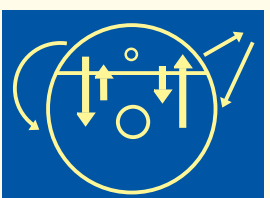


Adem - en Ontspanningstherapie Stichting (AOS)
Methode Van Dixhoorn

Jaarverslag 2010



Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

AOS

Jaarverslag
2010

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

Dr. 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 het negende jaarrapport van de Adem- en Ontspannings Stichting (AOS). Het afgelopen jaar is voor ons omgevlogen en heeft weer veel gebracht voor de Adem- en Ontspannings Therapie (AOT). Zoals het Resultatenproject dat na alweer vijf jaar "in gebruik" te zijn geweest, toe was aan een aantal wijzigingen. Het is goedgekeurd door een Medisch Ethische Toetsing commissie en een nieuwe versie is in voorbereiding. We rapporteren hier wat deze vijf jaar aan informatie heeft opgeleverd.

Jammer, maar zeer begrijpelijk is het terugtreden om gezondheidsredenen van Prof.Em.dr. J.A.M. Winnubst, voorzitter van de Raad van Advies. Wij zullen zijn adviezen missen. In zijn afscheidsbrief kunt u zijn visie lezen.

De opleiding AOT is door het Centrum met de onmisbaar geworden bijdrage van de docenten uitgebreid en heeft ook diverse andere wijzigingen ondergaan.

De kwaliteitseisen van de AOS zijn verzwaaard voor de herregistratie. In het najaar zijn de regels aangepast, mede door de strengere eisen die door de zorgverzekeraars gesteld worden. Langzamerhand is de AOS minder soepel geworden ten opzichte van de AOT'ers die niet aan alle kwaliteitseisen voldoen.

Dan de website: Al enige maanden wordt gewerkt aan het makkelijker toegankelijk maken van de websites van het Centrum, de AOS en de VDV. Dit is een gigantische "klus" die niet even gedaan wordt, maar langzaamaan begint er lijn in te komen.

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

De elektronische versie van dit rapport staat op onze website. Wanneer U daar de voorkeur aangeeft of het rapport helemaal niet meer wilt ontvangen, stuur een bericht naar info@ademtherapie-aos.org als u wilt.

INHOUD

	pagina
De Raad van Advies: Een vertrekkende voorzitter	05
Afscheid van prof. dr. Jacques Winnubst	
Jaarverslagen: Centrum - VDV - AOS	07
Presentaties en scholing AOT 2010	10
Lezingen, workshops, en andere presentaties	
Introductie cursus	
Publicaties en onderzoek 2010	13
Publicaties	
Lopend onderzoek	
AOT bij onverklaarde klachten: wanneer wordt het gebruikt en wanneer is het zinvol?	14
Het probleem van de indicatiestelling	
Uitkomsten en effect	
Nabeschuiving	
De praktijk van AOT onderbouwd:	22
een gesprek met Els Anthonissen	
Certificaat AOT	26
Basis cursus en Certificaatprogramma	
Register en herregistratie	27
Intervisiegroepen	
Themagerichte intervisie	
Studiedagen / symposium	
Casus, eenmaal per drie jaar	
Overige punten	
Aansluiting bij AOS	

AFSCHIED VAN PROF. DR. JACQUES WINNUBST

Prof.dr. Jacques Winnubst gaat de Adviesraad verlaten. Zijn bijdrage aan de profilering van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie en het Opleidingscentrum is vanaf het begin van grote betekenis geweest. Vanaf 1999 was hij voorzitter van de Adviesraad. In 2001 schreef hij een belangrijke brief bestemd voor de zorgverzekeraars met als doel de vergoeding van de therapie beter te regelen. Als voorzitter van de examencommissie tekende hij, samen met de leden, enkele honderden certificaten. Ook drong hij er al vroeg op aan te werken aan de kwaliteit van de mensen na de opleiding. Dat was reden de AOS (Adem- en Ontspannings Stichting) op te richten en het register. Het kunnen lezen en interpreteren van wetenschappelijke artikelen werd op zijn advies onderdeel van de docentenopleiding en ook het zelf doen van onderzoek kreeg een plaats. Wij zijn hem veel dankbaarheid verschuldigd. Hieronder zijn reactie.

Beste Jan, beste docenten en cursisten,

Het is mooi geweest. Ik stop er mee. Mijn gezondheid vraagt dat ik het een en ander afstoot. Maar ik wil bij deze gelegenheid laten weten dat ik mijn werk ten behoeve van de opleiding altijd met veel plezier heb verricht. Het was altijd weer een feest mee te kunnen denken met jou, de docenten en de leden van de adviesraad. En de certificaatuitreiking was ieder jaar weer een hoogtepunt, afgesloten met een gezamenlijk bezoek aan de gezellige wokchinese.

Ik rolde in de ademtherapie door mijn vrouw Lyda. Zij had een schijnbaar onoplosbaar probleem met haar stem. Anderhalf jaar sukkelde zij daarmee en ondanks uiteenlopende therapieën kwam de stem niet terug. Zij gaf les met een stemversterker. Totdat wij een ingeving kregen: we gaan naar Jan. Het is ongelooflijk maar in vijf sessies was haar stem weer terug. Toen zij aan Jan vroeg hoe hij dat voor elkaar had gekregen sprak hij de historische woorden: 'Ach wat kan jou dat schelen..'. Daarmee was ik gewonnen voor deze therapie en besloot enkele jaren daarna op jouw verzoek in te gaan toen jij mij vroeg deel te nemen aan de adviesraad.

Jan, je bent geen goeroe en de therapie is geen geloof. De methode is gebaseerd



Jan en Jacques bij de eerste certificering, in 2000

op een oude traditie van aandacht voor de ademhaling en ontspanning. Bijzonder in de methode Van Dixhoorn is de combinatie van deze traditie met wetenschappelijke verantwoording en uitwerking in de praktijk. Met veel doorzettingsvermogen heb je de therapie jaar voor jaar opgebouwd en uitgebreid. Belangrijke momenten waren je promotie, het schrijven van een handboek, het opleiden van docenten en het doorbreken bij een aantal verzekeraars.

Toen ik aan het eind van 2010 nog eens kritisch de polis van mijn verzekeraar doorkeek zag ik op de vergoedingenlijst met gepaste trots staan: Methode Van Dixhoorn.

Dat is niet van de ene op de andere dag gelukt. Met het vervaardigen van kwalitatief hoogwaardig voorlichtingsmateriaal zijn de verzekeraars bestoekt en een aantal van hen is inmiddels 'om', een groot succes voor de Methode en voor de beoefenaren daarvan.

Zelf ben ik mijn werkzame leven vooral bezig geweest met stressonderzoek. Aanvankelijk stress bij werkenden en in het laatste deel van mijn loopbaan ging het meer over kwaliteit van leven en de rol van stress bij het omgaan van patiënten met hun ziekte. Ook jij bent vanaf het begin ervan overtuigd geweest dat mensen in onze hoogindustriële cultuur worden blootgesteld aan een voortdurend hoog aanbod van prikkels en uitdagingen. Anno 2010 is er veel aandacht voor de zogenoemde positieve psychologie. Werknemers worden geacht hun werk met passie en bevologenheid te doen. Het zijn de nieuwe modewoorden. Als je gepassioneerd werkt dan kom je in 'flow': je vergeet dan de tijd. Je blijft doorgaan met je werk. Je bent productief en je wordt zeer gewaardeerd door je chef. Het begrip stress lijkt meer en meer uit de mode te raken. Zoals een onderzoeker me zei: 'Je krijgt in het bedrijfsleven er de handen niet voor op elkaar. Je kunt beter positieve termen hanteren als je een opdracht wilt krijgen.'

Jan, ik maak er geen geheim van dat ik daar niet in mee ga. Er is een sterke tendens om alles leuk te maken in het bestaan en het feit te negeren dat mensen overprikkeld kunnen worden. Ze worden overvraagd of moderner nog: ze overvragen zichzelf. Burnout komt nog steeds vaak voor. Liever praten we dan over depressie of depressieve klachten. Daarmee zijn immers de klachten gemedicaliseerd en dan kan het deksel van de pillenpot. De farmaceutische industrie vaart er wel bij.

Stress blijft voor mij, en ik denk ook voor jou, een essentieel begrip. Wel hebben we de verplichting het begrip en de verschillende theorieën goed te hanteren. Stress is

het anti-cartesiaanse begrip waarmee de vermeende tegenstelling tussen lichaam en geest kan worden overbrugd. Stress kan zich uiten op zowel fysieke als psychische wijze: het zijn de twee kanten van dezelfde medaille.

Neem concentratiegebrek. Psychisch voelt men zich verward, de gedachten schieten alle kanten op, emoties treden op en storen het kunnen nadenken en het kunnen opzetten van planmatig gedrag. Fysiek is men niet in staat de handelingen te verrichten en het gedrag te vertonen dat men zich heeft voorgenomen. Die tweezijdigheid geldt voor alle symptomen van stress.

Zo kan men een slaapstoornis bestrijden met pillen en dus een medisch-farmaceutische aanpak. Maar jij zou er de voorkeur aan geven de cliënt tot ontspanning te brengen, de ademhaling te reguleren en dit de betrokkene aan te leren. Met een pil kan deze zijn of haar oude en destructieve levenswijze voortzetten totdat er grotere schade volgt. Met jouw aanpak komt de cliënt tot een andere wijze van denken en handelen. Met duurzame positieve gevolgen om maar eens een actueel begrip te gebruiken.

Kortom, ik ben er een groot voorstander van dat de geneeskunde meer luistert naar oeroude en opnieuw gevalideerde technieken. Ik sluit niet uit dat de huidige geneeskunde spoedig zijn grenzen bereikt. Dit vanwege de kosten en ook vanwege haar onvermogen duurzame profylactische wegen tot genezing te zoeken. Het alsmat doorgaan met het technisch ontwikkelen van nieuwe en peperdure diagnostische methoden en geneeswijzen zal een doodlopende weg blijken te zijn.

Ik wens jou en alle betrokkenen bij de Adem- en Ontspanningstherapie een gunstige toekomst toe. Ik heb het zeer interessant gevonden bij de ontwikkeling ervan betrokken te zijn geweest.

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 2010.

Het Centrum AOT

De belangrijkste activiteiten betroffen het **onderbouwen** van de theorie en praktijk van onze Methode. Nu het beroepsprofiel klaar is en de zorgverzekeringen AOT geaccepteerd hebben, is het zaak op lange termijn het bestaansrecht van AOT als een vak apart te onderbouwen. Dit gebeurde op diverse vlakken.

De **opleiding** startte in het najaar 2010 definitief in dubbele groepen: elk jaar bestond uit twee groepen, geleid door de docenten.

Tegelijkertijd is er met de docenten intensief gewerkt aan het expliciteren van de inhoud. Presentaties werden toegevoegd en doorgenomen, het lesmateriaal werd uitgebreid en we hebben formulieren gemaakt waarop de inhoud in het verloop van de cursussen werd bijgehouden. Het geheel werd systematisch doorgenomen, vernieuwd en ging in kwaliteit vooruit. De docenten wisselden per blok, namen dit blok geheel onder hun hoede en ik was zoveel mogelijk aanwezig, maar meer op de achtergrond. De docenten oefenden in het geven van de vele **nieuwe en oude powerpoint presentaties** en dit stelde steeds hogere eisen aan hen, waar zij zich enthousiast op toelieden!

De opleidingen en cursussen van het Centrum werden **geaccrediteerd door het Ministerie van Financiën** en opgenomen in het register van het CRKBO: Het Centraal Register van Kortdurend Beroeps Onderwijs. Daardoor is ons onderwijs niet BTW plichtig! Vanaf 1 juli was door de overheid voor alle onderwijs dat niet krachtens de wet noodzakelijk is een BTW plicht opgelegd en we zijn

zeer verheugd dat de kwaliteit van onze cursussen ruim voldoende onderbouwd, getoetst en geëxpliciteerd was dat we gemakkelijk een accreditatie voor 4 jaar ontvingen.

We hebben geëxperimenteerd met de **cursus over hyperventilatie klachten**, omdat we er toch niet tevreden over waren. In het najaar hebben we de knoop doorgehakt en de opzet van karakter veranderd: we stelden het procesmatige voorop en startten de cursus met een gedetailleerde casus, die ik in de zomer gemaakt had, waarin precies te zien is hoe te beginnen wanneer je geen zekerheid hebt over de oorzaak en diagnose van de klachten. Dit deden we in een kleine groep zodat elke deelnemer persoonlijk kon reageren en aangesproken werd. De evaluatie wees uit dat deze formule goed voldeed en hier zijn we mee doorgegaan.

Ook is de **MARM of Notatie Adembereik** voor het eerst in een cursus van twee bijeenkomsten gegeven. Naast de presentatie van de theorie werd er veel geoefend. Het resultaat was dat de betrouwbaarheid tussen beoordelaars ruim voldoende was geworden. In het congres van 2009 was dit geoefend door de AOT 'ers en de betrouwbaarheid bleek toen teleurstellend laag. De uitkomst van de cursus bevestigde dat we de goede weg hadden gekozen en ook deze cursus wordt voortgezet. Op theoretisch niveau is de **Theorie cursus** actief geweest. Er werden twee wetenschappelijke onderzoeken besproken en in een bericht voor de nieuws site van de AOS bevat. Dit werk gaat door. De wetenschappelijke onderbouwing kwam

o.a. in het **Resultaten project** dat geëvalueerd werd en waarvan de vraagstelling in een wetenschappelijk projectaanvraag door een Medisch Ethische Toetsing commissie is goetotst. Het is goedgekeurd maar er zullen wel enkele wijzingen nodig zijn. Die volgen in 2011. Op grond van de data van het Resultaten project zijn opnieuw twee studenten van de VU, begeleid door Dr. R Bosscher, aan de slag gegaan en hebben de ATL vragenlijst onderzocht. Dit betekent dat binnenkort het niet langer nodig is alle items van de ATL stuk voor stuk in te voeren. Een publicatie hierover is in voorbereiding, evenals over de Nijmeegse Vragenlijst, maar het zal nog wel even duren voor het zover is. Een data-analyse is tot daaraan toe, het uitwerken in een acceptabel wetenschappelijk betoog vraagt nog veel meer. Wel is hard gewerkt aan twee artikelen over het gebruik van de MARM, samen met Rosalba Courtney, een Australische osteopathe die de MARM gevalideerd heeft en die nu promoveert op dysfunctioneel ademen. Beide artikelen zijn geaccepteerd en komen in 2011 uit. Zij gaan over de relatie tussen enerzijds de MARM en een daarmee vastgesteld thoracaal dominant adempatroon en anderzijds de score op de factor Dyspnoe van de NVL en het succes van een protocol voor training van Hartslagvariabiliteit. Het zijn twee sterke onderbouwingen van onze Methode!

De VDV

De Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie is op 7 juli 2006 opgericht. Leden kunnen zijn degenen die de opleiding AOT (adem- en ontspanningstherapie) hebben afgerond met een certificaat en voldoen aan de kwaliteitseisen van de AOS (adem- en ontspanningstherapie stichting) en aangesloten zijn bij de Stichting. Ook leden die alleen lid zijn van de vereniging (VDV) en aspirant-leden AOT die tenminste het eerste jaar van de opleiding hebben afgerond behoren tot de vereniging. De VDV telt 119 leden,

die geregistreerd zijn bij de AOS en automatisch lid van de VDV, en 10 VDV leden.

De **Commissie Contacten Zorgverzekeraars** heeft zich dit jaar met name gericht op het verbeteren van de contacten met de vijf grote zorgverzekeraars: te weten Achmea, Agis, Menzis, UVIT en CZ. Er zijn gesprekken geweest, waarbij het toekomstbeleid van de zorgverzekeraars is doorgesproken en eventuele verbeterpunten in de samenwerking. Op deze manier wordt ingesprongen op de veranderingen in het beleid van de zorgverzekeraar en wordt zorg gedragen voor consolidatie van de afspraken. Daarnaast wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor verruiming van de vergoeding. De kleine zorgverzekeraars worden in de toekomst benaderd wanneer er vraag naar is. Een bijgewerkte lijst van de zorgverzekeraars die AOT vergoeden is te vinden op het open gedeelte van de verenigingswebsite: www.vandixhoornvereniging.nl.

Het wordt steeds duidelijker aan welke eisen bij het declareren voldaan moet worden, opdat er met de verwerking van de facturen bij de zorgverzekeraar geen problemen meer ontstaan. Hiervoor is er een voorbeeld **declaratienota** gemaakt, die aan de juiste criteria voldoet.

Vier **nieuwsbrieven** van het VDV-bestuur met onder andere informatie over themabijeenkomsten, het aanvragen en gebruik van AGB-codes, het gebruik van bestaande powerpointpresentaties en de stand van zaken rondom zorgverzekeraars zijn verstuurd. Ze zijn te vinden op de site. Er zijn in 2010 vier themabijeenkomsten geweest (zie onder *'thema-gerichte intervisie'*). De Algemene Ledenvergadering op 2 oktober 2010 stond in het teken van het consolideren van de vergoedingen door de zorgverzekeraars en de bestuurswisselingen. In de vergadering heeft Yvonne Esser haar bestuursfunctie als voorzitter na vier jaar neergelegd. Yvonne is vanaf

de oprichting betrokken geweest bij het bestuur. Ook Marijke Bollema, algemeen bestuurslid, nam afscheid. Al eerder dit jaar hadden Henriëtte Gaillard, algemeen bestuurslid en Lianne Speelman, waarnemend secretaris, besloten zich niet langer aan het bestuur te verbinden. Alle bestuursleden worden van harte bedankt voor het vele werk dat door hen is verzet!!!!

Wij zijn blij dat Jacqueline de Klerk zich beschikbaar heeft gesteld en gekozen is als voorzitter. Het VDV-bestuur bestaat uit Jacqueline de Klerk: voorzitter, Lucienne Aster: penningmeester en Margo Muijselaar: waarnemend secretaris.

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 bekendmaken 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.

Met het toenemen van het aantal AOT'ers groeit het werk van de stichting. Ook wordt het toezien op de regels voor recertificering van groter belang en worden we daar strenger in, om de kwaliteit werkelijk te kunnen borgen. De AOT'ers nemen het eigen vak serieuzer en voldoen steeds beter aan de verplichtingen van de herregistratie. Dit betekent dat het aantal jaarverslagen, intervisieverslagen en ingevoerde patiënten via het Resultatenproject groter wordt. In najaar 2010 is het **Reglement Herregistratie** aangepast. Dit houdt in dat de eisen die door de AOS aan herintredende AOT'ers, maar ook de

eisen die gesteld worden aan de reeds geregistreerde AOT'ers, hoger zijn geworden. Het kwaliteitsregister wordt geregeld door de zorgverzekeraars geraadpleegd en aan het eind van elk kwartaal via de beroepsvereniging naar de zorgverzekeraars gestuurd. AOT wordt door de meeste zorgverzekeringen vergoed, mits de AOT'er een AGB code voor zowel de praktijk als een persoonlijke code heeft aangevraagd.

De **website** wordt frequent bezocht en is vaak een bron van aanmelding voor behandeling. In de loop van 2010 is begonnen met het volledig aanpassen en toegankelijker maken van de website. Dit gebeurt in samenwerking met Wilma Kleiboer en Marike Backer-van Ommeren. Het blijft voor de AOT'ers 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. De update van persoonsgegevens in het register wordt bijgehouden door ons secretariaat en doorgespeeld naar de webmaster, Jaconelle Stas-Schuffel. De telling van patiënten aantallen vanuit de jaarverslagen is in 2010 door Bas van de Steeg gedaan, die tevens het verwerken en controleren van de ingevoerde patiënten van het Resultatenproject op zijn schouders heeft genomen. Dank daarvoor! De intervisieverslagen 2010 zijn systematisch nagekeken op inhoud door Carlijn Bamberger. Tijdens de Algemene Leden Vergadering op 2 oktober 2010 heeft zij een en ander toegelicht. Zie hiervoor ook bij de VDV.

Het **Resultatenproject** is inmiddels toe aan herziening. In de tweede versie wordt informatie gevraagd over de inhoud van de behandeling, zodat meer zekerheid verkregen kan worden over de rol van AOT. Dit is noodzakelijk in geval de behandelaar meer behandelingen in zijn pakket heeft en gebruikt en wanneer in een teamverband wordt gewerkt.

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. Onderstaand zijn alleen de presentaties voor beroepsmensen vermeld.

Workshop "Adem- en ontspanningstherapie volgens de Methode Van Dixhoorn" (2x), voor 1e lijns hulpverleners, organisatie DOKh, Alkmaar, 20 januari 2010, door Wendy van der Most

Workshop "Introductie AOT Methode Van Dixhoorn", voor therapeuten Parnassia, Organisatie Parnassia, Den Haag, 14 januari 2010, door Jacqueline de Klerk

Workshop "AOT voor Musici", voor vakstudenten/docenten/medewerkers Utrechts Conservatorium, organisatie Utrechts Conservatorium, Utrecht, 11 en 12 januari 2010, door Henk Buurman

Bijbscholing "Dysfunctioneel ademen en hyperventilatie", voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 23 en 30 januari 2010, door Jan van Dixhoorn

Lezing "Spanningsregulatie als middel ter bevordering van arbeidsreintegratie", voor UWV artsen, organisatie Verzekeringsgeneeskundige kring Haaglanden/Rijnstreek, Leiden, 9 februari 2010, door Jan van Dixhoorn

Themabijeenkomst "Het voeren van een praktijk voor AOT naast een andere praktijk", voor leden Van Dixhoorn Vereniging, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 6 februari 2010, door medewerkers VvAA

Presentatie "AOT bij musici. Hoe beroepsmensen te motiveren tot AOT", voor deelnemers VDV Symposium, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Breukelen, 13 maart 2010, Breukelen, door Manon Mommers

Presentatie "Begrip voor Onbegrip. Onbegrepen klachten vanuit AOT en contextuele therapie", voor deelnemers VDV Symposium, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Breukelen, 13 maart 2010, door Maria Slobbe

Workshop "het complexe samenspel van interne en externe zelfregulatie bij iemand met schildklierproblemen", voor deelnemers VDV Symposium, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Breukelen, 13 maart 2010, door Margo Muijselaar

Workshop "De rol van AOT bij de begeleiding van iemand met Parkinson", voor deelnemers VDV Symposium, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Breukelen, 13 maart 2010, door Derk Poel

Presentatie "Adem bij Stress en Mindfulness: hoe zit dat?", voor cursisten post HBO opleiding Hogeschool Utrecht, Utrecht, 24 april 2010, door Karin van Herwaarden

Workshop "De totaal benadering van de Adem", voor yogadocenten, organisatie centrum Zweiersdal, Breukelen, 6 maart 2010, door Yvonne Esser

Bijbscholing "Notatie Adembereik", voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 10 en 24 april 2010, door Jan van Dixhoorn en Els Anthonissen

Workshop "Directe en indirecte ademregulatie", voor yogadocenten, organisatie Vereniging Yogaleerkrachten Nederland, Elspeet, 23 april 2010, door Yvonne Esser

Lezing en workshop "Ontspanning in de hartrevalidatie", voor cursisten cursus hartrevalidatie organisatie Nederlands Paramedisch Instituut, Papendal Arnhem, 15 april 2010, door Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Lezing en workshop "Adem en Ontspanningstherapie Methode Van Dixhoorn", voor fysiotherapeuten pijnwerkgroep fysiotherapie Revalidatie Nederland, Apeldoorn, 9 april 2010, door Annemieke Kleijn en Gerard van Holland

Workshop "Adem- en Ontspanningstherapie", voor deelnemers intervisiegroep Caesartherapeuten Zutphen, Zutphen, 8 april 2010, door Titia Veenstra

Workshop "Introductie Methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten, Amsterdam, 22 mei 2010, door Yvonne Esser

Praktijkles "Adem- en Ontspanningstherapie binnen de long- en hartrevalidatie", voor fysiotherapeuten Deventer Ziekenhuis, organisatie Deventer Ziekenhuis, Deventer, 10 juni 2010, door Ilse van Griensven

Themabijeenkomst "Hoe maak je een goede casus?", voor leden Van Dixhoorn Vereniging, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 5 juni 2010, door Jenny Borduin

Lezing "AOT introductie", voor directeuren kunstopleiding Limburg, organisatie Centrum Kunsten Limburg, Heerlen, 15 juli 2010, door Manon Mommers

Workshop "De totaal benadering van de Adem", voor yogadocenten, organisatie centrum Zweiersdal, Oosterbeek, zaterdag 25 september 2010, door Yvonne Esser

Workshop "Ontspannen voor mantelzorgers", voor mantelzorgers, Assen, 19 oktober 2010, door Baukje Pastoor

Workshop "Het opzetten van een ontspanningsprogramma", voor deelnemers Congres Hartrevalidatie, organisatie Nederlandse Vereniging voor Cardiologen, Amersfoort, 26 november 2010, door Jan van Dixhoorn

Presentatie "Spanningregulatie in de verslavingszorg, AOT en Mindfulness based relapse prevention", voor therapeuten in de verslavingszorg, organisatie kennisnetwerk verslavingszorg / MAIER, Arnhem, 16 november 2010, door Monique Schepers

Workshop in cursus stemspecialisatie "Spanning en stem", voor cursisten stemspecialisatie, organisatie Centrum Paramedische studies logopedie, Hogeschool Utrecht, 10 november 2010, door Jan van Dixhoorn

Workshop "Adem- en Ontspanningstherapie Methode Van Dixhoorn", voor gespecialiseerde longverpleegkundigen, organisatie werkgroep Symposia van het netwerk Longverpleegkundigen Noord-Nederland, Groningen, 9 november 2010, door Inge Stolte

Lezing "Kennismaking met adem- en ontspanningstherapie en psychosomatische fysiotherapie", voor medewerkers Vlietland Ziekenhuis Schiedam, Schiedam, 9 november 2010, door Margo en Ben Muijselaar

Lezing/workshop "Logopedie & Ademtherapie", tijdens congres Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, Reehorst Ede, 5 november 2010, door Jan van Dixhoorn en Miriam Helsper

Workshop "Introductie Methode Van Dixhoorn", voor fysiotherapeuten in opleiding. Hogeschool Amsterdam, Amsterdam, 2 en 9 november, door Yvonne Esser

Workshop "Ademhaling indicator en regulator", voor fysiotherapeuten. Regiobijeenkomst Hartrevalidatie Nijmegen, Nijmegen, 8 december 2010, door Hans Heuvels

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.

Bijscholing "Adem en Ontspanning", voor yogadocenten, Maarssen, periode januari t/m mei 2010 (7 bijeenkomsten 5 uur), door Yvonne Esser

Introductie cursus "Ademtherapie Methode Van Dixhoorn", behandelaars Revalidatie Centrum ViaReva, organisatie ViaReva, Apeldoorn 25 januari, 1 en 15 februari 2010, door Gerard van Holland

Cursus "Hyperventilatie en Dysfunctioneel Ademen", voor oefentherapeuten en logopedisten regio Noord Holland, organisatie DOKh, Purmerend, 2,9 en 16 juni 2010, door Jan van Dixhoorn en Yvonne Esser

Cursus "Hyperventilatie en Dysfunctioneel ademen", Centrum Paramedische studies- logopedie, Utrecht, 9, 16 en 23 september 2010, door J. van Dixhoorn en Ellen Roggeband

Introductie cursus "Ademregulatie in de praktijk", voor paramedici, organisatie Nederlands Paramedisch Instituut, 3, 10 en 17 november 2010, Papendal Arnhem, door Nol Bernards, Gerard van Holland, Yvonne Esser

Cursus "Inzichten uit de Methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten, Maarssen, periode september t/m januari 2011, door Yvonne Esser

Module Lichaam en Geest: "Behandeling in beweging", voor Studenten Hogeschool Arnhem Nijmegen, November 2010 - januari 2011, door Els Anthonissen.

Publicaties

Henk Buurman, Ademt u al meer vanzelf? Adem en Ontspanningstechniek voor muzikanten volgens de Methode Van Dixhoorn. Brass info, maart 2010, 24-25

R. Courtney, J. van Dixhoorn, K. Greenwood. Relationship between dysfunctional breathing patterns and ability to achieve target heart rate variability with features of "coherence" during bio-feedback. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2010, accepted for publication

J. van Dixhoorn, N. de Cock, J.H.M. van den Berg. Disfunctionele gedragspatronen bij hartpatiënten. In: P. van Burken, red. *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*. Deel 1. Bohn, Stafleu & van Loghum, Houten, 2010, 335-348

J. van Dixhoorn. De invloed van ontspanningsinstructie op het hanteren van stressoren. In: J. van Erp, R. Schouten, B. Wammes, I. van Dis (red). *Het stressmechanisme: the missing link*. 2010, Nederlandse Hartstichting, Den Haag, 143-151

M. Helsper. COPD en ASTMA: Behandeling door de logopedist/ademtherapeut. *Logopedie en foniatrie*, nummer 6, 2010

M.Helsper. Logopedisten moeten meer op de voorgrond komen. *Logopedie en foniatrie*, nummer 9, 2010

Lopend onderzoek

Wordt onverklaarde dyspnoe gemedieerd door een dysfunctionele ademweging? Door R. Courtney en J. van Dixhoorn, op basis van 64 patiënten uit de praktijk van E. Anthonissen. Gepresenteerd op het congres van de International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology (ISARP) 2009, Berlijn. Artikel is geaccepteerd voor publicatie, *Journal of Asthma*, 2011.

Is de respons in hartslagvariabiliteit volgens de heart math methode afhankelijk van de adembeweging? Door R. Courtney, M. Cohen, J. van Dixhoorn op 89 personen, gemeten door R. Courtney. Artikel is geaccepteerd voor publicatie door *Alternative and Complementary Therapies*, 2011

Wat is het nut van de Nijmeegse Vragenlijst bij de evaluatie van onbegrepen klachten? Door J. van Dixhoorn, data analyse op ruim 2000 patiënten ingevoerd via het Resultatenproject. Presentatie ISARP, Ann Arbor, USA, oktober 2008. Uitkomsten op symposium AOS 2011. Artikel in voorbereiding.

Wat is de structuur en betrouwbaarheid van de Algemene Toestands Lijst (ATL)? Door L. Raman en D. Noorlander, afstudeerproject (VU) begeleid door R. Bosscher en J. van Dixhoorn, op 800 vragenlijsten verzameld via het Resultatenproject. Uitkomsten op symposium AOS 2011.

AOT BIJ ONVERKLAARDE KLACHTEN:

WANNEER WORDT HET GEBRUIKT EN WANNEER IS HET ZINVOL?

Elk jaar vermelden we in het jaarrapport de indicaties voor AOT en dan baseren we ons op de informatie van de behandelaren uit hun jaarverslagen. Hoeveel mensen met welke klachten worden verwezen? Sinds 5 jaar is ook informatie over de behandeluitkomst beschikbaar via het zogenaamde 'resultatenproject'. Individuele behandelingen met AOT kunnen via het internet centraal ingevoerd worden. Daarmee hebben we informatie of de verwijzing zinvol was. Hoeveel van de mensen met welke klachten hebben voldoende baat gehad van de behandeling en was de verwijzing reëel?

Het probleem van de indicatiestelling

In het algemeen worden in richtlijnen voor de behandeling van klachten alleen behandelingen opgenomen waar evidentie voor is. De meeste evidentie en het meeste wetenschappelijk onderzoek van adem- en ontspanningstherapie betreft klachten die vooral psychisch of stress gemedieerd lijken, dat zijn spanningsklachten zoals hoofdpijn, slaapproblemen, hyperventilatie, angst. Wanneer de gemiddelde behandelaar aan verwijsoedelen voor ontspanning denkt, zijn dit meestal de indicaties. Hier zijn twee problemen mee. Op de eerste plaats zijn klachten die met angst en spanning gepaard gaan zeker niet altijd open voor behandeling met ontspanningstherapie. Er kunnen namelijk reële spanningsbronnen zijn die de klachten en de spanning in stand houden en een belemmering vormen voor het effect van ontspanningsoefeningen. Het gevolg daarvan is dat de evidentie en de gemiddelde effectgrootte beperkt zijn. In een grote review van **zestig gecontroleerde studies van ontspanningstherapie** bleek er een **gemiddeld matig effect**, en er bleek geen enkel verschil te zijn tussen de diverse vormen en methodes van ontspanning en psychologische begeleiding. Het is dus van belang om goed te onderscheiden tussen mensen bij wie de klachten goed reageren en mensen bij wie belemmerende omstandigheden bestaan die een effect van spanningsre-

gulatie verhinderen. Daarom is een van de primaire doelen van de AOT om in een proefbehandeling van 3-4 sessies te onderzoeken of spanningsregulatie bij deze persoon een goede respons oplevert en voortzetting zinvol is. Een gemiddeld matig groot effect wil zeggen dat een aantal mensen goed effect heeft en een aantal mensen niet. De vraag van indicatiestelling is of dit van tevoren te zeggen is. Wanneer je van tevoren weet welke mensen goed effect zullen hebben, dan zal ook het gemiddeld effect bij hen groot zijn. Helaas zijn tot nu toe geen goede indicatoren gevonden. Onze oplossing is geworden om de indicatie en verwijzing te toetsen in de behandeling: AOT beginnen bij verwezen patiënten, maar snel te stoppen wanneer onvoldoende respons optreedt.

Een tweede probleem is dat de gangbare indicaties voor adem- en ontspanningstherapie te beperkt zijn. In de praktijk van de AOT blijken bijvoorbeeld ook klachten van het bewegingsapparaat, zoals nekschouder pijn en lage rugpijn, goed te kunnen reageren. Datzelfde geldt voor klachten van burnout en spanningsproblemen bij medische aandoeningen. Er is onderzoek dat adem- en spanningsregulatie werkzaam kan zijn bij mensen met longaan- doeningen, en er is zelfs vrij veel onderzoek dat de effectiviteit aantoont van ontspan-

ningstherapie bij hartpatiënten. Toch denkt de gemiddeld arts/ verwijzer niet aan AOT bij deze patiënten. Onze gedachte is dat **door meer ontspannen te functioneren bij praktisch iedereen klachten kunnen afnemen en de kwaliteit van leven kan toenemen**. De betekenis daarvan is groter naarmate mensen meer gehandicapt zijn door ziekte. AOT is niet gericht op het behandelen van een aandoening, maar op het verminderen en hanteerbaar maken van onnodig grote spanning. Het lijkt dus zinvol een breed indicatiegebied te veronderstellen. Tegelijkertijd wordt dit geen oeverloos en eindeloos behandelen, omdat we snel evalueren of voortzetting gewenst is. Eigenlijk zou elke klacht die niet voldoende verklaard wordt door een oorzaak, 'onverklaarde klachten' dus, in eerste instantie voor een proefbehandeling met AOT in aanmerking kunnen komen.

Er is behoefte aan exploratief onderzoek naar 'nieuwe' indicaties voor spanningsregulatie. Dit dient gemotiveerd te worden door gunstige praktijk resultaten. Om te weten voor welke indicaties verder wetenschappelijk onderzoek zinvol zou kunnen zijn, is het nodig voor allerlei soorten probleem een indruk te krijgen van het percentage patiënten dat positief reageert op spanningsregulatie.

Doel van het Resultaten project

Het Resultaten project is opgezet om AOT'ers in de praktijk te laten registreren welke behandeluitkomsten zij hebben bij diverse probleemgebieden. We hebben getracht het registreren zo makkelijk mogelijk te maken, slechts enkele minuten per patiënt volstaan, en de gecertificeerde behandelaren zo veel mogelijk te motiveren hieraan mee te doen. **Grote aantallen patiënten zijn immers nodig** om van eventuele indicaties die niet gangbaar zijn, maar toch onverwacht succesvol, een voldoende aantal patiënten op te nemen. Het officiële doel van het project,

zoals geformuleerd in de aanvraag voor medisch-ethische toetsing luidt:

'Registratie van verwijsindicaties voor AOT en van behandeluitkomsten per indicatie, om te onderzoeken bij welke indicaties de uitkomsten positief zijn en bevestigen dat verwijzing terecht was. Stemt dit overeen met de beschikbare evidentie of zijn er onverwacht positieve uitkomsten bij indicaties, die een reden kunnen zijn voor een gecontroleerd vervolgonderzoek naar het effect?'

Na vijf jaar zijn er uitkomsten van enkele duizenden patiënten. Zij werden behandeld door in totaal 54 behandelaren, van wie er 20 veel patiënten ingevoerd hebben. Het aantal behandelaren dat in principe elke patiënt invoert die met AOT behandeld wordt is in de afgelopen 5 jaren toegenomen van ongeveer 8 tot 20 op dit moment. Zij hebben allemaal vele tientallen patiënten ingevoerd, sommigen honderden. De andere 34 behandelaren hebben niet alle patiënten ingevoerd, of hebben dit gedurende een beperkte tijd gedaan. Wanneer we de grote en kleine invoerders vergelijken dan zijn er echter nauwelijks verschillen in verwijsindicaties of in uitkomsten. Er is dus geen aanwijzing dat de grote invoerders andere verwijsindicaties ontwikkelen of beter worden in de behandeling, noch dat kleine invoerders bijvoorbeeld selectief alleen hun successen invoeren.

De leeftijd van de patiënten was gemiddeld 43 jaar en liep van 8 jaar tot 90 jaar. Met uitzondering van de vroege jeugd zijn praktisch alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigd. Er waren relatief veel vrouwen, nl. meer dan tweederde. De behandelsetting was in de meeste gevallen (84%) in de eerste lijn. Hoewel veel AOT'ers werkzaam zijn in instellingen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, komt het er kennelijk in de tweede lijn minder van patiënten in te voeren. Mogelijk worden patiënten minder vaak hoofdzakelijk

met AOT behandeld. Een andere reden kan zijn dat het lastiger is om de patiëntgegevens in te voeren, vanwege de noodzaak om al veel administratie te voeren, of omdat het moeilijk is de effecten aan AOT toe te schrijven. Desondanks zijn ruim 400 patiënten ingevoerd vanuit de tweede lijn.

De klachten waarvoor AOT begonnen wordt zijn in principe mogelijk spanningsgebonden klachten, maar er kunnen andere problemen meespelen. We onderscheiden de mensen in vier globale categorieën. 1) Patiënten met spanningsklachten en ook een medische aandoening (in dat geval dient de diagnose vermeld te worden), zij zijn de kleinste categorie. 2) Patiënten met spanningsklachten en een

psychische diagnose, zoals angst of depressie, of bij wie de psychische klachten domineren, deze categorie is iets groter. 3) Patiënten met spanningsklachten en een disfunctie van het adem- of bewegingsapparaat, weer iets groter in aantal. 4) Patiënten met spanningsklachten zonder verdere problematiek ('pure' onverklaarde klachten). Dit is verreweg de grootste categorie. Wanneer we deze vier globale categorieën afzetten tegen de locatie van de behandeling dan valt op dat de twee kleinste categorieën, patiënten met een medische of psychische diagnose, wat vaker vanuit de tweede lijn ingevoerd zijn. De grootste categorie, patiënten met 'pure' onverklaarde klachten, wordt vrijwel uitsluitend in de eerste lijn behandeld.

Hoofdcategorie: spanningsklachten	Totaal aantal	Eerste lijn (%)
1. Met medische diagnose	393	70%
2. Met psychische diagnose	433	52%
3. Met bewegingsapparaat disfunctie	509	82%
4. Zonder een van bovenstaande	1535	98%
totaal	2870	84%

Deze verdeling stemt overeen met de gangbare verwachting dat ontspanningstherapie vooral geschikt is voor mensen met spanningsklachten, zonder andere aandoening. We tekenen nu aan dat dit zeker niet alleen voor hen geldt. De eerste belangrijke bevinding van het Resultaten Project is daarom dat heel wat

patiënten met een andere aandoening of problematiek ook voor AOT verwezen worden. Dit zijn geen voor de hand liggende indicaties. De vraag is nu wat AOT oplevert in die gevallen. We geven een eerste globale indruk (de tabellen kunnen iets verschillen tussen de tabellen omdat niet alle variabelen compleet zijn).

Uitkomsten en effect

Voordat we de uitkomsten behandelen is het zaak ons uitgangspunt te noemen, dat we weliswaar gebruik maken van meetinstrumenten om de uitkomsten te objectiveren, maar dat de beslissing hoe de uitkomst beoordeeld wordt primair op klinische gronden plaatsvindt, d.w.z. op grond van het oordeel van de

behandelaar en patiënt gezamenlijk over de verandering in de hoofdklacht(en). Wanneer de patiënt aangeeft dat de hoofdklachten voldoende verbeterd zijn, d.w.z. verminderd zijn en zodanig te regelen dat ze niet langer storen, dan noteren we dat de uitkomst een 'goed effect' is. Wanneer er wel een verbeter-

ring is, maar de hoofdklachten blijven bestaan, ze storen en/of motiveren tot een andere behandeling dan wordt de uitkomst als 'beperkt effect' genoteerd. En wanneer er helemaal geen verandering is dan wordt dit genoteerd als 'geen effect'.

Dit betreft effecten op de hoofdklacht(en) waarvoor zij verwezen zijn. Wanneer er een achterliggende aandoening is, zoals bij de categorieën 1-2, dan wil een globaal goed effect natuurlijk niet zeggen dat de aandoening opgelost is. Iemand met een hart- of longaandoening, of een depressie kan verwezen worden vanwege benauwdheid, vermoeidheid, slecht slapen, moeilijk ademen of bewegen. Die klachten kunnen goed reageren, en de uitkomst als 'goed effect' beoordeeld worden zonder dat de onderliggende aandoening verandert. Wel wordt door de toename van spanningsregulatie het leven makkelijker en het welbevinden groter. En dat is gunstig voor de zorgbehoefte en de prognose. Wanneer de klachten geen duidelijke achterliggende aandoening hebben, dan valt het globaal effect veel meer samen met een effect op het hoofdprobleem. We hebben weliswaar precieze informatie over de verschillende spanningsklachten en hun veranderingen, maar gebruiken die hier niet. In dit criterium worden de effecten samengevat in een enkel oordeel.

Een laatste opmerking betreft de vraag of de veranderingen toegeschreven kunnen worden aan de AOT. Dat is in een ongecontroleerde voor-na meting zoals dit project nooit zeker te concluderen. Wel wordt in het globaal oordeel van goed effect meegenomen dat de klachten toegankelijk bleken voor spanningsregulatie en er goed op reageerden. We missen hier informatie over de tussenliggende processen die het verband aannemelijk maken. Die informatie wordt wel in de volgende versie van het project gevraagd. Ook wordt met nadruk gevraagd de klachten te evalueren waarvoor AOT gestart is, en daarbij aan te geven of er in dezelfde periode een andere behandeling start voor dezelfde klachten. We kunnen dus rekening houden met de aanwezigheid van 'medebehandelaars'. Dit is in geval van multidisciplinaire behandelingen van groot belang. Bijvoorbeeld, iemand heeft whiplash klachten en volgt een bewegingsprogramma plus gesprekken bij een psycholoog. Na enige tijd dit programma gevolgd te hebben, blijkt er benauwdheid en slecht slapen te zijn, die niet reageren. Dat is de reden om de AOT in te schakelen. Na 5-6 sessies AOT is de benauwdheid weg en het slapen verbeterd. De behandelaar overlegt met de patiënt hoe dit effect te beoordelen ('goed' of 'beperkt') en noteert als medebehandelaar 'geen'. Deze informatie zullen we hier en daar benutten.

Spanningsklachten plus een andere aandoening

Hoofdcategorie	1e lijn		2e lijn	
	Aantal	Goed effect	Aantal	Goed effect
Met medische diagnose	275	144 (52%)	111	62 (56%)
Met psychische diagnose	224	118 (53%)	197	68 (35%)
Met bewegingsapparaat disfunctie	414	260 (63%)	93	48 (52%)

De resultaten in de tabel laten onmiskenbaar zien dat patiënten met spanningsklachten en met een of andere vorm van co-morbiditeit, of ze nu in een instelling of in de eerste lijn behandeld worden, in ten minste de helft van de gevallen goed geholpen zijn met AOT. De

medische diagnose bestaat vooral uit een hart- of longziekte, een neurologische ziekte of een aandoening van het bewegingsapparaat. Het percentage dat geen enkel effect vertoont is heel laag: 9% in de 2e lijn, 8% in de 1e lijn. Een goed effect wil uiteraard niet

zeggen dat de ziekte overgaat of behandeld wordt. De aandoening is en blijft er, maar ten aanzien van de last die de patiënt ervaart is er een duidelijk toegevoegde waarde. Het bestaan van een ziekte is dus zeker geen contra-indicatie! **De AOT is hier een complementaire behandeling.** Dit bevestigt de praktijk in sommige ziekenhuizen dat ontspanningstherapie wordt toegepast in de vorm van complementaire zorg. Onderzoek is hier zeker op zijn plaats.

De behandeling van patiënten met een **psychisch probleem**, veelal angst maar ook depressie en in mindere mate posttraumatische problematiek ligt iets anders. In de 1e lijn is opnieuw de helft goed geholpen, maar in een afdeling psychiatrie heeft slechts een derde echt baat van AOT. Een derde van hen heeft een beperkt effect en een derde heeft zelfs geen enkel effect. Het aandeel van AOT in de behandeling in een psychiatrische kliniek lijkt dus bescheiden te zijn. Dit ligt vooral aan het aandeel van depressie: van de 100 patiënten met deze aandoening verbeterden de spanningsklachten in de kliniek maar bij 23%. In de 1e lijn is dat twee keer zoveel (44%), maar nog steeds bescheiden. Wel valt op dat in de 1e lijn het effect van AOT in de helft van de gevallen geëvalueerd wordt zonder medebehandeling. Bij de andere helft kan het effect dus niet zonder meer aan de AOT toegeschreven worden. In de kliniek wordt AOT merendeels geëvalueerd als op zichzelf staande behandeling van de spanningsklachten! Het toegevoegde effect is dan specifiek maar klein. Kennelijk is de problematiek ernstiger en is de invloed van de depressie op de klachten groter dan de spanningsgebondenheid. Het effect van behandeling van depressie in het algemeen is beperkt en bescheiden resultaten zijn mogelijk toch betekenisvol. AOT kan in elk geval een ondersteunende rol spelen.

De meeste patiënten (ruim 300) met een psy-

chische diagnose hebben angst, paniek of fobische klachten. Ook voor hen is in de 1e lijn het resultaat bij meer dan de helft een goed effect, terwijl de uitkomsten in de kliniek minder vaak (bij ruim een derde) positief zijn. Aan de andere kant is in de 1e lijn medebehandeling voor dezelfde klachten het geval bij de helft, terwijl in de kliniek AOT meestal als behandeling op zich geëvalueerd wordt. In totaal wordt AOT bij ongeveer de helft van de angstpatiënten uitgevoerd en geëvalueerd zonder medebehandeling en van hen had precies de helft een goed effect. Dit stemt overeen met wat uit de literatuur bekend is over het effect van (goed uitgevoerde!) relaxatie versus cognitieve gedragstherapie bij angststoornis. Onze uitkomsten bevestigen dat AOT een rol kan spelen in en mogelijk zelfs de hoofdbehandeling kan zijn in geval van angst. Bij een kleine minderheid van de patiënten met een psychische diagnose is het probleem posttraumatisch. De uitkomsten komen overeen met de uitkomsten bij angstpatiënten, maar het aantal is te klein om er iets over te kunnen zeggen.

Functionele problemen van houding, adem en beweging

Een aparte categorie zijn problemen van het bewegingsapparaat, waarvoor geen duidelijke medische diagnose is. Bij deze patiënten vallen de hoofdklacht voor AOT behandeling en de aard van het probleem veel meer samen. Wanneer iemand met rug- of nekpijn aangeeft een goed effect te hebben van AOT dan wordt bedoeld dat de pijn verminderd is. Dit ligt wat anders bij chronische pijn, fibromyalgie en whiplash. In die gevallen is de revalidatie behandeling gericht op het functioneren met en ondanks de pijn en beperkingen. Een goed effect houdt dan in dat de patiënt minder spanningsklachten heeft en beter omgaat met de pijn. Over het algemeen vindt de 2e lijns behandeling van deze categorie plaats in een revalidatiecentrum. Daar zijn niet veel getallen van, ondanks, zoals eerder gezegd, dat

heel wat behandelaren in de revalidatie werken, maar de resultaten zijn iets minder positief dan de uitkomsten van een eerstelijns behandeling. In beide settings is er bij 13% geen enkel effect. Het feit dat het probleem van revalidatiepatiënten waarschijnlijk ernstiger is dan van patiënten die in de eerste lijn behandeld worden doet aan de resultaten toch niet veel af.

Eerst kijken we naar **pijnklachten aan nek, arm en schouder** (vroeger: o.a. 'RSI'), pijn in de onderrug en aan de borstkas. Dit zijn aspecifieke (=zonder duidelijke oorzaak) klachten, maar geen gangbare indicaties voor adem- en ontspanningstherapie. Ze worden veelal door paramedici behandeld en die behandeling is vooral lokaal gericht. De indicaties komen voort uit de ervaring van paramedici dat een lokale behandeling van aspeci-

fieke klachten vaak niet werkt en wanneer zij dan eens AOT proberen, ontstaan verrassende effecten. Dit leidt tot verder experimenteren, rapporteren van successen naar de verwijzer, van wie er enkelen zelfs om die reden gaan verwijzen voor AOT. Zo horen we regelmatig berichten van AOT'ers / paramedici dat een algemene aanpak om de spanningsregulatie te verbeteren eigenlijk te verkiezen is boven de lokale behandeling van deze klachten. Er zijn 211 patiënten ingevoerd en de resultaten zijn zeer beloftevol. Ruim tweederde heeft een goed effect en slechts 10% heeft geen enkel effect! Dit is de tweede belangrijke bevinding van dit project: **AOT is een zinvol alternatief voor de gangbare paramedische behandeling van aspecifieke rug-, nek- en schouderklachten.** Hier ligt een aanleiding voor nader onderzoek, met een controlegroep en een langere follow-up.

Subcategorie	Aantal	Goed effect	Geen effect
Pijn aan rug, nek, schouder en borst	211	146 (69%)	21 (10%)
Chronisch pijn, whiplash, fibromyalgie	128	58 (45%)	25 (19,5%)
Ademdisfunctie	111	78 (63%)	11 (10%)
Stemproblemen	29	10 (34%)	8 (27,5%)

Een tweede groep zijn **chronische klachten**, met een diagnose, die weliswaar onduidelijk is maar die toch aanduidt dat er lichamelijk iets mis is. Deze klachten zijn notoir moeilijk te behandelen. Er is ook bij AOT een hoog percentage dat geen enkel effect ervaart, en het percentage goed effect is minder dan de helft: 45%. Bij deze categorie kan AOT van toegevoegde waarde zijn, en kunnen zinvolle processen optreden, maar zal AOT vaak niet de enige behandeling zijn. In de 1e lijn is dat in driekwart van de gevallen toch het geval, in de 2e lijn slechts bij een derde.

Als laatste zijn er twee subcategorieën in verband met het ademen: **stemproblemen en ademdisfunctie**. Stemklachten hangen vaak af van een gespannen of disfunctionele adem-

haling en in dat geval is ademtherapie eerst te verkiezen. Uit het kleine aantal patiënten blijkt dit niet vaak ingevoerd te zijn en is het effect beperkt. We moeten wachten tot meer logopedisten / AOT'ers gegevens gaan invoeren en meer AOT'ers mensen met stemproblemen gaan behandelen. Ademdisfunctie daarentegen slaat op problemen met het ademen, zoals onregelmatig ademen, moeilijk ademen bij inspanning, geen neusademing, hoesten, geknepen stem, moeilijk doorademen, onvoldoende inademen. Dit is vaak een verwijzreden en het lijkt terecht: 70% van de patiënten heeft een goed effect op de hoofdklacht. Jammer genoeg is het niet een soort klacht die goed te rubriceren is en in onderzoek als zodanig geëvalueerd is. We weten dus niet wat de uitkomsten van een andere behandeling zou zijn.

Spanningsklachten, zonder andere aandoeningen

Subcategorie	Aantal	Totaal		Alleen AOT	
		Goed effect	Geen effect	%	Goed effect
niet onder te brengen	61	41 (67%)	7 (10%)	75%	74%
Spanningsproblemen	449	309 (69%)	24 (5%)	76%	71%
Hyperventilatieklachten	550	413 (75%)	26 (5%)	78%	79%
Burnout, overspanning	132	97 (74%)	7 (5%)	44%	69%
Chronische Vermoeidheid	43	19 (44%)	7 (16%)	60%	42%
Hoofdpijn	153	101 (66%)	16 (10%)	78%	66%
Slaapstoornissen	109	76 (70%)	8 (7,5%)	69%	72%
Aandachtsproblemen	26	14 (54%)	5 (20%)	73%	52%

Dit is de grootste categorie, onderverdeeld in subcategorieën. Het valt op dat de uitkomsten bij alle subcategorieën behalve chronische vermoeidheid zeer positief zijn: ten minste tweederde heeft voldoende baat bij de AOT en kan zonder vervolgbehandeling zelf de spanning en de klachten regelen. Dit bevestigt de gangbare verwachting dat ontspanning werkt bij spanningsklachten, zonder andere aandoeningen. Het zou betekenen dat niet meer dan een derde tot een kwart van deze spanningsklachten gevolg zijn van duurzame of serieuze spanningsbronnen, en de grote meerderheid gevolg is van een tekortschieten-de spanningsregulatie bij het individu. We weten niet of en zo ja welke vervolgbehandelingen plaatsgevonden hebben. Die informatie zou wel heel zinvol zijn om de positieve uitkomsten te kunnen bevestigen en wordt in de nieuwe versie van dit project gevraagd. In elk geval lijkt in de meerderheid van de gevallen de verwijzing van AOT terecht.

Het beeld wordt gedifferentieerder wanneer we naar de rol van medebehandelaren kijken. De meeste patiënten (circa driekwart) worden **alleen met AOT** behandeld en het percentage goed effect is dan iets hoger, maar praktisch hetzelfde. Uitzonderingen zijn mensen met burnout en vermoeidheid, die vaker tegelijkertijd andere behandelingen ontvingen en

bij wie het percentage goed effect bij alleen AOT dan wat lager is dan bij een gecombineerde behandeling. Dit wijst er op dat er vaker complicerende omstandigheden zijn bij deze twee subgroepen.

Opvallend is het verschil tussen burnout/overspanning en chronische vermoeidheid. 'Burnout' is niet meer dan een label, dat door mensen zelf, de huisarts, bedrijfsarts of psycholoog gebruikt wordt, voor een te hoge spanning die het functioneren ernstig verstoort. Het is een reden voor ziekteverzuim en zou volgens de richtlijn 'Psychische klachten' van de bedrijfsartsen een ernstiger en langduriger vervolg zijn op gewone spanningsklachten. Toch is de respons heel goed, zelfs even goed als de meest prominente indicatie voor AOT, 'hyperventilatieklachten'. Slechts 5% heeft geen enkel effect. Daarentegen is het resultaat bij chronische vermoeidheid veel kleiner, nog niet de helft heeft een goed effect en 16% heeft geen enkel effect. Deze uitkomsten lijken meer op de uitkomsten bij whiplash, fibromyalgie en chronisch pijn. Dit duidt er mogelijk op dat er bij deze problemen toch meer ontregelingen zijn in het systeem. Inderdaad blijkt bijvoorbeeld het stresshormoon cortisol verstoord te zijn bij chronische vermoeidheid, maar niet bij burnout. Het is een derde interessante bevinding van dit pro-

ject en een reden om **de potentiële rol van AOT in de behandeling van burnout nader te onderzoeken**. De ervaring is dat het gangbare behandeltraject aanmerkelijk verkort wordt door de toevoeging van AOT, en dat het herstel versnelt.

Nabeschoouwing

De resultaten van deze praktijkregistratie bij enkele duizenden patiënten bevestigen dat AOT een voldoende werkzame behandelwijze kan zijn van spanningsklachten, hyperventilatieklachten, hoofdpijn, slapeloosheid en angst. Veel hangt uiteraard af van de selectie van patiënten, maar in de praktijk blijkt dat de (zelf)verwijzing van mensen voor AOT veelal terecht is. Vervolgonderzoek is voor deze indicaties aan de orde, 1e) om indicatoren te vinden voor terechte verwijzing, 2e) duurzaamheid van de uitkomsten te onderzoeken in een follow-up, 3e) in gerandomiseerd onderzoek AOT te vergelijken met medicamenteuze behandeling.

Een verrassende uitkomst zijn de goede resultaten bij nek-, rug- en schouderpijnklachten, 'ademdisfuncties', zoals kortademigheid bij inspanning, en burnout. Voor deze indicaties zou vergelijkend onderzoek op zijn plaats zijn tussen AOT en de gangbare behandeling, en tussen de gangbare behandeling met en zonder toevoeging van AOT.

AOT lijkt daarnaast een belangrijke ondersteunende rol te kunnen spelen bij een veelvoud van indicaties, lopend van medische aandoeningen, tot depressie en klachten als fibromyalgie, whiplash, chronisch pijn, chronische vermoeidheid, evenals stemklachten. Voor deze indicaties hebben we nog relatief weinig patiënt gegevens.

Het is van groot belang dat meer en meer AOT'ers mee gaan doen aan dit project en hun uitkomsten van behandeling gaan invoeren. De tweede versie gaat van start en daarin

wordt nadrukkelijker gevraagd naar de inhoud van de behandeling, zodat we meer zekerheid krijgen over de specifieke invloed van spanningsregulatie. Is ontspanning alleen maar 'arousal reductie' of is 'bewustwording' eigenlijk belangrijker? Voor welke klachten is herstel van een functionele ademhaling essentieel, voor welke een reële uitleg van een verkeerde interpretatie van spanningsverschijnselen? Het onderscheiden van processen van zelfregulatie is noodzakelijk in geval de behandelaar meer behandelingen in zijn pakket heeft en gebruikt, en wanneer in een teamverband wordt gewerkt. Echte AOT houdt in dat vastgesteld wordt of er een ingang voor zelfregulatie van spanning is, en zo ja, welke concrete veranderingen (processen van interne zelfregulatie) optreden als gevolg daarvan. In de tweede versie wordt informatie hierover gevraagd. Daarmee kunnen we met meer zekerheid vaststellen welke klachten gevolg zijn van onvoldoende zelfregulatie van spanning en in welke mate herstel daarvan de klachten doet verminderen en meer hanteerbaar te maken. In al die gevallen verdient AOT een plaats in de eerste fase van behandeling. Dit is kosteneffectief, omdat gemiddeld zes tot zeven sessies van 50 minuten volstaan. Spanningsklachten zijn geen ziekte, ze verdwijnen niet en horen bij het leven, maar onvoldoende vertrouwdheid met het vermogen ze te regelen maakt het leven moeilijker, de zorgbehoefte en afhankelijkheid groter, en de belastbaarheid kleiner. In een tijd van bezuiniging en bevorderen van zelfmanagement wordt het vergroten van interne zelfregulatie alleen maar verstandiger.

DE PRAKTIJK VAN AOT ONDERBOUWD:

EEN GESPREK MET ELS ANTHONISSEN

Els Anthonissen is in 1981 afgestudeerd als docent Lichamelijke Opvoeding/Psychomotorisch Therapeut (PMT-er) aan de K.U. Leuven. Na 5 jaar docent Lichamelijke Opvoeding op een basisschool is ze in Nederland komen werken als Psychomotorisch Therapeut in de Geestelijke GezondheidsZorg Noord en Midden Limburg (GGZNML, sinds 1 dec. 2010 Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg). Toen zij in 1995 op de Kliniek voor Gedragstherapie (nu het Centrum van Angst en Dwang, een specialistische functie van de GGZNML) solliciteerde als psychomotorisch therapeut werd ze aangenomen onder voorwaarde dat zij zich zou verdiepen in ontspanning en ademhaling, gezien het grote aantal patiënten die daar opgenomen werden met paniek, hyperventilatie en overspanning. Dit voelde als een kans die zij niet kon laten gaan en in september 1995 is zij gestart aan de leergang ademtherapie en sinds 2000 is zij gecertificeerd AOT-er. Sinds januari 2003 heeft zij een eigen praktijk voor AOT. In oktober 2003 is zij de opleiding tot docent Adem- en ontspanningstherapie gaan volgen en in 2007 behaalde zij dit certificaat. Zij geeft regelmatig introductiecurssussen, workshops, geeft de leergangen van het Centrum voor Ademtherapie mee vorm, is gastdocent aan de Hoge School Arnhem Nijmegen en bij het Nederlands Paramedisch Instituut.

Je hebt na de afronding van de opleiding AOT een eigen praktijk opgezet voor verwijzingen vanuit de eerste lijn. Hoe kwam je op dat idee en hoe verliep het?

Als PMT-er in de Kliniek voor Gedragstherapie ben je onderdeel van het grote geheel.

Patiënten volgen een hele week allerlei therapieën. Regelmatig vroeg ik me af, wat doen mijn PMT- en AOT-interventies met de patiënten? Draagt dat wel bij tot verandering? Wat is dan dat werkzame deel? Als er multidisciplinair gewerkt wordt is dat allemaal moeilijk te achterhalen, maar uit het tevredenheids-onderzoek, door de patiënten ingevuld bij ontslag, en ook bij de follow-ups, bleek dat de patiënten die individuele PMT / AOT hadden gehad daar zeer tevreden over waren en zij schatten die bijdrage aan de hele verandering sterk in. Dat sterkte mij in de gedachte dat ik wel wat te bieden zou hebben in een zelfstandige eerstelijnspraktijk (meestal minder zware problematieken).

Bij toeval ging toen het werk van mijn partner veranderen en zou er thuis een ruimte vrij komen, gunstig gelegen, op de begane grond

en niet verweven met het privégedeelte. 1 januari 2002 nam ik me voor om gedurende dat jaar te onderzoeken of een eigen praktijk haalbaar zou zijn.

Er volgden gesprekken met een paar huisartsen, psycholoog, dienst voor maatschappelijk werk om te polsen of zij in hun praktijk indicaties zagen. Ik schreef aan de hand van een reader van een bank een ondernemingsplan met daarin een kosten raming, tariefsbepaling, ... In september liet ik een accountant meekijken en besloten we deze sprong te wagen (aanvankelijk vooral een investering van tijd, financieel was de investering goed te overzien). Dan volgde het maken van folders, opknappen van de wacht- en therapieruimte en reeds in het najaar van 2003 meldden de twee eerste cliënten zich.

Gaandeweg heb je je werkwijze gestructureerd, zodanig dat je de patiëntgegevens direct in de PC bent gaan invoeren. Hoe kwam dat tot stand? Welke gegevens heb je besloten standaard in te voeren?

Het was mijn partner die me aanspoorde om

een digitaal patiëntendossier te maken en gesprekken met een neef van mij, een ervaren Excel gebruiker. Hij was bereid om samen met mij een dossier te ontwikkelen. Dit eerste dossier bestond uit een Excel bestand met verschillende tabbladen: Intake, NVL 1 (Nijmeegse Vragenlijst), logboek met de verschillende kopjes, die ik elke behandeling dien na te vragen en in te vullen, het formulier proefbehandeling (6.3), voerlijsten, NVL 2, VTO 2 (Vragenlijst Toepassen van Ontspannen), brief voor de verwijzer, verslag van de proefbehandeling, NVL 3, VTO 3, Brief voor de verwijzer, verslag van de vervolghandeling, facturen voor de cliënt. Later werd daar de ATL (Algemene Toestand Lijst) 3 keer aan toegevoegd: bij intake, na de proefbehandeling en bij het afsluiten van de behandeling. Een paar jaar later gebeurde hetzelfde met de MARM en met de subscores van de NVL. Een paar belangrijke voordelen bij het gebruik van dit dossier: alhoewel de AOT procesmatig behandelen is, is het evalueren erg gestructureerd en noodzakelijk om antwoord te krijgen op de vraag: 'Zijn de klachten spanningsgebonden van aard?'. Dit programma helpt mij om dat evalueren gestructureerd, systematisch en consequent te doen. Na 8 jaar praktijk en een paar honderd cliënten verder, heb ik geen papieren dossiers bij te houden, dat scheelt opbergruimte. Het opzoeken van gegevens over cliënten en het maken van bv een Excel sheet over bepaalde scores op vragenlijsten, vraagt tijd, maar het gaat wel vlot omdat alles op dezelfde plaats in de dossiers is terug te vinden. Na 1.5 jaar praktijk heb ik de scores van de NVL 1, NVL 2 en de NVL 3 van de eerste 20 cliënten in een Excel sheet gezet en daar de gemiddelden van berekend. Dat de totaalscore bij velen of genormaliseerd of fors gedaald was, was een mooi resultaat en nog wel bij een gemiddeld aantal sessies van 6.5. Tijdens een van de maandelijkse bijeenkomsten voor de docenten in opleiding, hebben we uitgebreid aandacht besteed aan de waarde van zulke gegevens en wat ik ermee zou kunnen doen, maar ook nadrukkelijk stil

gestaan bij de beperkingen. Vervolgens stuurde ik deze info naar de mogelijke verwijzers, uiteraard met zeer voorzichtige conclusies en zonder te pretenderen dat het nu wetenschappelijk onderbouwd zou zijn. Doordat Jan voor dit kleine onderzoekje veel aandacht had en er veel tijd voor inruimde tijdens de docentenopleiding werd me duidelijk gemaakt wat het belang is van onderzoek. Ik werd opnieuw gestimuleerd verder te gaan in het consequent bijhouden van gegevens om in een later stadium opnieuw onderzoek te kunnen doen. Naast dit eenvoudig onderzoekje hebben we in de docentenopleiding veel aandacht besteed aan allerlei verschillende onderzoeken. Hiermee benadrukte Jan eveneens het belang van onderbouwing.

In de docenten opleiding hebben we zoals je zegt gebruik gemaakt van jouw getallen, die je direct voorhanden had in een Excel sheet. Hoe en wanneer kwam je op het idee je getallen te gebruiken voor verder onderzoek?
De ontwikkelingen in gezondheidsland sturen sterk aan op Evidence Based behandelen, maar er is nog veel onderzoek nodig naar effecten van verschillende therapievormen, en ook de zorgverzekeraars sturen sterk in die richting, dat ze enkel die vormen van therapie willen vergoeden waarbij bewezen is dat het werkt. Daarom werd er vanuit de instelling GGZnML een cursus gegeven van een paar dagdelen over deze materie. Een bevlogen man, dr. R. Bosscher, Lector van de VU Amsterdam en Hoge School Windesheim gaf een lezing. Gaandeweg werd me duidelijk dat ik in mijn computer thuis een massa aan opgeslagen onderzoeksgegevens had. Het laatste kwartier van de cursus bestond uit het formuleren van een persoonlijk doel in de richting onderzoek. Er stond een termijn van 6 maanden voor. Ik formuleerde: "In april van het volgende jaar heb ik met dhr. R. Bosscher contact gehad en hoop ik mijn gegevens aangeboden te hebben voor een effectonderzoek". Zo geschreven, zo gedaan. Intussen was ik er ook wel van doordrongen

dat voor de AOT, willen we enig bestaansrecht krijgen, onderzoek moet worden gedaan en was ik erg blij met de opzet van het landelijk Resultatenproject. Van meet af aan ben ik de gegevens gaan invoeren, en daar ik alle gegevens in de digitale dossiers had staan, heb ik dat ook nog gedaan van alle cliënten waarmee ik voor die tijd had gewerkt. Een mooi klusje op regenachtige dagen.

Er kwam een stagiaire van de master opleiding Psychomotore therapie (VU) in je praktijk om je getallen te gebruiken voor haar afstudeer scriptie. Hoe kwam dat zover?

Zo geschreven, zo gedaan. Ik zocht contact met dhr. Bosscher, hij bleek geïnteresseerd. Er volgde een bijeenkomst op de VU met dhr. R. Bosscher en andere docenten van de faculteit Bewegingswetenschappen, afstudeerrichting PMT. Mij werd gevraagd hoe de praktijkvoering is, waar de cliënten vandaan kwamen en hoe ik de gegevens verzamelde. De interesse was gewekt en dhr. R. Bosscher zou op zoek gaan naar een student die met deze gegevens aan de slag zou gaan. Even later is mevr. J. Wakker in mijn praktijk geweest voor kennisgeving en informatie over de praktijk. De gegevens waarmee ze aan de slag ging waren gegevens uit het landelijk Resultatenproject over de cliënten van mijn praktijk. Mevr. Wakker heeft de resultaten gepresenteerd op een symposium van de AOS in 2009 en zij heeft de Klaas van Roozendaal prijs gekregen voor haar onderzoek. Deze prijs wordt uitgereikt door de Nederlandse Vereniging van PMT-ers voor onderzoek in de praktijk van de PMT-er.

Wat vond je van de uitkomsten? Heb je er nog iets mee gedaan, heb je er een voordeel van gehad?

Er werden onder andere effectgroottes berekend voor 4 klachten en voor de hele cliëntengroep. Hieruit bleek dat de AOT in mijn praktijk voor slaapproblemen een matig effect heeft, voor spierspanningklachten, angst en paniek en hyperventilatie een goed tot zeer

goed resultaat. Deze gegevens zijn opgenomen geworden in een artikel in een maandelijkse bijlage bij de krant de Limburger (juni 2009). Dit artikel heb ik een half jaar later gebruikt bij de jaarlijkse mailing naar verwijzers. Sindsdien is het aantal cliënten met 40 % gestegen. Veel cliënten komen sindsdien ook op eigen initiatief. Uiteraard staat dit artikel ook op mijn website, www.banzaj.nl

Daarnaast ben je actief geweest in het verbreiden van opleiding in AOT. Hoe ging dit? stond dit los van de onderzoeksresultaten of werd je erdoor gesterkt?

Uiteraard ben ik gesterkt geworden in de overtuiging dat de AOT veel kan betekenen voor mensen met mogelijk spanningsgebonden klachten en vindt daarom opleiding tot AOT-er belangrijk want stress en overmatige spanning (zowel intern als extern) blijven van de tijd. Naast dit curatief behandelen is naar mijn mening werken in de preventieve sfeer minstens zo belangrijk. Vorig jaar heb ik op de Hoge School Arnhem Nijmegen een gedeelte van de minor "Lichaam en geest, behandeling in beweging" mee vorm gegeven. Daarom formuleerde ik als eerste leerdoel dat de cursisten (vierde jaar fysiotherapeuten, PMT-ers, maatschappelijk werkers, e.d.) zelf hun eigen spanning leren herkennen en mogelijkheden en vaardigheden ontwikkelen om daarmee om te gaan. Het tweede doel is het toepassen bij hun cliëntengroepen.

Op een gegeven moment kwam de MARM meer in de belangstelling te staan. Je hebt de MARM opgenomen in je invoer programma. Waarom leek je dat zinvol? Was het uitvoeren en berekenen van de getallen niet veel werk?

Heeft dit nieuwe gedachten opgeleverd?

De MARM, gemeten voor en na een instructie, bij aanvang en het einde van een sessie, maar ook bij intake, bij evaluatie van de proefbehandeling en bij ontslag geeft een fysieke verandering weer, een verandering in een bewegingspatroon. Als je dat de eerste sessie voor en na een instructie doet, kan de

cliënt ook voelen en zien dat er daadwerkelijk anders in het lichaam geademd wordt. Vaak was er verbazing, dat het adempatroon inderdaad anders kan: gemakkelijker, zonder moeite en toch goed verdeeld over de romp. Dit sterkt meteen de motivatie voor de cliënten. Door oefenen en vaker een functioneel adempatroon te laten ervaren zoekt het lichaam dat als vanzelf op. Die verandering is de verandering die je ziet als je de MARM gegevens bij intake vergelijkt met de MARM gegevens na de proefbehandeling of na ontslag. Het feit dat het in zijn eenvoudigste vorm met "2 minuten" gemeten is, maakt dat het niet veel werk is, maar wel veel vergelijkingsmateriaal oplevert voor de cliënt en therapeut. Ook de MARM heb ik vrij snel laten opnemen in mijn digitale dossier. Het is zodanig gemaakt dat ik op papier in de cirkel de hoek inteken en met een gradenboog de onderste en bovenste lijn meet. Deze twee cijfers vul ik in de computer in en de tekening verschijnt dan van zelf, evenals het cijfer van bereik en balans. Dat is dus echt niet veel werk.

Op welke wijze kwam de hypothese tot stand dat een hoge MARM samenhang met dyspnoe? Hoe verliep dat verder?

Bij evaluatie van de proefbehandeling vraag ik eerst aan de cliënt hoe het nu de afgelopen periode is gegaan, wat er voor hem/haar veranderd is, en hoe de klachten zijn veranderd. Dan maak ik op een blaadje twee kolommen, in de rechter zet ik eerst de gegevens van dat moment: totaalscore NVL 2, met de 4 subscores, de scores van de VTO, ATL 2 en de cijfers van de MARM (Bereik en Balans). Dan zoek ik op wat er gescoord werd bij intake en zet dat in de linker kolom. Er volgt vergelijking en verduidelijking over de scores en we kijken of er overeenstemming is met wat de cliënt net daarvoor in eigen bewoordingen heeft verteld. Dit proces herhaal ik als er nog vervolgbehandeling is bij de afsluiting.

Ik ben iemand die toch ook wel wat met getallen heeft (ooit nog getwijfeld om docent wiskunde te worden). Bij het iedere keer con-

sequent maken van die twee kolommen ging me het volgende opvallen: het verschuiven van de balans van de MARM, richting 0, gaat vaak samen met een vermindering van de score op de dyspnoe van de NVL.

Tijdens een cursusdag in leergang 2, waarbij we de MARM behandelden zei ik voorzichtig iets tegen Jan over deze "overeenkomst" en de hypothese voor een nieuw onderzoek was geboren. Even later benaderde Jan mij met het verzoek of ik die getallen in de computer had staan en of ik daar een Excel sheet van zou willen maken. In samenwerking met mevr. R. Courtney uit Australië heeft Jan er onderzoek naar gedaan en de hypothese lijkt te worden bevestigd. Hij heeft de uitkomsten op een congres van de ISARP (International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology) gepresenteerd en een mooi Artikel is onlangs verschenen in The Journal of Asthma.

Hartelijk dank, Els en veel succes in de toekomst!

CERTIFICAAT AOT

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 lesuren, 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.

De eerste cursus van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie staat op zichzelf, en is in 2010 tweemaal in Amersfoort gegeven en met succes afgerond door 26 deelnemers. De cursus is geaccrediteerd voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, logopedisten en maatschappelijk werkenden. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

Certificaatprogramma AOT

Dit omvat de tweede en derde cursus van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie te Amersfoort. In de tweede cursus worden handgrepen geleerd, waardoor inzicht groeit in wat de instructies teweeg kunnen brengen en in de derde cursus komt het geven van instructies aan de orde. De deelnemers maken vier proefbehandelingen en hebben een supervisor daarbij, waarvan een de eindcasus wordt. Daarnaast volgen zij 5 aparte bijeenkomsten over een meer theoretisch onderwerp (hyperventilatieklachten, MARM en Stress). De cursussen omvatten tweemaal 60 lesuren 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 2010 in twee groepen gegeven en met succes afgerond door 19 personen. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

In 2010 werd het certificaat AOT verworven door 16 personen. Zij voldeden aan de eisen en hadden alles tijdig afgerond. Twee personen lukte dat niet en zij stelden het voldoen aan de eisen uit tot 2011. De lessen werden gegeven door Jan van Dixhoorn en een per blok wisselende tweede docent. De gehele opleiding is geaccrediteerd voor maatschappelijk werkenden.

Het bestuur heeft de volgende regels voor de opname in het register vastgesteld: 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. Daarnaast dienen per 3 jaar tenminste 15 punten te worden verzameld.

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	maximaal 5 punten
Herhalen van een jaar van de leergang	10 punten
Deelname aan een verdiepingscursus	4 punten

Supervisie individueel levert 1 punt per 2 uur op

Supervisie in een groep levert 1 punt per 3 uur op

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 2010 waren er 35 intervisiegroepen, waar 105 AOT'ers aan deel namen. Over het hele jaar genomen zijn de groepen gemiddeld 4x bijeen geweest. Van alle bijeenkomsten wordt een verslag gemaakt en dit wordt periodiek door de AOS rondgezonden onder de aangesloten AOT'ers. Uit de verslagen komt na voren dat de meeste groepen tijd besteden aan het herhalen en oefenen van handgrepen en instructies en het bespreken van casuïstiek

uit de dagelijks AOT praktijk. Verder komen aan bod het doornemen van de casus die men per 3 jaar inlevert, thema's/onderwerpen die in de verdiepingscursus, bijscholingen en symposium aan de orde gekomen zijn, en ervaringen opgedaan met andere (adem)methodes. In 2010 maakte één intervisie groep gebruik van de mogelijkheid tot supervisie door een van de docenten.

Themagerichte intervisie door de VDV

In 2010 zijn er drie themagerichte bijeenkomsten geweest, georganiseerd door de VDV. Naast de themabijeenkomsten is er een symposium georganiseerd. De sprekers komen veelal uit eigen kring voort..

6 februari 2010: **Het voeren van een praktijk AOT, evt. naast een andere praktijk**

Een (dubbele) praktijk voeren kost tijd, voorbereiding en inzicht. Welke visie heb je, wil je personeel, welke investeringen doe je? Welke verzekeringen zijn nodig, hoe regel je de financiering en welke ondernemingsvormen zijn mogelijk? Hierover zijn we uitgebreid geïnformeerd door de sprekers op deze ochtend, mevrouw B. Vogels, praktijkadviseur, en mevrouw I. Oosterhuis, belastingadviseur, beiden werkzaam voor de Vereniging van Artsen Automobilisten (VvAA).

5 juni 2010: **Hoe maak je een goede casus?**

De beschrijving van een casus is eigenlijk een klein onderzoek, waarbij je inzichtelijk maakt wat je doet, voor jezelf en voor derden. Onder leiding van Jenny Borduin (docent AOT) is

ingegaan op het correct invullen van het samenvattingformulier en het duidelijk maken van de rol van de AOT in relatie tot de klachten, de omstandigheden en de beperkende factoren.

2 oktober 2010: **Overzicht intervisieverlagen 2009**

Carlijn Bamberger geeft ons met een powerpoint presentatie informatie over het aantal intervisiegroepen, de instructies en handgrepen die geoefend worden, de thema's die besproken worden en de vragen die geformuleerd zijn. Aan de hand van een vergadermodel wat gebruikt wordt door de intervisiegroep "Limbra", laat zij zien hoe we meer structuur kunnen krijgen in de intervisiebijeenkomsten. De presentatie is te vinden op de VDV site.

Studiedagen / symposium

Dit betreft de nascholingsactiviteiten, en de onderdelen van het Certificaatprogramma dat vanaf 2010 verplicht is voor cursisten, maar ook toegankelijk voor gecertificeerden. Het symposium werd in 2010 door de VDV georganiseerd..

Op 23 en 30 januari werden twee zaterdagochtenden door het Centrum een nascholing gehouden over **'Behandeling van patiënten met hyperventilatie en dysfunctioneel ademen'**. 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. Er waren 20 deelnemers, van wie 7 gecertificeerden.

13 maart 2010: **10 jaar AOT-certificering: 'AOT'ers laten van zich horen'** door de VDV.

In de 10 jaren nadat de eerste AOT 'ers zijn gecertificeerd, zijn er vele toepassingsgebieden gekomen en zijn raakvlakken ontstaan met diverse andere methodes. Op deze dag hebben vier AOT'ers ons verteld over hun werk en/of hun toepassing van de AOT. In de ochtend heeft Manon Mommers aan de hand van haar presentatie "Muzikale Perfectie in Evenwicht" ons inzicht gegeven in het leven van een musicus en over AOT bij musici. In de presentatie "Begrip voor Onbegrip", een dialoog tussen IK en JIJ, heeft Maria Slobbe ons geïnformeerd over contextuele therapie, een psychotherapeutische benadering waarvan de psychiater Nagy de grondlegger is. Maria heeft laten zien dat de contextuele benadering een waardevolle aanvulling kan zijn op de AOT, vooral in geval van onbegrepen klachten.

In het middagprogramma zijn er interactieve presentaties over interessante casuïstiek geweest door Derk van der Poel en Margo Muijselaar.

Op 10 en 24 april werden twee zaterdagochtenden door het centrum besteed aan scholing in de **'Notatie Adembereik of MARM'**. Deze scholing werd voor het eerst zo uitgebreid gegeven, is nu onderdeel van het certificaatprogramma en bleek een groot succes. Op de tweede ochtend deden alle deelnemers een test-hertest beoordeling van de MARM bij elkaar en de betrouwbaarheid daarvan was ruim voldoende! Er waren 18 deelnemers, van wie 3 gecertificeerden.

Verdiepingscursus Theorie. In 2010 werd de theorie cursus voor gecertificeerde AOT'ers vervolgd door het Centrum voor Ademtherapie: 6 avondbijeenkomsten van 3 uur, o.l.v. Jan van Dixhoorn. Een aantal artikelen werden gerefereerd, waarover een beschrijving werd opgenomen in de nieuwsrubriek van de AOS, er werden powerpoint presentaties over AOT doorgenomen en twee boeken werden besproken (Jan Houtveen, 'de dokter kan niets vinden', en Frans de Waal, 'tijd voor empathie'). Er waren 12 deelnemers, die allen voldoende aanwezig waren.

Op 6 november werd voor het eerst een bijeenkomst over de **'fysiologie van stress'** gehouden door het centrum, waar Nol Bernards zijn visie vertelde. Dit was een onderdeel van het certificaatprogramma, gevolgd door 14 cursisten en 7 gecertificeerden. Het was een groot succes en wordt voortgezet.

Verplichte Casus, eenmaal per drie jaar

In 2010 waren er 46 personen die de verplichte casus moesten inleveren, en 6 mensen stopten met de herregistratie. Deze grote hoeveelheid werd dit jaar anders opgevangen dan voorafgaande jaren. De casus werd nu per mail ingestuurd, bekeken door een corrector (een van de docenten AOT) en daarna bij het Centrum ingeleverd en verwerkt. Dit had veel voeten in aarde, er was veel vertraging, maar verliep mettertijd steeds vlotter. Inmiddels is de casus afgerond door 31 mensen, de anderen zijn nog bezig.

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 2010 bij twee personen individuele supervisie geweest en eenmaal groep supervisie. Er is geen extra casus ingestuurd om punten te verwerven om het tekort aan te vullen. Vijf personen hebben een jaar van de leergang herhaald.

Aansluiting bij AOS

Het register 2011 is gebaseerd op gegevens over 2010. Van de inmiddels 199 personen met certificaat hebben in eerste instantie 103 personen zich aangesloten bij de AOS en voldaan aan de regels. 16 Personen hebben in december 2010 het certificaat behaald en zij worden automatisch in het register 2011 opgenomen. Er zijn 7 personen die in 2010 gestopt zijn met de herregistratie waardoor in totaal 59 personen 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 21 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 2011 telt dus 119 personen, tegen 114 in 2010, 109 in 2009, 104 in 2008, 95 in 2007, 87 in 2006, 79 in 2005, 74 in 2004 en 63 in 2003.

Het actuele register 2011 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

Jacqueline de Klerk, voorzitter

Margo Muijselaar, waarnemend secretaris

Lucienne Aster, penningmeester

www.vandixhoornvereniging.nl

e-mail: secretaris@vandixhoornvereniging.nl

Centrum voor AOT

Dr. J.J. van Dixhoorn, arts

Drs. I.P.M. van Dixhoorn-Verhoeven, psycholoog

www.methodevandixhoorn.com

e-mail: vdixhoorn@euronet.nl

Docenten- en vervolgopleiding, studiedagen
Na- en bijscholing van diverse professionals
Wetenschappelijk onderzoek
Expertise centrum



AOT certificering



Belangenbehartiging
Contacten onderling
Zorgverzekeraars
Beroepsvereniging
Bijeenkomsten AOT'ers

Kwaliteitsbewaking
Register
Symposium
Jaarrapport
Website