

Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

AOS

Jaarverslag

2013

Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard 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

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

Dit is de laatste keer dat we in een jaarverslag rapportage van de interne activiteiten combineren met verslagen die ook van algemene interesse zijn. In het vervolg publiceren we alleen de laatste en rapporteren we de interne activiteiten naar de betrokkenen. De gedachte is dat de organisatie rondom onze methode inmiddels stevig is en geen externe verantwoording behoeft.

Externe publicatie

Van algemene interesse zijn onder andere de indicaties en verwijsoorredenen, de uitkomsten van behandeling, interviews en casuïstiek. Dat is in het verleden steeds onderdeel van dit verslag geweest en dat blijft zo.

Daarnaast denken we aan teksten zoals de drie in dit jaarrapport: de master thesis over ontspanningstherapie bij angstklachten, ademklachten en dysfunctioneel ademen en procesgerichte Hartrevalidatie.

Interne rapportage

De onderdelen die naar het interne rapport verhuizen zijn vooral de opsomming van de presentaties en scholing, het certificaatprogramma en de verantwoording van het puntenstelsel waarmee we de kwaliteit van ons register onderbouwen.

Deze hopen we aan te kunnen vullen en uit te breiden, met meer specifieke informatie over de leden activiteiten.

Wij wensen u veel leesplezier en mocht u personen en/of instellingen kennen die belangstelling voor dit rapport zouden hebben of voor het externe rapport zoals dat in de toekomst zal zijn, 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 de website van de AOS. Wanneer u daar de voorkeur aan geeft of het rapport helemaal niet meer wilt ontvangen, stuur dan een bericht naar info@ademtherapie-aos.org

	pagina
Centrum - VDV - AOS	04
Presentaties en scholing AOT	10
Introductie cursus	12
Publicaties en onderzoek	13
Indicaties en verwijfsredenen in 2013	14
Interview: master thesis over ontspanningstherapie bij angstklachten	17
Ademklachten en dysfunctioneel ademen	19
Proces gerichte Hartrevalidatie	21
Casus Handgrepen bij paratonie bij een vrouw met gevorderde dementie	23
Thema gerichte werkgroepen	27
Certificaat AOT	30
Basiscursus en Certificaatprogramma	
Register en herregistratie	31
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 en gedachten in 2013

Centrum

Het opleidingscentrum bestaat als zodanig sinds 1998 en organiseerde in dat jaar het eerste nationale symposium over adem- en ontspanningstherapie, waar het boek 'Ontspanningsinstructie' werd gepresenteerd. Dit is een uitgebreid handboek dat is samen te vatten in een paar woorden: **ontspanning (instructie) is complex**. Ontspanning is meer dan een techniek om spanning te reduceren, want het is multimodaal (er zijn vele soorten middelen) en het is multidimensionaal (er zijn diverse wegen naar zelfregulatie van spanning). De gedachte was dat de ervaren professional die ontspanningsoefeningen toepast, hier concepten zou vinden die de werkelijkheid van wat er allemaal gebeurt in een behandeling of lessituatie beter zou omschrijven. Ontspanningsinstructie is niet simpel, is niet te reduceren tot een CD, maar is een complete benaderingswijze van klachten en dysfunctioneren als gevolg van overspanning.

In de jaren daarna werden de technieken en concepten toegelicht, uitgelegd, en op vele manieren publiek gemaakt. Er is een driejarige parttime opleiding ontstaan, er zijn heel veel artikelen verschenen, de concepten en lesstof werden in veel interne presentaties omgezet, het onderwijs wordt inmiddels door een aantal docenten gegeven en de gecertificeerde mensen passen de methode op vele gebieden toe. Kan de leiding van het Centrum, Jan en Irmgard van Dixhoorn, nu tevreden terugkijken en kunnen zij op hun lauweren rusten? Ja, want de structuur voor het gebruik van

onze methode is compleet en is bekend binnen veel beroepen. Maar nee, de noodzaak van de gehele opleiding van drie jaar is minder bekend. Er is behoefte aan maatschappelijke aanvaarding van de waarde van de complexiteit. Weinig mensen gaan af op hun eigen, concrete ervaring om de weg naar complexiteit te vervolgen. Er is behoefte aan objectieve, kwantitatieve argumenten.

Het afgelopen jaar werd ons duidelijk dat er een fase is aangebroken, waarin het uitleggen en toelichten van de principes en gedachten plaats gaat maken voor het **aantonen van de (meer)waarde van procesmatig handelen**. Jan is 65 geworden in 2013 en het werk in het Kennemer Gasthuis stopte. In dat ziekenhuis heeft het onderzoek naar de meerwaarde van ontspanning in de hartrevalidatie plaatsgevonden. Een ontspanningsprogramma is nu een verplicht onderdeel van hartrevalidatie, wanneer tenminste de Richtlijnen Hartrevalidatie gevolgd worden, van de eerste in 1995 tot de laatste in 2011. Daar ligt een deel van onze 'evidence base'. De toepassingsmogelijkheden en de meerwaarde van een procesmatige benadering van spanningsregulatie is veel groter. Daar komt de nadruk op. Een paar voorbeelden:

Wat zijn 'hyperventilatieklachten'? We hebben aangetoond dat veel spanningsklachten met ademklachten gepaard gaan en dan samenhangen met een dysfunctionele adem-beweging. We hebben aangetoond dat dit te kwantificeren is met een manuele techniek (de MARM), die door een ervaren begeleider, betrouwbaar is vast te stellen. Het blijkt dat

de adembeweging te beïnvloeden is en dat daarmee de klachten afnemen, en vaak verdwijnen. We kunnen daarom beter spreken van dysfunctioneel ademen en functionele ademklachten, waarvoor onze Methode de voorkeursbenadering kan zijn.

Zijn 'onbegrepen klachten' spanningsgebonden? De nieuwe richtlijn voor 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' (SOLK) tracht deze klachten volgens het medisch model in te kaderen. In plaats van toch een verklaringsmodel te zoeken, onderzoekt een open en procesmatige benadering van allerlei klachten zonder duidelijke oorzaak eenvoudig hoeveel mensen met deze klachten voldoende hebben aan spanningsregulatie. Het blijkt een aanzienlijk percentage te zijn. Van mensen met Burnout klachten bijna driekwart! Van mensen met angstklachten, circa de helft. Van mensen met functionele klachten aan rug en nek, ongeveer tweederde. Deze verbeteringen gaan in hoge mate gepaard aan verbetering van de algemene toestand, waarvoor we een checklist hebben ontwikkeld. We kunnen door zo'n open benadering de mensen differentiëren die aan spanningsregulatie voldoende hebben t.o.v. degenen die verder onderzoek en nadere aandacht nodig hebben.

Zijn vaste programma's altijd nodig? Het is gangbaar te denken dat voor een specifiek probleem een specifiek behandelprogramma geïndiceerd is en dat wanneer dit effectief blijkt te zijn, toepassing is geïndiceerd. Het programma wordt dan voor iedereen op dezelfde manier ingevoerd. In drie achtereenvolgende analyses door medische studenten is echter gebleken dat ook hier een open, procesmatige benadering zinvol is. Een groot aantal mensen heeft voldoende aan een relatief kort programma en voor hen is het gehele programma eigenlijk overbodig. Een kleiner aantal heeft juist extra tijd en aandacht nodig, voor hen is het standaard programma eigenlijk niet genoeg. We moeten onze aandacht minder en zeker niet uitsluitend op het effect van een interventie leggen, alsof dat de enige

bron en motor van verandering is. Het is daarnaast nodig dat we aandacht hebben voor de **responsiviteit van het individu**, het vermogen tot zelfzorg en zelfregulatie. Is het stimuleren daarvan voldoende, dan stopt de interventie en is er reëel zelfvertrouwen. Zijn er factoren die dat tegenwerken, dan is extra aandacht nodig. We hebben bovendien gevonden dat een begeleider, in een persoonlijk, individueel contact, goed in staat is dat samen met de deelnemer vast te stellen.

Onze methode bemoedigt de behandelaar/begeleider te vertrouwen op de eigen ervaring en te handelen 'op het gevoel'. Dat geeft veel vrijheid en mensen die dat zoeken waarderen onze methode. Maar **vrijheid vraagt ook verantwoordelijkheid**. De behandelaar/begeleider is ook verplicht om zijn handelen te toetsen met objectieve, kwantitatieve bepalingen. Toetsing is achteraf. Een procesmatige benadering is aangewezen als er onvoldoende duidelijkheid is over een oorzaak, en objectieve metingen zijn dan niet sturend in het (be)handelen. Zij zijn nodig om **achteraf de zinvolheid van het handelen te toetsen**. Daarom stellen we een groot belang in deze metingen, die tegelijk de gegevens leveren waarmee we bovenstaande beweringen kunnen onderbouwen. Daar is in 2013 heel veel tijd en aandacht naar gegaan en dat lijkt een richting voor de toekomst.

Vereniging (VDV)

De Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie is op 7 juli 2006 opgericht. Leden kunnen degenen zijn die onze driejarige opleiding hebben afgerond met een certificaat en voldoen aan de kwaliteitseisen. Zij zijn dus aangesloten bij de vereniging en stichting en opgenomen in het register. Leden kunnen ook alleen lid zijn van de vereniging maar niet voldoen aan de kwaliteitseisen, zij zijn niet in het register opgenomen. Tenslotte zijn er aspirant-leden, die tenminste het eerste jaar van de opleiding hebben afgerond. De

VDV telt 139 registerleden, 15 niet registerleden en geen aspirantleden. Daarnaast ontvangen 24 2e/3e jaars cursussen de nieuwsbrieven.

De Commissie Contacten Zorgverzekeraars (CCZ) is dit jaar niet bijeengekomen, maar onderhield de contacten via de e-mail. Dit jaar zijn er geen persoonlijke gesprekken geweest bij de vijf grote zorgverzekeraars. Er wordt wel contact onderhouden, maar er was bij de zorgverzekeraars dit jaar geen behoefte aan het jaarlijks bezoek. De jaarverslagen zijn gestuurd naar alle personen die van belang zijn bij de zorginkoop van Methode Van Dixhoorn bij de zorgverzekeraar. De bijgewerkte lijst van zorgverzekeraars die onze Methode vergoeden is te vinden op het open gedeelte van de verenigingswebsite: www.vandixhoornvereniging.nl

Sinds 2011 is een van de eisen van zorgverzekeraar VGZ dat wij ons aansluiten bij een **koepelorganisatie**, die dient als gesprekspartner. De AOS is een van de deelnemers van de koepel complementaire beweegzorggroep of te wel de **CBZG**. Het is een vereniging van stichtingen, die, onafhankelijk van een belang- of beroepsvereniging, de kwaliteit van een register bewaken. Zij volgen en interpreteren de eisen van VGZ, waarmee periodiek overleg is. Er zijn dit jaar diverse CBZG vergaderingen geweest, bezocht door Jan van Dixhoorn, samen met Gerard van Holland en/of Yvonne Esser. Een van de thema's was het digitaal declareren bij de zorgverzekeraar. Door de CBGZ is besloten om hieraan niet mee te werken, om de individuele leden af te raden hieraan mee te werken en de declaratie per factuur aan de cliënt te houden. Redenen hiervoor zijn:

1. Een grondrecht van de zorgverlener zelfstandig te mogen declareren aan de patiënt
2. Uit gezondheidseconomisch onderzoek blijkt dat het nuttig is dat de patiënt zelf de nota ontvangt, dat is een controlemiddel van fraude.

3. Er is een behandelaar-patiënt-relatie en het is aan de behandelaar om zelf te beslissen hoe om te gaan met wanbetalende patiënten, in plaats van dat de zorgverzekeraar een deurwaarder stuurt.

4. De mogelijke privacy schending van de patiënt. Daarnaast heeft ook de minister van Volksgezondheid in 2013 aangegeven graag de nota aan de patiënt gepresenteerd te zien, vanwege kosten controle.

Wat betreft de eisen van VGZ voor de alternatieve beroepsopleidingen, die geen HBO vooropleiding eisen, is er door een werkgroep van PLATO (Platform Opleiding, Onderwijs en Organisatie B.V.) in Leiden een rapport geschreven voor de zorgverzekeraars met eindtermen ten aanzien van deze beroepsopleidingen. Daarmee is er duidelijkheid over de eindtermen medische basiskennis en de psychosociale basiskennis. Ook Achmea, CZ, ONVZ en Menzis staan achter deze eindtermen. Dit betekent voor onze AOT'ers die per 1-1-2011 in het register zitten en geen HBO vooropleiding hebben dat VGZ hen de tijd geeft tot 1-1-2017 om aan deze eisen te voldoen. Voor degenen zonder HBO vooropleiding na 1-1-2011 geldt dit per direct. Voor Menzis geldt dit per 1-1-2014. Sinds het PLATO rapport uit is, juni 2013, zijn er vele aanvullende cursussen en opleidingen gestart die hierin voorzien. Op de CPION site is te vinden welke van deze cursussen geaccrediteerd zijn en dus in overeenstemming met de PLATO normen. Naast de (voor)opleidingseisen zijn er ook diverse eisen ten aanzien van nascholing en praktijkuren, waaraan in de nabije toekomst voldaan moet worden. De koepel gaat dit in januari 2014 verder bespreken.

Er zijn in 2013 vier **nieuwsbrieven** door het VDV-bestuur verstuurd, met onder andere informatie over themabijeenkomsten, de werkgroep "Hyperventilatie", de BTW-plicht voor wel en niet BIG-geregistreerden en het Twitteraccount. Er zijn in 2013 vier themabij-

eenkomsten geweest (zie onder 'themagerichte interview'). Het bestuur heeft zich in 2013 verder o.a. bezig gehouden met de kwaliteitseisen van de zorgverzekeraars, de deelname aan het NOLK-congres in oktober 2013, het herschrijven van de klachtenfolder die gebruikt kan worden bij de bedrijfsvoering van de leden en de samenstelling van de klachtencommissie.

Tijdens de Algemene Ledenvergadering op 2 november 2013 heeft Jacqueline de Klerk haar bestuursfunctie als voorzitter neergelegd. Imca Abma heeft de functie van penningmeester neergelegd en de functie van voorzitter op zich genomen. Wij zijn blij dat Henny Jongman zich beschikbaar heeft gesteld voor het bestuur. Zij neemt de functie van penningmeester op zich. Het VDV-bestuur bestaat nu uit Imca Abma, voorzitter, Margo Muijselaar, secretaris en Henny Jongman, penningmeester.

Stichting (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. Vanaf ons eerste jaarrapport in 2003 tot en met het rapport vorig jaar, is de hoofdtaak van de AOS geweest: *het bijhouden en bekendmaken van een register van gecertificeerde beoefenaren van adem- en ontspanningstherapie en het periodiek controleren van de kwaliteit van hen*. De kwaliteitscontrole doen we door middel van een puntenstelsel. We houden het aantal punten per registerlid bij, rapporteren dit elk jaar aan de leden en beschrijven het puntenstelsel elk jaar in dit jaarrapport. Welke presentaties zijn er geweest, welke informatie over indicaties komt er uit de jaarverslagen, hoeveel interviewgroepen zijn er, welke nascholingsbijeenkomsten zijn er geweest, hoe verliep het met

de verplichte casus, enzovoort. Naast de jaarverslagen van stichting, vereniging en opleidingscentrum was dat een belangrijk, terugkerend onderdeel van dit jaarrapport. Driekwart van de kosten van de jaarlijkse contributie gaan naar de AOS, die dit werk daarvoor uitvoert. Vanaf het jaarverslag over 2014 gaan we dit echter anders doen.

Interne rapportage

De kwaliteitscontrole van de registerleden zien we inmiddels als een interne aangelegenheid. We gaan hier uiteraard mee door, breiden het zelfs uit, maar rapporteren in het vervolg hierover in een intern document dat via het besloten gedeelte van de website van de VDV voor leden toegankelijk is. Bij deze interne rapportage worden we geholpen door Marcella Schreuder, die de jaarverslagen leest en overneemt in een tabel met alle indicaties, en door Carlijn Bamberger, die de interviewverslagen doorneemt en de onderwerpen en vragen rubriceert. Beiden veel dank! Via onze webmaster, Jaconelle Schuffel, worden alle adreswijzigingen in het register doorgevoerd en de presentaties vermeld in de rubriek 'activiteiten' op de AOS site. Zij heeft dit vanaf het begin gedaan en de hele AOS site opgebouwd, waarvoor we haar zeer erkentelijk zijn. Zij was altijd open voor overleg. Vanaf eind 2013 echter werden haar eigen activiteiten te veel om ons erbij te houden en is haar taak overgenomen door Jan van Welie. Welkom!

Vanaf volgend jaar gaan we de interne rapportage uitbreiden, met informatie over de vormen en praktijk settings van de registerleden. Hoeveel mensen worden individueel begeleid / behandeld, met hoofdzakelijk spanningsregulatie, hoeveel groepslessen vinden er plaats, is dat in een eigen praktijk, of als deel van een groter Centrum, of in een instelling. Hoeveel mensen voeren behandelgegevens in het Resultatenproject in. Dit soort informatie geeft ons een idee van de diverse toepassingsvormen en ook daarover zijn we van

plan volgend jaar intern te rapporteren.

Externe rapportage

Het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige adem- en ontspanningstherapie is ook mogelijk door de specifieke waarde te laten zien. De casuïstiek van opvallende toepassingen zijn een voorbeeld, interviews met mensen die een opvallende activiteit met betrekking tot ons werk hebben gedaan en uitkomsten van het Resultatenproject zijn andere voorbeelden die we al lang opnemen. Dit zijn inhoudelijk relevante onderwerpen, die voor een breder publiek interessant zijn. We gaan dit uitbreiden, zoals in dit jaarverslag al gebeurt. Daarmee hopen we vanaf volgend jaar een rapport te kunnen publiceren, dat ook voor belangstellenden en betrokkenen, buiten onze eigen kring, van waarde is.

Register

Het register op de AOS site is in 2013 genuanceerd. Het omvat alle professionals die de driejarige opleiding met succes hebben afgerond en aan de kwaliteitseisen van de AOS voldoen. Zij zijn naar onze maatstaven 'bekwaam'. Dan staat er: 'Deze bekwaamheid houdt niet noodzakelijkerwijs in, dat u bij ieder terecht kan voor spanningsklachten noch dat alle zorgverzekeraars de behandeling van alle behandelaren vergoeden vanuit de aanvullende polis. Sommigen werken in een instelling en behandelen alleen op interne verwijzing, anderen geven voornamelijk groepslessen. Informeer hiernaar bij de behandelaar.'

Spanningsregulatie kan zinvol toegepast worden binnen muziek en sport, binnen het onderwijs en het bedrijfsleven, binnen het management, de curatieve gezondheidszorg, de ouderenzorg, de revalidatie, etc. In al deze gebieden kan een te hoge spanning het functioneren beperken en klachten geven. Professionele spanningsregulatie is in al deze gebieden veilig en effectief wanneer onze criteria worden gevolgd.

Het is veilig omdat:

- De deelnemer houdt zijn kleren aan, alleen de schoenen moeten meestal uit
- Instructies en handgrepen sluiten aan bij normale handelingen van het dagelijks leven
- Elke instructie en handgreep wordt gepresenteerd als een voorstel en wordt geëvalueerd
- De ervaring en respons van de deelnemer is sturend voor het vervolg
- Binnen 3-4 sessies (proefbehandeling) wordt geëvalueerd of voortzetting zinvol is. Er is dus een minimale kans op grensoverschrijding en nadelig effect.

Het is effectief omdat:

- Op individueel vlak gezocht wordt naar een techniek die zinvol is. De begeleiding stopt wanneer daar geen argument voor gevonden wordt binnen 3-4 sessies
- Op groepsniveau de klinische effectiviteit bij diverse klachten aantoonbaar positief is
- De meerwaarde van ontspanningstechniek in gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek is aangetoond.

Het hoofddoel van onze methode is immers te onderscheiden of een klacht beïnvloedbaar is door interne spanningsregulatie van het individu, of dat er achtergrondfactoren zijn die dat verhinderen. Om dat verantwoord te leren uitvoeren en rapporteren dient de opleiding van drie jaar en gaan we uit van een HBO den- en handel niveau. Dat toetsen we door cursisten proefbehandelingen te laten maken. In principe dient de aspirant cursist een HBO-vooropleiding te hebben op paramedisch, psychosociaal of pedagogisch gebied. De AOS toetst de kwaliteit na de opleiding aan de hand van de verplichte periodieke casus en van deelname aan het Resultatenproject.

Zorgverzekeraars

Geleidelijk aan stellen zorgverzekeraars eisen aan mensen met een alternatieve beroepsopleiding. De AOS is aangesloten bij de Groep Complementaire BeweegZorg (GCBZ), een vereniging van registers (en niet belangenverenigingen), en behartigt de belangen namens

de VDV van de leden. Deze groep is gevormd op aandringen van VGZ en hanteert de minimum eis van een paramedische HBO vooropleiding. Voor de Van Dixhoorn therapeuten en Haptotherapeuten voldoet ook een psychosociale HBO vooropleiding. Het gaat dus niet om 'alternatieven', omdat iedereen regulier is opgeleid.

Register en Zorgverzekeraars

Uit het voorgaande blijkt dat onze stichting en vereniging verschillen van de zorgverzekeraar in de interpretatie van kwaliteitscriteria. Aan de ene kant hebben wij een ruimere interpretatie: mensen die aan onze inhoudelijke kwaliteitscriteria voldoen en aantoonbaar goed werk op HBO niveau leveren vinden wij acceptabel. Wij houden ons echter aan de criteria van de zorgverzekeraar bij het aanleveren van onze registerleden. **Een aantal mensen vinden wij dus wel bekwaam, maar komen niet in aanmerking voor vergoeding.** Dit is een probleem dat wij niet kunnen oplossen. Wij vinden echter dat de toepassing van onze methode niet beperkt moet zijn tot de gezondheidszorg. Het is een uitdaging om andere toepassingsvormen te vinden die economisch levensvatbaar zijn.

Aan de andere kant, is de interpretatie van de zorgverzekeraar ruimer. Zij vergoeden veel behandelingen van spanning gebonden klachten, omdat de behandelaar aan de formele eis van HBO vooropleiding voldoet, terwijl het criterium of spanningsregulatie professioneel wordt toegepast niet telt. Dit betreft met name tweede lijn instellingen. Wij betreuren het dat door ons opgeleide behandelaren wel de methode toepassen, maar niet aan onze kwaliteitseisen voldoen! Het is een uitdaging om binnen de reguliere toepassingen inzicht te doen groeien in de waarde van onze kwaliteitscriteria.

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.

Studiegroep "Het belang van functioneel bewegen voor yogahoudingen", voor yogadocenten, Maarssen, 11 januari 2013, door Marijke Bollema en Yvonne Esser

Workshop "Hyperventilatieklachten in de yogapraktijk", voor yogadocenten, organisatie Zweiersdal, Oosterbeek, 19 januari en 9 februari 2013, door Yvonne Esser

Poster presentatie, "Voelen fitte mensen zich beter?" Lianne Fest, Janneke Haisma, Jan van Dixhoorn, Tjeerd van der Ploeg, Richard Brohet. Wetenschaps Symposium Linnaeus Instituut, Januari 2014, Haarlem

Workshop "Training adem - musici", voor leden van Big Band Muziekschool Heerlen, organisatie Big Band Heerlen, Hoensbroek, 7 maart 2013 door Manon Mommers

Workshop "Wat zijn de mogelijkheden van de AOT in de palliatieve zorg", voor vrijwilligers terminale thuishulp, organisatie Terminale Thuiszorg Noordwest Overijssel, Steenwijk, 12 maart 2013, door Astrid Schoenmaker

Studiegroep "Het belang van functioneel bewegen voor yogahoudingen", voor yogadocenten, Maarssen, 16 maart 2013, door Marijke Bollema en Yvonne Esser

Lezing "Wat is AOT?", voor oefentherapeuten rondom Tilburg, organisatie intervisiegroep oefentherapeuten LIBra15, Goirle, 27 maart 2013, door Ankie Schenning

Workshop "Lichaamsbewustzijn en ontspannen ademen", voor coaches en therapeuten,

organisatie biofeedback opleiding "Kracht door balans", Amersfoort, 28 maart en 11 april 2013, door Eveline Kempenaar

Voordracht, 'Hartrevalidatie: Kan het korter? Procesmatig handelen biedt uitkomst bij toenemende vraag'. Paramedische afdeling, Kennemer Gasthuis, Haarlem, 16 april 2013, door S. de Vries – Spithoven, Wetenschappelijke student VUmc, begeleid door Jan van Dixhoorn, Janneke Haisma, Linnaeus Instituut, Haarlem

Workshop "Burn-out en spanningsklachten", voor oefen-, ergo-, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, diëtisten, apothekers, organisatie ELO, Delft, 4 juni 2013, door Margo Muijselaar

Training "Bewustwording door o.a. AOT", voor medewerkers van veranderspits, organisatie Veranderspits, Hei, 20 juni 2013, door Manon Mommers

Bijscholing "Notatie Adembereik", voor cursisten Leergang en AOT'ers, organisatie Centrum voor Ademtherapie, Amersfoort, 4 en 18 september 2013, door Jan van Dixhoorn en Els Anthonissen

Studiegroep "Het belang van functioneel bewegen voor yogahoudingen", voor yogadocenten, Maarssen, 8 september 2013, door Marijke Bollema en Yvonne Esser

Introductie workshop "Zang en AOT", voor zangers, organisatie Haagstoonkunst, Den Haag, 10 september 2013, door Jacqueline de Klerk

Workshop (2 x) "AOT in de Zangmethodiek", voor zangpedagogen, organisatie Nederlandse Vereniging van Zangpedagogen, Amsterdam, 28 september 2013, door Jacqueline de Klerk

Lezing "Upper-thoracic (tense) breathing pattern: relationship to respiration, tension/anxiety and distress", voor congres deelnemers, organisatie ISARP, Leuven, 28-29 september 2013, door Jan van Dixhoorn

Workshop "Ontspannen presenteren", voor rechtenstudenten, organisatie Pleitgenootschap Eggens, Utrecht 2 oktober 2013, door Yvonne Esser

Poster "Onverklaarde benauwdheid hangt samen met een dysfunctionele adembeweging", voor deelnemers congres, organisatie NOLK congres, Zwolle, 10 oktober 2013, door Jan van Dixhoorn

Poster "Spanningsverschijnselen bij Onverklaarde Lichamelijke Klachten nemen af door procesmatige AOT", voor deelnemers

congres, organisatie NOLK congres, Zwolle, 10 oktober 2013, door Jan van Dixhoorn

Workshop "Adem en Ontspanning", voor yogadocenten in opleiding, organisatie Yoga Academie Nederland, Amsterdam, 26 oktober 2013, door Yvonne Esser

Voordracht, "Toepassing van ademregulatie", in: cursus Ademregulatie in de praktijk, Nederlands Paramedisch Instituut, 13 november 2013, Arnhem door Jan van Dixhoorn

Promotie AOT "AOT voor Musici", voor alle musici van het kampioenschap, organisatie Nederlandse Brassband Kampioenschappen, Groningen, 6 en 7 december 2013, door Henk Buurman

Voordracht "Kwaliteit van leven na hartrevalidatie: wat is de invloed van inspanning en ontspanning?" Paramedische afdeling Kennemer Gasthuis, 18 december 2013 door Lianne Fest, student geneeskunde Vumc.

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.

Workshop "Hyperventilatieklachten in de yogapraktijk", voor yogadocenten, organisatie Zweiersdal, 19 januari en 9 februari 2013, door Yvonne Esser

Cursus "Adem en ontspanning: inzichten uit de Methode Van Dixhoorn", voor yogadocenten, organisatie Centrum voor AOT, Maarsse, februari t/m oktober 2013 (10 dagen), door Yvonne Esser

Training "Adem-musici (AOT/Yoga)", voor musici", organisatie Stadt Aken, Aken (Duitsland), vanaf 6 maart 2013 (10 x), door Manon Mommers

Cursus "Procesmatig handelen bij hyperventilatieklachten volgens de Methode Van Dixhoorn", voor Paramedici, organisatie KNGF Regiokantoor Holland Zuid, Maassluis, 6 maart, 3 en 24 april 2013, door Yvonne Esser en Gerard van Holland

Introductiecursus "Adem- en ontspanningstherapie, Methode Van Dixhoorn", voor paramedici en overige hulpverleners, organisatie SIG Destelbergen, Destelbergen (België), 18 en 19 april, 16 en 17 mei 2013, door Els Anthonissen

Introductiecursus "Adem- en ontspanningstherapie, Methode Van Dixhoorn", voor paramedici en overige hulpverleners, organisatie Instituut Complementaire Zorg Opleidingen, ICZO, Lier (België), 9 en 23 maart, 20 april en 4 mei 2013, door Els Anthonissen

Training "Adem-musici (AOT/Yoga)", voor musici, organisatie Stadt Aken, Aken (Duitsland), 5 juni t/m 23 oktober 2013 (10 x), door Manon Mommers

Cursus "Behandel mogelijkheden van patiënten met hyperventilatieklachten en dysfunctioneel ademen", voor Paramedici, organisatie Hogeschool Utrecht, Utrecht, 5, 19 september en 3 oktober 2013, door Jan van Dixhoorn en Gerard van Holland

Training "Adem-musici (AOT/Yoga)", voor musici, organisatie Stadt Aken, Aken (Duitsland), 30 oktober t/m 18 december 2013 (10 x), door Manon Mommers

Cursus "Ademregulatie in de praktijk", voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, organisatie NPI, Arnhem, 30 oktober, 13 en 20 november 2013, door Nol Bernards, Yvonne Esser, Gerard van Holland

Cursus "AOT, introductie", voor HBO studenten Minor, organisatie Hogeschool Arnhem Nijmegen, Nijmegen, 8 november t/m 20 december 2013 (7 dagdelen), door Els Anthonissen

Module "Adem en Ontspanning", voor yogadocenten in opleiding, organisatie Amithaba, Deventer 23 november, 24 december 2013, en 25 januari 2014, door Yvonne Esser

Publicaties

J. van Dixhoorn. Spanningsregulatie in de behandeling van burn-out, een exploratief onderzoek. Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 2013; 21-9: 412-418

S. de Vries – Spithoven, Hartrevalidatie: Kan het korter? Procesmatig handelen biedt uitkomst bij toenemende vraag. Wetenschappelijke student VUmc, begeleid door J. van Dixhoorn, J. Haisma, Linnaeus Instituut, Haarlem

L. Fest, De bijdrage van inspanning en ontspanning aan de verbetering van kwaliteit van leven tijdens hartrevalidatie. Wetenschappelijke student VUmc, begeleid door J. van Dixhoorn, J. Haisma, Linnaeus Instituut, Haarlem

Lopend Onderzoek

Wat is het nut van de Algemene Toestand lijst bij de evaluatie van onbegrepen klachten? J. van Dixhoorn, presentatie NOLK congres, oktober 2013

Retrospectieve analyse van procesmatige hartrevalidatie. Analyse van 3300 hartpatiënten. Jan van Dixhoorn, Janneke Haisma, diverse studenten, Kennemer Gasthuis, Linnaeus Instituut, Haarlem. Presentatie voor Paramedische Dienst en Linnaeus Instituut in april en december 2013. Artikel in voorbereiding

Klinische effectiviteit van spanningsregulatie bij burn-out. Jan van Dixhoorn, Artikel voor Tijdschrift Bedrijfs en Verzekeringsgeneeskunde is verschenen (2013), Engelstalig artikel in voorbereiding

Evaluatie van ATL, NVL en de MARM bij de evaluatie van spanningsklachten. J van Dixhoorn, Els Anthonissen en anderen. Poster presentatie NOLK congres, oktober 2013, presentatie ISARP, Leuven september, 2013,

Klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie bij vermoeidheid en slapen. Margo Muijselaar, Jacqueline de Klerk, Jan van Dixhoorn.

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

Klacht patronen en klinische effectiviteit bij hyperventilatieklachten, spanning en dysfunctioneel ademen. Yvonne Esser, Carlijn Bamberger, Marijke Bollema, Hilde Hansman, Jan van Dixhoorn.

Klinische effectiviteit van Adem en Ontspanningstherapie bij functionele stemklachten. Miriam Helsper, met andere AOT behandelaren/logopedisten.

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. In 2011 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 verwijfsredenen over 2013 daarmee vergeleken om te zien of er een verschuiving optreedt.

Inleiding

In het jaarrapport 2011 zijn de gegevens vanuit de jaarverslagen en vanuit het Resultatenproject 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 website wordt in antwoord op de vraag voor welke indicaties AOT zinvol zou zijn naar deze tabel verwezen.

Het bleek dat spanningsproblemen en hyperventilatieklachten de grootste verwijfsredenen zijn en een goede uitkomst laten zien. Aan de andere kant reageren klachten van overspanning / burnout, slaapproblemen, klachten van nek, rug en thorax, dysfunctionele ademklachten en spanningsklachten bij mensen met hartaandoeningen ook heel goed. Dat betekent dat tweederde of meer van de verwezen patiënten aan spanningsregulatie volgens onze methode voldoende hebben en zichzelf kunnen redden. Voor die probleemgebieden zou spanningsregulatie een voorkeursbehandeling kunnen zijn.

Globale aantallen

In de tabel zien we eerst de gerapporteerde verwijfsingen over 2013, 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 2013 zijn er 3641 patiënten hoofdzakelijk met AOT behandeld. Over de vier jaren 2008-2011 waren dat er 9798,

per jaar gemiddeld 2450 patiënten. Er is dus een toename in het totale aantal gerapporteerde patiënten per jaar. Er zijn inderdaad elk jaar meer behandelaren en meer behandelaren rapporteren in hun jaarverslag over hun patiënten. Dit jaar ontvingen we getallen in 119 jaarverslagen. Echter, 25 behandelaren rapporteerden geen aantallen in het jaarverslag, maar door individuele behandelingen in te voeren in het Resultatenproject. Dat waren in totaal 442 patiënten, maar deze kunnen we niet zomaar optellen omdat er grote overlap is met de jaarverslagen. Daarnaast zijn er veel behandelaren die de Methode toepassen, maar niet geregistreerd blijven en van wie wij dus geen gegevens hebben. Het reële aantal behandelde patiënten is dus groter dan de 3641 patiënten vermeld in 95 jaarverslagen. Veelzeggender zijn daarom de relatieve aantallen.

Aantallen en percentages per klachtgebied

Kijken we naar de subtotalen van de vier klachtrubrieken en het relatieve aandeel in percentages. Dan valt op dat er een lichte toename is in de spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak, de spanningsklachten zonder meer. Die categorie betrof in 2008-2011 52,5% van alle verwezen patiënten, maar in 2013 was dit 56,1%. In 2012 vonden we ook een hoger percentage. Dat wijst erop dat spanningsklachten vaker worden verwezen, evenals ook een iets groter aantal patiënten met angst. Daartegenover

staat een daling in de klachten van het bewegingsapparaat, van gemiddeld 21,9% naar 17,7%. Dat is eigenlijk jammer, omdat juist klachten van rug, nek, schouders en borstkas relatief goed reageren.

Binnen de rubriek klachten zonder specifieke oorzaak valt ook op dat hyperventilatie klachten en spanningsproblemen, die al de grootste waren, verder toenemen, terwijl klachten van burnout relatief minder verwezen worden. Het opvallende hieraan is dat 'hyperventilatie' officieel eigenlijk niet meer bestaat, maar kennelijk toch nog een bruikbare verwijfsreden is. Kennelijk ook wordt het als een aparte groep gezien, anders dan 'spanningsproblemen' in het algemeen en ook anders dan 'angst', waar de huisartsen volgens de standaard angstklachten van het Nederland Huisarts Genootschap hyperventilatie onder plaatsen. Dit is een onderwerp van lopend onderzoek, waarbij de precieze klachten worden onderzocht: welke klachten precies worden verstaan onder hyperventilatie?

De relatieve afname van 'burnout' valt ook op. Dit zou kunnen betekenen dat de naam wat uit de mode raakt en weer meer onder spanningsproblemen of overspanning wordt gerangschikt. Wanneer het werkelijk duidt op een afname als verwijfsreden dan is dat spijtig. Uit ons eigen onderzoek is gebleken dat mensen die gerangschikt zijn onder de rubriek 'burnout' opvallend gunstig reageren op spanningsregulatie. Driekwart van hen blijkt voldoende te hebben aan spanningsregulatie en blijkt geen achter- of onderliggende stressoren te hebben, die een gunstige respons tegengaan.

Indicaties en verwijzingen

Spanningsgerelateerde problemen zonder specifieke oorzaak	2013		2008-2011	
	aantal	percentage	aantal	percentage
0. niet onder te brengen	78	2,1	170	1,7
1. Spanningsproblemen	653	17,9	1509	15,4
2. Hyperventilatie	742	20,4	1744	17,8
3. Burn-out / Overspanning	182	5,0	728	7,4
4. Vermoeidheid, ME	68	1,9	178	1,8
5. Hoofdpijn	187	5,1	523	5,3
6. Slaapstoornissen	94	2,6	193	2,0
7. Aandachtsproblemen (concentratie, piekeren)	39	1,1	99	1,0
Totaal	2043	56,1	5144	52,5
Psychische problemen				
0. niet onder te brengen	39	1,1	90	0,9
1. Angsten, Paniek, Fobie	237	6,5	546	5,6
2. Depressie	47	1,3	203	2,1
3. Traumaverwerking	34	0,9	115	1,2
4. Boulimie, Anorexia	4	0,1		
totaal	361	9,9	954	9,7
Functionele problemen van houding, adem en beweging				
0. niet onder te brengen	28	0,8	96	1,0
1. Onderrug	73	2,0	334	3,4
2. Arm, nek en schouders (CANS / RSI)	145	4,0	540	5,5
3. Borstkas	16	0,4	82	0,8
4. Fibromyalgie	54	1,5	166	1,7
5. Whiplash	62	1,7	132	1,3
6. Chronische pijn	104	2,9	312	3,2
7. Ademproblemen	132	3,6	395	4,0
8. Stemklachten	32	0,9	87	0,9
totaal	646	17,7	2144	21,9
Spanningsproblemen met specifieke somatische oorzaken				
0. niet onder te brengen	66	1,8	77	0,8
1. Longaandoening (astma, COPD)	136	3,7	383	3,9
2. Hart- en vaataandoeningen	120	3,3	413	4,2
3. Neurologische aandoeningen	66	1,8	235	2,4
4. Bewegingsapparaat	79	2,2	152	1,6
5. Postoperatieve behandelingen	0	0,0	27	0,3
6. Kanker	22	0,6	132	1,3
7. Buik- en continentieproblematiek	102	2,8	137	1,4
Totaal	591	16,2	1556	15,9
Totaal	3641	100,0	9798	100

INTERVIEW: MASTER THESIS OVER ONTSPANNINGS- THERAPIE BIJ ANGSTKLACHTEN

Eind oktober 2012 vond een bijeenkomst plaats op Hogeschool Windesheim met twee docenten aan de opleiding Psychomotorische Therapie, Annelee Mataheru en Rikkie Overbeek, met de nieuwe lector Jooske van Bussbach, wetenschappelijk medewerkers Mia Scheffers, Janet Moeijes en samenwerkende partner Jan van Dixhoorn. Er werd afgesproken dat het onderzoek van Annelee en Rikkie in het kader van hun Master Psychomotorische therapie een analyse zou worden van de gegevens van het Resultatenproject van de AOS en het Centrum AOT. Gekozen werd voor patiënten met angstklachten met de vraag of het effect van adem- en ontspanningstherapie zou verschillen tussen patiënten met en zonder diagnose angststoornis. De Master thesis is in juli 2014 afgerond.

Hoe kwam deze samenwerking tot stand?

Juni 2012 werd duidelijk dat we de Master zouden gaan doen. Annelee is opgeleid tot Adem- en ontspanningstherapeut en heeft vanuit die interesse contact opgenomen met Jan. Jan reageerde meteen positief: er lagen voldoende onderzoeksmogelijkheden. Tijdens de eerste masteropleidingsdag in september besloten Rikkie en Annelee samen onderzoek te gaan doen.

Jullie begonnen direct met de kwalitatieve analyse van de dataset. Wat hield dat in?

We zijn begonnen met het ordenen van de klachten van de klachtrubriek Angst en Paniek in het Resultatenproject (RP). In eerste instantie bestond de populatie uit 386 respondenten. We hebben in het Excel bestand alle klachten die genoemd werden ondergebracht in 12 categorieën zoals bijvoorbeeld, lichamelijke spanning, onrust en slapen. Dat was monnikenwerk, maar ook boeiend om te doen. Het gaf veel inzicht in de populatie, de problematiek en de manier van invoeren van de therapeuten. De therapeuten vulden op verschillende wijze het RP in en dat maakte dat we veel met elkaar moesten overleggen hoe we sommige klachten moesten interpreteren. We hebben er met plezier aan gewerkt.

Het formuleren van de definitieve onderzoekopzet heeft veel voeten in aarde gehad. Hoe

kijken jullie daarop terug?

Het was een zoektocht voor ons om een voorstel te schrijven dat recht deed aan het RP en aan de eisen van de master opleiding. Dat viel niet mee en bracht ons regelmatig in verwarring. Als beginnend onderzoeker mist er ook nog inzicht en overzicht. Terugkijkend is het een proces geweest dat voortdurend is bijgesteld en kleiner gemaakt vanwege het kwantitatieve karakter van het onderzoek. Het is zeer leerzaam en ook soms frustrerend geweest. Leerzaam omdat de principes van 'onderzoek doen' steeds helderder werden, frustrerend omdat er veel minder van het onderzoeks onderwerp overbleef dan we voor ogen hadden. Achteraf denken we dat het RP zich moeilijker leent voor een eenvoudig effect onderzoek en meer gebaat is bij een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek waardoor de waardevolle informatie van de klachten veel beter gebruikt wordt.

Hoe is de begeleiding vanuit de Hogeschool en vanuit het Centrum geweest?

Allebei top. Jan heeft steeds meegedacht en geholpen met de opzet en de thesis. Hij volgde ons proces en er werd steeds gekeken naar wat de Master opleiding van ons eiste, en daarin paste hij zich als opdrachtgever ook aan. Ook zeer waardevol was dat aan het eind van het schrijfproces Jan zich meer terugtrok zodat wij ons volledig konden

concentreren op het technisch in orde maken van de thesis. De uitspraak "practice what you preach" vinden we toepasselijk op de manier waarop Jan ons begeleidt heeft. Vanuit de opleiding heeft Mia Scheffers veel tijd besteed aan de thesis en we voelden ons zeer gesteund in wat we deden. Haar betrokkenheid was groot, ze was tot ons genoeg op het laatste AOT symposium.

In juni 2014 is de master thesis goedgekeurd, wat is de conclusie?

De conclusie is dat op grond van het klinisch oordeel en de vragenlijsten NVL en ATL, AOT een positief effect heeft op mensen

met angstklachten en angststoornissen, zowel zonder als met een DSM-IV diagnose. De individuele en onderzoekende manier van werken kan een aanvulling zijn op nulde en eerstelijns behandeling in Nederland.

De conclusie is beperkt tot de kwantitatieve gegevens. Hoe zinvol vinden jullie de kwalitatieve uitkomsten?

Zinvol! We denken dat de kwalitatieve gegevens genuanceerder en meer concrete informatie geven over welke klachten reageren op AOT. Er kan gericht worden doorverwezen naar AOT door huisartsen en andere therapeuten.

Jan van Dixhoorn

In de 10 jaren dat wij verwijfsredenen voor onze methode registreren blijkt 'hyperventilatie' bovenaan te staan. Hoewel het 'hyperventilatie syndroom' officieel niet meer bestaat, blijven er kennelijk mensen met ademklachten, die mogelijk samenhangen met stress, spanning, angst en 'verkeerd ademen', en die daar zoveel last van hebben dat het functioneren verstoort en zij patiënt zijn. Wat kunnen wij over deze patiëntengroep zeggen?

Op de eerste plaats kunnen wij vaststellen dat mensen met deze klachten inderdaad bestaan. Ook in de standaard 'angstklachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt een subgroep 'hyperventilatie' genoemd, longartsen verwijzen nogal eens patiënten onder de naam 'onbegrepen ademklachten' of 'dysfunctioneel ademen', bv na een positieve hyperventilatie test, op de EHBO komen regelmatig mensen voor die werkelijk hyperventileren en hypocapnisch zijn. Wij kunnen bevestigen dat een substantiële groep patiënten spanningsklachten heeft met een nadruk op het ademen, maar zonder lichamelijke oorzaak.

Wij registreren de klachten met de Nijmeegse Vragenlijst (NVL) en de adembeweging met de MARM (manual assessment respiratory movement). De NVL meet functionele ademklachten, dwz 4 van 16 items zijn respiratoir, maar het bevat ook items over angst en spanning en over lichamelijke klachten. De NVL betreft dus gespannenheid in brede zin en ademklachten. Het meet niet specifiek dyspnoe, maar juist het tegelijkertijd voorkomen van adem- en spanningsklachten. De MARM is een kwantificatie van de adembeweging. We hebben kunnen vaststellen dat van 62 patiënten met spanningsklachten iets meer dan de helft hoog scoort op de NVL en ook een hoog-thoracale adembeweging heeft volgens de MARM (Courtney, 2011). De behandeling met onze methode was effectief, zowel de NVL als de MARM normaliseerde na circa zes sessies.

Afgelopen jaar is het aantal patiënten uitgebreid naar 205 en hebben we de uitkomsten gepresenteerd op het ISARP symposium (International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology) en op het Landelijk congres Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK congres), beide te vinden in de Bibliotheek op onze website. We hebben gevonden dat een hoge of lage MARM geen enkele betekenis heeft voor de score op de ATL, de Algemene Toestand Lijst, met items over onrust, vermoeidheid, slecht slapen etc. Met andere woorden, spanning in het algemeen, zoals gemeten met de ATL, staat los van ademklachten of dysfunctioneel ademen.

Dit werd ook vastgesteld door het vergelijken van de 205 patiënten in afzonderlijke rubrieken, zoals we die in het Resultaten Project hanteren. Patiënten in de rubriek 'hyperventilatie' hadden praktisch allemaal (90%) een verhoogde MARM en NVL. Geen van de patiënten met hoofdpijn had beide verhoogd en slechts 20% van patiënten met slapeloosheid. Van patiënten met angstklachten of spanningsklachten in het algemeen had de helft beide verhoogd. Een hoog-thoracale adembeweging en een hoge score op de NVL zijn dus vrij typisch voor patiënten met 'hyperventilatie' en bevestigt het bestaan van deze aparte groep. Het is echter niet onze bedoeling een diagnosticum te vinden dat de pseudodiagnose 'hyperventilatie' vervangt. Zij kunnen voorkomen bij elke klacht en wij zijn vooral geïnteresseerd of dit te veranderen is

door spanningsregulatie of dat er onderliggende factoren zijn (beperkende voorwaarden) die effect verhinderen. Dat is de kern van procesmatige benadering: als je niet weet wat er precies aan de hand is, doe dan niet alsof, maar ga aan de slag met adem en ontspanningsinstructies die in principe voor elk mens mogelijk, veilig en zinvol kunnen zijn en onderzoek gaandeweg of je op een beperkende voorwaarde stuit. Het begrip 'hyperventilatie' en de meting met de NVL is in de jaren tachtig onder andere van belang geacht door de ontwerpers zoals Hans Folgering, opdat mensen met onbegrepen klachten en hoge NVL scores niet aan onnodige medische procedures en behandelingen zouden worden blootgesteld! Als een dergelijk screeningsinstrument is de NVL nog steeds in dankbaar gebruik door verstandige medici, bijv. bij patiënten met onduidelijke vormen van astma, of allergie, of KNO klachten zoals een verstopte neus. Patiënten met een onduidelijk gezondheidsprobleem én een **hoge score op NVL of MARM mogen dus een uitnodiging zijn om procesmatig**

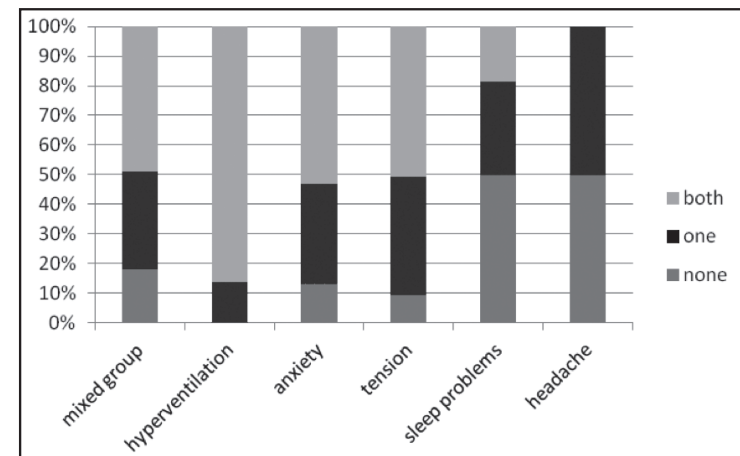
te benaderen. We weten dat driekwart van de patiënten uit de rubriek 'hyperventilatie' daardoor sterk verbeteren tegenover slechts de helft van degenen in de rubriek 'angst'. Het zou ook belangrijk zijn om NVL en MARM vast te stellen bijvoorbeeld bij patiënten met nek-schouderpijn, rugpijn, met longaandoeningen zoals astma en COPD, of met hartfalen.

In 2013 is een nieuwe onderzoekslijn gestart door de thema werkgroep 'hyperventilatie', die de verschillen onderzoekt in de soorten klachten, tussen patiënten in diverse rubrieken, inclusief 'dysfunctioneel ademen'. Daardoor gaan we meer inzicht krijgen op welke gronden patiënten aan de rubrieken worden toegekend.

Literatuur: R. Courtney, J van Dixhoorn, K Greenwood, E Anthonissen. Medically Unexplained Dyspnoe: Partly Moderated by Dysfunctional (Thoracic Dominant) Breathing Pattern. Journal of Asthma, 48:259-265, 2011

P van Doorn, P.Colla, H Folgering, Een vragenlijst voor hyperventilatieklachten. De Psycholoog, 1983; 18-10: 573-577.

Beide te vinden in de Bibliotheek op onze website



Aanwezigheid van verhoogde NVL en MARM bij diverse klachtrubrieken

In de afgelopen twee jaar hebben Janneke Haisma, revalidatie arts en Jan van Dixhoorn, beide werkzaam in het Kennemer Gasthuis, drie medische studenten begeleid in hun wetenschapsstage aan het Linnaeus Instituut, wetenschapsbureau te Haarlem. De stage betrof het analyseren van de database die door de Paramedische Dienst van het Kennemer Gasthuis was opgebouwd, van patiënten die aan de Hartrevalidatie deelnamen vanaf 1999 tot en met 2011. In die jaren was de hartrevalidatie herontworpen naar een Procesgestuurde aanpak. Zij rapporteerden hun bevindingen, die hieronder zijn samengevat.

Eerste verslag van Nienke Huizenga: Diverse trajecten in proces gestuurde hartrevalidatie

Achtergrond, doel. Hartrevalidatie bestaat uit een aantal behandelmodules, die een bepaalde inhoud en verloop hebben. In de praktijk blijkt echter dat de ene revalidant sneller herstelt dan de ander. In het 'herontwerp 1998' wordt rekening gehouden met het individuele herstelproces door tijdens de revalidatie een tussentijds beslismoment te introduceren voor deelnemers aan een breed standaard programma (inspanning, ontspanning en informatie). Kunnen zij stoppen of is doorgaan of uitbreiding zinvol?

Methode, interventie. In een database werden de behandelgegevens van alle patiënten verzameld van 1999 tot en met 2011. Het waren 3668 patiënten van wie 225 recidivisten werden geëxcludeerd. In een retrospectieve analyse werd de verdeling over diverse behandeltrajecten onderzocht. In totaal volgde 78% het standaardprogramma, 10% volgde een programma voor slecht belastbare en oudere patiënten, 8% stopte na de intake en 4% deed alleen de informatie- en/of de ontspanningsmodule. Van de deelnemers aan het standaardprogramma werd van twee derde (de helft van het totaal) besloten na de screeningsfase te stoppen. Zij werden gevraagd aan het eind van het volledig programma terug te komen voor een eindevaluatie. De stoppers bleken zowel aan het begin, als bij de tussenevaluatie in een betere toestand te verkeren dan degenen die doorgingen, in ergometrie

en in kwaliteit van leven. Hun toestand bleek stabiel bij de eindevaluatie. Zij lijken terecht gestopt. De doorgaanders hadden bij aanvang meer revalidatie doelen, zij waren jonger en in aanmerkelijk slechtere toestand. Er is geen verschil in diagnose. Zij verbeterden minder in de eerste fase maar verbeterden verder in de vervolgfase. Zij hadden vaker en langer individuele begeleiding dan de stoppers. De duur van de revalidatie was twee keer zo lang, maar zij lijken terecht doorgegaan. Het loont dus de moeite na een eerste fase het herstel van de patiënt te evalueren en het programma daarop aan te passen.

Status, samenwerking. Wetenschapsstage is afgerond eind 2012. Artikel in voorbereiding. Het verslag is te vinden in de Bibliotheek op onze website. Zoeken op Nienke Huizenga.

Tweede verslag van Sabrina de Vries: Is een tussentijdse beslissing te stoppen of door te gaan terecht?

Achtergrond, doel. Hartrevalidatie bestaat uit een aantal behandelmodules, die een bepaalde inhoud en verloop hebben. In de praktijk blijkt echter dat de ene revalidant sneller herstelt dan de ander. In het 'herontwerp 1998' wordt rekening gehouden met het individuele herstelproces door tijdens de revalidatie een tussentijds beslismoment te introduceren voor deelnemers aan een breed standaard programma (inspanning, ontspanning en informatie). Kunnen zij stoppen of is doorgaan of uitbreiding zinvol?

Methode, interventie. In een database werden

de behandelgegevens van alle patiënten verzameld van 1999 tot en met 2011. Het waren 3668 patiënten van wie 225 recidivisten werden geëxcludeerd. In een retrospectieve analyse werd de tussentijdse beslissing onderzocht. Deze werd genomen in een gesprek van revalidant en fysiotherapeut, in aansluiting op een inspanningssessie, die ergometrisch werd geëvalueerd en werd vergeleken met het begin. Aan de revalidant werd o.a. gevraagd naar ervaren baat van de revalidatie, lichamelijke (cardiale) klachten, werkhervatting, risicogedrag en verwachting van de toekomst. Sommigen voelden zich alweer goed, anderen hadden het gevoel op de goede weg te zijn en inmiddels te weten wat zij moesten doen. De beslissing te stoppen werd gevalideerd in het MDO. Bij de eindevaluatie na zes weken vertoonde circa een kwart enig teken van achteruitgang in kwaliteit van leven; zij waren bij aanvang in een minder goede toestand, fysiek en mentaal, en na de eerste fase misschien te optimistisch geweest. Echter, slechts 19 (2%) was flink achteruitgegaan. Van hen bleek uit de toelichtende tekst van de ontslagbrief dat er meestal oorzaken waren of opgetreden nadat de beslissing was genomen of onbeïnvloedbaar leken door voortzetting van de revalidatie. Het lijkt er op dat veel hartpatiënten na een kort maar breed revalidatieprogramma voldoende hersteld zijn en blijven. Status, samenwerking: Wetenschapsstage is afgerond in 2013. Het verslag is te vinden in de Bibliotheek op onze website. Zoeken op Sabrina de Vries.

Derde verslag van Lianne Fest: Is een verbeterde fitheid na hartrevalidatie zinvol voor de kwaliteit van leven?

Achtergrond, doel: de vraag naar hartrevalidatie (HR) wordt steeds groter. Doelen zijn secundaire preventie van hart en vaatziekten en verbeteringen in kwaliteit van leven (KvL). De nadruk van het programma ligt vaak op inspanning en verbetering van fitheid. Uit onderzoek blijkt dat KvL en fitheid inderdaad

toenemen tijdens HR. De vraag is echter of toename in fitheid belangrijk is voor de toename in KvL. Klopt de gangbare veronderstelling dat patiënten die fitter worden na de inspanningsmodule zich daardoor ook beter voelen? Methode, interventie. Retrospectief cohortonderzoek van patiënten, tussen 1999 en 2011 verwezen voor HR in het KG wegens een cardiovasculaire gebeurtenis. Bij 2166 patiënten die HR hebben doorlopen waren voor en eind meting van KvL (MPVH vragenlijst) en fitheid (ergometrie: ratio Watt/HF) bekend. De gemiddelde relatieve toename in KvL was 11% en in fitheid 16%. Wanneer de relatieve toename in KvL werd vergeleken met de verandering in fitheid voor de gehele populatie en voor subgroepen, dan blijkt er geen enkel verband te zijn. De correlatiecoëfficiënten voor de diverse schalen in KvL en voor diverse subgroepen zijn wel statistisch significant, maar heel laag (maximaal 0,058). Ook bij subgroepen, zoals geslacht, leeftijd, diagnose en een hoge of lage beginscore, werd geen reëel verband gevonden. Het lijkt er dus op dat ergometrische evaluatie van de bewegingsmodule weliswaar aantoonde dat de fitheid gemiddeld verbeterde, maar dat de mate van verbetering geen betekenis heeft voor de kwaliteit van leven, wat betreft welbevinden, maar evenmin wat betreft subjectief ervaren invaliditeit, of depressieve gevoelens. Het is noodzakelijk om te zoeken naar andere parameters die de waarde van beweging en inspanning in de HR kunnen onderbouwen. Status, samenwerking: Wetenschapsstage is afgerond eind 2013. Het verslag is te vinden in de Bibliotheek op onze website. Zoeken op Lianne Fest.

CASUS HANDGREPEN BIJ PARATONIE BIJ EEN VROUW MET GEVORDERDE DEMENTIE

Birgit Post

Deze casus beschrijft de behandeling met handgrepen volgens Methode van Dixhoorn van een mevrouw van 89 jaar met gevorderde dementie. Stijfheid in beweging, (verhoogde) spierspanning en onvermogen bewust te ontspannen (paratonie) komen vaak voor bij ouderen, vooral met cognitieve achteruitgang en dementie. De stijfheid is progressief, maakt de dagelijkse verzorging steeds moeilijker en vermindert de kwaliteit van leven van de persoon. Zelfs in de eindfase blijken onze handgrepen zinvol te zijn

Mw. woonde en werd verzorgd in een van de woonzorgvoorzieningen van de ECR's (European Care Residences), waar RAZ verantwoordelijk is voor woon-, zorg- en service diensten. Bewoners en tijdelijke gasten hebben een zelfstandige woonruimte, met de mogelijkheid om hulp en zorg te krijgen, als daar behoefte aan is. De zorgzwaarte kan oplopen van minder tot meer en tot zelfs zeer complexe zorg. Spanningsregulatie volgens methode Van Dixhoorn is een aantal jaren uitgeprobeerd en succesvol gebleken bij diverse bewoners met o.a. verschijnselen van paratonie. Sinds 2009 is er een mogelijkheid gecreëerd door het multidisciplinaire team in overleg met de directie voor invoering van AOT als complementaire behandeling om te kijken of onze benadering zinvol kan zijn bij ouderen met diverse klachten. De hulpvraag van een cliënt wordt besproken in het Multidisciplinair overleg (MDO).

Op verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde wordt de behandeling voor mw. gestart met toestemming van de familie. Het behandelverloop liep van april 2012 en eindigt in april 2014 met haar overlijden.

Toestand voor aanvang van de behandeling.

Mw. is bekend met een dementieel beeld en is in een vergevorderd stadium. Mw. zit in een aangepast rolstoel, reageert nog nauwelijks en is weinig responsief. Armen en benen zijn in zeer grote mate verstijfd en zijn met veel

moeite nog in beweging te krijgen. Als er beweging wordt dan beweegt en schokt eigenlijk alles mee. Bij bewegen neemt het schokken toe. Volgens de zorg lijkt ze wat narrig en opstandig. Hierdoor werkt mw. niet altijd mee als ze haar verzorgen. Ook de stijfheid en het schokken bemoeilijken de zorg.

Verloop behandeling. De eerste maal lukte het goed om de spierspanning in de benen en armen te doen afnemen, mw. lag na de behandeling heel rustig en zij reageerde positief op de vraag of ze dit nog een paar keer wilde. In de week erna waren de schokken aanmerkelijk minder, maar kwamen de laatste dag weer terug. De tweede behandeling was een week later en verliep even goed als de eerste keer. Mw. gaf aan dat ze het prettig vond. De derde keer was twee weken later en de toestand was tot dat moment beter gebleven. De zorg merkte op dat zij overdag responsiever is en aanmerkelijk minder verkrampd. De vierde en laatste keer (proefbehandeling) was een maand later. Deze behandeling verliep gemakkelijk, mw. gaf snel en goed mee, de spieren ontspanden goed. Zij was tot dat moment redelijk stabiel gebleven. Het advies vanuit de proefbehandeling was dan ook om de behandeling voort te zetten voor behoud van kwaliteit van leven.

De frequentie van de volgende behandelingen lag aanvankelijk op 1x per 2/3 weken. Met haar gezondheid ging het wisselend, maar de

toename van responsiviteit en de verminderde stijfheid en schokken blijven. Het valt op dat naarmate de tijd ertussen langer wordt er weer een afname en achteruitgang gaat ontstaan. Tijdens de zomermaanden is er geen behandeling nodig. Mw. gaat vaak naar buiten en is vrolijk, dit lijkt voldoende om de toestand stabiel te houden. Tegen oktober, november wordt een achteruitgang geconstateerd en start de behandeling weer. De frequentie blijft om de 3,4 weken, afhankelijk van haar toestand. Dit lijkt voldoende om kwaliteit van leven te behouden. Lichamelijk gaat mw. steeds meer achteruit, maar mw. blijft bereikbaar en beter te verzorgen door zorg en familie. Dit wordt voortgezet tot haar overlijden in april 2014. Begeleiding en ondersteuning van een therapeut met deze methode is als zeer positief ervaren binnen het zorgteam.

Behandeling. De behandeling is passief en bestaat uit handgrepen, instructies zijn niet mogelijk. Het doel is om ruimte en openingen te zoeken waardoor de spanning afneemt en er beweging kan ontstaan. Het is een kwestie van proberen: lichaamsbewegingen te weeg brengen, al of niet gekoppeld aan het ademen, langzaam/snel bewegen of schommelen. Mw. wordt meestal behandeld tijdens haar middagrust, liggend in haar bed. Ze reageert goed op de handgrepen: 'ruglig voeten trekken / duwen', 'benen tillen / schommelen', 'thorax schommelen', 'hoofd rollen', 'schouders trekken / duwen / schommelen', 'schouderblad duwen/houden/schommelen', 'kortlig trekken / duwen', 'borstbeen, romp schommelen' en vanuit het 'schouderblad schommelen'.

Processen: er treedt een duidelijke verandering op in aandacht: mw. is alerter, meer aanspreekbaar, meer open voor prikkels van buitenaf. Mw. herkent de behandelaar en krijgt snel contact, meestal verzachten haar ogen en reageert op de behandelaar met een flauwe glimlach. Ook als de behandelaar mw. in de huiskamer tegenkomt lijkt ze haar te

herkennen: haar hoofd komt omhoog en draait naar de richting waarvan de stem komt. Haar gezicht is in de loop van de tijd veranderd: van maskerachtig naar zachter en sprekender. Als behandelaar tegen haar praat tijdens het behandelen reageert mw. altijd, mw. probeert wel eens wat te zeggen, maar dit is meestal niet te begrijpen. Ja en nee gaat wel. Wanneer de handgrepen en bewegingen te snel gaan, lijkt het alsof het voor mw. niet prettig is. Mw. geeft het goed aan met geluid en reacties vanuit haar lijf: tegenstand of met haar arm naar de behandelaar. De laatste keer dat mw. behandeld werd, een week voor haar overlijden, lag mw. erg slecht en de omgeving was bezorgd. Mw. reageerde nauwelijks meer en haar lichaamsfuncties namen af. Desalniettemin reageerde mw. wel op het aanraken van haar wang en mond met haar eigen hand: meer aanwezig in haar gezicht, ogen stonden even helder en de omgeving kreeg ook een glimlach. Het was een mooi moment.

Spanningsvermindering: De stijfheid en het schokken van mw. zijn wisselend bij aanvang, maar veel minder dan bij het allereerste begin en nemen veel sneller af. Bij het bewegen van één ledemaat doen de andere veel minder tot niet mee, wat aanvankelijk sterk het geval was. Bewegen wordt makkelijker en minder schokkerig, mw. ligt meer open. Ademen gaat rustiger, vloeiender, meer verdeeld en met minder hoorbaar. Deze verbetering blijft ook een tijd na het behandelen.

Functioneel bewegen: de beweeglijkheid neemt toe bij mw., bewegingen gaan vloeiender en meer gedifferentieerd. Bijvoorbeeld in het begin gaat het hoofd bij bewegen van de bovenkant van het lichaam steeds omhoog, dit is een teken van hoge spanning die past bij paratonie. Tegen het eind van de behandeling blijft het hoofd rustig liggen en is er spanningsafname waarneembaar. Bij het bewegen van de armen doet mw. zelfs af en toe actief mee. De laatste maanden voor haar overlijden, gebeurt dit niet meer.

Conclusie. Met onze procesgerichte methode is een ingang te vinden bij mensen met gevorderde dementie en zijn er zinvolle processen in gang te zetten. Kwaliteit van leven verbetert naar de ervaring van zorg en familie en de verstijving neemt af. Binnen de organisatie van de RAZ komt er meer besef bij de zorgteams dat AOT vaker iets in gang kan zetten en kan bijdragen tot een betere kwaliteit van leven. In 2013 jaar is het aantal aanvragen toegenomen. De resultaten tot nu toe zijn zeer bemoedigend: bij één persoon had de AOT onvoldoende ingang, maar bij de rest is AOT een goede aanvulling gebleken. Het is erg mooi om te zien en te ervaren wat er voor je ogen en onder je handen gebeurt. Nog leuker is het om te ervaren dat de effecten van de behandeling ook na de behandeling een tijdje blijven bestaan. Het enthousiasme van de zorg en de familie maakt dat het veel voldoening geeft. Het is echter een relatief dure behandeling en de vergoeding is vaak een probleem, omdat de behandeling vaak regelmatig gegeven moet blijven worden.

Nawoord van het bestuur

In de loop van dementie treedt heel vaak verstijving op die resulteert in paratonie, maar ook bij andere aandoeningen doet zich dit voor (Hobbelen, 2010). De houding en beweging nemen af, er is toenemend onvermogen bewust spieren te ontspannen en men verstijft. Vaak past de verzorging zich aan en zoekt met steun van kussens een comfortabele positie. Ook de ergotherapeut kan ingeschakeld worden. De klassieke benadering van bedlegerige en verstijfde mensen vanuit fysiotherapie is 'doorbewegen' of passief bewegen. Dit vinden de mensen vaak niet prettig en ook menig therapeut staat het tegen. Je forceert een beweging en er ontstaat vaak verzet. Uit onderzoek blijkt dat deze aanpak om door een beperking en contractuur heen te bewegen eerder microtrauma's en daardoor uiteindelijk meer verstijving oplevert, tenminste bij deze populatie van mensen die zelf niet meer actief

bewegen en daarmee de tijdelijke bewegingsruimte benutten. Hoewel het nut van passief bewegen dus twijfelachtig is, blijft het veel gebruikt, bij gebrek aan beter. Handgrepen voor spanningsregulatie uit onze methode zijn mogelijk een goed alternatief om de beweeglijkheid te verbeteren, de paratonie beter hanteerbaar te laten worden en de kwaliteit van leven te verhogen.

Wat is eigenlijk het verschil met 'doorbewegen'? Van buiten af lijkt het veel op elkaar: de patiënt wordt door de behandelaar bewogen en de beweeglijkheid neemt vaak tijdens het behandelen kortdurend toe. Een belangrijk verschil van de procesgerichte benadering zit in de intentie van de behandelaar. Je pakt de voeten of tilt de benen iets op, maakt mentaal contact en zoekt naar de bewegingsmogelijkheden. Als er bewegingsonrust is dan volg je die en laat het bewegen toe door het gewicht van het ledemaat te ondersteunen. Je onderzoekt de ruimte in de gewrichten, bijv. de tenen, de enkel, de middenvoetsbeentjes. De aandacht van de behandelaar is bij de lokale bewegingsmogelijkheden én bij de aandacht die dit trekt van de persoon. De ene mens die een ander met aandacht en respect aanraakt, trekt de aandacht van die ander. Je roept geen weerstand, verzet en spierspanning op omdat je de bewegingsruimte zoekt en niet ergens 'doorheen' wil. Bovendien, en dit lijkt cruciaal, ontstaat een besef van de ander van het eigen levende lijf, de ruimte in de scharnieren van de gewrichten, het lichaam dat eerst als een vaste ongedifferentieerde massa aanvoelt, differentieert, wordt minder een 'blok beton' en de samenhang van de onderdelen wordt duidelijker. Het is dus een sterke prikkeling van de hersenen die deze waarnemingen moeten verwerken. Geen wonder dat iemand heel snel met het hoofd reageert: iets optilt, de ogen opent en soms expressiever wordt. Beginnen met de voeten geeft een besef van het bestaan van een lichaamsdeel, waarmee wij normaal gesproken contact hebben met de

aarde, onze ondergrond, van waaruit wij ons oriënteren in de ruimte. Dit vervalst bij bedlegerige mensen en herstel van enig contact is een sterke prikkel. Het tillen en schommelen van de benen brengt beweging en dus differentiatie in bekken en onderrug. De romp wordt minder een vast geheel. De ribbenkast blijft vaak heel lang vast, maar door de armen passief te steunen en laten bewegen, de vingers te openen en de arm te laten buigen en strekken, kunnen ook de schouderbladen in beweging komen, waardoor de thorax daarvan onderscheiden wordt. Het hoofd laten rollen kan ook zo'n differentiatie geven, net als wervelkolom schommelen en de borstkas meedrukken. Kortom, alle handgrepen kunnen het besef van het levende, concreet ervaren lichaam vergroten en daardoor de levendigheid en de aandacht versterken. Het besef 'ik ben' kan groeien.

Dit soort effect toont aan dat onze methode meer is dan een cognitieve aanpak, het verhoogt de levendigheid en aandacht, ook bij mensen met sterke cognitieve achteruitgang, die nauwelijks meer aanspreekbaar zijn. Hun 'mindfulness' neemt op een natuurlijke manier toe, zonder enige noodzaak tot concentreren, doordat de ervaren lichaamsbeweging de aandacht vult en versterkt. Zo'n aanpak ondersteunt en is bruikbaar voor verzorgenden. Ook zij kunnen starten met een handgreep, waardoor er minder verzet is en men effectiever kan handelen, en dus toch minder tijd nodig ondanks de duur van de handgreep.

Literatuur:

Hans Hobbelen, Paratonie enlightened. Dissertatie Universiteit Maastricht, Maastricht, 2010

In 2013 zijn een aantal werkgroepen ontstaan, waarin deelnemers gezamenlijk een bepaald thema bestuderen, naast de langer bestaande werkgroep 'Kinderen'. De nieuw ontstane werkgroepen gaan vooral uit van de gegevens die wij zelf verzameld hebben, d.m.v. de casuïstiek en het Resultatenproject en vergelijken dit met bestaande gedachten, richtlijnen en behandelingen in de literatuur.

Werkgroep 'Hyperventilatie'

In 2012 zijn een aantal mensen (Yvonne Esser, Carlijn Bamberger en Marijke Bollema) begonnen met het rubriceren en analyseren van de gegevens over hyperventilatieklachten uit het Resultatenproject. Daar is een presentatie over gehouden op de ALV (Algemene Leden Vergadering) van de VDV. In het voorjaar van 2013 heeft een aantal nieuwe mensen zich aangemeld voor de werkgroep. Per mail is deze mensen gevraagd om onderzoeken te verzamelen via bv. Pubmed en elkaar hiervan op de hoogte te brengen. Door het lezen van de literatuur over het onderwerp zoeken we antwoord op de volgende vragen:

1. Hoe wordt het probleem gedefinieerd, hoe wordt de aard omschreven?
2. Welke gedachten zijn er over de mogelijke oorzaken?
3. Wat zijn de meest toegepaste behandelingen?

In september is er een bijeenkomst geweest van de werkgroep en is bekeken wat er tot nu is verzameld aan literatuur. Het bleek niet eenvoudig te zijn om goede literatuur te vinden, omdat er twee dominante modellen zijn (angst en hypocapnie), die beide niet voldoen. Er is geen eenduidige mening in de medische wereld. Misschien kan het hyperventilatiesyndroom ook wel onder de SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) vallen? Er zijn functionele ademklachten zonder somatische oorzaak, die een bepaald klachtenpatroon veroorzaken. Op internet en in folders in huisartspraktijken worden simpele verklaringen gegeven, maar er is geen

onderbouwende literatuur. Het proefschrift van R. Courtney is gebruikt als handvat voor de beeldvorming.

In november is overleg geweest over hoe er naar hyperventilatieklachten wordt gekeken in de praktijk. Er zijn 5 huisartsen in een interview gevraagd naar hun opvatting. Er is tevens gekeken naar de huidige stand van zaken m.b.t. hyperventilatie in de richtlijnen van de NHG en er is discussie geweest over de verschillende invalshoeken, van waaruit er naar de mogelijke oorzaken en wijze van aanpak wordt gekeken. Besloten is een stappenplan te maken voor de komende periode.

Twee leden van de werkgroep (Yvonne Esser en Hilde Hansman) zijn eind van het jaar begonnen met het rubriceren van de gegevens over dysfunctioneel ademen uit het Resultatenproject, om te kijken of en waarin deze groep verschilt van de groep met hyperventilatieklachten. Tijdens het AOS symposium in maart 2014 zullen de eerste uitkomsten gepresenteerd worden.

R. Courtney, Dysfunctional breathing: its parameters, measurement and relevance. PhD Thesis, University of Melbourne, RMIT. 2011

Werkgroep "Slapen"

Op 13 juni is de werkgroep, bestaand uit Jacqueline de Klerk en Margo Muijselaar, bij elkaar geweest om het te bewerken Excel bestand met de gegevens uit het Resultatenproject van 2006-2011 onderling te verdelen en de werkwijze voor het bewerken te bespreken. Argumentatie om ons op de

klachten te richten en deze in subgroepen te rangschikken, is ontleend onder meer uit het werk van Bosboom en anderen. Zij stellen dat in de psychopathologie 'diagnosen' in feite 'netwerken van klachten' zijn. Dit zal zeker ook gelden voor onbegrepen en spanningsgerelateerde klachten. De klacht slecht slapen heeft een brugfunctie omdat het in veel netwerken, zoals angst en depressie voorkomt. Inhoudelijke achtergrond informatie is gehaald uit het boekje Slapeloosheid van Gerard Kerkhof. Overig overleg over de bewerkingen en de statistische analyse via SPSS is via de mail verlopen. Tijdens het AOS symposium in maart 2014 zullen de eerste uitkomsten gepresenteerd worden.

D. Borsboom et al. The small World of Psychopathology. PLoS One, 2010

G. Kerkhof en anderen, Omgaan met Slapeloosheid. Bohn, Stafleu, van Loghem, 2009

Werkgroep "Kinderen"

Zoals te lezen in een uitgebreider verslag op de website van de VDV heeft de werkgroep gemeend na een aantal jaren voorzichtig een paar conclusies te kunnen trekken. De werkgroep bestaat uit Cristina Sonneveld, Annemarie Huiskes, Monique Fréney en Henriëtte Gaillard en is in het najaar uitgebreid met Inge Waaijer. De behandeling van kinderen lijkt in veel opzichten op die van volwassenen, maar er zijn verschillen. Iets vaker dan bij volwassenen moet rekening worden gehouden met sociaal wenselijke antwoorden. Contact met ouders, school of medebehandelaars kan helderheid verschaffen, maar het kan ook waardevol zijn te behandelen vanuit de perceptie van het kind dan wel het kind zelf een omweg te laten maken naar het te bereiken doel. Het zoeken naar en vinden van het verhaal achter het verhaal duurt bij kinderen vaak langer dan bij volwassenen.

Aan de andere kant zijn vooral de jonge kinderen vaak verrassend open en kunnen ze kleurrijk vertellen over wat ze beperkt in het dagelijks leven, en hebben minder snel een

oordeel. Wanneer ze positieve ervaringen opdoen in ontspannen, stilzijn en mentale stuurbaarheid worden ze daar ontvankelijk voor. Ook bij kinderen is het de moeite waard uitleg te geven, op hun niveau, over de werking van lichaam en hersenen en wat de werking van AOT daarin kan betekenen. Hun talent tot magisch denken leidt dan vervolgens nog makkelijker tot cognitieve herstructurering. Hoe jonger de kinderen, des te speelser de instructies moeten zijn, maar ook wat langer stil zijn en concentratie ervaren zelfs sommige kleintjes als prettig.

Wel of niet aanraken en daartoe toestemming vragen, wel of niet ogen dicht, die keuzes verschillen niet met die van volwassenen. Het benoemen van moeilijke situaties, klachten en prikkels en wat deed je er mee is ook bij kinderen een goede optie. Behandelingen zowel mét (mee laten doen) als zonder de ouders (geeft soms een ander beeld van het kind) zijn belangrijk.

Klachten waar kinderen mee kwamen: Angst, depressie, tics, ADHD, ADD, buikpijn, hoofdpijn, duizelig, (inspannings-) hyperventilatie, slaapproblemen, misselijkheid, te hoge prestatiedrang (school/sport), zich buitenshuis nergens thuis voelen en longproblematiek zoals (inspannings-) astma.

De werkgroep heeft in 2013 een begin gemaakt met het aanpassen van de Algemene Toestand Lijst en gaat in 2014 verder met de Nijmeegse Vragen Lijst. Daartoe zijn een aantal bestaande gestandaardiseerde lijsten bestudeerd van kinderpsychologen en orthopedagogen. Niet vanwege de soort vragen maar om helder te krijgen welk taalgebruik bij welke leeftijd als werkzaam wordt beschouwd. De veranderde vragenlijsten zullen in 2014 worden gestandaardiseerd met behulp van een onderzoeksvorstel van Jan van Dixhoorn.

Werkgroep Functionele stemklachten

In september 2013 is een mail rondgestuurd door Miriam Helsper onder logopedisten/AOT i.v.m. het opstarten van de werkgroep

voor onderzoek naar (onnodige) spanning bij stemklachten en stotteren. Daarin werd de hoofdvraag en werkwijze toegelicht: "Welke (spanning)klachten bij stem en stotteren zijn er en (hoe) reageren die klachten op de AOT behandeling". Om dit te onderzoeken en om hier in de toekomst zinvolle uitspraken over te kunnen doen zijn een aantal dingen nuttig om te bekijken en te doen:

- Artikelen lezen en bespreken over adem en stem/stotteren.
- Relatie onderzoeken met andere methodes op dit gebied, te denken valt aan stemmethoden en stottertechnieken waarbij de adem ook een belangrijke rol speelt.
- Invoeren van patiëntgegevens met klachten op het gebied van stem en stotteren in het resultaten project.
- Wetenschappelijk onderzoek en publicaties op het gebied van adem, stem en stotteren opzoeken, lezen en bespreken.

Definitie: Het gaat om **Stem: functionele stemklachten**, zoals heesheid, schorheid, vermoeidheid, pijn in de keel, globusgevoel, moeite met slikken en/of spreken en **Stotteren**: Niet vloeiend spreken, spreekangst, blokkades voelbaar in keel en/of middenrif, onrustig adempatroon, vermoeidheid na het spreken, snel spreken.

Op dit moment zijn er tussen 2006-2011 37 behandelingen ingevoerd op het gebied van stem. Om onderzoeksgegevens te kunnen interpreteren hebben we minstens 150 ingevoerde behandelingen nodig. Als we met z'n allen hier een steentje aan bijdragen dan kan dit leiden tot een mooi onderzoek waar we allen baat bij hebben voor de behandeling van AOT en stemklachten/stotteren. Dus heb je cliënten met functionele stemklachten/stotteren die je behandelt met AOT voer deze dan in het Resultatenproject in!

Basis cursus

Het eerste jaar van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie staat op zichzelf en 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 goedkeuring daarvan heeft de cursist toegang tot het certificaatprogramma.

De cursus is in 2013 in Amersfoort gegeven en met succes afgerond door 13 deelnemers. De cursus is geaccrediteerd voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, logopedisten en ergotherapeuten. Ook Vaktherapeuten kunnen accreditatie aanvragen. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

De basis cursus is in 2013 ook gegeven via het NPI, onder leiding van Els Anthonissen en enkele malen in aanwezigheid van Jan. Het werd afgerond door 16 deelnemers van wie een aantal een eindverslag inleverden en daarmee het certificaatprogramma aan het Centrum konden volgen

Certificaatprogramma

Dit omvat het tweede- en derde jaar van de Leergang Adem- en Ontspanningstherapie van het Centrum voor Adem- en Ontspanningstherapie te Amersfoort. In het tweede jaar worden handgrepen geleerd, waardoor inzicht groeit in wat de instructies teweeg kunnen brengen en in het derde jaar komt het geven van instructies aan de orde. De nadruk ligt op het verwerven van vaardigheid in het uitvoeren en rapporteren, hetgeen bij herhaling getoetst wordt. Het omvat tweemaal 60 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 2013 met succes afgerond door 18 personen, van wie een persoon die al gecertificeerd was en het jaar herhaalde. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

In 2013 werd het certificaat AOT verworven door 15 personen. Zij voldeden aan de eisen en hadden alles tijdig afgerond. Twee personen lukten dat niet en zij stelden het voldoen aan de eisen uit. Een persoon registreerde zich door het inleveren van een casus, enkele jaren na het afronden van het derde jaar. De lessen werden gegeven door een per blok wisselende hoofddocent en Jan van Dixhoorn.

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/begeleider in onze methode in juni een brief met de stand van zaken met betrekking tot de behaalde punten over het afgelopen jaar volgens onderstaand stelsel. In 2013 werd voor het eerst ook de aantallen behandelde patiënten vermeld, in het jaarverslag en ingevoerd in het Resultatenproject. 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	max. 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 2013 waren er 30 intervisiegroepen. Over het hele jaar genomen zijn de groepen gemiddeld vijf 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 door nemen 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, opgedane ervaringen met specifieke doelgroepen, onderwerpen rondom praktijkvoering AOT, invoeren van het resultatenproject en ervaringen opgedaan met andere (adem)methodes. In 2013 maakten 2 intervisie groepen gebruik van de mogelijkheid tot supervisie door een van de docenten

Themagerichte intervisie door de VDV

In 2013 zijn er, met inbegrip van de themabespreking tijdens de ALV, vier themagerichte bijeenkomsten geweest, waarvan 3 in het Conservatorium te Utrecht en 1 in de Amershof te Amersfoort.

1. Zaterdagochtend 9 februari 2013

Onderwerp: "Hoe optimaliseer je de positie van AOT binnen een instelling?"

Jenny Borduin (GGZ), Ilse van Griensven (ziekenhuis) en Dineke van de Loosdrecht (verpleeghuis/revalidatie) hebben verteld over hun werkzaamheden en functioneren als AOT-er binnen de instelling. Daarna is er in subgroepen besproken hoe de positie van de AOT in een instelling geoptimaliseerd kan worden. De volgende onderwerpen kwamen hierbij aan bod:

- Het belang van registreren en rapporteren.
 - Het uitleggen van de methode aan andere disciplines.
 - Het streven naar vergoeding binnen DBC ketenzorg.
 - Het verwerven van een functieomschrijving met daaraan een functiewaardering.
- Er waren 23 deelnemers.

2. Zaterdagochtend 25 mei 2013

Onderwerp: "Verslaglegging".

Tijdens deze themabijeenkomst, die geleid werd door Gerard van Holland, is besproken welke gegevens belangrijk zijn om vast te leggen in je cliëntenadministratie en wat de aandachtspunten zijn in een rapportage naar een verwijzer. Dit werd verduidelijkt door het beoordelen van vele voorbeeldbrieven. Aan de hand van een casus is er in subgroepjes een eindrapportage opgesteld.

Er waren 12 deelnemers.

3. Zaterdagochtend 14 september 2013

Onderwerp: "Hoe maak je een goede casus?"

Aan het schrijven van een casus worden tegenwoordig andere eisen gesteld dan enkele jaren geleden. Onder leiding van Els Anthonissen wordt systematisch ingegaan op de (nieuwe) richtlijnen proefbehandeling en casus en wordt duidelijk gemaakt hoe je middels de casus de rol van de AOT in relatie tot de klachten, de omstandigheden en de beperkende factoren onderzoekt.

Er waren 23 deelnemers.

4. Zaterdagmiddag 2 november 2013

Onderwerp: 'Feldenkrais en AOT'

In de AOT zijn invloeden te herkennen vanuit de Feldenkrais, m.n. op het gebied van de didactiek. Bas van de Steeg, AOT-er en Feldenkraistherapeut, informeert ons over de methode Feldenkrais en geeft twee lessen. Jan gaat hier aansluitend dieper op in, verduidelijkt de relatie met de AOT en begeleidt het evalueren.

Er waren 51 deelnemers.

Studiedagen en 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 2013 door de AOS werd een jaar uitgesteld.

Vanaf 2013 zijn de bijeenkomsten over '**Behandeling van patiënten met hyperventilatie en dysfunctioneel ademen**' in aansluiting aan ochtenden van het tweede jaar in het derde blok gehouden en vielen daardoor in 2014.

Evenals de middagen over hyperventilatie zijn vanaf 2013 de bijeenkomsten over de '**Notatie Adembereik of MARM**' op twee middagen gehouden, in aansluiting op het ochtendprogramma van het tweede jaar en als onderdeel van het certificaatprogramma. Dit jaar waren de middagen in het tweede blok op 4 en 18 november. Er waren 17 deelnemers, van wie 6 gecertificeerden.

Verplichte Casus, eenmaal per drie jaar

In 2013 stonden er voor de herregistratie 51 casussen op de lijst. Van hen stopten 8 personen met de herregistratie, 3 hadden een reden voor uitstel, en 6 hadden in juni 2014 nog geen casus ingeleverd. Zij kregen een waarschuwing.

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 2013 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 twee aanvragen geweest om opnieuw in het register te worden opgenomen en daarvoor een extra casus te maken, dat is gedaan door een persoon. Een persoon heeft een jaar van de leergang herhaald.

Verdiepingscursus Theorie. In 2013 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, drie daarvan werd opgenomen in de nieuws rubriek van de AOS, en er werden instructies doorgenomen. Er waren 9 deelnemers, die allen voldoende aanwezig waren.

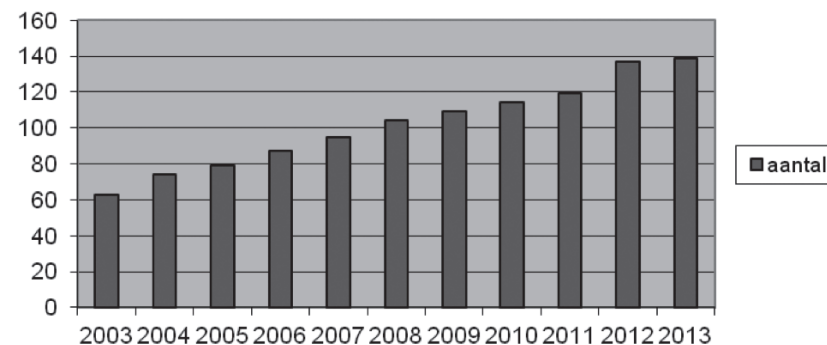
Op 20 april werd een bijeenkomst over de '**fysiologie van stress**' gehouden, waar Nol Bernards zijn visie vertelde. Dit was een onderdeel van het certificaatprogramma, gevolgd door 23 deelnemers van wie 6 gecertificeerden en 1 introduc e. Het was een groot succes en wordt zeker gecontinueerd.

Aansluiting bij AOS

Het register 2014 is gebaseerd op gegevens over 2013. Van de inmiddels 250 personen die de driejarige leergang hebben afgerond, hebben 139 personen zich aangesloten bij de AOS en voldaan aan de regels. Een aantal (48) past het wel toe, maar is onvoldoende gemotiveerd om zich bij de AOS aan te sluiten en aan de herregistratie eisen te voldoen. Dit aantal is groter geweest afgelopen jaar, vaak in verband met het bereiken van een leeftijd dat men registratie verplichtingen minder laat tellen. 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. Het verloop van de aantallen in het register tot en met 2013 is weer gegeven in onderstaande grafiek. 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 2014 is te raadplegen op www.ademtherapie-aos.org

Aantal registerleden in de loop van de jaren



Bestuur AOS, Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

Jan van Dixhoorn, voorzitter

Willy Stibbe, secretaris

Irmgard van Dixhoorn-Verhoeven, penningmeester

Gerard van Holland, vice-voorzitter

www.ademtherapie-aos.org

e-mail: info@ademtherapie-aos.org

Bestuur VDV, Van Dixhoorn Vereniging voor AOT

Imca Abma, voorzitter

Margo Muijselaar, secretaris

Henny Jongman, 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