

Adem- en Ontspanningstherapie Stichting

METHODE VAN DIXHOORN

De praktijk van AOT onderbouwd.  
Een gesprek met Els Anthonissen

AOS

Jaarverslag  
2010

# DE PRAKTIJK VAN AOT ONDERBOUWD:

---

## EEN GESPREK MET ELS ANTHONISSEN

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

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

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

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

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

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

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

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

Het was mijn partner die me aanspoorde om

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heeft dit nieuwe gedachten opgeleverd?

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

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

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

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

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

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

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

*Hartelijk dank, Els en veel succes in de toekomst!*