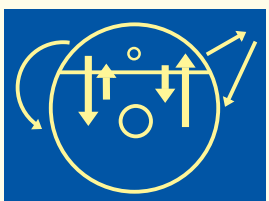


Adem - en Ontspanningstherapie Stichting (AOS)

Methode Van Dixhoorn

Jaarverslag 2012



Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

AOS

Jaarverslag
2012

Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Imgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

Raad van Advies

Drs. A.T.M. Bernards

Drs. A.G. Bouwmeester

Drs. H.J. Does

Prof dr. A Kaptein

Dr. M.M.A. de Valk

Bestuur VDV, Van Dixhoorn Vereniging voor AOT

Jacqueline de Klerk, voorzitter

Margo Muijselaar, secretaris

Imca Abma, penningmeester

www.vandixhoornvereniging.nl

e-mail: secretaris@vandixhoornvereniging.nl

Centrum voor AOT methode Van Dixhoorn

Dr. J.J. van Dixhoorn, arts

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

www.methodevandixhoorn.com

e-mail: vdixhoorn@euronet.nl

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

Een terugkerend onderdeel van dit jaarverslag is de rapportage van de toepassingsgebieden van de AOT. In de loop van de jaren lijken de aantallen patiënten over de diverse verwijsindicaties vrij stabiel te zijn. Het profiel van de indicaties verkrijgen we op de eerste plaats vanuit de jaarverslagen van de individuele behandelaren. Wanneer we de cumulatieve aantallen van voorgaande jaren vergelijken met de gerapporteerde aantallen over 2012, dan valt echter op dat het profiel eerder een versmalling dan een verbreding toont. In de tabel op bladzijde 15 blijkt dat verwijzingen vanwege zuiver spanningsgerelateerde klachten naar verhouding iets toenemen, t.o.v. spanningsklachten bij mensen met somatische aandoeningen. We zullen zien of deze trend doorzet in volgende jaren.

Vorig jaar hebben we de cumulatieve verwijsredenen over de afgelopen jaren afgezet tegen de cumulatieve uitkomsten en behandelresultaten, zoals die blijken uit het resultaten project. Dit jaar maken we de tussenbalans op van ons Resultaten Project. Na vijf jaar een nadruk op verzameling van een minimaal aantal behandelgegevens te hebben gehad in de eerste versie, is er vanaf 2012 een uitbreiding in een tweede versie gekomen. Zelfs de database met minimale behandelgegevens blijkt toch een schat aan informatie te bevatten en deze informatie wordt besproken op bladzijden 16-24. Daarnaast komen de mogelijkheden van de tweede versie aan de orde.

Verder komt u in dit jaarrapport de diverse lezingen, presentaties en scholingen tegen waaruit wederom blijkt dat de AOT'ers actief zijn en blijven om de methode te profileren. De opleiding blijft stabiel wat betreft inhoud en deelname, ondanks de crisis!

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 alstublieft.

INHOUD

	pagina
Centrum - VDV - AOS	05
Presentaties en scholing AOT	09
Lezingen, workshops, en andere presentaties	
Introductiecursus	
Publicaties en onderzoek	12
Publicaties	
Lopend onderzoek	
Indicaties en verwijfsredenen in 2012	13
Over het Resultaten Project	16
Observationeel onderzoek	
Versie 1.0: 2006-2011	
Gebruik van de database	
Vorbereiding naar versie 2.0	
Versie 2.0	
Tussenstand	
Certificaat AOT	25
Basiscursus en Certificaatprogramma	
Register en herregistratie	26
Intervisiegroepen	
Themagerichte intervisie	
Studiedagen / symposium	
Casus, eenmaal per drie jaar	
Overige punten	
Aansluiting bij AOS	

Dit zijn de drie organisaties die samen actief en verantwoordelijk zijn om de methode Van Dixhoorn kwalitatief op goed niveau te houden en te presenteren. Onderstaand een beknopt overzicht van hun activiteiten in 2012

Centrum

Naarmate de opleiding voor Adem- en Ontspanningstherapie belangrijker werd, bestaat sinds 1998 het Centrum. Dit Centrum is geleidelijk opgebouwd vanuit de Praktijk voor Ademtherapie van Jan en Irmgard van Dixhoorn. Het kantoor van de opleiding is op ons adres gevestigd, waar alle documentatie is en waar vergaderd wordt. Onze secretariële hulp bestaat uit een studente facilitaire dienstverlening en dat geeft veel lucht. Nadat Lonneke was afgestudeerd, hebben we een prima opvolgster gevonden in Miranda. We hopen dat ze nog lang blijft!

Wat betreft de **opleiding** bleek er enigszins een afname merkbaar te zijn in het aantal deelnemers. Sinds enkele jaren waren er twee groepen in het eerste jaar. Het lopende eerste jaar in 2012 waren er nog steeds twee groepen maar in totaal minder deelnemers en minder mensen die doorgingen naar het tweede jaar. In 2012 startte één grote, eerste jaars groep. Er was echter ook een opnieuw een eerste jaar via het NPI. Deze NPI basis cursus werd, na drie jaar onderbroken te zijn geweest, in 2012 weer voor de eerste keer gegeven. De docent was Els Anthonissen en de lesstof was nu geheel identiek aan het eerste jaar in Amersfoort. Een opmerkelijk groot aantal van de cursisten maakte hun eindver slag, zoals voor het eerste jaar aan het Centrum, om de opleiding daar te kunnen vervolgen. Daardoor was er voldoende instroom om toch twee 2e jaars groepen te handhaven in 2012. Het aantal dat de leergang afrondde in 2012 is constant gebleven ten opzichte van voorgaande jaren op iets minder dan 20.

Het overleg met de docenten is en blijft intensief. We hebben voor aanvang van elk blok een formeel '**docenten overleg**' op het centrum, waarbij de werkmappen van de docenten worden doorgenomen, genotuleerd wordt en beslissingen genomen. De onderwerpen zijn de cursussen van de leergang, de supervisie aan de cursisten, de casuïstiek voor de hercertificering bij de AOS die door de docenten nagekeken wordt en de externe cursussen. De docenten zijn actief met externe cursussen, (kijk bij Presentaties naar Yvonne Esser, Els Anthonissen en Gerard van Holland) met en zonder deelname van Jan, maar de ervaringen worden wel besproken. Daarnaast zijn er supervisie bijeenkomsten waar inhoudelijk op de stof wordt ingegaan of er wordt geoefend.

In 2012 is gestart met de theorie cursus voor twee docenten in opleiding en is de theorie cursus voor AOT'ers opnieuw gehouden. De Raad van Advies is uitgebreid met twee nieuwe leden, Henri Does en Ad Kaptein. Welkom!

Op inhoudelijk vlak was er aan het eind van het jaar een tweede keer een uitnodiging voor een lezing over hyperventilatie en dysfunctioneel ademen op het jaarlijks congres van de Belgische Vereniging voor Pneumologie. De eerste keer was in 2006 en toen was er een soort ongeloof bij het gehoor van fysiotherapeuten en longartsen over het gebruik van een manuele beoordeling van de adembeweging. Deze keer was er meer nieuwe informatie en het gehoor receptiever.

De Vereniging (VDV)

De Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie is op 7 juli 2006 opgericht. Leden kunnen zijn degenen die de opleiding AOT hebben afgerond met een certificaat en voldoen aan de kwaliteitseisen van de AOS en hier ook bij zijn aangesloten (AOS/VDV), leden die alleen lid zijn van de vereniging (VDV) en aspirant-leden, degenen die tenminste het eerste jaar van de opleiding hebben afgerond. De VDV telt 137 registerleden (AOS/VDV), 17 VDV leden en 35 student-leden.

De **Commissie Contacten Zorgverzekeraars** is dit jaar in februari bij elkaar geweest om de laatste ontwikkelingen rondom de kwaliteitseisen van UVIT aan complementaire zorg te bespreken. Er is dit jaar een aantal malen vergaderd door de gezamenlijke koepel die vanuit VGZ verplicht is gesteld. De Groep Complementaire Beweegzorg (GCBZ) omvat Chiropractoren, Manueel therapeuten, Craniosacraal therapeuten, Osteopaten, Haptonomen en Van Dixhoorn therapeuten. Jan van Dixhoorn is hiervoor de eerste contactpersoon en wordt ondersteund door Gerard van Holland en Yvonne Esser. Dit jaar zijn er duidelijke afspraken gemaakt. Het doel is de kwaliteit van de alternatieve beweegzorg te borgen en transparantie te bieden aan de verzekeren van de coöperatie VGZ. Yvonne Esser verwoordt het gedachtegoed van de AOT bij de bezoeken aan de zorgverzekeraars. De contacten worden indien wenselijk samen met de lokale contactpersoon bezocht. Dit jaar is Menzis en Achmea bezocht om de contacten te stabiliseren en Zorg&Zekerheid om de mogelijke vergoeding AOT te bespreken. De bijgewerkte lijst van zorgverzekeraars die AOT vergoeden is te vinden op het open gedeelte van de verenigingswebsite: www.vandixhoornvereniging.nl. Belangrijk dit jaar was dat we een eigen classificatie hebben gekregen n.l. "Adem- en Ontspanningstherapie van Dixhoorn".

Voorheen stonden wij bij Vektis en in de zorggids vermeld als natuurgenezer.

Er zijn in 2012 vier **nieuwsbrieven** van het VDV-bestuur verstuurd, met onder andere informatie over themabijeenkomsten en het symposium, de vermelding bij Vektis en in de zorggids onder alternatieve beweegzorg subzorgsoort Adem- en Ontspanningstherapie Van Dixhoorn, de BTW-plicht voor wel en niet BIG-geregistreerden en de nieuwsgroep "Ademtherapie" op LinkedIn.

Er zijn in 2012 vier **themabijeenkomsten** geweest (zie onder 'themagerichte interview'). Het bestuur heeft zich verder in 2012 o.a. bezig gehouden met het organiseren van een symposium met als onderwerp Burn-out, en het herschrijven van de klachtenfolder die gebruikt kan worden bij de bedrijfsvoering van de leden. Er zijn verschillende werkgroepen opgestart die vanuit het resultatenproject gegevens gaan invoeren en analyseren. Door de resultaten te publiceren hopen wij meer bekendheid te geven aan de AOT.

Bestuursfuncties. Tijdens de ALV op 10 november 2012 is besloten een blijvende vergoedingsstructuur te hanteren voor de bestuursleden. Dit omdat er steeds meer een groeiende professionalisering van de beroepsvereniging ontstaat, wat een toenemend aantal taken met zich meebrengt. Tijdens de Algemene Ledenvergadering heeft Birgit Hilverink haar bestuursfunctie als penningmeester neergelegd. Wij zijn blij dat Imca Abma zich beschikbaar heeft gesteld voor deze functie. Het VDV-bestuur bestaat nu uit Jacqueline de Klerk, voorzitter, Margo Muijselaar, secretaris en Imca Abma, penningmeester.

De AOS/Centrum/VDV zijn bezig voor een verbinding tussen de website van het Centrum, de AOS en de VDV. Er komt een soort voorportaal waarbij gekozen zal kunnen worden naar welke website men wil.

De Stichting (AOS) bestaat 10 jaar in 2012!

Op 18 maart 2002 is de Stichting via een notariële akte opgericht met als officiële naam: Adem- en Ontspanning Stichting, methode Van Dixhoorn. In 2012 bestond de AOS dus 10 jaar. De reden voor oprichting was het herhaald commentaar van de Raad van Advies, elk jaar bij de certificering, dat de kwaliteit van de beoefening ook na de opleiding gecontroleerd diende te worden. Dat is dan ook de belangrijkste doelstelling van de AOS. Dat doen we door een register bij te houden van behandelaren die aan onze kwaliteitseisen voldoen, te raadplegen via de website. Het jaarrapport 2011 is verschenen in 2012 en dat is de tweede lustrum uitgave geworden.

De kwaliteitsborging is belangrijk voor vergoeding door de zorgverzekeraars. De contacten met de zorgverzekeraars lopen via de Vereniging, maar de kwaliteitsborging dient door een onafhankelijk orgaan te worden uitgevoerd. Daarom speelt de stichting AOS een noodzakelijke rol. Door de coöperatie VGZ is in 2012 een bundeling van stichtingen verplicht gesteld die elk de kwaliteit van de leden van hun lidverenigingen toetsen en bewaken. De **Groep Complementaire BeweegZorg (GCBZ)** werd daartoe gevormd. Naast de AOS voor de Adem en Ontspanning therapeuten, zijn stichtingen voor Chiropractoren, Manueel therapeuten, Osteopathen, Haptotherapeuten en Craniosacraal therapeuten aangesloten. Het zijn allemaal beroepsopleidingen op tenminste HBO niveau. Hoewel ze vallen onder de noemer alternatieve zorg binnen het aanvullend pakket, is het niveau daarom hoger dan binnen de alternatieve opleidingen gebruikelijk is. Samen met de Haptotherapeuten geldt alleen voor de Adem en Ontspannings-therapeuten dat een HBO vooropleiding op psychosociaal gebied volstaat om voor ver-

goeding in aanmerking te komen. Voor de anderen is een paramedische vooropleiding vereist.

Hoewel wij tevreden mogen zijn voor wat betreft de vergoeding over onze deelname aan de GCBZ, verschillen we toch op twee essentiële punten. Ten eerste zijn veel van onze leden werkzaam **binnen de reguliere zorg** en zien de AOT als een kwalitatieve verbetering van en toevoeging aan die zorg. Betrekkelijk weinig van onze leden werken uitsluitend als AOT'er. Dat maakt de plaatsing binnen het veld van de alternatieven dubieus. Op de tweede plaats neemt het evalueren van de behandelingen een centrale plaats in binnen onze Methode. Van begin af aan is de behandelaren gevraagd in een jaarverslag aan te geven hoeveel patiënten ze hebben gezien van de diverse indicatiegroepen. Elk jaar rapporteren we daarover. De AOS is zelfs zover gegaan dat de behandelaren de mogelijkheid hebben gekregen om de uitkomsten te registreren, via het zogenaamde **Resultaten Project**. Het bestuur van de AOS heeft het volste vertrouwen in dit project en ziet de waarde ervan jaarlijks toenemen. De gegevens die sinds 2006 op die wijze zijn verzameld vormen nu een database waarmee wetenschappelijk onderzoek mogelijk is (zie onder lopend onderzoek, blz. 12). We zijn daarmee de enige beroepsgroep die van de leden verwacht dat zij hieraan bijdragen en daarmee inzicht geven bij welke indicaties welke uitkomsten worden bereikt. Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland nemen namens de AOS deel aan de vergaderingen van de GCBZ en brengen het belang van deze inhoudelijke evaluatie naar voren, maar er is tot nu toe weinig respons. Toch is dit wat een zorgverzekeraar eigenlijk zou willen weten: welke hulpverlener bij welke klachten inschakelen, maar kennelijk zijn ze hier nog niet aan toe.

In 2012 is dan ook met enthousiasme een tweede en meer uitgebreide versie van het

Resultaten Project ingevoerd. De eerste gegevens zijn ontvangen en verwerkt. Hierover wordt elders in dit rapport verslag gedaan. In 2012 is veel tijd besteed aan het ontwerpen van de **overkoepelende website** waar de drie organisaties onder vallen. Dit was moeilijker dan gedacht maar het is gelukt. De nieuwe site zal in 2013 de lucht in gaan.

Ook is in 2012 samen met de docenten begonnen aan een nieuwe "**Richtlijn groepsinstructies**", die de mogelijkheid opent om een verslag van groepsinstructies te maken als toets van bekwaamheid in plaats van een individuele casus. Dit geldt dan voor AOT'ers die alleen of vooral met groepen werken en moeite hebben een individuele casus in te dienen, de mogelijkheid te bieden een groeps-casus in te dienen. Ook dit zal in 2013 worden afgerond.

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 "Hyperventilatieklachten in de yogapraktijk", voor leden intervisiegroep, organisatie Intervisiegroep Haarlem, 28 januari 2012, door Y. Esser

Theorie- en praktijkles "Adem- en ontspanningstherapie volgens de methode Van Dixhoorn", voor studenten van de master opleiding psychosomatische fysiotherapie, organisatie Hogeschool Utrecht, 9 en 23 maart 2012, door W. van der Most

Lezing "Resultaten AOT bij Burnout", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 24 maart 2012, door M. Schreuder

Lezing "Functioneel herstelgedrag", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 24 maart 2012, door R. Vrijenhoef

Workshop "Methode Van Dixhoorn" voor psychologen Tact Adviseurs, organisatie Tact Adviseurs Hilversum, 2 april 2012, door H. Buurman

Workshop "Wat is een goede instructie?", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Utrecht, 9 juni 2012, door J. van Dixhoorn

Lezing "Heeft de complementaire zorg toegevoegde waarde?", voor leden UCN vereniging, organisatie Upledger Craniosacraal therapie Nederland, Nieuwegein, 16 juni 2012, door J. van Dixhoorn

Presentatie en workshop "Principes van AOT en toepassing bij spanning gebonden stemklachten", voor logopedisten, organisatie Kwaliteitskring Logopedie Uden Veghel, Gemert, 21 juni 2012, door E. Videler-Jongen

Lezing "Burnout en spanningsklachten", voor apothekers, diëtisten, logopedisten, psychologen, ergo-, oefen- en fysiotherapeuten, organisatie Eerste Lijn ondersteuning Delfland/ Schieland/ Westland, Delft, 13 september 2012, door M. Muijselaar

Bijscholing "Notatie Adembereik", voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 14 en 28 september 2012, door J. van Dixhoorn

Bijscholing "Notatie Adembereik", voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 17 september en 1 oktober 2012, door J. van Dixhoorn

Lezing "Spanningsregulatie in de behandeling van Burnout", voor ISMA leden en belangstellenden, organisatie ISMA, Amersfoort, 24 september 2012, door J. van Dixhoorn

Workshop "Hoe leg je de inhoud van AOT uit aan verwijzers?", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn vereniging, Utrecht, 29 september 2012, door C. en Y. Esser

Poster Presentatie "Cardiac rehabilitation: changes in quality of life, fitness and attainment of rehabilitation goals among cardiac patients, during a process-oriented cardiac rehabilitation program".
N. Huizenga, J.A. Haisma, A.J. Funke Küpper, S. de Vries-Spithoven, J.J. van Dixhoorn. Jaar Congres Vereniging voor Revalidatie Artsen (VRA), oktober 2012

Presentatie "Cardiac rehabilitation: changes in quality of life, fitness and attainment of rehabilitation goals among cardiac patients, during a process-oriented cardiac rehabilitation program".
N. Huizenga. Paramedische Dienst, Kennemer Gasthuis, Haarlem, oktober 2012

Workshop "Introductie methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten in opleiding, organisatie Yoga Academie Nederland, Amsterdam, 27 oktober 2012, door Y. Esser

Lezing "Adem- en Ontspanningstherapie, vermoeidheid versus burnout", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 10 november 2012, door M. Muijselaar

Workshop "AOT voor Muzikanten", voor muzikanten, organisatie Muziekvereniging Eendracht Maakt Macht uit Capelle aan de IJssel, Kalkar-Wissel (D), 10 november 2012, door H. Buurman

Lezing "eerste analyse Hyperventilatiegegevens", voor AOT'ers, organisatie Van Dixhoorn Vereniging, Amersfoort, 10 november 2012, door C. Bamberger, M. Bollema en Y. Esser

Lezing 'Psychofysiologische begeleiding zinvol bij SOLK', voor AOT'ers, organisatie VDV door E Kempenaar, 10 november 2012

Lezing 'Psychofysiologische begeleiding zinvol bij SOLK', voor AOT'ers, organisatie Biofeedback Vereniging Nederland door E Kempenaar, 24 november 2012

Lezing 'Dysfunctioneel ademen bij astma', voor AOT'ers, organisatie VDV door W van der Most, 10 november 2012

Workshop (3x) "Adem en Ontspanningsinstructie methode Van Dixhoorn", voor HIB zwemleiders, organisatie De Hart & Vaatgroep, Nieuwegein, 10 november 2012, door G. van Holland

Workshop "Adem en Ontspanningsinstructie methode Van Dixhoorn", voor docenten conservatoria en muziekschool, organisatie ArteZ Hogeschool voor Kunsten, 12 november 2012, door I. van Griensven

Workshop "Adem en Ontspanningsinstructie methode Van Dixhoorn", voor huisartsen, psychologen en fysiotherapeuten POH, organisatie Stichting Multidisciplinaire Zorg Houten ArteZ, Houten, 15 november 2012, door C. Roggeband

Workshop "Ademtherapie in de logopediepraktijk", voor logopedisten, organisatie E. Meerburg, logopediste, Enschede, 22 november 2012, door I. van Griensven

Lezing "Has HVS disappeared?" voor fysiotherapeuten voor longziekten, organisatie Belgische Vereniging Pneumologie, Genval (B), 30 november 2012, door J. van Dixhoorn

Poster Presentatie "Cardiac rehabilitation: changes in quality of life, fitness and attainment of rehabilitation goals among cardiac patients, during a process-oriented cardiac rehabilitation program".
N. Huizenga, J.A. Haisma, A.J. Funke Küpper, S. de Vries-Spithoven, J.J. van Dixhoorn. Congres Hartrevalidatie, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, december 2012

Workshop "AOT voor musici", leden van Big Band Heerlen, organisatie Big Band Muziekschool Heerlen, 20 december 2012, door M. Mommers.

Introductie cursus

De opzet van deze cursus is om de methodiek van de AOT bekend te maken. Het houdt een aantal bijeenkomsten in van tenminste 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 "Behandel mogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten", voor paramedici, organisatie REOS, Leiden, 11, 18 januari en 1 februari 2012, door J. van Dixhoorn en Y. Esser

Cursus "Adem en ontspanning: inzichten uit de methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten, organisatie Centrum voor AOT Amersfoort, Maarssen, periode januari t/m juni 2012, door Y. Esser

Training "Training musici", voor orkest musici, organisatie gemeente Aken, Aken (D), mei 2012, door M. Mommers

Cursus 'Introductie Ademtherapie' in de opleiding tot hartcoherentie therapeut, organisatie GGZ Opleidingen, Eindhoven, drie middagen op 20-4, 11-5 en 1-6; daarna op 16/11, 30/11 en 14/12, door E. Kempenaar.

Cursus "Behandel mogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten, voor paramedici, organisatie Hogeschool Utrecht, Utrecht, 13, 20 september, en 4 oktober 2012, door J. van Dixhoorn en G. van Holland

Cursus "Extra nascholingsdagen methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten, organisatie Centrum voor AOT Amersfoort, Maarssen, 28 september, 7 december en 11 januari 2012, door Y. Esser

Training "Yoga/AOT voor musici", voor musici, organisatie Gesundheits Beraterin für Musiker Stadt Aachen, Aken (D), september t/m december 2012, door M. Mommers

Cursus "Ademregulatie in de praktijk", voor paramedici, organisatie Nederlands Paramedisch Instituut, Arnhem, 31 oktober, 7 en 21 november 2012, door A.T.M. Bernards, Y. Esser en G. van Holland

Module "AOT, Methode van Dixhoorn", voor HBO studenten paramedische beroepen, organisatie Hogeschool Arnhem / Nijmegen, najaar 2012, door E. Anthonissen.

Publicaties

Jan van Dixhoorn, **NHG-Standaard Angst**. Ingezonden. Huisarts en Wetenschap, 2012, 55-5: 235.

Nienke Huizenga, **Cardiac Rehabilitation: changes in quality of life, fitness and attainment of rehabilitation goals among cardiac patients, during a process oriented cardiac rehabilitation program**. Verslag Wetenschappelijke stage, Kennemer Gasthuis, Linnaeus Instituut, Haarlem 2012.

Lopend onderzoek

Wat is het nut van de Nijmeegse Vragenlijst bij de evaluatie van onbegrepen klachten?

J. van Dixhoorn, data analyse op ruim 3000 patiënten ingevoerd via het Resultatenproject. Presentatie ISARP, Ann Arbor, USA, oktober 2008 en ISARP Athene, oktober 2011, symposium AOS juni 2011. Artikel in voorbereiding

Retrospectieve analyse van procesmatige hartrevalidatie.

Analyse van 3300 hartpatiënten. Jan van Dixhoorn, Janneke Haisma, diverse studenten, Kennemer Gasthuis, Linnaeus Instituut, Haarlem. Presentatie voor jaarlijks congres Vereniging Revalidatie Artsen (VRA) oktober 2012 en Congres Hartrevalidatie Nederlandse Vereniging Cardiologie, december 2012. Artikel in voorbereiding

Klinische effectiviteit van spanningsregulatie bij burn-out, Jan van Dixhoorn, Marcella Schreuder. Presentatie Symposium VDV, maart 2012. Artikel voor Tijdschrift Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde is geaccepteerd (2013)

Betrouwbaarheid en validiteit van de manuele beoordeling van de adembeweging

MARM (of notatie adembereik). J van Dixhoorn, Rosalba Courtney en anderen, Amersfoort en Melbourne. Presentatie RMIT University Melbourne februari 2011 en ISARP, Athene, oktober 2011

Klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie bij vermoeidheid. Margo Muijselaar, Jan van Dixhoorn. Presentatie symposium VDV oktober 2012

Klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie bij angst. Annelee Mataheru, Rikkie Overbeek, Jan van Dixhoorn. Onderzoeksproject Master studie, Hogeschool Windesheim

Klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie bij hyperventilatieklachten.

Yvonne Esser, Carlijn Bamberger, Marijke Bollema, Jan van Dixhoorn. Presentatie symposium VDV oktober 2012.

INDICATIES EN VERWIJSDREDEKENEN IN 2012

Tot nu toe is in elk jaarrapport sinds 2002 beschreven voor welke indicaties mensen worden behandeld met Adem- en Ontspanningstherapie. Deze informatie werd gehaald uit de jaarverslagen die de behandelaren elk jaar insturen. Vorig jaar is voor het eerst een analyse gemaakt van de indicaties van de cumulatieve aantallen patiënten van de afgelopen jaren. In het onderstaande worden de indicaties en verwijsoedenen over 2012 daarmee vergeleken om te zien of er een verschuiving optreedt.

Inleiding

In het jaarrapport 2011 zijn de gegevens vanuit de jaarverslagen en vanuit het Resultaten project over de afgelopen jaren cumulatief geanalyseerd. Dit geeft een indruk van de klachten en problemen waarvoor adem- en ontspanningstherapie vooral ingezet wordt en in welke mate de uitkomst positief is. Op de nieuwe website wordt in antwoord op de vraag voor welke indicaties AOT zinvol zou zijn naar deze tabel verwezen.

Daaruit bleek dat spanningsproblemen en hyperventilatieklachten nog steeds de grootste verwijsoedenen zijn en een goede uitkomst laten zien. Aan de andere kant reageren klachten van overspanning / burnout, klachten van nek, rug en thorax en spanningsklachten bij mensen met hartaandoeningen ook heel goed. De vraag is nu of deze informatie de verwijzingen heeft beïnvloed.

Globale aantallen

In de tabel zien we eerst de gerapporteerde verwijzingen over 2012, in absolute aantallen en in percentages. In de kolommen daarnaast zien we de vergelijkbare cijfers over de jaren 2008-2011. Kijken we eerst naar de totalen helemaal onderaan.

In 2012 zijn er 2748 patiënten hoofdzakelijk met AOT behandeld. Over de vier jaren daarvoor waren dat er 9798, per jaar gemiddeld 2450 patiënten. Er is dus een lichte toename in het totale aantal.

Kijken we naar de subtotalen van de vier klachtrubrieken dan valt op dat de toename

vooral zit in de spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak, de spanningsklachten zonder meer. Die categorie betrof de afgelopen vier jaren circa 50% van alle verwezen patiënten, maar dit steeg naar 60% in 2012. Daartegenover staat een daling in de drie andere rubrieken, 1% van het totaal minder in de psychische klachten en de klachten van het bewegingsapparaat, maar ruim 5% van het totaal minder in de klachten met somatische oorzaak.

Aantallen per klachtgebied

Wat betreft de subcategorieën per rubriek zien we een opvallend verschijnsel. Er is een duidelijke toename in de twee grootste verwijsoedenen. Spanningsproblemen stijgen van 15% van het totaal naar 19% en hyperventilatieklachten stijgen van 18% naar 22%! Het lijkt er eerder op dat er een **vernaauwing optreedt in de indicaties** dan een verbreding. Alle andere subcategorieën in deze rubriek zakken iets, zelfs de klachten bij overspanning / burnout waarover in 2012 twee presentaties zijn gehouden en opvallend goede uitkomsten zijn gevonden.

In de rubriek psychische klachten zien we een stabiel aantal van patiënten met angst, paniek of fobie. Depressie en post traumatische klachten nemen iets af.

In de rubriek bewegingsapparaat zien we stabiliteit in klachten van onder- en bovenrug, borstkas en functionele ademproblemen. Zij waren en zijn het leeuwendeel van de klacht-

gebieden in deze rubriek. Ze hebben inderdaad een goede uitkomst, zoals vorig jaar is vastgesteld.

De grootste daling is te zien in klachten met een specifieke oorzaak. Dit is in elk van de klachtgebieden te zien, maar het sterkst in de groep waar de uitkomsten het beste waren, patiënten met hartaandoeningen.

Wat betekenen deze aantallen?

Elk jaar sturen meer behandelaren een jaarverslag in, de uitkomsten lijken daarom wel representatief te zijn. Het zijn zeker geen gelidige aantallen in absolute zin. Er zijn veel meer behandelaren die AOT toepassen, maar van wie we geen gegevens hebben: òf ze zijn na certificering niet geregistreerd gebleven, òf ze hebben de opleiding niet afgemaakt, maar passen de methode wel toe. We kunnen niet zeker zeggen of dit gevolgen heeft voor de onderlinge verhouding van de verwijfsredenen.

In de afgelopen jaren is die onderlinge ver-

houding tussen indicaties wel steeds stabiel gebleven. De huidige verschuiving is opvallend en zou het gevolg kunnen zijn van verandering in de werkelijke verwijfsingen. De 'vernauwing' kan betekenen dat de succesvolle indicaties zich stabiliseren. Dat geldt dus voor spanningsproblemen en hyperventilatieklachten, maar ook voor klachten aan onder en bovenrug en voor thoracale en functionele ademklachten, zoals (prikkel)hoest en benauwd bij inspanning. Ook angst en klachten bij long aandoeningen blijven een stabiele toepassing, terwijl spanningsklachten bij hart- en vaat aandoeningen opvallend afnemen. Het is opvallend dat 'hyperventilatieklachten' nog steeds gebruikt wordt als verwijfsreden en kennelijk nog steeds als klachtpatroon wordt herkend en benoemd. Het is jammer dat burn-out/overspanning niet toeneemt als indicatie, terwijl het effect op de klachten zo duidelijk is. In elk geval is er geen teken dat de toepassing van AOT zich aan het verbreden is.

Tabel 1. Toepassingen en uitkomsten van AOT 2012

2012

2008-2011

Spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
0. niet onder te brengen	94	3,4	170	1,7
1. Spanningsproblemen	531	19,3	1509	15,4
2. Hyperventilatie	617	22,5	1744	17,8
3. Burn-out / Overspanning	177	6,4	728	7,4
4. Vermoeidheid, ME	57	2,1	178	1,8
5. Hoofdpijn	115	4,2	523	5,3
6. Slaapstoornissen	46	1,7	193	2,0
7. Aandachtsproblemen (concentratie, piekeren)	20	0,7	99	1,0
Totaal	1657	60,3	5144	52,5
Psychische problemen				
0. niet onder te brengen	23	0,8	90	0,9
1. Angsten, Paniek, Fobie	158	5,7	546	5,6
2. Depressie	34	1,2	203	2,1
3. Traumaverwerking	21	0,8	115	1,2
4. Boulimie, Anorexia	4	0,1		
Totaal	240	8,7	954	9,7
Functionele problemen van houding, adem en beweging				
0. niet onder te brengen	38	1,4	96	1,0
1. Onderrug	94	3,4	334	3,4
2. Arm, nek en schouders (CANS / RSI)	156	5,7	540	5,5
3. Borstkas	20	0,7	82	0,8
4. Fibromyalgie	39	1,4	166	1,7
5. Whiplash	21	0,8	132	1,3
6. Chronische pijn	60	2,2	312	3,2
7. Ademproblemen	119	4,3	395	4,0
8. Stemklachten	25	0,9	87	0,9
Totaal	572	20,8	2144	21,9
Spanningsproblemen met specifieke somatische oorzaken				
0. niet onder te brengen	35	1,3	77	0,8
1. Longaandoening (astma, COPD)	95	3,5	383	3,9
2. Hart- en vaataandoeningen	33	1,2	413	4,2
3. Neurologische aandoeningen	45	1,6	235	2,4
4. Bewegingsapparaat	28	1,0	152	1,6
5. Postoperatieve behandelingen	2	0,1	27	0,3
6. Kanker	26	0,9	132	1,3
7. Buik- en continentieproblematiek	15	0,5	137	1,4
Totaal	279	10,2	1556	15,9
Totaal	2748		9798	

Procesmatig handelen bij spanningsklachten is het handelsmerk van de AOT: al onderzoekend behandelen, al behandelend evalueren en onderzoeken. Welke van het hele scala aan klachten van een bepaald probleemgebied reageren op ontspannen, welke individuele cliënten hebben voldoende aan spanningsregulatie, zijn er stressbronnen die een gunstig effect tegen gaan, dat zijn de vragen die wij in de praktijk willen beantwoorden. Stelselmatig en herhaaldelijk evalueren hoort bij professionele toepassing van spanningsregulatie en daarom is het niet verwonderlijk dat we de mogelijkheid bieden om de uitkomsten van behandeling centraal te registreren: het Resultaten Project. Er wordt veel gebruik van gemaakt en levert veel informatie op. De behandelpraktijk als basis voor observationeel onderzoek.

Observationeel onderzoek

In het huidige 'evidence based' tijdperk lijkt aan de ene kant een sterke waardering voor uitkomsten van onderzoek te bestaan, maar lijkt aan de andere kant de beeldvorming van onderzoek in de gezondheidszorg beperkt te zijn tot effectonderzoek en *clinical trials*. De behandelaar dient vooral onderbouwde en bewezen effectieve technieken te gebruiken, maar staat in de eigen praktijk ver af van het toetsen van de eigen handelingen.

'Onderzoekers', ergens anders, in gesubsidieerde centra, dienen te bewijzen dat wat wij doen, in onze praktijk, goed is. Daarmee maakt men **twee dure vergissingen**.

Ten eerste is een *clinical trial* van een bepaalde behandeltechniek inderdaad een hele onderneming, vraagt een flinke toeloop van een bepaalde cliëntenstroom en is in de behandelpraktijk niet makkelijk uit te voeren. Het veronderstelt echter dat al ruim ervaring is opgedaan met de techniek en dat vrij duidelijk is bij welke mensen en welke klachten toepassing zinvol lijkt. In de trial worden vervolgens de precieze indicaties en inclusiecriteria geformuleerd, en de uitvoering geprotocoliseerd, zoals volgens de ervaring tot nu toe het beste lijkt. De behandeling wordt vergeleken met de standaard behandeling tot nu toe, zodat de toegevoegde waarde kan worden vastgesteld. Met andere woorden, effect

onderzoek vindt plaats in de eindfase, als er al voldoende aanwijzingen en ervaringen zijn met de mogelijke uitkomsten.

Observationeel onderzoek is echter een voorwaarde voor effectonderzoek, vindt plaats in de beginfase van het toetsingsproces, waarin men ervaringen op doet, verzamelt en registreert. Wat betreft onze procesmatige en multidimensionale toepassing van spanningsregulatie staan we aan een dergelijk begin. Er is weliswaar al heel veel onderzoek naar ontspanning gedaan, maar dat gaat vooral over unimodale benaderingen. De uitkomsten kunnen de effecten van AOT ondersteunen, maar kunnen onderzoek naar onze methode niet vervangen! Het is aan ons zelf om ervaringen te documenteren met de toepassing in onze eigen praktijksituatie. Dit objectiveren wij door middel van "klinische effectiviteit" en de mogelijkheid deel te nemen aan het Resultaten Project. De vergissing is dat men de voorbereidende fase van onderzoek overslaat en onderwaardeert, die juist in de behandelpraktijk thuishoort. De tweede vergissing is dat de toegevoegde waarde van AOT alleen afhangt van de effectiviteit. Een *clinical trial* is gericht op te objectiveren technieken, het veronderstelt dat 'de techniek werkt' en dat een heilzame werking gevolg is van een correcte uitvoering van de techniek of dosering in geval van medicatie. Technieken voor spanningsregulatie zijn ech-

ter geen sterke prikkels die 'werken', het zijn **uitnodigingen tot bewustwording**. Wij stemmen de aard en sterkte van de prikkel / interventie voortdurend af op het individu en spelen met de dosering, al zoekende naar een ingang. Wanneer de behandelaar geen respons waarneemt, gaan we de prikkelsterkte niet vergroten, maar juist verkleinen, zodat de aandacht van de deelnemer opener wordt. Daarom is even belangrijk, niet alleen 'wat' je doet, maar ook 'hoe' je het doet. De gevoeligheid van de behandelaar is belangrijk, even belangrijk als de gevoeligheid van de patiënt. We onderzoeken in de praktijk niet alleen of een bepaalde techniek werkt, maar vooral de **responsiviteit van de cliënt**: waar is de deelnemer vatbaar voor, wat is een ingang voor zelfregulatie, maar welke factoren in de context weerhouden een gunstig effect en zouden reden voor een andere behandeling zijn. Deze vraag is in alle casuïstiek te herkennen. Een beperkt effect van AOT is dus geen mislukking, maar geeft informatie over de achtergrond van de klacht. De vraag is of het natuurlijk vermogen tot zelfregulatie van spanning voldoende aanwezig is bij een patiënt. De gedachte is dat wanneer het biologisch vermogen tot zelfzorg, zoals Nol Bernards dat omschrijft, onvoldoende is, alle andere mogelijke therapieën minder effectief en de patiënten minder behandelbaar te zijn. Naast 'effectiviteit' is een belangrijk thema voor onderzoek, **op welk moment in een behandeltraject AOT wordt ingezet**, ten opzichte van andere of geen behandeling. In een observatie of screeningsfase als proefbehandeling, of vanwege een toegevoegde waarde in een multidisciplinaire aanpak van een deels stress gerelateerd probleem, of in de laatste fase als specifieke therapie voor resterende spanningsklachten / verschijnselen. Het is een vergissing deze vraag over te slaan.

Het Resultaten Project is een vorm van observationeel onderzoek waarin informatie voor- en na een behandeling wordt

gezocht. De nadruk van onze opzet ligt op de klachten, die we in detail en concreet uitvragen en onderbrengen in een rubriek, maar niet herleiden tot / samenvatten in een diagnose. We behandelen niet 'hyperventilatie' of 'burnout' maar inventariseren de klachten. Welke klachten reageren gunstig en lijken een terechte verwijzing voor AOT te zijn geweest. De vraag is niet of AOT werkt, maar bij welke klachten spanningsregulatie voldoende blijkt te zijn, of dat er stressoren zijn die de spanning en bepaalde klachten volhouden. We doen metingen (van begin af aan de NVL) en zijn deze gaan uitbreiden (met ATL, MARM) om de aard van de spanning en de veranderingen tijdens de behandeling te objectiveren. We willen daarmee basisinformatie genereren waarmee elke behandelaar kan zeggen: bij die en die klachten boek ik goede resultaten. We zoeken zinvolle informatie voor verwijzers om te beslissen welke behandelaar zij een patiënt met bepaalde klachten adviseren.

Versie 1.0: 2006-2011

De eerste versie is volgens de principes van elke goede registratie opgezet: om informatie van zoveel mogelijk behandelde patiënten te krijgen is maximale medewerking nodig en dient de **moeite van het invoeren zo klein mogelijk** te zijn. Er werd dus het minimum aan informatie gevraagd. Het invoeren kostte weinig tijd en betrof alleen basisinformatie. Dit werkte goed. Het aantal deelnemende behandelaren groeide per jaar en vooral de behandelaren die in principe alle patiënten invoerden nam toe. De AOS is allen veel waardering en dank verschuldigd voor hun inzet. Maar we hopen hier duidelijk te maken dat deze inzet uiteindelijk allen ten goede komt.

Wanneer we kijken naar het tijdsinterval tussen opeenvolgend ingevoerde records, dan was dat ongeveer 10 minuten per patiënt. In een uur konden zo'n 5 patiënten verwerkt worden. Veel behandelaren deden het invoeren aan het eind van het jaar, alle patiënten

tegelijktijd in plaats van elke patiënt direct na afsluiten van de behandeling. Het bleek dat behandelaren met echt grote praktijken of degenen, die al verplicht veel moesten rapporteren er niet toe kwamen of het niet volhielden. Om circa 40 patiënten in te voeren was de tijd van een volledige dag nodig! Als je een praktijk hebt van honderden patiënten per jaar dan kostte het vele dagen extra. In deze 5 jaren zijn gegevens van ruim 3000 patiënten ingevoerd. Wanneer we dit vergelijken met de informatie over indicaties uit de jaarverslagen, zoals in vorige jaarrapporten is gedaan, dan blijkt de verdeling over de indicaties hetzelfde te zijn. Er was een aantal behandelaren die alle patiënten invoerden, en een groter aantal dat incidenteel patiënten invoerden. Wanneer we deze 'groot' en 'klein' invoerders vergelijken dan blijkt er geen verschil in indicaties, noch in de uitkomsten en effecten. We kunnen er inmiddels van uitgaan dat de informatie over behandelingen uit het Resultaten Project representatief is voor de AOT behandeling in het algemeen.

Gebruik van de database

Eerste gebruik. Er is een jaarlijks groeiende database ontstaan die op diverse manieren is benut en benut gaat worden. Om te beginnen is het de basis voor jaarlijkse rapportage, zoals ook deze tekst, waarin steeds een ander aspect is uitgelicht. In het vorige jaarrapport (2011) werd gevonden dat een aantal indicaties een goed effect lieten zien bij 70% of meer en ook vaak een verwijfsreden waren (spanningsproblemen en hyperventilatieklachten). Andere klachten daarentegen toonden een even goede uitkomst, maar waren veel minder vaak een verwijfsreden (bv. burnout, rug-, nek- en borstklachten, hoofdpijn, slaapproblemen en spanningsklachten bij patiënten met een hart-vaat aandoening). Deze bevinding is vrij stabiel en zou een reden kunnen zijn onze folders en andere PR te herzien. Op de website staat onder 'indicaties voor AOT' de tabel uit jaarrapport 2011.

Tweede gebruik. De uitkomsten zijn gebruikt in diverse **presentaties**. Bijvoorbeeld een presentatie voor het PPZ (Paramedisch Platform Zorgverzekeraars) in 2007, op grond waarvan zij tot vergoeding zijn overgegaan. De uitkomsten lieten zien dat de zorgbehoefte afnam en dat we tijdig stoppen, d.w.z. het gemiddeld aantal sessies is laag. Op het congres 'AOT aan de tand gevoeld' in 2008 werd de mogelijkheid om een proefbehandeling met AOT te gebruiken als **screeningsinstrument** naar voren gebracht. Om de rol van beperkende voorwaarden t.o.v. interne zelfregulatie te onderzoeken kon de variabele 'voorwaarde' in het Resultaten Project gebruikt worden. De veranderingen in de Nijmeegse Vragenlijst (NVL) onderbouwden de differentiatie in uitkomsten naar de antwoordmogelijkheden van deze variabele. In de congressen van de ISARP (International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology) werd in 2008 (Ann Arbor, USA) en in 2011 (Athene) de data uit het RP gebruikt om de Nijmeegse vragenlijst als meting van spanning bij onverklaarde klachten te presenteren. De NVL is geen diagnosticum van hyperventilatie, maar meet functionele ademklachten.

Derde gebruik. Onder begeleiding van Dr Ruud Bosscher, Bewegingswetenschappen VU, is de database gebruikt voor analyse van de **klinische effectiviteit**. Jennie Wakker was de eerste die dit deed in 2008, in haar afstudeerscriptie als student bewegingswetenschappen, op grond van data uit de praktijk van Els Anthonissen, een van de docenten. Zij ontving een prijs hiervoor vanuit de PMT. De statistische methode van *clinical significance* gebruikt een vragenlijst voor en na behandeling om de patiënten te kunnen indelen in degenen die achteruit gingen, onveranderd bleven, werkelijk verbeterden of herstelden tot normaal functioneren. Deze analysemethode is ontwikkeld om in individuele psychotherapiepraktijken te kunnen evalueren: hoeveel patiënten hadden echt en voldoende baat en hoeveel niet? Het gaat dan niet om de speci-

fieke werkzaamheid van een techniek, maar om de effectiviteit van een bepaalde setting, inclusief de persoon en vaardigheid van de behandelaar, de patiënten die verwezen worden, etc. Deze indeling van patiënten is relevanter dan gemiddelde waarden op metingen voor en na therapie, ten opzichte van een controle behandeling, waarmee een behandeling in een *clinical trial* meestal wordt getoetst. Gemiddeld statistisch hoog significant effect zegt nog steeds niet bij **hoeveel patiënten verwijzing terecht** is gebleken en de abnormale waarde werd genormaliseerd. Dat was een hoofddoel van het Resultaten Project. Uit het onderzoek van Jennie bleek dat van de patiënten met spanningsproblemen en hyperventilatieklachten circa 70% werkelijk verbeterd of hersteld waren. Dit is een goed resultaat, op zijn minst vergelijkbaar met wat met psychotherapie wordt gevonden, en overeenkomstig de klinische inschatting van onze behandelaren. Bij circa driekwart van verwezen patiënten in een bepaald klachtgebied was het probleem opgelost, bij anderen, zoals patiënten met angst, was het probleem complexer en lag dit percentage lager. Deze statistische benadering kunnen we in het vervolg goed gebruiken!

Vierde gebruik. Een geheel andere benadering is het **onderzoeken van de diverse klachten**, waarvan in het Resultaten Project per klacht wordt aangegeven, is het verdwenen, sterk verbeterd, licht verbeterd, onveranderd of verslechterd. De klachten worden omschreven in een open veld. Hoe gaan we met deze informatie om? In de winter van 2011 heb ik een procedure gemaakt waarbij, 1) de omschrijvingen van alle klachten op een kwalitatieve manier herleid worden tot bepaalde rubrieken, en 2) waarvan per rubriek de veranderingen gecodeerd worden, van verdwenen =1 tot achteruit gegaan=5. Op die manier kunnen we zien, bijvoorbeeld, welke klachtrubrieken door de behandelaren onder 'hyperventilatie' worden genoemd, en ook, welke van deze rubrieken juist goed of juist

minder goed reageren. Hier zijn een aantal enthousiaste AOT'ers mee aan de slag gegaan.

In het afgelopen jaar zijn op deze wijze alle patiënten van de afgelopen vijf jaar uit de **rubriek burnout en vermoeidheid** onderzocht door enthousiaste AOT'ers. Eerst door Marcella Schreuder, die alle via het RP ingevoerde patiënten verwerkt en nu de klachten van onderzocht 145 burnout patiënten onderzocht. Daarna door Margo Muijselaar, die naast bestuurslid ook een werkstuk in het kader van de docentenopleiding maakt en de klachten van 43 patiënten met vermoeidheid onderzocht. Zij hebben de uitkomsten gepresenteerd op twee bijeenkomsten van de VDV (zie onder themagerichte bijeenkomsten). Marcella vond dat onder burnout een heel scala van klachten schuil ging naast moeheid, zoals gespannenheid, ademproblemen en slecht slapen, die vaak sterk verbeterden. Margo vond daarentegen dat onder vermoeidheid de voornaamste klacht inderdaad vermoeidheid was en dat deze matig goed reageerde. De twee groepen verschilden dus aanmerkelijk in geschiktheid voor spanningsregulatie. Er bleek geen verschil te bestaan in sexe, leeftijd en scores op de vragenlijsten tussen burnout en vermoeidheid. Patiënten met burnout hebben vaker een baan en zitten praktisch allemaal in de ziektewet bij aanvang, maar patiënten met vermoeidheid die een baan hebben werken op het moment van behandeling veel vaker. Ook bleek er groot verschil in de rol van de beperkende voorwaarden tussen de twee groepen ten aanzien van de behandeluitkomst.

Op deze wijze gaan in de toekomst de patiënten met andere klachten ook onderzocht en geanalyseerd worden. Eigenlijk zijn alle subcategorieën waar een flink aantal patiënten van is geschikt om bekeken te worden. Het wachten is op AOT'ers die geïnteresseerd zijn in een bepaald klachtgebied. De database is een bron van informatie! Patiënten met

hyperventilatieklachten worden inmiddels bekeken door een werkgroepje onder leiding van Yvonne Esser, een van de docenten. Patiënten met angst, paniek, fobie zijn onderwerp van een onderzoeksproject om een master te halen door Annelee Mataheru en Rikkie Overbeek, beide docent aan Hogeschool Windesheim. Patiënten met functionele stemproblemen zijn onderwerp van een werkgroepje onder leiding van Miriam Helsper, ook in het kader van de docentopleiding. Patiënten met slaapproblemen worden onderzocht door Margo Muijselaar en Jacqueline de Klerk, die als scheidend voorzitter van de VDV hier tijd voor gaat nemen.

Vijfde gebruik. Een eenmalige toepassing is geweest dat we vragen hebben toegevoegd om een specifieke vraag te beantwoorden. In versie 1.0 werden de items van de ATL (Algemene Toestand Lijst) stuk voor stuk opgenomen. Dit was de basis voor het onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de ATL door Ruud Bosscher. Hierover sprak hij op het congres van 2011 (zie jaarrapport 2011), waarmee de vraag is beantwoord. Voortaan gebruiken we alleen de somscore en de drie subscores.

Vorbereiding naar versie 2.0

Al met al is het minimum aan behandelgegevens dat verzameld is van meer dan 3000 patiënten van 2006 t/m 2011 een waardevolle bron van informatie, waaruit ook in de toekomst geput kan worden. Desondanks is het werkelijk een minimum aan gegevens en de behandelaren probeerden toch vaak meer informatie kwijt te raken, bijvoorbeeld over de aard van de omstandigheden, over de medebehandeling en over de processen. Er kwamen nieuwe metingen bij, zoals de MARM (Manual Assessment of Respiratory Motion) die steeds duidelijker een nuttig evaluatie instrument bleek te zijn, de ATL die een bredere en meer algemene meting van overspanning was dan de NVL. De waarde van aparte subscores van

de NVL kwam naar voren.

In 2009 werd het invoerscherm geëvalueerd op het congres van de AOS in twee workshops voor alle deelnemers. Men was het erover eens dat het beste toch is om de behandelgegevens in te voeren direct bij afsluiting en dat dit in de praktijk haalbaar is. Daardoor is het makkelijker om meer informatie te vragen, omdat die op dat moment voorhanden is en/of vers in het geheugen ligt. Daar was men over het algemeen sterk voor. De bovengenoemde metingen konden opgenomen worden. Er was behoefte aan meer open velden om individuele informatie kwijt te kunnen. Bij de presentatie van het invoerscherm in het 3e jaar kwam de vraag of er een rapportje gemaakt kon worden van alle gegevens, om te gebruiken voor een bericht naar de verwijzer.

MARM en NVL subscore

Een voorproefje van wat mogelijk wordt met een uitbreiding van de gegevens werd duidelijk toen met Els Anthonissen werd afgesproken dat zij de database van door haar ingevoerde patiëntgegevens ging aanvullen met de subscores van de NVL en de MARM gegevens. Deze had zij voorradig sinds ze in haar eigen verslagleggingprogramma waren opgenomen. Geleidelijk aan was haar opgevallen dat dyspnoe vooral aanwezig was als de MARM een hoog thoracale adembeweging liet zien, en dat verbetering in beide gelijk op ging. Met de zelfde hypothese was ik in 2006 geëindigd in een lezing voor de Belgische Pneumologie vereniging om *Dysfunctional Breathing* te definiëren. Rosalba Courtney deed onderzoek naar dysfunctional breathing, had van mij de MARM geleerd en deze gevalideerd. Ze gebruikte dankbaar de data van Els. We hebben ze geanalyseerd en een artikel gepubliceerd in het Journal of Asthma, dat het slotstuk werd van haar dissertatie, Melbourne in 2011. Het bleek dat hoge scores op de subscore dyspnoe van de NVL inderdaad samenhangen met de MARM. Een dysfunctionele adembeweging speelt een intermedierende rol

in het effect van AOT op dyspnoe. We zouden zelfs het begrip 'hyperventilatie' kunnen gaan vervangen door de combinatie van verhoogde MARM en subscore dyspnoe.

Conceptversie 2.0

In 2010 werd een concept van versie 2.0 gemaakt en door de docenten en Marcella getoetst. De uiteindelijke versie kwam in 2011 klaar. Vanaf 2012 werd dit de standaard. Ondanks de veel langere tijd die het invoeren in 2012 kost zijn er toch gegevens van 446 patiënten ingevoerd. Een aantal trouwe invoerders staakten dat echter vanwege tijdsdruk. Bovendien werd vanaf 2012 gevraagd om alle voor AOT verwezen patiënten in te voeren, ook wanneer zij de behandeling voortijdig stopten. In de oude versie ging het om patiënten die in principe de proefbehandeling hadden afgemaakt. Daardoor was het percentage 'geen effect' opmerkelijk laag. Omdat de vraagstelling was hoeveel patiënten een 'goed' en afdoende effect hadden t.o.v. een beperkt effect, was dit niet zo interessant, maar anderzijds raakten deze percentages wel wat geflatteerd.

Versie 2.0

In het volgende bespreken we een aantal van de gegevens die nieuw zijn om te zien wat het oplevert. Er zijn 446 patiënten ingevoerd in 2012, nog te weinig om per klacht te gaan kijken zoals met de ruim 3000 patiënten van versie 1.0. Toch zijn we nieuwsgierig wat de wijzigingen tot nu toe laten zien.

Medebehandeling en interpreteren van resultaten

Wanneer we de veranderingen na een behandeling met AOT willen interpreteren, dan is de rol van medebehandeling van groot belang. Dit geldt bijv. voor mensen die in een multidisciplinair team werken, of die patiënten krijgen die tegelijk naar meer dan een behandelaar is doorgestuurd, of wanneer zij zelf diverse competenties inzetten. Wanneer voor

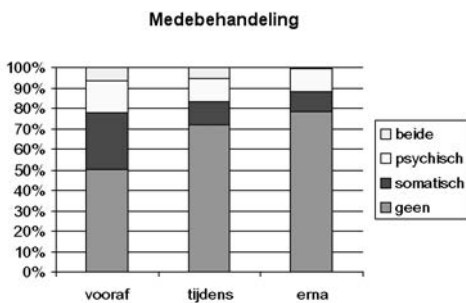
dezelfde klachten ook een andere behandelaar actief is dan geldt dit als medebehandelaar. Hoe kunnen we in dat geval interpreteren wat de rol van spanningsregulatie is geweest? Van belang is vooral het beleid, zoals in het toestemmingsformulier is omschreven, om zo min mogelijk met twee behandelingen voor dezelfde verschijnselen op het zelfde moment te starten. Daarnaast is een exacte omschrijving van het (spannings)probleem en van de processen via welke het probleem beïnvloedbaar lijkt nodig. Daartoe dient de proefbehandeling.

In versie 1.0 wordt de rol van andere hulpverlening enigszins ondervangen door de nauwkeurige **omschrijving van het probleem**. Het gaat om klachten en spanningsverschijnselen die een reden voor AOT zijn en die **mogelijk spanningsgebonden** zijn. Dat kunnen diverse klachten / verschijnselen zijn en niet per sé de hoofdklacht. De hoofdklacht en eventueel de aandoening telt in onze benadering tot de context, de beperkende voorwaarden. Deze zijn wel de basis voor het indelen in een subcategorie van klachten, maar hoeven niet het doel van de behandeling te zijn. De vraag tijdens een proefbehandeling en het behandeldoel is: te onderzoeken welke (spannings)verschijnselen reageren op spanningsregulatie. Bijvoorbeeld: iemand heeft chronisch pijn en wordt gezien door maatschappelijk werk, psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en revalidatie arts. Tijdens de AOT behandeling blijkt het accepteren van de beperking door de pijn te verbeteren. De persoon wordt actiever en laat zich minder remmen: aan dat probleem wordt door alle behandelaren gewerkt. Tegelijkertijd groeit de bereidheid meer tijd voor herstel in te ruimen en wordt herstel effectiever: onvoldoende rust nemen is een probleem waar AOT zich op richt, maar eventuele anderen mogelijk ook. Bovendien wordt de persoon bewuster van spanningen in de beweging waarmee hij zichzelf ongemerkt remt, en merkt het verschil als deze worden losgelaten: typisch een AOT pro-

bleem. De idee is dat alleen wanneer een van de anderen zich in **dezelfde periode op hetzelfde probleem richt telt deze als medebehandelaar**. Het vraagt dus goed multidisciplinair overleg met de anderen, neutrale reflectie op het eigen handelen en het onderscheiden van de processen van spanningsregulatie (zie onder). Dit stelt hoge eisen aan het teamoverleg, waarbij vooral interne en externe zelfregulatie onderscheiden dienen te worden in het gesprek. Het blijft echter een kwestie van interpretatie welke rol de invoerder toekent aan andere hulpverleners.

Medebehandeling in versie 2.0

In versie 2.0 wordt niet alleen gevraagd naar medebehandelaren in deze zin, zoals in versie 1.0, maar ook vooraf en na afloop. Het is mogelijk in een open veld in te vullen wat precies de aard van de behandeling is. Wanneer we die gegevens voor, tijdens en na vergelijken, zoals in de grafiek, dan krijgen we een indruk of AOT de behoefte aan behandeling vermindert.



Grafiek 1. Frequentie van medebehandeling vooraf, tijdens en na AOT.

Van de 446 patiënten in 2012 zijn 64 voortijdig gestopt en 382 behandeld. De helft blijkt geen enkele medebehandelaar te hebben en is de AOT de enige behandeling voor de problemen. Dit percentage neemt toe tijdens de AOT, dat wil zeggen, de AOT neemt voor een deel de voorafgaande behandeling over. Aan het einde is er geen behandeling meer voor het spanningsprobleem bij 80%. Er is een duidelijke afname van medebehandelingen, vooral van een somatische behandeling (van 104

naar 37 patiënten), en van zowel een psychische als somatische behandeling (van 24 naar 3 patiënten), maar is bescheiden voor een psychologische behandeling (van 59 naar 42 patiënten). Er lijkt dus, na een beperkt aantal sessies met AOT, een afname in zorgbehoefte voor spanningsklachten te zijn. We hebben geen informatie over de duur en het aantal behandelingen voorafgaand aan AOT, we kunnen de afname in zorgbehoefte niet kwantificeren.

Processen van spanningsregulatie

Een andere manier om de rol van AOT te verduidelijken is aan te geven welke processen op de voorgrond treden. Is het aannemelijk dat een reductie van bepaalde klachten / spanningsverschijnselen samenhangt met een bepaald proces van spanningsregulatie? Dan wijst dat op een rol van AOT. In versie 2.0 wordt van elk proces gevraagd: staat het op de voorgrond, is het duidelijk opgetreden, is het aanwezig maar vooral ondersteunend, is het onbekend, of treedt het duidelijk niet op. De uitkomsten tonen dat **alle processen gemiddeld even duidelijk aanwezig zijn**. Er zijn geen grote onderlinge verschillen. Ook blijkt dat de onderlinge correlatie vrij laag is. Er is samenhang, maar niet sterk. Geen van de processen hangt zo hoog met een of meer anderen samen dat het eigenlijk onder één noemer is te vatten. Dit komt overeen met de bevindingen die twee docenten (Ellen Roggeband en Els Anthonissen) deden in hun werkstuk waarin de processen werden geturfd in de eindverslagen van 50 cursisten (zie 'AOT aan de tand gevoeld'). Met andere woorden, **ze hebben allen bestaansrecht**. De aantallen zijn op dit moment nog te klein om te onderzoeken of de klachtrubrieken verschillen in het optreden van bepaalde processen.

Omstandigheden / beperkende voorwaarden

Tegenover de interne zelfregulatie staan de omstandigheden. Uiteraard is de context van groot belang, maar onze interesse is om te

zoeken naar de marge van regulatie van de spanning binnen het individu. In een lineaire benadering worden oorzaken van spanning bij de intake gezocht, in kaart gebracht en zo mogelijk behandeld. In onze, procesmatige benadering zoeken we eerst of het waarnemen van zichzelf en de eigen spanning tot mogelijkheden van beïnvloeding leidt en in welke mate de klachten daarop reageren, ook al blijft de context gelijk. Daarom is het verstandig in een proefbehandeling niet tegelijk andere benaderingen toe te passen (die mogelijk wel gericht zijn op verandering van de context).

De term die we daarvoor gebruiken is 'beperkende voorwaarden'. Het doel van de proefbehandeling is te onderzoeken of er spanningsbronnen zijn, stressoren, factoren die de spanningsklachten in stand houden en spanningsregulatie tegenwerken. Met andere woorden, we willen weten, welke rol deze spanningsbronnen spelen. De informatie kan in de volgende drie categorieën ondergebracht worden: 1. Ze zijn al of niet aanwezig en waargenomen, maar eigenlijk niet relevant, m.a.w. je loopt er tijdens de behandeling niet tegenaan. 2. Ze zijn wel aanwezig, maar hun invloed neemt af, ze zijn eigenlijk niet beperkend omdat ze veranderen, anders worden waargenomen of anders gehanteerd, m.a.w. er hoeft verder niet veel aandacht aan te worden besteed om de spanningsverschijnselen te verminderen. 3. De derde optie was in versie 1.0: ze zijn aanwezig en beperken de spanningsregulatie en/of het verminderen van spanningsverschijnselen. De twee andere opties, dat er een nieuw psychisch of somatisch probleem overheerst, rekenen we onder optie drie. De indeling naar beperkende voorwaarden (geen, gunstig, ongunstig) loopt niet geheel gelijk op met het **globaal effect** op de spanningsklachten. Patiënten kunnen geen echt beperkende voorwaarden hebben en toch een beperkt- of zelfs geen effect. Dan is er geen duidelijk reden voor de matige uitkomst. Ook kunnen er duidelijke spanningsbronnen

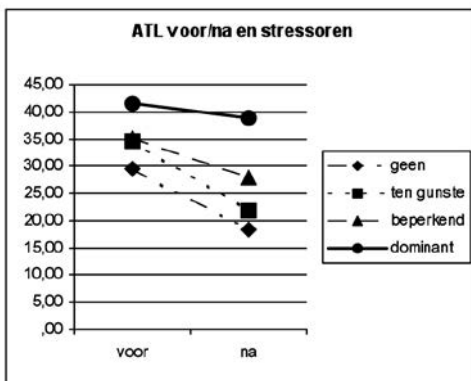
zijn en blijven, maar toch kan bijvoorbeeld de hoofdpijn sterk verbeteren. Het is daarom van belang de twee vragen, naar **globaal effect en naar beperkende voorwaarden apart te beantwoorden**.

Aanwezige stressoren worden te vaak en te makkelijk aangemerkt als 'oorzaak'. Pas wanneer je echt aanloopt tegen een spanningsbron die niet toegankelijk is voor zelfregulatie dan is dat een goede reden om te evalueren en te vragen of de AOT uitgebreid of vervangen dient te worden door een andere benadering, gericht op de stressor. In het geval van burnout, bijvoorbeeld, zegt de richtlijn voor eerstelijns hulpverleners dat de overspanning en uitputting gevolg is van stressoren, waar men niet goed mee kan omgaan. In onze uitkomsten, zoals gepresenteerd door Marcella en Margo (zie onder 'vierde gebruik'), blijken die stressoren inderdaad veel aanwezig te zijn, maar slechts bij een minderheid werkelijk blokkerend te zijn. Wanneer dat het geval is, dan is er minder vaak verbetering in de klachten, minder vaak werkherwinning, minder daling op de vragenlijsten NVL en ATL. Echter, de spanningsverschijnselen, zoals gemeten met de NVL en ATL, dalen toch. In mindere mate weliswaar, maar hoog significant. M.a.w. de spanningsregulatie lost het probleem niet op, maar heeft vaak wel zin.

Omstandigheden in versie 2.0

In versie 2.0 is de aanwezigheid van beperkende voorwaarden preciezer omschreven. Een antwoord mogelijkheid is toegevoegd: 'de omstandigheden domineren'. Dit bleek een zinvolle toevoeging! Van de 382 patiënten in 2012 waren beperkende omstandigheden aanwezig bij 120 patiënten, dat is bij minder dan een derde. Slechts bij 35 van hen werd de kwalificatie toegekend 'dominant'. Wanneer we de ATL scores bekijken voor de vier groepen in grafiek 2, dan zien we dat de kleine groep met dominante stressoren opvallend hoog scoort op de ATL, zowel bij aanvang als na afloop. Er is een zeer kleine afname, maar de ATL blijft rond de 40, dat is sterk verhoogd.

Bij degenen met beperkende, maar niet dominante voorwaarden is er een duidelijke afname (patiënten hebben wel voordeel) maar minder sterk dan bij degenen waar de stressoren ten gunste veranderden. Zij scoren gemiddeld 28, precies de grens score van normaal. Het probleem lijkt in elk geval nog niet opgelost. De behandelaar lijkt dus op goede gronden beperkende voorwaarden te kunnen differentiëren in werkelijk blokkerend (dominant) en beperkend. De toevoeging is dus zinvol.



Grafiek 2. ATL voor- en na behandeling voor de vier categorieën van beperkende voorwaarden

Wanneer we dit vergelijken met de patiënten zonder waargenomen stressoren, of met stressoren die gunstig veranderden, dan valt op dat de ATL gemiddeld tot ver onder de 28 daalt, m.a.w. de ATL normaliseert. We kunnen zeggen dat het spanningsprobleem is opgelost. De NVL toont een vergelijkbaar beeld. Ook dit strookt met de indeling.

Tussenstand

In dit hoofdstuk hebben we de tussenstand opgemaakt m.b.t. het resultaten project. De twee versies hebben beide voor en nadelen.

Het blijft echter zeer wenselijk om het aantal patiënten met beperkte gegevens in te voeren! Nog steeds zijn er klachtrubrieken met relatief zeer weinig patiënten, zoals bijvoorbeeld stemklachten, traumaverwerking, klachten van de onderrug of van de borstkas, maar waarbij in de praktijk toch een groot potentieel effect lijkt te zijn. Ook van longpatiënten zijn relatief kleine aantallen ingevoerd, terwijl dit toch een prima indicatie voor ademtherapie lijkt te zijn. We denken er aan in de toekomst beide versies, de korte en de lange, tegelijk aan te bieden en je kunt via een URL (www.ademtherapie-aos.org/resultaten/) van de ene naar de andere switchen. Versie 1.0 wordt dan iets gewijzigd, zodat de variabelen op elkaar aansluiten en de beide versies uiteindelijk in één database bij elkaar opgeteld kunnen worden. Versie 1.0 is te gebruiken als je weinig tijd en veel patiënten hebt of patiënten met weinig gegevens (voortijdig gestopt), versie 2.0 is te gebruiken wanneer je complete gegevens hebt of een patiënt met klachten die onderwerp is van onderzoek door een van de werkgroepen van behandelaren. Uiteraard blijft de grote voorkeur om alle patiënten via de lange versie in te voeren, maar **belangrijker dan veel gegevens per patiënt is om veel patiënten in de database te hebben.**

We willen iedereen bedanken voor de tot nu toe getoonde moeite en inzet, maar tegelijk met grote nadruk aanmoedigen om vooral door te gaan met invoeren van de behandelgegevens!!

CERTIFICAAT PROGRAMMA

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 en goedkeuring van het eindverslag 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 2012 tweemaal in Amersfoort gegeven en met succes afgerond door 20 deelnemers van wie een persoon de cursus herhaalde. 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. Daarnaast werd de cursus voor het eerst sinds 2009 weer georganiseerd door het NPI. Voorheen was Jan de hoofddocent, maar inmiddels kon de cursus door een van de andere docenten gegeven worden. In 2012 was dat Els Anthonissen en enkele malen was Jan aanwezig. Het werd afgerond door 18 deelnemers, van wie 8 het eindverslag hebben ingeleverd volgens de eisen van het Centrum. Zij konden de opleiding vervolgen.

Certificaatprogramma AOT

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 2012 in twee groepen gegeven en met succes afgerond door 18 personen. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

In 2012 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 een jaar later. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

REGISTER EN HERREGISTRATIE

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.

Puntenstelsel

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 2012 waren er 32 intervisiegroepen. Over het hele jaar genomen zijn de groepen gemiddeld vier maal 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 naar voren dat de meeste groepen tijd besteden aan het herhalen en oefenen van handgrepen en instructies en het bespreken van casuïstiek uit de dagelijkse 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 het symposium aan de orde gekomen zijn, onderwerpen rondom praktijkvoering AOT, invoeren van het resultatenproject en ervaringen opgedaan met andere (adem)methodes. In 2012 maakten vijf intervisie groepen gebruik van de mogelijkheid tot supervisie door een van de docenten.

Themagerichte intervisie door de VDV

In 2012 zijn er, met inbegrip van de themabespreking tijdens de ALV, vier themagerichte bijeenkomsten geweest, georganiseerd door de VDV. Naast de themabijeenkomsten is er een symposium georganiseerd. De sprekers komen veelal uit eigen kring voort.

Zaterdagochtend 18 februari 2012.

Onderwerp: **'AOT in de markthoe creëer je je eigen plek voor AOT in de gezondheidsmarkt?'**

Deze workshop werd geleid door Carel Esser, coach. De 26 aanwezige AOT'ers kregen duidelijke, heldere tips voor het benaderen van verwijzers, die bruikbaar en herkenbaar waren. De mogelijke valkuilen werden tevens uitgebreid toegelicht.

Zaterdagochtend 9 juni 2012. Onderwerp: **'Wat is een goede instructie'.**

Er waren 26 deelnemers. De door Jan van Dixhoorn geleide workshop bevatte een theoretisch en een praktisch gedeelte. Tijdens de theorie werd ingegaan op hoe je een sessie begint, hoe je een instructie formuleert en hoe een instructie is opgebouwd. In het praktijkgedeelte werd de instructie "rotatie in zit" gegeven.

Zaterdagochtend 29 september 2012,
Onderwerp: **"Hoe leg je de inhoud van**

Studiedagen / symposium

Dit betreft de nascholingsactiviteiten en de onderdelen van het Certificaatprogramma van de opleiding, dat vanaf 2010 verplicht is voor cursisten maar ook toegankelijk voor gecertificeerden. Het symposium werd in 2012 door de VDV georganiseerd.

Vanaf 2012 zijn de bijeenkomsten over **'Behandeling van patiënten met hyperventilatie en dysfunctioneel ademen'** in aansluiting aan twee ochtenden van het tweede jaar gehouden, voor de beide groepen apart. Daardoor is er meer gelegenheid voor discussie en om op specifieke vragen in te gaan. De bijeenkomsten waren op de middag op 8 en 9 en twee weken later op 22 en 23 maart. Er waren 20 deelnemers, van wie 1 gecertificeerde. In het najaar zijn deze midda-

ons vak uit aan verwijzers of doelgroepen?". Er waren 24 deelnemers.

Als voorbereiding waren er een aantal artikelen toegestuurd, waaruit de leden informatie konden gebruiken. Yvonne Esser leidde deze interactieve workshop. In de inleiding gaf zij aan welke basiskennis over AOT er nodig is voor het voeren van een gesprek. In groepjes werd er een gesprek met een verwijzer voorbereid. Dit werd later in de praktijk geoefend waarbij Carel Esser de rol van huisarts/psycholoog vervulde en tips gaf over gespreksvaardigheden.

Zaterdagmiddag 10 november 2012 in aansluiting aan de Algemene Ledenvergadering, Onderwerp: **'AOT en Wetenschap'.**

Tijdens deze bijeenkomst werd er informatie gegeven over twee recent verschenen wetenschappelijke artikelen die een relatie hebben met AOT en werden de eerste analyses van de onderzoeken naar hyperventilatie en vermoeidheid vanuit het resultatenproject gepresenteerd.

gen herhaald, op 5 en 9 november en de tweede middag op 23 en 26 november. Er waren 15 deelnemers.

Zaterdag 24 maart 2012 werd het Symposium: **'Burn-out/Vermoeidheid'** georganiseerd door de VDV. Er waren 77 deelnemers. In de eerste lezing vertelde Marcella Schreuder wat de procedure is bij het doen van onderzoek, wat de populatie is en welke klachten cliënten vertonen. Daarna besprak zij

wat de resultaten zijn van AOT bij burn-out. In de volgende lezingen ging Rosalie Vrijenhoef in op het functionele herstelgedrag en gaf Maurice de Valk meer algemene informatie over burn-out. In de middag was er een bespreking van casuïstiek.

Evenals de middagen over hyperventilatie zijn vanaf 2012 de bijeenkomsten over de **'Notatie Adem bereik of MARM'** op twee middagen gehouden in twee kleinere groepen, in aansluiting op het ochtend programma van het tweede jaar en als onderdeel van het certificaatprogramma. Dit jaar waren de eerste middagen op 14 en 17 september en de volgende middagen op 28 september en 1 oktober. Er waren 25 deelnemers, van wie 5 gecertificeerden en 1 was een introducté.

Verdiepingscursus Theorie. In 2012 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. Er werden een aantal artikelen gerefereerd, een daarvan werd opgenomen in de nieuws rubriek van de AOS, en er werden powerpoint presentaties over AOT doorgenomen. Twee artikelen werden gepresenteerd op de VDV middag na de ALV over AOT en wetenschap. Er waren 10 deelnemers, die allen voldoende aanwezig waren.

Op 21 april werd een bijeenkomst over de **'fysiologie van stress'** gehouden, waar Nol Bernards zijn visie vertelde. Dit is en blijft een waardevol onderdeel van het certificaatprogramma, gevolgd door 21 deelnemers van wie 5 gecertificeerden en 1 introducté.

Verplichte Casus, eenmaal per drie jaar

In 2012 stonden er voor de herregistratie 21 casussen op de lijst. Van hen stopte 1 met de herregistratie, 8 hadden een reden voor uitstel, en 12 werden afgerond.

Overige punten

Wat betreft het verzorgen van een presentatie of introductiecursus AOT of een publicatie, verwijzen we naar het hoofdstuk 'Presentaties' van dit rapport. Er is in 2012 bij 17 personen supervisie geweest, veelal in de vorm van supervisie van een intervisiegroep. Deze vorm lijkt goed te werken, de leden van de intervisie groepen betalen gezamenlijk een docent. Er zijn drie aanvragen geweest om opnieuw in het register te worden opgenomen en daarvoor een extra casus te maken, dat is gedaan door slechts een persoon. Een persoon heeft een jaar van de leergang herhaald.

Aansluiting bij AOS

Het register 2013 is gebaseerd op gegevens over 2012. Van de inmiddels 231 personen die de driejarige leergang hebben afgerond, hebben 137 personen zich aangesloten bij de AOS en voldaan aan de regels. Een aantal (37) past het wel toe, maar is onvoldoende gemotiveerd om zich bij de AOS aan te sluiten en aan de herregistratie eisen te voldoen. De anderen passen de AOT niet langer expliciet toe. Sommigen zijn gestopt met werken, anderen hebben het onvoldoende in hun werk kunnen toepassen, of integreren het zonder de AOT te profileren. Er is een gestage groei, elk jaar studeren nieuwe mensen af en worden ingeschreven, en elk jaar melden mensen zich af bij het register.

Het actuele register 2013 is te raadplegen op www.ademtherapie-aos.org

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

www.methodevandixhoorn.com