor als een bol, die uitzet en krimpt en probeert je voor te stellen in welke richting die expansie er is. Deze weergave blijkt opvallend duidelijk te variëren met bewust aangenomen houdingen en adempatronen. Er is ook een andere techniek, de Hi/Lo of Hoog/Laag techniek, waarbij de onderzoeker opzij staat van de proefpersoon en een hand tegen de buik legt en een ander tegen het borstbeen. Vergelijking door Courtney van beide methodes door studenten osteopathie en osteopathen bij proefpersonen die bewust op diverse manieren ademden, toont dat zij beide even accuraat zijn in het herkennen van adempatronen, maar dat de MARM verkozen wordt, omdat deze minder 'invasief' overkomt (5). De MARM sluit goed aan bij de indirecte vormen van ademregulatie die in de AOT over het algemeen verkozen worden.

Inmiddels zijn metingen gedaan bij gezonde personen, zoals fysiotherapeuten, yogaleraren,

AOT 'ers en studenten AOT, en ook bij patiënten, met o.a. COPD, angst en spanningsklachten, en de ziekte van Raynaud. Het blijkt dat over het algemeen het ademen goed verdeeld is tussen boven en onder wanneer de persoon makkelijk zit. De gemiddelde MARM (boven plus onder gedeeld door twee) is rond de 90, dat is het midden van de halve cirkel, met 180 graden in de top en 0 graden beneden. De balans tussen boven en onder is dan goed, boven en onder zijn ongeveer even groot en het verschil komt dicht bij nul. Patiënten met angst en spanningsklachten hebben vaak een andere verdeling: bij de meeste is het ademen hoog-thoracaal en de balans scheef. Patiënten die dit vertonen hebben een hogere score op de Nijmeegse vragenlijst, en dat komt vooral door een hoge score op de factor dyspnoe. Op de ISARP bijeenkomst in 2008 hadden we een poster met getallen uit de praktijk van Els Anthonissen, waarop dit vastgesteld werd en ook bleek dat zowel de MARM als de factor dyspnoe normaliseerde na ademtherapie. Patiënten met COPD hebben ook gemiddeld een scheve balans en een hoog gemiddelde, maar dit komt doordat een minderheid in rust te hoog ademt. De meeste COPD patiën-

ten hebben daarentegen een normale verdeling in rust. Dit aantal neemt af wanneer hen gevraagd wordt diep te ademen. Dan heffen zij de borstkas als geheel omhoog, zonder dat de beweging groter wordt. Dit wijst op een stugheid en beperkte flexibiliteit van de borstkas, die dus ook aanwezig kan zijn als het ademen in rust niet opvallend anders is. Daarom lijkt een **protocol met diverse opdrachten** zinvol om te selecteren op potentieel dysfunctioneel ademen. Patiënten met de ziekte van Raynaud hadden tijdens een studiedag van de patiëntenvereniging over het algemeen een normale verdeling in rust, slechts enkelen ademden hoog. Deze paar mensen hadden ook hogere scores op de Nijmeegse vragenlijst. Met andere woorden, wanneer de gemiddelde MARM veel groter is dan 90 (zeg > 105) dan zal daar een reden

voor zijn en dan is de vraag, reageert deze afwijking op ontspanning en ademregulatie en is het eigenlijk onnodig, of is het een direct gevolg van een structurele afwijking of aan-doening?

Uit ander onderzoek door Courtney blijkt dat mensen die geneigd zijn hoog te ademen en een hoge MARM hebben een minder sterke hartslagvariabiliteit vertonen en minder goed reageren op een korte training om dit te vergroten (6). Dit roept de vraag op of het bevorderen van een goede verdeling, zoals met 'zit, lendeadem' gedaan wordt, in staat is de hartslagvariabiliteit te vergroten, ook zonder het protocol dat daar momenteel voor in zwang is, zoals in 'Heart Math'. Hier ligt een goede mogelijkheid voor onderzoek door AOT 'ers.

Wat wordt gekwantificeerd

Bereik of grootte van de beweging: A-B (dit is niet hetzelfde als teugvolume)

Verdeling over hoog-laag:

Gemiddelde: $(A+B)/2$. Optimaal=90

Balans: (A-C)-(C-B). Optimaal = 0

Percent thorax: $(A-C)/(A-B)$. Optimaal = 50

Asymmetrie: verschil in bereik of verdeling tussen links en rechts. Tweezijdige taartpunt.

Wat wordt niet gekwantificeerd

Ademfrequentie, adempauzes

Teugvolume, ventilatie

Vloeiendheid, spanning, stugheid

Ademgeluiden

Onregelmatigheid, zuchten

Als iets opvalt hierin, dient dat apart genoteerd te worden

MARM in ketenzorg COPD

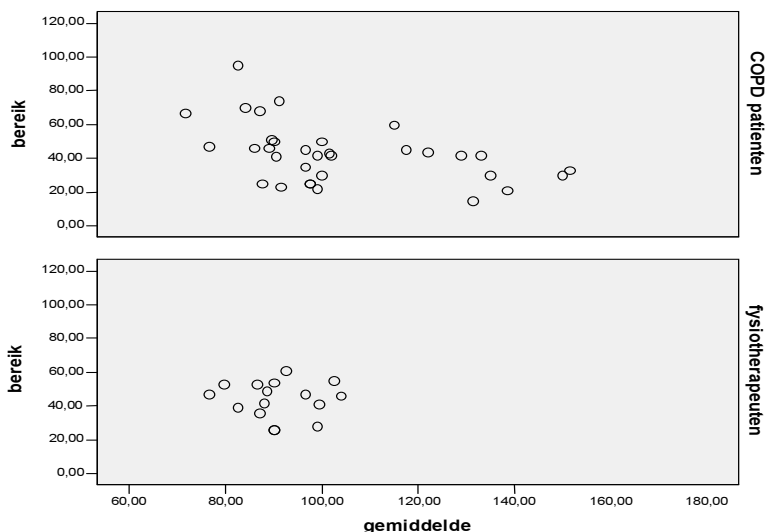
Zowel Courtney als ik zelf hebben therapeuten getraind in het bepalen van de MARM, zonder dat zij ervaren AOT 'ers zijn. Instructie van enkele uren lijkt te kunnen volstaan. In het Kennemer Gasthuis is de MARM geleerd aan COPD fysiotherapeuten om te gebruiken binnen de ketenzorg COPD. Voor de COPD zorg worden momenteel veel behandelprotocollen opgesteld en de MARM zou hierin opgenomen kunnen worden. De MARM zou voor de COPD patiënt een functie kunnen hebben als screeningsmiddel en als procesvariabele.

Vergeleken met fysiotherapeuten (zie figuur 3) blijkt een aanzienlijk deel van deze patiënten een hoge adembeweging te hebben, die soms ook klein is. Enkelen hebben een uitzonderlijk grote adembeweging, zij reageren op de long-

ziekte met sterk ademen. Deze adempatronen lijken echter niet noodzakelijk gevolg van de longziekte, 1) omdat de meerderheid in rust 'gewoon' ademt, 2) omdat het niet vaker optreedt naarmate de ziekte ernstiger is. De kans is reëel dat het een teken van dysfunctioneel ademen is. De MARM kan dus benut worden als **screeningsmiddel**, om een afwijkend patroon vast te stellen, dat **potentieel dysfunctioneel ademen** beduidt. De beslissing of het patroon werkelijk dysfunctioneel was wordt pas genomen, nadat en voorzover het te veranderen blijkt te zijn. Binnen de ketenzorg kan dit op twee manieren: door te zien of het reguliere trainingsprogramma tot verandering leidt of door AOT toe te passen, in een groepsmodule of individueel. Dit is momenteel gaande, maar uitkomsten zijn er nog niet van. Van belang is dat de MARM niet alleen in rust en makkelijk zittend wordt

bepaald, maar ook tijdens diverse houdingen en ademstructies. Daardoor kan de flexibiliteit en responsiviteit van het ademen beter bepaald worden. We hebben daarom een protocol opgesteld voor deze beoordeling, waarin

na 'makkelijk zitten', de deelnemer ook gevraagd wordt rechtop te zitten, hoog of diep te ademen, en in makkelijke zit de breedte adem te volgen. Dit **MARM protocol** is te gebruiken als screeningsmiddel.



Figuur 3. Verdeling van gemiddelde MARM scores ten opzichte van het bereik voor COPD patiënten, vergeleken met fysiotherapeuten. Duidelijk is dat veel COPD patiënten een hoger gemiddelde (> 105) hebben, terwijl anderen een groot (>60) of een klein (<35) bereik hebben.

Een hoge, thoracale adembeweging lijkt het meest voorkomende euvel te zijn van patiënten. De adembeweging is echter veel complexer dan alleen de mate van hoog of laag ademen. De MARM is een kwantificatie en daarmee ook een reductie van een driedimensionale volume verandering tot twee lijntjes. De beoordelaar kan tijdens het uitvoeren van de MARM veel meer aspecten waarnemen aan de beweging, het ademen en de zelfwaarneming van de deelnemer, die apart te noteren zijn. Op deze manier is de MARM te gebruiken om het verloop van een behandeling of training weer te geven. Het kost weinig tijd, en kan zelfs voor en na elke sessie genoteerd worden. Het is een nuttige **procesvariabele**, omdat het een objectivering is van een subjectieve waarneming van de behandelaar. Het is gevoeliger zijn voor verandering dan objectieve metingen, zoals uit de validering van MARM t.o.v. lifeshirt bleek. De COPD patiënt kan tijdens het reguliere programma

duidelijk verbeteren in verdeling of bereik van het ademen, maar ook in aanvullende waarnemingen, zoals stugheid, vloeiendheid, regelmaat of gemak, waarmee het effect van het programma onderbouwd wordt. De verbetering te koppelen aan andere effectmetingen, waardoor de betekenis van de adembeweging onderbouwd wordt. Maar ook kan de verbetering na training te klein zijn. In dat geval is de optie gewenst om een gericht AOT programma aan te bieden, individueel of groepsgevoerd, voordat men concludeert dat de afwijkende adembeweging een noodzakelijk gevolg is van de aandoening. In de individuele AOT behandeling gaat het erom het behandelverloop goed te documenteren en elke stap te evalueren. De MARM uitkomsten kunnen dan gecombineerd worden met deze observaties en met de reacties van de patiënt op instructies en handgrepen. Daarmee kan de interpretatie van de procesen tijdens de behandeling geobjectiveerd

worden. De AOT 'er toont op die manier inzicht in de aard van het proces functioneel ademen ten opzichte van de andere processen. De MARM illustreert een individueel proces, zoals dat door de begeleider is waargeno-

men en geïnterpreteerd. De hierna volgende casus is een goed voorbeeld.

Literatuur

- (1) Dixhoorn J v. Breath Relaxation - Two year follow up of breathing pattern in cardiac patients. Proceedings 25th Annual meeting. Wheat Ridge, CO, USA: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback; 1994.
- (2) Dixhoorn J v. A method for assessment of one dimension of dysfunctional breathing: distribution of breathing movement (abstract). *Biological Psychology* 2004;67:415-6.
- (3) Courtney R, Cohen M. Investigating the claims of Konstantin Buteyko, M.D., Ph.D.: the relationship of breath holding time to end tidal CO2 and other proposed measures of dysfunctional breathing. *J Altern Complement Med* 2008 Mar;14(2):115-23.
- (4) Courtney R, van Dixhoorn J, Cohen M. Evaluation of Breathing Pattern: Comparison of a Manual Assessment of Respiratory Motion (MARM) and Respiratory Induction Plethysmography. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2008 Mar 5;33(2):91-100.
- (5) Courtney R, Cohen M, Reece J. Comparison of the manual assessment of Respiratory Motion (MARM) and the Hi Lo breathing assessment in determining a simulated breathing pattern. *International J of Osteopathic Medicine* 2009;in press.
- (6) Courtney R, Dixhoorn J v, Greenwood K. Effects of spontaneous breathing pattern on response to a heart rate variability biofeedback protocol. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2009;submitted for publication.

EEN COPD PATIËNT, GEËVALUEERD MET DE MARM

Natascha de Cock

In het Kennemer Gasthuis te Haarlem is sinds enkele jaren een longreactivatie programma aanwezig dat deel uitmaakt van een Ketenzorg COPD. De inhoud bestaat uit een fysiek trainingsprogramma, gecombineerd met acht groepssessies in adem- en ontspanningsoefeningen. Voor en na het programma worden diverse metingen verricht en daarbij wordt ook een MARM protocol uitgevoerd

Klacht

Een man van 84 jaar heeft last van benauwdheid bij inspanning wat verergert wanneer hij zware klussen verricht zoals het tillen van bijvoorbeeld een vuilniszak of tijdens het tuinieren. Sinds drie maanden heeft hij meer last van duizeligheid, hoesten en het opgeven van sputum. Hij heeft al 15 jaar COPD, maar de laatste anderhalf jaar is dat minder stabiel. De COPD is matig ernstig, Gold klasse 3, dat is een FEV1 van minder dan de helft van verwacht. De heer werd daarom via de longarts verwezen naar het longreactivatieprogramma in het Kennemer Gasthuis. Zijn eigen hulpvraag was dat hij actief en lenig wilde blijven, om op zijn oude niveau in zijn dagelijks leven te kunnen functioneren. Een

module AOT van acht sessies is een vast onderdeel binnen dit programma. Aangezien de heer doof is was de groepsmodule niet geschikt en werd hij verwezen voor AOT op individuele basis. Hij werd twee keer een uur en vier keer een half uur gezien. Na drie maanden vond een follow-up plaats. De heer is niet bekend met adem- en ontspanningsinstructies en hij heeft niet eerder aan een dergelijke behandeling deelgenomen.

Het behandelverloop: eerste 2 sessies.

Het was de heer aanvankelijk onduidelijk waarom hij naar mij verwezen was, want hij kwam immers voor een reactivatieprogramma. De uitleg en de plaats van de AOT in het programma

kwamen matig over. Maar de heer bleek coöperatief en stond open om "mee" te doen. Bij de notatie adembereik (zie figuur) viel mij op dat de wervelkolom en de borstkas opvallend stijf waren, de adembeweging was klein en er was naar verhouding meer borstbeweging tijdens het ademen. Uit het MARM protocol, dat collega's tijdens de inspanningsmodule hadden afgenomen, zag je dat de borstkas nauwelijks op houdingsverandering reageerde en niet spontaan vergrootte bij het volgen van de breedte ademhaling. In verband met deze stugheid en zijn slechthorendheid besloot ik de eerste twee behandelingen te beginnen met handgrepen in ruglig om de thoraxbeweeglijkheid verder te onderzoeken.

Wervelkolom schommelen en thorax meedrukken. Tijdens deze handgreep bleek de wervelkolom erg stug zowel bij de onderste ribben als aan de bovenzijde van de borst. Ik moest moeite doen om de thoracale wervelkolom in beweging te krijgen. De adembeweging reageerde na verloop van tijd wel iets, de borstkas ging in zijn geheel iets meer meebewegen met het ademen. De heer liet het over zich heen komen, maar vond het prettig en ontspannend, het viel hem op dat hij platter lag en niet hoefde te hoesten. Hij vertelde mij dat hij daar thuis normaal gesproken last van had. Zijn borst en ademhaling voelden "rustiger en luchtiger". Tijdens het navoelen in stand merkte hij eveneens op dat het doorademen met meer "gemak en lossier" verliep. Dit werd bevestigd door de notatie adembereik aan het eind, het volume was toegenomen, vooral de borstbeweging nam toe, in mindere mate de buikademhaling. Daarnaast zei hij dat het leek alsof hij minder duizelig was, hij voelde zich steviger staan.

De tweede sessie bleek dat de heer enkele dagen makkelijker had bewogen. Doordat hij beter bewoog ging alles hem wat gemakkelijker af. Hij was minder onzeker ter been en stond wat steviger. Ik herhaalde de handgreep, maar nu afgewisseld met *voeten trekken / duwen*. De notatie adembereik gaf nadien weinig verschil, het volume was nauwelijks iets toegenomen. De vijfde sessie koos ik ervoor om deze handgre-

pen te herhalen. Het viel me op dat de borstkas en de ribben zowel boven als onder sneller reageerden, ik hoefde veel minder moeite te doen en de ademhaling werd vrijwel direct voller. Zelf merkte hij dat zijn ademhaling "lichter was en zijn borst voelde "lossier". Het was een opvallend verschil in vergelijking tot de eerste keer.

3^e en 4^e sessie

Vanaf de derde behandeling deed ik instructies met hem die hij ook thuis kon oefenen, omdat het effect van handgrepen naar verwachting niet blijvend zou zijn. Omdat het geven van instructies in verband met de doofheid lastig was koos ik ervoor om *zit benen wrijven* te doen zodat hij mij na kon doen. Terwijl we de oefening deden merkte ik dat hij de beweging raar vond maar hij deed toch mee. Uiteindelijk vond hij de beweging prettig om te doen maar er viel hem verder weinig op. Achteraf constateerde hij, dat zowel de beweging als het doorademen "makkelijker, meer vanzelfsprekend" verliepen, "de ademhaling trok minder zijn aandacht". Hij was hier zelf verbaasd over. Verder stond hij stabiel en steviger op zijn voeten.

Een andere instructie die wij deden was "*zit, drie richtingen, armen op*". Dit is een staande instructie, maar het bleek al snel dat stand te zwaar en te vermoeiend was. Als experiment vervolgden we de oefening zittend op een kruk waarbij de gewichtsverschuiving in de zitbotjes en de voeten gevolgd werd in plaats van alleen de gewichtsverschuiving in de voeten. Deze oefening bleek de borstkas sterk te mobiliseren wat hem wederom de ervaring gaf van lossier bewegen van de rug en vrijer ademen. De oefening bleek het hoesten te stimuleren waardoor enige onrust ontstond. Ik liet hem *hoorbaar uitademen* met een hand op zijn buik, hij oogde daarna rustiger maar merkte zelf weinig verschil. Na de notatie adembereik heb ik zijn ribben enkele malen meebewogen tijdens het in-en uitademen, waardoor hij rustiger werd. Na afloop was het volume van de adembeweging toegenomen, zowel meer borst- als buikbeweging. Hij bleef de oefeningen een beetje raar vinden en kon zich niet goed voorstellen dat er werkelijk

iets zou veranderen. Desondanks had hij thuis beide oefeningen enkele keren herhaald, hij merkte dat zijn rug minder stug was na het oefenen en dat hij makkelijker kon doorademen. Het tuinieren ging beter evenals bukken en dragen van een zware vuilniszak. Hij vertelde dat hij recent in zijn gootsteenkastje in een gebukte houding iets gerepareerd had wat zonder benauwdheidsproblemen verlopen was. Wat hem verder opviel was dat hij na het oefenen minder vermoeid was. Hij ervoer vaker ontspanning en zijn schouders liet hij meer "hangen" in plaats van ze op te trekken.

Zesde en laatste sessie

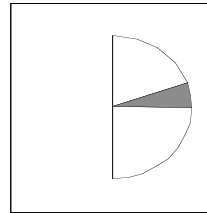
We herhaalden 'zit, drie richtingen, armen op' en ik heb het belang besproken van het zelfstandig voortzetten van het oefenen om effect van de oefeningen op de ademhaling en het bewegen te behouden. Gezien zijn stugge wervelkolom en borstkas, zijn leeftijd en de COPD lijkt het wenselijk, dat hij hier aandacht aan blijft besteden om deze "winst" te behouden. Mijn verwachting was dat zijn stugge wervelkolom opnieuw stijver zal worden, wanneer hij stopt met oefenen. Door de behandelingen heen viel op dat het volume en de verdeling van de ademhaling over de borstkast zijn toegenomen. Zelf merkt hij dit aan het gemakkelijker ademen en bewegen. Aan het MARM protocol, wat op hetzelfde moment aan het eind van het long reactivatieprogramma opnieuw werd afgenomen, zag je dat de borstkas meer op houdingsverandering was gaan reageren en zo de ademhaling minder stoorde.

Follow-up na drie maanden

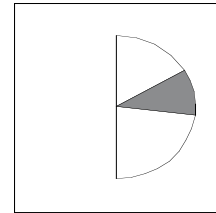
Drie maanden later zag ik de heer terug voor een follow-up. Hij vertelde dat hij de inspanningsoefeningen bij een centrum bij hem in de buurt had voortgezet en dat hij zich heel goed voelde. Na het stoppen van het revalidatieprogramma is hij niet teruggevallen in de klachten. Hij is wel benauwd maar het valt hem over het algemeen mee. Hij vertelde ook dat de duizeligheid waar hij mee kwam achteraf gezien geen duizeligheid was maar meer dat hij onzeker ter

been was. Hij herhaalt de AOT instructies nauwelijks. De enkele keer dat hij het doet heeft hij er baat bij, maar er is eigenlijk geen noodzaak om vaker te oefenen. Als hij last zou hebben, misschien wel. Ik herhaalde de notatie adembereik en dat liet tot mijn teleurstelling hetzelfde beeld zien als aan het begin van de AOT behandeling. De borstkas bewoog weer even weinig als bij aanvang en voelde even stug aan. Ik liet hem deze terugval zien tussen de eerste, de laatste en de follow-up meting, maar dit leek hem niet te motiveren om de draad weer op te pakken.

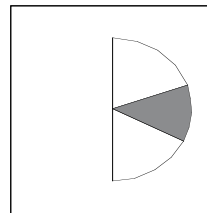
1e sessie voor



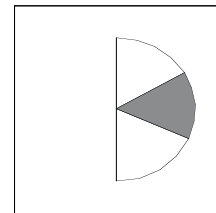
na



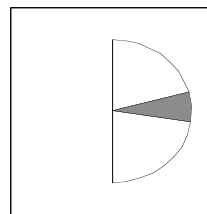
6e sessie voor



na



Follow-up na 3 maanden



Conclusie en beschouwing

Het is opvallend dat hij veel heeft gehad aan de longreactivatie en dat de individuele AOT daar een belangrijke rol in lijkt te hebben gespeeld. Hij kan zich weer vrij bewegen in huis en tuin, de benauwdheid valt naar omstandigheden

mee. De duizeligheid is er nog, maar dit ziet hij nu als 'onzekerheid ter been'. Uit het behandelverloop kunnen we opmaken dat de borstkas en wervelkolom losser en vrijer zijn geworden, en dat de processen 'functioneel ademen' en 'functioneel bewegen' heel duidelijk opgetreden zijn en belangrijk zijn geweest voor het goede effect. Desondanks is de rol van de AOT in de mening van de heer achteraf minimaal. Hij oefent niet en schrijft de verbetering vooral toe aan de inspanning. Hij vond de oefeningen 'raar' en is er vrij snel mee gestopt, 'er is eigenlijk geen noodzaak toe'. Wel heeft hij de inspanningsoefeningen doorgezet. Dat was waarvoor hij kwam, daar verwachtte hij effect van en die oefeningen kunnen makkelijk in de buurt voortgezet worden. Hoewel ik steeds getracht heb het belang van de AOT bij hem te laten doordringen, is dit maar zeer matig gelukt. Dat betekent dat het proces '**cognitieve herstructurering**' zeker niet is opgetreden. Er bleek cognitief geen ingang om zijn beeld te veranderen. Hoewel hij bij herhaling verrast was door de effecten van handgrepen en instructies en ik hem de MARM plaatjes heb laten zien, leidde dat niet tot herziening van zijn beeld van de AOT. Meestal hoop je erop dat een verrassend effect van AOT een ingang is om te gaan oefenen en te beseffen dat je ook in jezelf iets aan je conditie kunt doen. Dat dit bij heer B. niet gebeurde kan aan zijn persoon liggen, maar kan ook samenhangen met het gangbare beeld van revalidatie en inspanning. Het is inmiddels algemeen aanvaard dat inspanning goed voor je is, maar dat geldt (nog) niet voor ontspanning!

De vraag is nu in welke mate AOT op termijn toch een rol is blijven spelen. Het proces **functioneel ademen** lijkt geen stand te hebben gehouden. De borstkas was aan het eind veel flexibeler geworden, maar bij follow-up even stug als bij het begin. Toch is het mogelijk dat de AOT een verbetering in de coördinatie van adem en beweging heeft bewerkstelligd, die als vanzelf behouden blijft

en geautomatiseerd is geworden. Daardoor is het mogelijk dat er minder benauwdheid optreedt tijdens het bewegen. Volgens de theorie van **functioneel bewegen** (en ademen) is dit bewegen volgens een natuurlijk verloop (de structuur volgend) en heeft het de neiging vanzelf te gaan, ook zonder oefenen. Zo kan hij automatisch beter zijn gewichtsverdeling gebruiken bij bukken en tillen, waardoor de adembeweging minder blokkeert. Hij stond steeds opvallend stabiel en dit kan tot een toegenomen **bewustwording** van zijn voeten en grondvlak hebben geleid, die automatisch werd. Daardoor zou het kunnen dat hij meer open is gaan staan voor de gedachte dat de duizeligheid eerder onzekerheid ter been is. Of hij kan als vanzelf het tempo van inspanning beter afstemmen op zijn ademtempo en daardoor minder gauw buiten adem raken, of bij tillen en bukken als vanzelf gaan uitademen in plaats van inademen, waardoor het ademen de beweging ondersteunt en niet tegenwerkt. Deze automatismen worden dan onderhouden door regelmatige beweging en in die zin is zijn toegenomen inspanning inderdaad zinvol. De AOT heeft dan tijdelijk een nuttige rol gespeeld door de inspanning te faciliteren. Hoewel dit allemaal mogelijk is heb ik geen argumenten of bewijzen. Er is helaas geen observatie van zijn gedrag tijdens inspanning. Tenslotte is natuurlijk mogelijk dat hij zich in de lente en zomer steeds beter is gaan voelen. We zouden bij een follow-up na een jaar kunnen vaststellen of er een blijvende verbetering is opgetreden.

Opvallend is de betekenis van de notatie adembereik of MARM voor het evalueren van de behandeling. Aan de ene kant bevestigen de veranderingen in de notatie heel duidelijk mijn observaties tijdens de AOT. Er was een stugge borstkas, die steeds beter ging reageren op handgrepen en instructies en tegelijkertijd werd het bereik groter en de balans beter. Bij de follow-up was de MARM weer even klein en de borstkas in mijn bevinding

even stug. Dit betekent dat verandering van de adembeweging goed wordt weergegeven door de twee notatielijnen. Aan de andere kant was de notatie bij aanvang niet opvallend afwijkend van normaal. Dit betekent dat een 'normale MARM' geen garantie is voor een optimale adembeweging. Individuele observatie is en blijft noodzakelijk. Dat zou er voor pleiten bij alle COPD patiënten een proefbehandeling uit te voeren.

Nawoord van het bestuur

In de beschouwing komt naar voren dat de patiënt waarschijnlijk veel aan de AOT heeft gehad en bij follow-up blijvend minder klachten heeft, maar terugviel in de adembepoordeling. Het betekent dat het proces 'functioneel ademen' en de objectieve verbetering met de MARM niet behouden is gebleven. Dit komt vaker voor en hoort bij de inhoud van het vak. Het mag ons tot bescheidenheid stemmen en niet teveel willen pretenderen, echter de betekenis van de interne zelfregulatie, waar ons vak om draait, wordt er niet minder om. Het woord zegt het al: het doel van AOT is dat veranderingen uit zichzelf blijven bestaan en vanzelf gaan. Je hoeft niet altijd te blijven oefenen om effect te hebben en een instructie hoeft niet blijvend een zelfde effect te hebben. Het doel is dat het systeem een interne verandering heeft ondergaan, iets heeft geleerd en dat gebruikt, ook in de omgang met de wereld (externe zelfregulatie). De weg

waarlangs dit gebeurt hoeft niet hetzelfde proces te zijn waarlangs het is geleerd. Ook dat wordt door de interne zelfregulatie bepaald, zeker op de langere termijn. Er kunnen bijvoorbeeld spontaan gedragsveranderingen optreden, zonder aparte adviezen over 'gezonder leven', die dus van binnenuit gestuurd worden.

Bij kinderen valt bijvoorbeeld op dat ze makkelijker inslapen nadat ze 'hoofdrollen' hebben geleerd, maar dat ze niet heel lang blijven oefenen. Als vanzelf nemen ze echter wat meer rust voor ze naar bed gaan en als vanzelf voelen ze meer hoe ze liggen en vallen daardoor sneller in slaap. Bij hartpatiënten valt op dat ze vrij weinig zeggen te blijven oefenen of voordeel van de instructies te hebben, maar ze nemen wel vaker rustpauzes, stoppen wat eerder of relativeren de taakgerichtheid wat meer. Chronisch pijn patiënten gaan als vanzelf vaak eerder stoppen met een activiteit, rusten even, gaan dan door en blijken achteraf toch meer gedaan te hebben dan voorheen. Er hoeft dus geen lineaire relatie te zijn tussen de inhoud van een instructie, het proces dat optreedt en het effect op klachten en functioneren, om toch baat van toegenomen interne zelfregulatie van spanning te hebben! Om toch zekerheid te krijgen over het effect van AOT, is dan gerandomiseerd onderzoek nodig, zoals bij hartpatiënten gedaan is.

REGISTER EN HERREGISTRATIE

De AOS hanteert de volgende regels voor de opname in het register: twee voor iedereen verplichte onderdelen en een puntenstelsel voor de overige mogelijkheden. De verplichte onderdelen zijn het inleveren van een casus, elke drie jaar, en het inleveren van een jaarverslag. Voor beide zijn richtlijnen opgesteld.

Punten stelsel

Elk jaar ontvangt de geregistreerde behandelaar in juni een brief met de stand van zaken met betrekking tot de behaalde punten volgens onderstaand stelsel. Per 3 jaar dienen tenminste 15 punten te worden verzameld.

Intervisiegroep, regionaal	1 punt per bijeenkomst
Intervisiegroep, thematisch	1 punt per bijeenkomst
Deelname aan een studiedag / symposium AOT	2 punten per bijeenkomst
Verzorgen van presentatie over AOT	2 punten
Verzorgen van Introductie cursus AOT	5 punten
Publicaties	2 of 5 punten
Extra Casus	5 punten
Supervisie gedurende een jaar	5 punten
Herhalen van een jaar van de leergang	10 punten
Invoeren van alle patiënten in Resultatenproject	2 punten

Intervisiegroepen

Tijdens deze bijeenkomsten worden individueel opgedane ervaringen uitgewisseld, problemen waar men tegen aanloopt besproken, o.a. in de vorm van casuïstiek, en instructies en handgrepen toegepast. Van elke bijeenkomst wordt een beknopt verslag ingestuurd.

In 2008 waren er 27 intervisiegroepen, van wie er 4 slechts een bijeenkomst en een groep geen bijeenkomsten hebben gerapporteerd. Het aantal deelnemers is in de afgelopen 5 jaar sterk toegenomen. In 2007 deden slechts 7 van de 88 gecertificeerde AOT'ers niet aan

intervisie, in 2008 waren dat er drie. Een aantal mensen zijn zelfs actief in twee intervisiegroepen. Van alle bijeenkomsten wordt een verslag gemaakt en dit wordt periodiek door de AOS rondgezonden onder de aangesloten AOT 'ers.

Themagerichte intervisie

In 2008 zijn er themagerichte bijeenkomsten geweest, die georganiseerd werden door de VDV. De sprekers komen veelal uit eigen kring voort. De bijeenkomsten werden goed bezocht en vervullen een duidelijke behoefte. De werkgroep Praktijk voeren is in 2008 opgeheven en overgegaan in een overleggroep die contact met de zorgverzekeraars onderhoudt. De werkgroep Kinderen is in 2008 slechts eenmaal bijeen geweest.

Ook in 2008 zijn door de VDV volgens planning 4 themabijeenkomsten georganiseerd. Gezien de gunstige ontwikkeling van het stijgend aantal Zorgverzekeraars die AOT vergoeden leek het een goede keuze om meer aandacht te geven aan de presentatie van AOT richting derden. Hierin paste ook de themabijeenkomst over het gebruik van een verslagleggingprogramma, dat is ontwikkeld door Els Anthonissen en het verduidelijken van het invullen van het resultatenproject.
Zaterdag 9 februari: Workshop geleid door

Carel Esser met als onderwerp: **'AOT in de markt.....hoe creëer je je eigen plek voor AOT in de gezondheidsmarkt?'** De 24 aanwezige AOT'ers kregen duidelijke heldere tips voor het benaderen van verwijzers, die bruikbaar en herkenbaar waren. De mogelijke valkuilen werden tevens uitgebreid toegelicht.
Zaterdag 24 mei: Workshop geleid door Carel Esser met als onderwerp: **'presentatie voor verwijzers'**. Dit was een vervolg op de bovenstaande themabijeenkomst. De work-

shop bestond uit een algemeen deel o.l.v. Henriëtte Gaillard, waarbij de leden konden aangeven welke informatie in een presentatie moest voorkomen. De overige tijd werd besteed aan rolgesprekken tussen AOT'ers en Carel, die de huisarts vertolkte.

Zaterdag 4 oktober; Tijdens deze themamiddag werden **6 instructies**: in stand, lig en opnieuw in stand gegeven door Ellen Roggeband, docente AOT. Opvallend was de grote variatie in uitvoering door de aanwezigen, die leidraad werd voor de keuze van de volgende instructies. Het was juist voor deze groep professionals zinvol, die verscheidenheid te belichten en hierin contrasten aan te brengen. Na deze instructies volgde er een voorbeeld gesprek tussen Henriëtte Gaillard als AOT'er en de huisarts, gespeeld door Bas van de Steeg. Een zeer leerzame ervaring, omdat de mogelijke valkuilen naar voren kwamen.

Studiedagen /symposium

Dit betreft de nascholingsactiviteiten, georganiseerd door het Centrum en het symposium dat de AOS jaarlijks organiseert.

In januari werd opnieuw op twee zaterdagochtenden door het Centrum een nascholing gehouden over '**Behandeling van patiënten met hyperventilatie en dysfunctioneel ademen**'. Het betrof de theoretische onderwerpen van de gelijknamige cursus die bij het NPI wordt gegeven, aangezien de praktijk voor de AOT'ers bekend verondersteld kan worden. De deelnemers ontvingen een cursusmap met daarin alle presentaties en de toetsvragen. Na de presentaties werden de toetsvragen doorgenomen om zeker te zijn dat de kernbegrippen duidelijk waren geworden.

Het najaarssymposium dat de AOS organiseert, is in 2008 vervangen door een openbaar, landelijk congres '**AOT aan de tand gevoeld**' georganiseerd door het Centrum.

Zaterdag 22 november: Workshop over het **verslagleggingprogramma** van Els Anthonissen, geleid door haarzelf met haar programmeur en vervolgens het invullen van het Resultatenproject onder leiding van Yvonne Esser. Het verslagleggingprogramma bestaat uit een in Excel opgemaakt dossier met verschillende tabbladen waarin de gegevens van de cliënten kunnen worden weergegeven. Gegevens als intakeformulier, NVL, ATL, notatie adembereik, logboek, formulier proefbehandeling, begeleidende brief voor huisartsen, verslag proefbehandeling etc. zitten in de volgorde van de verschillende evaluatie momenten netjes achter elkaar in een dossier. Tijdens de interactie kwamen een aantal verbeterpunten aan de orde. Op basis van de ervaring tijdens deze dag is er een handleiding geschreven.

Dit was ter gelegenheid van het feit dat het alweer 10 jaar geleden was dat een symposium georganiseerd was ten behoeve van de presentatie van het handboek 'Ontspanningsinstructie', en om de werkstukken van de nieuwe docenten te presenteren. Zie verder onder 'Centrum-AOS-VDV'.

Verdiepingscursus '**Theorie AOT**', voor gecertificeerde AOT'ers, Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 6 avondbijeenkomsten van 3 uur, door Jan van Dixhoorn. Er werd een begin gemaakt met het lezen van de datamatrix van wetenschappelijke artikelen, een aantal artikelen werden gerefereerd en er werden powerpoint presentaties over AOT doorgenomen. Er waren 17 deelnemers, van wie er 14 voldoende aanwezig waren.

Verplichte Casus, eenmaal per drie jaar.

In 2008 waren er 22 personen die de verplichte casus moesten inleveren, van wie er vier mensen stopten. De casus werd beoordeeld en tijdig afgerond door 11 mensen, maar 7 personen waren te laat. Zij ontvingen een brief waarin uitstel werd toegekend, en de bevestiging dat zij uit het register worden verwijderd wanneer zij deze verplichting niet voor eind 2009 hadden vervuld.

Overige punten

Wat betreft het verzorgen van een presentatie of introductie cursus AOT of een publicatie, verwijzen we naar het hoofdstuk 'Presentaties' van dit rapport. Er is in 2008 bij geen persoon supervisie geweest. Niet een persoon heeft een extra casus ingestuurd om punten te verwerven bij gebrek aan een intervisiegroep. Voor het eerst werden in 2008 2 punten toegekend aan degenen die werkelijk alle patiënten over het hele jaar ingevoerd hadden via het Resultatenproject. Dit waren 20 AOT 'ers.

Aansluiting bij AOS

Het register 2009 is gebaseerd op gegevens over 2008. Van de inmiddels 171 personen met certificaat hebben in eerste instantie 93 personen zich aangesloten bij de AOS en voldaan aan de regels. Een persoon heeft zich aangesloten, maar voldeed niet aan de regels. Deze persoon wordt niet in het register opgenomen, heeft een brief hierover ontvangen, met een uitleg onder welke voorwaarden herregistratie mogelijk is. 16 Personen hebben in december 2008 het certificaat behaald en zij worden automatisch in het register 2009 opgenomen. Er zijn 47 personen die zich niet aangesloten hebben, met als belangrijkste reden dat zij niet of nauwelijks meer AOT toepassen in hun werk. Sommigen hebben hun werkactiviteit beëindigd, of zijn ziek geworden, anderen zien geen mogelijkheid om AOT toe te passen. Daarnaast zijn er 15 personen die AOT wel actief toepassen, maar zich niet aansloten bij de AOS. Dit betreft nogal eens mensen die in een (revalidatie) instelling werken, waar de inspanning om de kwaliteit van AOT te verhogen of bewaren niet direct beloond wordt.

Het register 2009 telt dus 109 personen, tegen 104 in 2008, 95 in 2007, 87 in 2006, 79 in 2005, 74 in 2004 en 63 in 2003.

Het actuele register 2009 is te raadplegen op www.ademtherapie-aos.org

Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

Ellen Miley-Jaeger, public relations

www.ademtherapie-aos.org

e-mail: info@ademtherapie-aos.org

Bestuur VDV, Van Dixhoorn Vereniging voor AOT

Yvonne Esser, voorzitter

Henriette van Pelt, secretaris

Lucienne Aster, penningmeester

Marijke Bollema

Henriette Gaillard

www.vandixhoornvereniging.nl

e-mail: vdv-aot@xs4all.nl

Centrum voor AOT

Dr. JJ van Dixhoorn, arts

Drs. IPM van Dixhoorn-Verhoeven, psycholoog

www.methodevandixhoorn.com

e-mail: vdixhoorn@euronet.nl