

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 teweegbrengen, 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 jaar-rapport 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

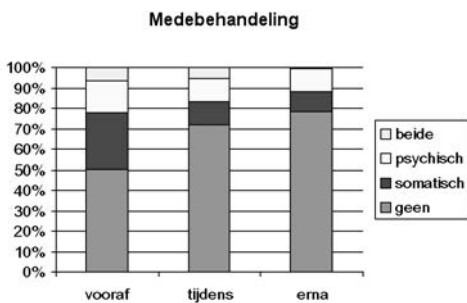
dezelfde klachten ook een andere behandelaar actief is dan geldt dit als medebehandelaar. Hoe kunnen we in dat geval interpreteren wat de rol van spanningsregulatie is geweest? Van belang is vooral het beleid, zoals in het toestemmingsformulier is omschreven, om zo min mogelijk met twee behandelingen 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

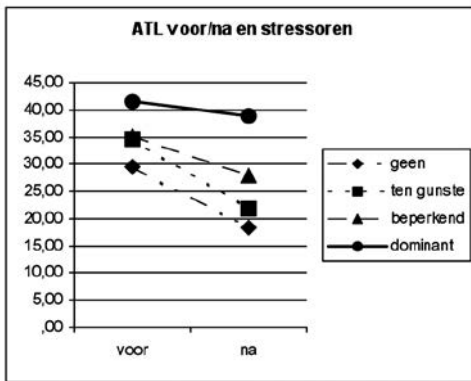
zijn en blijven, maar toch kan bijvoorbeeld de hoofdpijn sterk verbeteren. Het is daarom van belang de twee vragen, naar **globaal effect en naar beperkende voorwaarden apart te beantwoorden**.

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 werkhervatting, 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!!