

Handvat

Lees het
RSI-moment
van Annemiek!
Zie pagina 7

**Zo ben je klaar voor
het gesprek met de
verzekeringsarts**

RSI-onderzoeker Erwin Speklé:
“Werkgever moet RSI-maat-
regelen meer aandacht geven”

Nieuwe ervaringen met Sarno:
“Je bent sceptisch en tegelijk
wanhopig genoeg om het een
kans te geven”

Het Handvat is een kwartaaluitgave van de RSI-vereniging. Maart 2012. Achttiende jaargang, nr. 1. Lidmaatschap: € 25,- per jaar bij automatische incasso, anders € 27,50 per jaar.

De vereniging geeft geen persoonlijke (medische) adviezen, maar verwijst door naar personen en instanties. Opzeggen van het lidmaatschap kan tegen het einde van het jaar met inachtneming van een opzegtermijn van vier weken.

Adres
RSI-vereniging
Postbus 133, 3860 AC Nijkerk
postbus@rsi-vereniging.nl
www.rsi-vereniging.nl

Tel. 0900-774 54 56 (of 0900-RSILIJN)
Ma. t/m do. van 13.00 tot 15.00 uur en van 19.00 tot 21.00 uur (€ 0,01 per minuut).
Voor inhoudelijke vragen over RSI, steun en uitwisselen van ervaringen.

Tel. 033-247 10 43
Dagelijks van 9.00 tot 17.00 uur.
Voor administratieve zaken en voor journalisten, therapeuten, studenten en andere (beroepsmatige) belangstellenden.

Aanmelden als vrijwilliger
vrijwilligerswerk@rsi-vereniging.nl

Bestuur
Voorzitter: Willem Hollander
Secretaris: Walter Jansen
Penningmeester: vacature
Algemeen lid: Ineke van Hooff

Commissies
Handvat: Gabriëlle Bosch
Onderzoek: Femke Boekhorst
RSI-lijn: Janneke Vasse
PR: Willem Hollander
Vrijwilligerscoördinatie: Janneke Vasse
Website: Paul de Ruiter

Redactie
Gabriëlle Bosch (hoofdredacteur), Astrid ter Borgh (eindredacteur), Annemiek Hutten, Karen Jackson, Egbertien Martens, Karlijn van der Meer, Sandra Muresu, Floor Scholten, Jantine van der Tang, Dominique de Vet

Aan dit nummer werkten verder mee
George Hill, Berbera van den Hoek en John Verbruggen

Mail ons op:
Handvat@rsi-vereniging.nl
(Gabriëlle Bosch)
Eindredacteur.handvat@rsi-vereniging.nl
(Astrid ter Borgh)

Deadline volgend nummer
2 maart 2012

Vormgeving
Arianne Doornbos

Illustratie
Chris Feenstra

Druk
Van den Bosch & Fikkert, Almelo

Nabestellingen
Nabestellen kan via de website o.v.v. maand, jaargang en aantal exemplaren, zolang de voorraad strekt. Er worden verzendkosten in rekening gebracht.

Advertentie-exploitatie
Retra PubliciteitsService BV, Postbus 333, 2040 AH Zandvoort, Tel. (023) 571 84 80, fax (023) 571 60 02, info@retra.nl

Vrijwaring
Wij hebben alle moeite gedaan om recht-hebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, worden vriendelijk verzocht contact op te nemen met de redactie.

Copyright
Voor het overnemen van artikelen uit het Handvat is voorafgaand schriftelijke toestemming van de redactie nodig. De redactie beslist over plaatsing van de ingestuurde kopij en behoudt zich het recht voor deze in te korten. Geplaatste artikelen en advertenties vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactie of de RSI-vereniging.

Vol - Volledig - Voldaan



We hebben weer een vol nummer. Niet alleen vol in de zin dat er geen letter meer bij kan, maar ook omdat we de situatie waarin een RSI'er zich bevindt weer van alle kanten belichten. Volledig dus.

We bekijken de stand van RSI in onderzoeksland, de rechtspositie van ons RSI'ers, deze keer onder andere bij de WIA-keuring, allerlei hulpmiddelen die je kunt gebruiken, een behandeling (of niet) door Sarno deze keer, weer een eigen verhaal, een casus. Alles om de RSI'er weer zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen.

En dat kan door de veelzijdige leden van onze redactie. Elke keer gaan ze weer op pad. Naar een voorlichtingsbijeenkomst over nieuwe ergonomische middelen, een nieuwe behandeling uitproberen, een lotgenoot interviewen, een promotie bijwonen, een reisje naar Engeland, een instantie bellen of de één of andere een winkel. Hun ziel en zaligheid stoppen ze erin. Vele kilometers in het OV of op de weg. Ze volgen cursussen om nog beter te leren schrijven of om een nog beter blad te maken. Allemaal in hun eigen vrije tijd.

En in de loop der jaren is iedereen op zijn eigen manier heel erg gegroeid! Dat is mooi om te zien. Dat realiseer ik me dan ineens, alles overziend. Ik kan alleen maar zeggen, mooi werk dames (ja, het zijn alleen maar dames, maar heren zijn welkom hoor!). Bedankt voor jullie niet-aflatende inzet! En ga zo door!

Daarom voel ik me, ook met dit nummer, weer zeer voldaan.

Gabriëlle Bosch
hoofdredacteur Handvat

PS We zien graag je reacties tegemoet! Mail mij op Handvat@RSI-vereniging.nl, of naar eindredacteur Astrid ter Borgh eindredacteur.handvat@rsi-vereniging.nl of bel naar 038-460 10 90.

Werf een nieuw lid!



We hebben nieuwe leden nodig en jij kunt helpen. Maak iemand lid van de RSI-vereniging, dan krijg je zelf een cadeaubon van 10 euro! Heb je een nieuw lid gevonden, laat hem of haar dan bij aanmelding aangeven door wie hij of zij lid is geworden. Het nieuwe lid krijgt een welkomstpakket.

Zie onze vernieuwde website voor heel veel informatie over RSI: www.rsi-vereniging.nl



Niet vergeten:
je hebt nog
steeds RSI

4 | Erwin Speklé: "Werkgever moet RSI-maatregelen meer aandacht geven"

Erwin Speklé onderzocht in zijn promotie-onderzoek de waarde van de RSI QuickScan.

14 | Nieuwe positieve ervaringen met Sarno

Belle Teunissen (26, geeft Nederlandse en Spaanse les) en Ciske Boekelo (29, programmeur bij een softwarebedrijf) lazen Sarno's boek *The Mindbody Prescription* en raakten naar eigen zeggen hun RSI-klachten kwijt.

20 | Zo ben je klaar voor het gesprek met de verzekeringsarts

Veel informatie en maar liefst 30 tips.

Lees ook

- 6 De mini-tips van George over zwemmen en een bron van informatie op internet
- 7 Het RSI-moment van Annemiek
- 8 Het eigen verhaal van Vera
- 10 In je recht: Over meewerken aan een belastbaarheidsonderzoek



Inhoud

RSI-preventie heeft aandacht nodig



Erwin Speklé: "Werkgever moet invoering RSI-maatregelen meer aandacht geven"

De kosten van RSI zijn zó hoog, dat je zou denken dat werkgevers staan te springen om effectieve preventiemaatregelen. Arbo Unie heeft met de RSI QuickScan een instrument in handen om bedrijven met beeldschermwerkers hierbij te helpen. Erwin Speklé heeft in een promotieonderzoek onderzocht hoe betrouwbaar en valide dit instrument is, en hoe (kosten) effectief het hele interventieprogramma is. Helaas is een belangrijke conclusie uit zijn onderzoek dat de interventie *niet* (kosten)effectief is. Hoewel dat misschien vooral wordt veroorzaakt doordat... de betrokken bedrijven de aangeraden maatregelen niet uitvoerden!

De QuickScan is bedoeld voor beeldschermwerkers, in Nederland de grootste groep van werknemers met RSI-klachten. De QuickScan is een combinatie van een vragenlijst met een interventieprogramma. Interventies zijn maatregelen om het ontstaan of voortduren van RSI-klachten tegen te gaan. Dit kan variëren van een nieuw toetsenbord tot oog-onderzoeken, werkplekonderzoeken of workshops over het omgaan met stress en werkdruk. Doordat werknemers éérst de vragenlijst invullen, kan een heel gericht interventieprogramma worden samengesteld. Het heeft bijvoorbeeld weinig zin om nieuwe toetsenborden en muizen uit te delen als werkdruk de belangrijkste risicofactor is. In de vragenlijst worden dertien bekende risicofactoren voor het ontstaan of voortdu-

ren van RSI-klachten uitgevraagd, zoals het eerder hebben gehad van klachten, de ergonomie van de werkplek en de werkdruk, zie figuur 2 voor een voorbeeld. De resultaten daarvan worden in tekst en in duidelijke grafieken weergegeven, zodat de medewerker zelf en het bedrijf inzicht krijgen in de belangrijkste risicofactoren, zie figuur 1 en figuur 3. Daarna geeft de QuickScan advies over de preventieve maatregelen die het bedrijf of de medewerker zelf kan toepassen om RSI te voorkomen.

Wat heeft Erwin Speklé precies onderzocht?

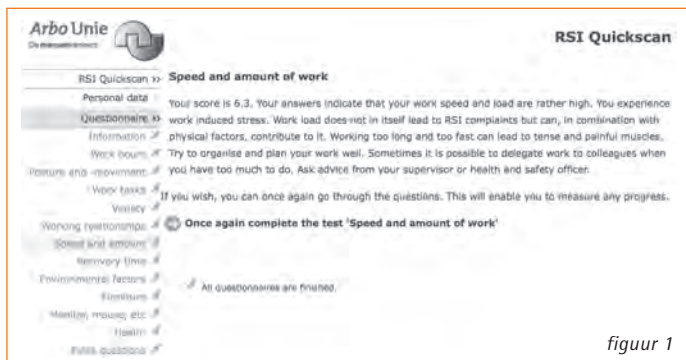
Arbo Unie wilde graag weten hoe betrouwbaar en hoe (kosten)effectief de RSI QuickScan is. De QuickScan wordt al een aantal jaren gebruikt om bedrijven

te adviseren over de preventie van RSI. Het promotieonderzoek heeft zeven jaar geduurd en in november 2011 is Erwin Speklé erop tot doctor in de Bewegingswetenschappen gepromoveerd.

Zijn onderzoek had drie hoofdvragen:

- 1) Hoe betrouwbaar, consistent en valide is de RSI QuickScan?
- 2) Hoe effectief is de RSI QuickScan in het voorkomen van RSI-klachten, het verminderen van de blootstelling van computerwerkers aan risicofactoren én het verminderen van ziekteverzuim?
- 3) Hoe (kosten)effectief is de RSI QuickScan?

De eerste vraag gaat over de vragenlijst, die de basis is van het van het interventieprogramma. Bij gebruik van een vragenlijst is het belangrijk om te



figuur 1

figuur 1: Individueel resultaat van een werknemer op één de risicofactoren die in de vragenlijst worden gemeten, werksnelheid en werkdruk. De werknemer krijgt uitleg over zijn score en de betekenis ervan.

figuur 2: voorbeeld van de vragenlijst



figuur 2

onderzoeken of de lijst wel meet wat hij zou moeten meten en hetzelfde resultaat geeft als je hem op een ander moment afneemt. In de vragenlijst worden bijvoorbeeld vragen gesteld over de ergonomie van de werkplek: de hoogte van het beeldscherm, de afstand tot het beeldscherm, het werken met muis en toetsenbord, de werkhouding. Dit soort vragen kun je controleren door bij een kleinere groep mensen dezelfde gegevens ook op een andere manier te verzamelen, bijvoorbeeld door werkplekonderzoek door een bedrijfsergonoom. Je kunt ook dezelfde groep mensen dezelfde test op een ander moment laten invullen en dan controleren of ze grotendeels dezelfde antwoorden geven. Dit heeft Speklé allemaal op wetenschappelijke wijze onderzocht en in orde bevonden.

Een andere test voor de vragenlijst is de zogeheten 'concurrente validiteit' van de vragen over arm-, nek- en schouderklachten. In de RSI QuickScan wordt immers aan de beeldschermwerker zelf gevraagd of hij op dit moment of eerder RSI-klachten heeft, in plaats van dat dit door een arts wordt vastgesteld. Het is belangrijk om te kijken hoe betrouwbaar die eigen diagnose is. Dit heeft Speklé onderzocht door twee verschillende artsen naar een groep van 106 beeldschermwerkers te laten kijken, die ook de vragenlijst hadden ingevuld. En wat denk je? Er was maar beperkte overeenstemming tussen de eigen diagnose en de diagnose door de

arts. Maar... er was ook maar beperkt overeenstemming tussen de diagnoses van de artsen onderling! Conclusie? Het eenduidig vaststellen van het bestaan van RSI-klachten is best lastig.

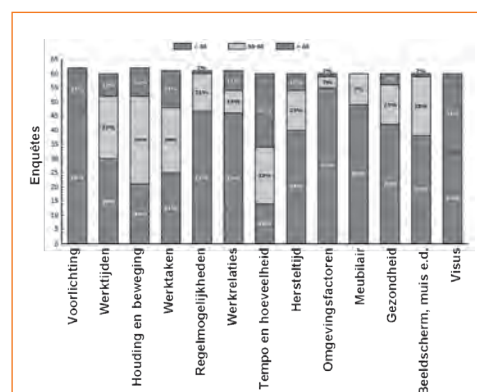
Een laatste test voor de vragenlijst is: hoe goed voorspelt de vragenlijst RSI-klachten? Ofwel, klopt het dat werknemers met een hoge score op RSI-risicofactoren ook daadwerkelijk méér last krijgen van RSI-klachten? Hiervoor zijn bijna 3400 werknemers twee jaar gevolgd. De conclusie is dat negen van de dertien onderzochte factoren sterk gerelateerd zijn aan RSI-klachten later in de tijd. Het zou dus moeten lonen om iets aan die risicofactoren te doen.

Wat zijn de effecten van de RSI QuickScan?

Je zou verwachten dat bedrijven die de RSI QuickScan toepassen op den duur ook minder werknemers met RSI-klachten hebben. Onderzoeksvragen twee en drie gaan daarover. Bijna 1200 werknemers hebben aan dit onderzoek meegedaan. De afdelingen die meededen zijn willekeurig toegewezen aan ofwel de groep die een interventieprogramma kreeg aangeboden, ofwel de controlegroep die alleen de vragenlijst invulde. De werknemers hebben vóór het onderzoek en na twaalf maanden de vragenlijst van de QuickScan ingevuld. De interventiegroep had na twaalf maanden meer RSI-voorlichting ontvangen en minder ongunstige

houdingen en bewegingen op het werk. Er was echter nauwelijks verschil in RSI-klachten en ziekteverzuim. Het interventieprogramma van de RSI QuickScan is hiermee niet (kosten) effectief ten opzichte van het alleen invullen van de vragenlijst. Verrassend genoeg daalde wel in beide groepen het aantal RSI-klachten met 9%.

Een mogelijke verklaring die Speklé zelf hiervoor geeft is het feit dat lang niet alle voorgestelde interventies ook echt zijn uitgevoerd. Bij één bedrijf was er door een reorganisatie een nieuwe manager die het niet het juiste moment vond voor dit soort zaken. Bij een gemeente die meedeed was er maar een heel beperkt budget voor de interventies. Als maar een klein deel van de interventies echt is uitgevoerd, kan dat verklaren dat er weinig verschil was tussen interventiegroep en controlegroep. Een andere mogelijke verklaring is dat alléén het invullen van de vragenlijst



figuur 3: In deze grafiek zijn de vragenlijstresultaten voor een groep werknemers samengevat. Een werknemer scoort groen als hij op dat onderdeel minder dan 30% van de maximumscore heeft. De maximumscore betekent dat de werknemer op deze risicofactor maximaal in de gevarenszone zit. Tussen 30 en 60% scoort de werknemer oranje, en boven de 60% rood. Als bij een groep werknemers, bijvoorbeeld een afdeling van een bedrijf, veel werknemers rood scoren betekent dat dat het belangrijk is om die risicofactor aan te pakken. In dit voorbeeld zouden gezichtsvermogen (visus), tempo en hoeveelheid van het werk factoren zijn om als eerste aan te pakken.

Lees verder op pagina 6 >>>

Arbo Unie Expertise Centrum RSI

Erwin Speklé is ook oprichter en hoofd van het Arbo Unie Expertise Centrum RSI. In dit Expertise Centrum heeft Arbo Unie naar eigen zeggen 'actuele en relevante kennis op het gebied van RSI gebundeld en omgezet in een samenhangend, gedifferentieerd dienstenpakket'. In dit pakket zit onder andere de RSI QuickScan, maar ook een online cursus 'Gezond en effectief werken met je computer'. In deze moderne cursusvorm, die ook wel e-learning heet, geven de specialisten van Arbo Unie informatie over zaken als de juiste opstelling van het meubilair en de computer, zithouding en manieren om het werk goed te organiseren. Ten slotte is er een landelijke Kenniskring RSI, om actuele inzichten te delen.

Doel van het Expertise Centrum is een zo goed mogelijke dienstverlening op het gebied van RSI. De adviseurs van Arbo Unie zetten deze kennis in bij de bedrijven die ze adviseren. In het centrum worden ook nieuwe vormen van dienstverlening ontwikkeld. RSI-patiënten zouden hiervan moeten merken dat ze beter geholpen worden, door beter onderzoek, beter advies en betere interventies, en daardoor uiteindelijk minder klachten.

zelf al een behoorlijk effect heeft en dus eigenlijk een interventie is. Werknemers moeten immers nadenken over bijvoorbeeld hun werkplek, hun werkhouding en hun werkdruk tijdens het invullen. Bovendien krijgen ze na het invullen terugkoppeling over de risicofactoren. In beide groepen daalde immers wél het aantal RSI-klachten met 9%.

Wat leren we hiervan?

Het promotieonderzoek van Erwin Speklé heeft ons weer iets wijzer gemaakt over de wondere wereld van RSI. Het is jammer dat hij moet concluderen dat het RSI QuickScan interventieprogramma niet bewezen kosteneffectief is, omdat er dringend behoefte is aan goed onderbouwde preventiemaatregelen. Toch zijn de resultaten van het onderzoek hoopgevend, omdat de gebruikte vragenlijst

in het onderzoek overtuigend voldeed aan alle testen waar een vragenlijst aan moet voldoen, én omdat het invullen van deze vragenlijst mogelijk al een behoorlijk effect heeft op het voorkomen van RSI-klachten.

Speklé maant werkgevers dan ook gebruik te maken van de RSI QuickScan. Hiermee kunnen ze met een relatief kleine investering meer werknemers informatie geven over gezond computergebruik en meer werknemers betere werkhouding en werktechnieken aanleren. Wél moet er voldoende aandacht zijn vanuit het management van de bedrijven bij het uitvoeren van de preventiemaatregelen, anders heeft het weinig zin. Erwin Speklé: "Daarnaast moeten interventies niet te ingewikkeld en niet te duur zijn. Werkgevers

sturen niet zomaar medewerkers een dag naar een training over gezond computergebruik. En werknemers moeten goed geïnformeerd worden over de bedoeling en het nut van een interventie. Ze moeten het zinvol vinden, anders verandert het gedrag niet."

Tekst: Sandra Oudshoff

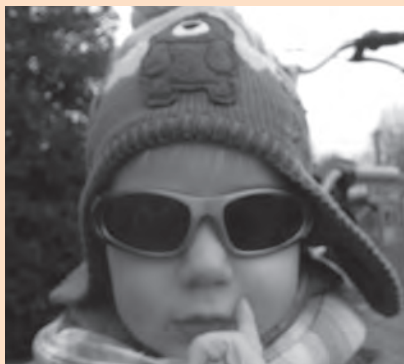
Bron: Speklé, Erwin M. (2011). *Effectiveness of an intervention programme on arm, shoulder and neck symptoms in computer workers*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam. ISBN 978-94-6191-028-8. <http://dspace.ubvu.vu.nl/handle/1871/32128>



Mini-tips



Mini-tips van George



Surftip

Aan de andere kant van de wereld straalt de zomerzon nog volop. Daar zijn mama en ik aan het surfen geweest. De site van de Australische vereniging bevat heel veel nuttige informatie voor RSI-zwangeren en -ouders. Bijzonder gaaf is de gemotoriseerde kinderwagen. Daar zou ik een weleens een testrit in willen maken. Nieuwsgierig? Ga naar www.rsi.org.au, klik op *daily life* en vervolgens op *pregnancy and parenting*. Vergeet je zonnebril niet.

Zwemtips

- ▶ Fiets of loop naar het zwembad. Goed voor je beweging.
- ▶ Met babyzwemmen meedoen betekent meestal extra in warm water kunnen zijn. Ook is het elke week om

Het is hartje winter en toch draagt George een zonnebril. Is hij gek geworden? Lees zijn tips en wees gerustgesteld. Heb je ook een mini-tip voor deze rubriek? Mail het aan eindredacteur.handvat@rsi-vereniging.nl of bel 038 - 460 10 90. George hoort graag van je!

dezelfde tijd – zo is het makkelijker om er een gewoonte van te maken. Smokkel in de les als je niet alles kan.

- ▶ Je kind wordt lekker licht door het water. Draag het met je mee en maak gekke looppassen onder het water (denk aan John Cleese en het Ministerie van de Gekke Looppassen) – zo kun je lekker los bewegen en niemand ziet het.
- ▶ Neem alle tijd voor aan- en uitkleden.
- ▶ Zwemvleugels opblazen en aan zien te krijgen is een RSI-nachtmerrie. Soms hoeft het niet bij de zwemles en ook niet in het ondiepe bad. Moet het wel, laat één kant altijd opgeblazen, dat scheelt al twee ventielen. Koop eventueel een zwemvestje.
- ▶ Ga na afloop een frietje eten. Spaart eten voorbereiden en afwas. Je handen hebben het verdiend!
- ▶ Zwemmen maakt kindjes lekker moe – doe er voordeel mee.
- ▶ Na een poosje in het chloorwater en een grondige douche is je kindje het

schoonst van de hele wereld. De wasklus voor deze week is dus ook al meteen geklaard.



Volgende keer:
tanden poetsen

Tekst: George Hill
Foto's: Karen Jackson

Spelen met draagbare spelcomputers en sms'en leidt tot RSI bij kinderen

Kinderen die veel spelen met draagbare spelcomputers of veel sms'en, krijgen RSI in hun polsen en vingers. Meisjes hebben er meer last van dan jongens. Dit zijn de resultaten van een onderzoek dat is uitgevoerd in Missouri, Amerika.



Hieruit blijkt dat vooral spelcomputers als de Wii en Xbox verantwoordelijk zijn voor de pijnlijke gewrichten bij kinderen. Bij de 7- tot 12-jarigen blijkt sms'en in iets mindere mate te lijden tot klachten over pijn in de vingers. De onderzoekers die dit resultaat van hun werk melden, zijn bezorgd dat de kinderen na verloop van tijd een soort reuma ontwikkelen. Die waarschuwing is geuit tijdens een congres van de Europese Bond tegen Reuma.

"Ons onderzoek laat zien wat de negatieve invloed is van het spelen van computerspellen en het gebruik van mobiele telefoons bij kinderen die soms maar negen jaar oud zijn. Dat wordt zorgwekkend op latere leeftijd, als zij meer moderne technologie gaan gebruiken", aldus Yusuf Yazici, een van de onderzoekers. Hij werkt in een ziekenhuis in New York. "Kinderen die deze apparaten langere tijd gebruiken, hebben meer pijn. Het maakt niet uit welk soort apparaat ze hanteren."

Ook bleek dat hoe jonger het kind was, hoe meer pijn het had aan de polsen. Sommige kinderen moesten zelfs stoppen met spelen omdat ze teveel last hadden van hun gewrichten. De dokter wijst er ook op dat de apparaten niet voor kinderen zijn ontworpen. "Maar toch zagen wij kinderen er gemiddeld meer dan twee uur per dag mee spelen. We weten niet of die pijn tot reuma leidt."

Yazici vindt dat ouders een limiet moeten stellen aan de perioden dat hun

kinderen met de mobiele apparaten en telefoons spelen. Net als de limieten die in sommige gezinnen gelden voor de duur van TV kijken.

Daarnaast bleek dat meisjes meer sms'en dan jongens en dat leidt ook tot problemen. Tweemaal zoveel meisjes als jongens meldden pijn door het berichtjesverkeer. Daarbij maakte het niet uit welke telefoon ze gebruikten. "Per dag was het gemiddelde aantal sms'jes per meisje was vijftig", voegt de onderzoeker toe.

Tekstbewerking: Dominique de Vet

*Bron: Allaboutphones.nl, 7 juni 2011
Origineel onderzoek: Ince D.C.; Swearingen C.J.; Yazici Y.
'Wrist pain in 7-12 year olds playing with game consoles/handhelds: Younger children have more pain, independent from time spent playing' Arthritis & rheumatism, 2009;60:1234-1234*

Een gele Post-it

RSI-moment

In afgelopen twaalf jaar ben ik steeds minder RSI-patiënt geworden. Twaalf jaar geleden werd ik vrij plotseling uitgeschakeld door RSI. Kon niet meer werken, lezen, langdurig zitten of het huishouden doen. Door revalidatie heb ik dat langzaam weer opgebouwd tot een 'normaal' leven. Twee kinderen, het huishouden en freelance werk als tekstschrijver. De RSI is steeds meer naar de achtergrond verdrongen. Je zou bijna vergeten dat je het had...

Maar dan op een gewone donderdagmiddag, nadat ik 's morgens gewerkt heb, snel wat boodschappen heb gedaan en juist wil beginnen met het verschonen van de bedden, dan voel ik opeens een scherpe pijn in mijn schouder. Erger dan anders. Het is alsof die pijn een gele Post-it voor mijn gezicht houdt, waarop staat: *Niet vergeten: je hebt nog steeds RSI.*

En dan laat ik die bedden toch maar even zitten. Net als toen.

Tekst: Annemiek Hutten



Heb jij een RSI-moment en wil je dat delen? Mail ons!

Ondanks haar klachten blijft Vera positief

Ruim anderhalf jaar geleden ontving de redactie een brief van Vera. Omdat wij op dat moment meerdere eigen verhalen 'op de plank hadden liggen', heeft het even geduurd voordat Vera's verhaal aan de beurt kwam. Als redactie waren wij erg benieuwd hoe het haar sinds haar eerste bericht is vergaan en deze laatste update hebben we onderaan toegevoegd. Lees hieronder het pijnlijke verhaal van Vera, die ondanks alles toch optimistisch blijft.

Mei 2010. "Zojuist het Handvat gelezen. Of zeg maar gerust: uitgeplozen. Ik lees het blad altijd met veel interesse. En elke keer sta ik weer in dubio om mijzelf aan te melden als vrijwilliger - omdat ik zoveel affiniteit heb met rsi/ CANS. En dan komt uitgerekend dat rsi-momentje... dat kán ik helemaal niet! Ik kan immers geen extra taken op mijn schouders laden, terwijl ik zoveel andere taken juist met heel veel moeite van me heb afgeschoven. Want ik moet mijn energie tegenwoordig zuinig verdelen en ook alle zaken met computers laten voor wat ze zijn. Zo liggen alle foto's die ik met pijn in de polsen maakke tijdens mijn reis in Australië nog steeds te wachten tot

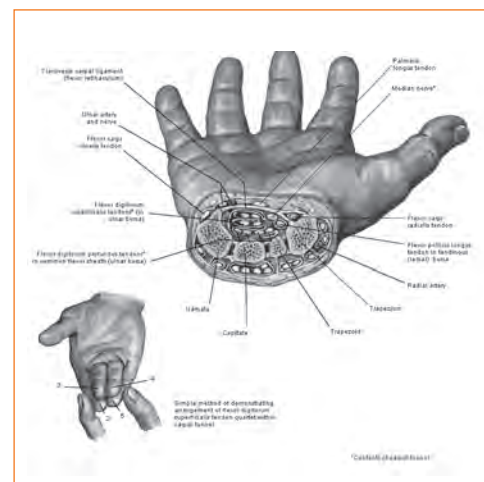
het moment dat ik ze via internet in een mooi boek kan plaatsen. Dit ligt er al sinds oktober 2008. Ik heb zelfs nog niet eens alle foto's gezien..."

Altijd druk

"Ik werk al vanaf toen ik eigenlijk nog leerplichtig was. Toen mijn ouders daarvoor een waarschuwing kregen, ging ik naast mijn werk in de avonduren naar school. Nu ben

“Zolang het niet
gaat zoals het
moet, dan moet
het maar zoals
het gaat”

ik 51 jaar. Ik kreeg als tiener mijn eerste kindje en heb er nu vier. Zij zijn inmiddels volwassen en staan nu op eigen benen. Alleen de jongste is nog thuis; zij is 21. Inmiddels ben ik ook oma van vier kleinkinderen. Ik werk nog steeds fulltime. Een gezin, werken, leren; het is me allemaal niet vreemd en ik bleef bezig. Toen ik ging scheiden, stond ik er zelfs helemaal alleen voor. En nu, nu het 'mag', laat mijn lijf me in de steek. Of heb ik mijn lijf in de steek gelaten? Wie het weet mag het zeggen."



"In 2005 zijn mijn RSI klachten begonnen met pijn in armen, nek, schouders en rug. Er was net een rigoureuze verbouwing op de werkplek ingezet, waarbij de zorgplicht grondig werd geschonden. Plafonds, muren en vloeren werden om je heen verwijderd, terwijl je geacht werd gewoon door te werken. Klanten liepen misselijk weg. Ik kan erover uitweiden, maar dat is weer een ander verhaal. Ik heb wel een claim ingediend bij deze werkgever. In datzelfde jaar was ik thuis eerder van pure vermoeidheid van boven naar beneden van de trap gevallen. Ik liep daardoor ook nog met een schouderblessure. En vlak nadat de diagnose RSI werd gesteld, kreeg ik ook nog eens een auto-ongeluk. Ik werd van achteren aangereden terwijl ik



stilstond. Een aaneenschakeling van factoren met alle gevolgen van dien."

"Was ik in eerste instantie alleen maar bezig met beter worden, er kwam een moment waarop ik besepte dat dit niet zou gaan lukken. Door het ongeval werden lange tijd de klachten in beide armen toegeschreven aan mijn nek in verband met de aanrijding. Een jaar later bleek ik forse beklemmingen in beide polsen te hebben (carpaaltunnelsyndroom, afgekort CTS). Daaraan ben ik geopereerd. Een lang traject van herstel en een wisseling van werkgever volgde. Inmiddels ben ik ook geopereerd aan drie *triggerfingers* (aandoening van de pezen in de hand en vingers, red.). Als die zijn hersteld, volgt een operatie aan nog twee *triggerfingers*, nu aan mijn andere hand. En zo sukkel ik verder. Ik blijf krampachtig proberen mijn werk vol te houden, al ben ik nu 100% ziek. Ik blijf hopen op 100% herstel. Maar zit ik hiermee mezelf niet het meest in de weg? Ik heb echter geen keuze voor mijn gevoel. En ik heb ook niet mijn hele leven gewerkt om nu te worden 'afgedankt'. Want zo voelt het."

Nee leren zeggen

"Mijn kinderen nemen me ontzettend veel uit handen en moeten mij zelfs tegen mezelf in bescherming nemen. Ik heb de neiging door te gaan totdat het écht niet meer kan. Het is een innerlijke drive die ik maar moeilijk kan loslaten. Het valt niet mee, maar uiteindelijk kan ik 'nee' zeggen. 'Nee' tegen de drang om mijzelf aan te melden als vrijwilliger. 'Nee' tegen het bieden van hulp aan mijn broer met zéér ernstige MS. 'Nee' als mijn kleinkinderen willen komen logeren. 'Nee' tegen de neiging om ze op te tillen, want ook dat kan ik niet." "Zal ik ooit weer beter worden? Elke keer lever ik weer in. Elke keer

weer is het een gevecht tegen mezelf om anderen te helpen. Is het onomkeerbaar? Welke rol speelt de claim naar mijn vorige werkgever? Zit dat mij dwars? Er zijn zoveel vragen. Ondertussen kan ik niet meer doen wat ik gewend was te doen en ben ik niet meer wie ik was."

RSI-hulplijn

"Dank aan de medewerker van de RSI-hulplijn, die mij wees op het feit dat ik toch wel erg veel nieuwe klachten had. Zij adviseerde mij om weer eens naar de specialist te gaan en als resultaat diagnose: vijf *triggerfingers*. Terwijl de huisarts vond dat ik met de pijn in mijn handen moest leren leven, omdat het lichte artrose was... En die bultjes. Ik heb net als Gerda (Handvat mei 2010, pagina 2) ook bulten in de armen. Ook mijn fysiotherapeute kan dit niet verklaren."

Nu

Januari 2012. Hoe is het nu? "Het afgelopen jaar ben ik opnieuw geopereerd aan een *triggerfinger*. Ik krijg regelmatig fysiotherapie voor mijn nek en schouders, waar ik veel baat bij heb. Als ik dit niet onderhoud, gaat mijn bovenlijf zo vast zitten,

"Wat heel positief is, is dat ik een fijne baas heb, die met me meedenkt. Ik werk bij de politie als baliemedewerker. Dit werk deed ik ook toen ik ziek werd, alleen toen 42 kilometer verderop en nu dichtbij huis. Daardoor heb ik bijna geen reistijd meer. Als het lukt, kan ik er zelfs op de fiets naartoe. Het is op dit bureau ook rustiger. En ik kan mijn werk hier zo regelen dat ik weinig doe als ik veel klachten heb. Mijn werkplek is aangepast."

Ontzettend leuke baan

Hoewel ik nog steeds veel pijn heb in mijn schouders, nek en armen werk ik nog steeds fulltime, al 'koop' elk jaar 80 uur. Daarnaast ga ik mijn rooster weer zo aanpassen dat ik welke week een *break* heb. Doordat de CAO dit mogelijk maakt, kan ik blijven werken in een baan die ik ontzettend leuk vind. Dat geeft energie en maakt bovendien dat ik mij nuttig voel. Denk dus niet dat ik zielig ben, of een hopeloos geval. Want ik ben een vechter voor een zaak waar ik in geloof. En ik geloof in mijzelf. Ik moet geloven in mijn kracht en weet je, ik lach nog steeds elke dag! Zolang het niet gaat zoals het moet, dan moet het maar zoals het gaat."

"Ik heb een
fijne baas die
met me mee-
denkt"

dat ik ontzettend veel pijn krijg. Mijn spierspanning is te hoog. Sinds de CTS-operatie heb ik veel last van dystrofie in mijn rechterhand. Daarnaast is er Dupuytren geconstateerd, daarbij ontstaat er een streng in je handpalm van je ringvinger, middelvinger of pink die ervoor zorgt dat de vinger krom wordt. En binnenkort heb ik een afspraak met een specialist vanwege duimpeesontsteking (de ziekte van De Quervain), waarvoor ik misschien ook weer onder het mes moet. Het is haast niet te geloven allemaal, maar helaas toch echt waar."



Tekst: Vera

Redactie en laatste deel tekst:

Jantine van der Tang

Wil jij je eigen verhaal
vertellen? Mail ons!



Moet ik meewerken aan een belastbaarheidsonderzoek?

Een nieuwe rubriek in het Handvat. Omdat in het woud van Nederlandse regels en wetten iedereen weleens verstrikt raakt. Over rechten en plichten van RSI'ers. Over weten en regels. Een rubriek waarin antwoorden worden gegeven op vragen die voor veel RSI'ers van belang zijn. Heldere antwoorden, zodat je niet het hele internet af hoeft te struinen, instanties hoeft te bellen, maar gewoon, zonder dat je klachten verergeren, hier in het Handvat, antwoord krijgt. Daar zijn wij voor, toch?

Mijn leidinggevende heeft voorgesteld een belastbaarheidsonderzoek te laten doen om te voorkomen dat mijn beginnende RSI-klachten gaan verergeren en ik me misschien moet ziekmelden. Ben ik verplicht om mee te werken aan een belastbaarheidsonderzoek? Wat houdt het onderzoek precies in? Wat gebeurt er met de uitslag als ik meewerk?

In principe niet verplicht

Een belastbaarheidsonderzoek dat afgenomen wordt om de gezondheid van werkende mensen te bewaken en te bevorderen wordt een Preventief Medisch Onderzoek (PMO) genoemd. Een werknemer is niet verplicht deel te nemen aan een PMO. Er zijn enkele uitzonderingen op deze regel. Voor een aantal beroepen in de luchtvaart, het personenvervoer en de spoorwegen is deelname wettelijk verplicht. Dat geldt ook voor beroepen waarin mensen met straling werken. Voor andere branches met hoge arbeidsrisico's (zoals het beroepsgoederenvervoer) is het mogelijk dat de eigen CAO deelname aan een PMO verplicht stelt.

In jouw belang

Je werkgever heeft een wettelijke zorgplicht en dient ervoor te zorgen dat zijn werknemers door het werk geen aandoeningen oplopen of dat aandoeningen niet verder verergeren. Je werkgever is verplicht zijn werknemers een PMO aan te bieden: vóór de aanvang van beeldschermwerk een individuele oogmeting, en voor alle functies op gezette tijden, individueel of op groepsniveau, een meer uitgebreide PMO. Een individuele werknemer kan ook zelf verzoeken om een PMO. De kosten van een PMO komen voor rekening van de werkgever. Een werknemer krijgt met een PMO antwoord op de vraag of zijn gezond-

heid en belastbaarheid nog in evenwicht zijn met zijn arbeidsbelasting en de eisen van zijn functie. Eventuele knelpunten komen met een PMO aan het licht nog voordat zij klachten veroorzaken (of deze nog verder verergeren). Knelpunten kunnen bijtijds worden opgelost door de werkomstandigheden te verbeteren c.q. aan te passen en/of de werknemer te helpen zijn belastbaarheid te vergroten. Het is dan ook zeer de vraag of het raadzaam is een onverplichte PMO te weigeren.

In het belang van de werkgever

Voor een PMO op groepsniveau levert voor een werkgever veel nuttige informatie op. Bij een PMO op groepsniveau worden de individuele resultaten samengevoegd tot (anonieme) groeps-



resultaten. Hierdoor kan de werkgever zien welke klachten vaak voorkomen en op welke afdeling, en eventueel vergelijkingen maken met andere bedrijven in de branche. Het is de bedoeling dat de resultaten van een PMO leiden tot brede interventies, bijvoorbeeld (onverplichte) anti-rookprogramma's of bewegingsprogramma's. Wordt een PMO voor een volgende maal uitgevoerd dan kan men aan de hand van de resultaten beoordelen of de interventies effectief zijn geweest. Zo kan een werkgever door middel van een PMO de gezondheid en werkbeleving van zijn werknemers monitoren en ziekteverzuim verminderen, zonder kennis te hebben van ieders persoonlijke situatie.

Geen voorgeschreven vorm of frequentie

De inhoud en frequentie van een PMO worden niet in de wet vermeld maar hangen af van de betreffende functie en de bedrijfsspecifieke omstandigheden. De directie of Raad van Bestuur bepaalt de inhoud en frequentie in samenspraak met de bedrijfsarts en een werknemersvertegenwoordiging. Een tussentijdse individuele PMO voor beeldschermwerk zou kunnen bestaan uit de volgende vijf onderdelen:

1. een vragenlijst over de beleving van de eigen fysieke en mentale gezondheid en de werkplek en werkomstandigheden
2. een fysiek onderzoek naar cholesterol en suiker in het bloed (middels een vingerprik) en naar bloeddruk, gewicht en lengte
3. een beeldschermonderzoek (oogmeting)
4. een werkplekonderzoek ter plaatse
5. een adviesgesprek met de werknemer

De informatie in deze rubriek wordt met zorg samengesteld door de redactie van het Handvat. Het is niet uitgesloten dat er, bijvoorbeeld door wetwijzigingen of andere ontwikkelingen, op enig moment andere regels gelden. Het Handvat kan daarom geen verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid aanvaarden. Ook kan de redactie niet garanderen dat de adviezen voor elk uitzonderlijk geval van toepassing zullen zijn. Win daarom ook altijd juridisch advies in.

Medisch beroepsgeheim

Het feit dat de werkgever je PMO betaalt, geeft hem niet het recht op inzage in de uitslag ervan. Je medische dossier valt onder het medisch beroepsgeheim en de privacywetgeving. Bij een individuele PMO wordt de uitslag door de bedrijfsarts of arboprofessional allereerst besproken met jou als werknemer en vervolgens alleen met jouw toestemming meegedeeld aan je werkgever. Daarbij verneemt je werkgever niet meer dan wat strikt noodzakelijk is. Bij een PMO op groepsniveau is de uitslag niet herleidbaar tot individuele werknemers.

TIP 1

Vraag voorafgaand aan de PMO waaruit het onderzoek bestaat.

TIP 2

Vraag voorafgaand aan de PMO hoe men de vertrouwelijkheid garandeert (medisch beroepsgeheim en privacy).

TIP 3

Vraag om een kopie van de uitslag van je PMO, ook als je geen klachten hebt.

Samenstelling: Karlijn van der Meer

Meer informatie over het Preventief Medisch Onderzoek:

<http://nvab.artsenet.nl/Artikel-3/Preventief-Medisch-Onderzoek.htm>: 'Informatie voor werknemers' en 'De 25 meest gestelde vragen over PMO'

LET OP (1)

Een onderzoek dat wordt uitgevoerd door of in opdracht van de bedrijfsarts als eerste stap in het re-integratieproces bij ziekteverzuim is geen Preventief Medisch Onderzoek en is voor de werknemer verplicht. (Meer informatie over het re-integratieproces vind je in het Handvat van november 2011.)

LET OP (2)

Een belastbaarheidsonderzoek in het kader van een (dreigende) letselschadeprocedure is geen Preventief Medisch Onderzoek. Laat je adviseren en bijstaan door een letselschadeadvocaat als je je werkgever aansprakelijk wilt stellen voor de schade ten gevolge van arbeidsgerelateerde klachten.

Ex-werknemer Arbo Unie met RSI krijgt vergoeding

casus

Bureau Beroepsziekten FNV heeft voor een ex-werknemer van de Arbo Unie in Breda een schadevergoeding bedongen omdat hij door zijn werk RSI had opgelopen.



De man raakte gedeeltelijk arbeidsongeschikt. De Dordtenaar (50) kwam in 1998 als computeroperator in dienst van de Arbo Unie, waar hij opklom tot hoofd ICT. Hij zat vijf tot zes uur per dag zonder pauze achter de computer op een werkplek waar ergonomisch veel op was aan te merken. "Je bent gedreven, enthousiast. Ik zag in de eerste week dat ik er werkzaam was al dat er een hoop moest gebeuren. Had snel een rapport klaar over hoe de automatisering moest worden aangepakt."

Onder meer als gevolg van een reorganisatie bij de arbodiensten kreeg de Dordtenaar te maken met een zeer hoge werkdruk en zeer veel overuren. In 2001 ontstonden de eerste klachten, die de bedrijfsarts omschreef als RSI van pols en hand. "Ik ben naar de medisch directeur gestapt. "Neem vanavond maar een warme douche, dan is het morgen over", zei ze. Tijdens mijn hele ziekteperiode is niets gedaan om de werkplek

te verbeteren. We zaten met vier man in een ruimte van vier bij vijf meter. Er waren geen goede voorzieningen, geen verstelbare bureaus en stoelen. En de hoeveelheid werk nam alleen maar toe." Eind 2003, toen de RSI zich uitbreidde naar schouder en bovenarm, belandde de man voor 65 procent in de WAO. Hij meldde zich bij Bureau Beroepsziekten FNV, dat de werkgever aansprakelijk stelde. Dat heeft kortgeleden geleid tot een schikking met de verzekeraar van de Arbo Unie; de ex-werknemer krijgt een bedrag van 42.500 euro. Marian Schaapman, directeur van Bureau Beroepsziekten FNV, laakt de wijze waarop de Arbo Unie met haar werknemer is omgegaan. "Het gaat om een klassiek geval van RSI. Je zou toch van een arbodienst mogen verwachten dat ze dit goed oppikken. Daarom is de opstelling van de Arbo Unie des te bedenkelijker. De hoofddirectie van de Arbo Unie laat bij monde van een woordvoerder weten niet op de zaak te willen reageren. "Voor ons is de zaak afgesloten."

Bron: Gerlach Hochstenbach, BN De Stem, oktober 2011

Ook Australië kamp met harde bezuinigingen

De Australische RSI-vereniging meldt dat ook in Australië flink bezuinigd wordt met slechte gevolgen voor mensen met spier- en gewrichtsaandoeningen. Mensen die arbeidsongeschikt zijn door zulke klachten vallen in de toekomst niet meer onder een aparte regeling maar komen rechte reeks in een werkloosheidsuitkering of de bijstand. Ook voor hulp in de huishouding komen ze niet meer in aanmerking. De Australische RSI-vereniging is vanzelfsprekend niet blij met deze ontwikkelingen.

Bron: *RSI & Overuse Injury Association of the ACT*

50% ziekmeldingen in Ierland RSI- gerelateerd

In Ierland zijn spier- en gewrichtsaandoeningen veelvoorkomend en veruit de meest gehoorde arbeidsgerelateerde klacht. Van alle thuiszittende werknemers, heeft 50% te kampen met RSI-gerelateerde klachten.

De voorzitter van de Ierse vereniging van geregistreerde fysiotherapeuten (the Irish Society of Chartered Physiotherapists), Annette Shanahan vindt dat dat getal met minstens de helft omlaag moet en kan. Dat kan door goede rehabilitatieprogramma's in te zetten. Fysiotherapie als interventiemethode is daarbij zeer van belang, aldus Shanahan. Overigens zijn dit de cijfers die betrekking hebben op ziekmeldingen. Als we kijken naar de volledige beroepsbevolking in Ierland dan meldt 60% klachten aan nek, schouders en armen.

Bron: *Irish Society of Chartered Physiotherapists + Eurofound*

iPad op school vormt risico voor kind



Dr. Jodi Oakland, docent Ergonomie aan de La Trobe University in Victoria, Australië, maakt zich zorgen over het gebruik van iPads op scholen en dan vooral bij jonge kinderen. "Elke activiteit waarbij je je nek naar voren buigt en langere tijd in die positie houdt, gaat uiteindelijk zorgen voor nekproblemen. De vraag is: willen we werkelijk onze kinderen blootstellen aan een slechte houding?", aldus Oakland. De overheid doet momenteel proeven met de iPads als leermiddel voor kinderen van 3 jaar. De iPad is weliswaar lichter en draagbaarder dan een laptop (ook niet goed), maar creëert weer andere problemen. Daarom moet er altijd een extern toetsenbord bij gebruikt worden, zegt Oakland. Kinderen die eenmaal klachten of schade oplopen aan nek en schouders, zullen niet één-twee-drie herstellen. Dat kan wel eens heel lang duren, zeker bij zulke jonge kinderen.

Bron: *Herald Sun*

Orthopedisch chirurgen hebben vaak zelf klachten

Uitgerekend bij orthopedische chirurgen komen spier- en gewrichtsaandoeningen veelvuldig voor. Meer in ieder geval dan bij de gemiddelde populatie.

Dat blijkt uit een onderzoek in het Amerikaanse blad *Spine*. 561 chirurgen werkten mee aan het onderzoek. Hun gemiddelde leeftijd was 54.

De meest voorkomende klacht was nekpijn en nekspanning (38%), om en nabij de 30% meldde hernia's en/of tintelingen en een doof gevoel in ledematen door zenuwen die klem zitten of niet goed wer-

ken. Ten slotte meldde 24 procent klachten aan de spieren rondom de schouders (de zogeheten *rotator cuff*).

Uit het onderzoek bleek tevens dat hoe meer operaties de chirurg uitvoert, hoe meer hij of zij last heeft van pijn in polsen en handen. Orthopedisch chirurgen houden zich bezig met patiënten die klachten hebben aan het bewegingsapparaat, zoals nek of wervelkolom, of hebben bijvoorbeeld carpaaltunnelsyndroom.

Bron: www.beckersorthopedicandspine.com

Verpleegsters in de VS werken door met klachten

Bijna 80% van de verpleegsters in Amerika werkt gewoon door ondanks arbeidsgerelateerde pijnklachten aan nek, rug en schouders. Dat blijkt uit een onderzoek. Een positievere conclusie uit datzelfde onderzoek is dat het beroep van verpleegster een stuk veiliger is geworden doordat er gewerkt wordt met betere gereedschappen voor bijvoorbeeld het tillen van patiënten. Aan het onderzoek werkten bijna 5000 verpleegsters mee. Zij maken zich qua werkomgeving het meeste zorgen over de chronische effecten van stress en veel overwerk (74%). 62% heeft last van RSI-gerelateerde klachten. Zes op de tien verpleegsters overweegt wel eens te stoppen als de werkom-



geving niet gezonder en veiliger wordt. Werkgevers zullen dus hun best moeten gaan doen om dat te verbeteren. Anders verliezen ze belangrijke werknemers in de zorg: het verplegend personeel.
Bron:
<http://www.mcknights.com>

Chronische pijn bij 29% Australiërs

Uit een Australisch onderzoek onder mensen met chronische pijn (waaronder mensen met RSI) komt naar voren dat 29% van de bevolking kampt met chronische pijnklachten. Ook blijkt dat vrouwen en mensen met een laag inkomen meer pijn ervaren of vaker chronische pijn hebben. Mensen met chronische pijnklachten voelen zich gestigmatiseerd. En tot slot bleek uit het onderzoek dat 20% van mensen met chronische pijn weleens overwogen heeft zelfmoord te plegen. Het onderzoek werd uitgevoerd door Chronic Pain Australia.
Bron: *nieuwsbrief Australische RSI Vereniging (RSI & Overuse Injury Association)*

Smartphoneverslaafden beginnen de pijn te voelen

Gebruikers van smartphones en tabletcomputers zoals de iPad, beginnen last te krijgen van de *high-tech blues* doordat ze klachten krijgen aan nek en handen: de zogeheten text neck (SMS-nek) en de SMS-duim. Medici in Groot Brittannië waarschuwen dat deze RSI-gerelateerde klachten die ontstaan door langdurig naar kleine schermpjes te turen en veelvuldig te typen met kleine toetsen uiteindelijk een slepende kwestie kunnen worden. En, omdat het gebruik van gadgets alleen maar groeit, zal ook het aantal klachten blijven toenemen. Steeds meer Britten (44%) gebruiken hun smartphones voor andere zaken dan bellen, bijvoorbeeld internetten, en doen dat gemiddeld een half uur tot wel twee uur per dag. Niet alleen de handen krijgen het zwaar te verduren, maar vooral ook de nek, met alle gevolgen van dien. Als mensen hun hoofd constant voorover buigen om naar een schermpje te kunnen kijken, heeft het hele lichaam daar uiteindelijk last van door druk die dat legt op de spieren en gewrichten.



De zogeheten *text neck* (SMS-nek) is de nieuwste RSI-klacht. Nu heeft een op de vijftig Britten al een vorm van RSI. Op dit moment zijn vooral kinderen en tieners een grote risicogroep als het gaat om het ontwikkelen van RSI-klachten. Zij zijn grootgebruikers van mobieltjes en computers. Kortom: er moet veel meer gedaan worden aan preventie.

Bron: Marie-Pierre Ferey (AFP)

En daar is 'ie weer: Dr. John E. Sarno

“Sceptisch en tegelijk wanhopig genoeg om het een kans te geven”

Belle Teunissen (26, geeft Nederlandse en Spaanse les) en Ciske Boekelo (29, programmeur bij een softwarebedrijf) hebben allebei een aantal jaren RSI-klachten gehad. Met de nadruk op gehad, want volgens eigen zeggen zijn ze nu pijnvrij. Ze hebben allebei verschillende therapieën doorlopen zonder veel succes. Maar daar kwam verandering in met het boek van Sarno, *The Mindbody Prescription*.

Het boek *The Mindbody Prescription* van Dr. John E. Sarno lijkt de gemoe-deren bezig te blijven houden. In 2009 heeft in het Handvat een interview gestaan met Anna Woltz, een kinderboekenschrijfster die door het boek genezen zou zijn. Een aantal Handvat-lezers heeft op dat stuk gereageerd. Ook heeft Anna tijdens de RSI-themadag in 2010 gesproken over haar ervaringen. Dit jaar hebben we kunnen lezen hoe de RSI-adviesraad heeft gereageerd op Sarno's theorie. En nu is het de beurt aan twee RSI-patiënten die ook zeggen

door Sarno's benadering helemaal hersteld te zijn.

Sarno's filosofie

Nog even in het kort: Sarno's filosofie. Het is in onze maatschappij meer aanvaardbaar om fysieke beperkingen te hebben dan emotionele problemen. Sarno is ervan overtuigd dat het brein een alternatief creëert voor emotionele pijn en dat er daarom fysieke pijnen ontstaan. Vanuit zijn ervaringen heeft hij een methode ontwikkeld om fysieke klachten terug te dringen. Hoe? Door

helder te krijgen welke emotionele pijnen (woede) ten grondslag liggen aan de fysieke pijnen. De remedie ligt bij het aanvaarden van de theorie, het accepteren van woede in het onderbewustzijn en het loslaten van het idee dat je ziek zou zijn.

Pijn

Belle heeft drie jaar last gehad van RSI-klachten: stijve arm en (tintelende) vingers, geen kracht meer in haar rechterarm. Soms belemmerde dit haar zelfs in goed kunnen eten, omdat de pijn zich vooral 's avonds bij haar openbaarde. Pijnstillers gebruikte ze af en toe. Ciske had in 2002 beginnende klachten, die verdwenen en daarna weer op kwamen zetten. Tijdens de eindfase van zijn studie, in 2007, was de pijn weer steeds aanwezig. “Ik heb nooit last van extreme pijn gehad of slapeloze nachten door de pijn. Het was een licht zeurende pijn

Tips



Ciske

1. Sta open voor het idee dat je fysieke klachten kunnen worden veroorzaakt door je brein. Je hoeft niet meteen te geloven dat het zo is, maar sta in ieder geval open voor de mogelijkheid.
2. Lees over andermans ervaringen met Sarno's theorie. Kijk op <http://podolsky.everybody.org/rsi/>, op www.inzichtinrsi.nl en lees ook alle reviews van bijvoorbeeld *the mindbodyprescription* en *healing back pain* op amazon.com. Lees gerust ook de (paar) negatieve reviews. Wat mij daaraan opviel, is dat die voornamelijk van mensen kwamen die het niet hadden geprobeerd, maar het op voorhand afwezen. Je hoeft je bij het lezen van al die verhalen trouwens niet te beperken tot verhalen over alleen RSI. RSI is een vorm van TMS en rugpijn is dat haast altijd ook. Als je een verhaal leest over iemand die door Sarno's theorie is verlost van rugpijn, lees dan gerust 'RSI'

- elke keer dat er over 'rugpijn' wordt gesproken. De klachten zijn iets anders, maar de oorzaak is hetzelfde.
3. Lees *Rapid recovery from back and neck pain* door Fred Amir, lees *Healing back pain en the Mindbody prescription* van John Sarno. Vraag je tijdens het lezen van die boeken telkens af of je jezelf erin kunt herkennen.
4. Wees niet te zeker dat jij de uitzondering bent waarvoor dit alles niet geldt.
5. Doe het rustig aan, ga niet te gehaast weer volop de dingen doen waarbij je pijn ervaart. Forceer het niet, want dan heb je groot kans dat de angst voor pijn alleen maar weer toeneemt. Neem vier tot zes weken waarin je elke dag over Sarno's theorie leest en nadenkt voor je weer rustig begint met opbouwende activiteiten waarbij je pijn ervaart.

in mijn onderarmen en ellebogen, die begon als ik achter de computer zat en vrij snel erger werd. Op een gegeven moment begon ik er ook last van te hebben als ik las met een boek in mijn handen."

Openstaan voor een theorie

Therapieën werken weinig tot niet. En dan lees je over Sarno's theorie. Ciske: "Toen ik in aanraking kwam met Sarno's theorie was dat in eerste instantie via verhalen van mensen op het internet. Ik was, denk ik, wat verrast, zeker geïnteresseerd, maar de grote vraag bleef vrij lang: 'Geldt dit ook voor mij?'"

Belle twijfelde niet, maar vond het wel vreemd dat de oorzaak weleens anders dan fysiek kon zijn. "Ik stond open voor de theorie, omdat ik al drie jaar met ernstige klachten liep en al van alles had geprobeerd. Ik vond het in het begin wel vreemd dat de fysieke pijn, die ik toch écht voelde, een andere oorzaak kon hebben dan fysieke overbelasting en het auto-ongeluk waarnaar mijn artsen en therapeuten steeds hadden verwezen."

Overtuiging

Oké, dan sta je open voor Sarno's theorie, maar dan komt het moment dat je de vrij droge stof moet opnemen in een nieuwe levensinstelling. Hoe doe je dat? Volgens Sarno moet je drie dingen doen: geloven in zijn methode, alles (therapie, medicijnen) loslaten wat de gedachte dat je ziek bent voedt en werken aan je (onderbewuste) woede.



Ciske Boekelo: "De grote vraag bleef vrij lang: 'Geldt dit ook voor mij?'"

Geloven

Belle was niet sceptisch toen ze het boek las, wel merkte ze dat ze zich af en toe ergerde aan de wijze waarop het boek is geschreven: "Vooral aan de wij-vorm waarin hij soms schrijft en de eindeloze herhalingen. Maar toch probeerde ik het niet met een afstandelijke academische blik te lezen, maar te beseffen dat het ook over mij zou kunnen gaan."

Toen Ciske voor het eerst over Sarno hoorde, werd hem verteld dat iemand binnen één dag van zijn klachten af was. "Als je al twee jaar met klachten loopt en van alles hebt geprobeerd, dan ben je daar natuurlijk enorm sceptisch over. Tegelijkertijd ben je wanhopig genoeg om het wel een kans te geven."

Loslaten

Op het moment dat ze Sarno's theorie in de praktijk wilde brengen, onderging Belle acupunctuur, fysiotherapie en zogeheten Tuina massage (harde drukpuntmassage), en deed aan yoga. Ze stopte hier direct mee. "Ik kan me herinneren dat ik Sarno's boek in de zomer las, in bikini op het strand, en dacht: 'Ik ga hierin mee en dan word ik beter.'" Ze had ook veel gesprekken met twee spiritueel ingestelde fysiotherapeuten gehad, waardoor ze iets meer open was

gaan staan voor het idee dat alle ziekte en pijn kan voortkomen uit een geestelijke disbalans.

Ciske is na het lezen van Sarno's boek direct gestopt met voetreflextherapie. "Daar ben ik mee gestopt, omdat ik het wilde gaan proberen met de theorie van Sarno. Het voelde wel een beetje vreemd om ergens mee te stoppen waarvan ik wel het idee had dat het wel een beetje hielp."

Woede

Voor allebei zat de onbewuste woede in kleine dingen.

Belle: "Ik had niet het gevoel dat ik veel woede had. Ik had ook niets traumatisch meegemaakt en was afgezien van de RSI gelukkig met mijn leven. Het hoeft niet te gaan over grote frustraties of enorme woede, maar het kunnen kleine dingen zijn die zich ophopen. Dat was bij mij dus ook het geval."

Ciske kwam erachter dat er een sterke associatie was ontstaan tussen achter de computer zitten en pijn in de armen ervaren. "Ik kon die associatie pas doorbreken toen de angst voor de pijn weg was. Het weten dat de pijn geen kwaad kon en wel weer weg zou gaan, was voor mij denk ik de sleutel om van mijn klachten af te komen."

Belle begon iedere avond – wanneer ze met pijn in haar bed lag – stil te staan bij de dag: "Ik ben mijzelf gaan dwingen vragen te stellen. Wat heb ik vandaag gedaan? Wat voor gevoelens heb ik ervaren? Is er iets wat ik niet prettig vond vandaag? Kan er iets zijn waardoor ik deze pijn nu voel?"

Tips



Belle

1. Neem elke avond aan het einde van je dag eerst voor jezelf door hoe je de dag hebt ervaren, of er iets was waarover je misschien teleurgesteld kunt zijn zonder dat je het op dat moment voelt. Dat kan van alles zijn: een gesprek op je werk, een onprettige ervaring in een winkel, een vriendin tegen wie je niet eerlijk hebt gezegd hoe je over een bepaalde situatie dacht.
2. Bespreek dat gevoel daarna met je partner, een familielid of een goede vriend of vriendin die je kunt bellen.
3. Het klinkt suf, maar houd een dagboek bij. Schrijf hierin op wat voor druk je voelt, van wie en hoe. Zeker als je een perfectionistisch persoon bent en/of een grote drive hebt om alles onder controle te houden, zul je zien dat je vanuit

verschillende mensen, inclusief jezelf, een enorme druk voelt om alles goed te doen, te presteren. Vaak is dat niet nodig. Door het op te schrijven, word je hier meer van bewust.

4. Neem regelmatig momenten om te bewegen, zonder obsessief met je lichaam bezig te zijn. Ik doe bijvoorbeeld aan Kung Fu, Braziliaans Jiu Jitsu en hardlopen. Ik vermoed dat dat ook goed werkt; sport is vaak een vorm van meditatie.

Ciske deed iets vergelijkbaars: "De eerste vier tot zes weken heb ik geprobeerd iedere dag een kwartiertje te nemen om na te denken over de woede en wat me dwars kan zitten op het moment dat ik pijn ervaar."

Je beter voelen

Belle merkte dat ze zich elke dag beter begon te voelen en na twee weken was de pijn compleet verdwenen. "Na drie jaar RSI-pijn te hebben gehad, voelde dat raar maar wel heerlijk." Sindsdien is de RSI niet meer teruggekomen, zelfs niet in de maanden waarin ze soms tien uur per dag achter elkaar op de computer aan haar scriptie werkte. Al speelde in het begin de angst voor een terugslag wel mee. "De eerste maanden deed ik nog steeds rustig aan, maar ik ben er nu ruim een jaar vanaf."

Bij Ciske was het vooral de angst voor pijn en schade aan zijn spieren die de pijn in stand hield. "Nu is de angst compleet weg. Ik weet dat ik de pijn zo nu en dan nog eens kan voelen, maar ik weet ook dat het absoluut geen kwaad kan en dat het weer weggaat." Ciske had nog wel een moment waarin hij terug moest vallen op Sarno's theorie: "RSI-klachten heb ik niet of nauwelijks meer, maar ik kreeg een tijdje geleden wel maagklachten." Rennie's hielpen niet, dus kreeg hij andere medicijnen voorgeschreven. "Die hielpen, maar wat belangrijker was, is dat ik toen wist dat

het een vorm van TMS was." Oftewel *Tension Myositis Syndrome*, de naam die Sarno gaf aan klachten die hij karakteriseerde als psychosomatische lichamelijke klachten aan het bewegingsapparaat. Ciske vervolgt: "Ik ben het gewoon gaan negeren. Toen was het binnen een paar dagen weer weg. Het kwam misschien nog een of twee keer even terug, maar even negeren was dan weer afdoende."

Meer erover lezen?

Ciske las niet alleen Sarno's boek, maar ook *Rapid recovery from back and neck pain, a nine step recovery plan*, naar zijn zeggen een praktische methode van Fred Amir om Sarno's kennis toe te passen. Belle las ook het boek *Spontaneous Healing* van Andrew Weil, die ook in Sarno's boek wordt genoemd. "Dat boek van Andrew Weil is een aanrader, ik heb er veel aan gehad."

Sarno's theorie uitproberen?

Een groep mensen heeft baat bij Sarno's theorie. Met of zonder hulp van een psychotherapeut komen ze van hun pijn af. Sommigen herstellen compleet. Anderen hebben de theorie ook later nodig. Wil jij Sarno's theorie ook proberen? In het kader een aantal tips van Belle en Ciske.

Tekst: Sandra Muresu
Foto's: albums geïnterviewden



Belle Teunissen: "Ik ben mijzelf gaan dwingen vragen te stellen. Kan er iets zijn waardoor ik deze pijn nu voel?"

Welgemeend advies

Ik kon amper mijn tanden poetsen, laat staan een zin typen, en toch werd ik 100% goedgekeurd! Omdat deze beslissing schandalig onjuist was, ging ik natuurlijk bezwaar aantekenen. Zo vertelde ik mijn huisarts. "Oh nee mevrouw, dat zou ik echt niet doen. Zo'n proces brengt een hoop stress met zich mee en dat komt uw klachten zeker niet ten goede." Nou, daar had hij wel gelijk in. Het kostte zeven jaar, bloed, zweet, tranen en een dure advocaat om uiteindelijk 100% afgekeurd te worden. Klinkt dat negatief? Toch ben ik blij dat ik het advies van deze huisarts volledig genegeerd heb. Ik kan nog steeds amper typen en anders was ik vijftien jaar lang zonder inkomen geweest. Hoe stressig zou dat wel niet zijn? Je inkomen veiligstellen is geen gek idee hoor. Welgemeend maar niet weldoordacht.

Tekst: Karen Jackson
Illustratie: Chris Feenstra

Ook een welgemeend advies gekregen? Mail ons.



Handige producten

Onlangs kocht ik een kruidenschaar bij Albert Heijn. Een geweldig ding, dat niet alleen heel geschikt bleek om kruiden mee fijn te knippen, maar ook voor het fijnknippen van stukjes vis of ei. En niet omdat ik last heb van krachtverlies in mijn handen of iets dergelijks; ik vind knippen simpelweg handiger (en minder troep opleveren) dan hakken.

Albert Heijn heeft de laatste tijd een aantal nieuwe producten aan het assortiment toegevoegd die in mijn ogen eveneens het predikaat 'handig' verdienen. Zoals een slingerophangset, waarbij je slingers ophangt via een magneetje aan het plafond. Dit bespaart mijn gezin een tweemaal per jaar terugkerend geklungel op een ladder met slingers en touwtjes.

Binnen de redactie van het Handvat vroegen wij ons af welke overwegingen Albert Heijn zou hebben om dergelijke producten in het assortiment op te nemen. Zouden ze daarbij ook rekening houden met de lichamelijke beperkte medemens?



De slingerophangset van Albert Heijn

Ik stel de vraag aan de afdeling PR van Albert Heijn. Een woordvoerder antwoordt het volgende: *"Albert Heijn is een winkel voor iedereen. De (non-food)producten die wij verkopen moeten dus voor een grote groep klanten relevant zijn. Wij richten ons niet specifiek op een bepaalde doelgroep."* Dat is duidelijk, maar best een beetje jammer. Want waarom zou AH zich eigenlijk niet richten op mensen met reuma, RSI of andere lichamelijke beperkingen? Het heeft toch ook producten specifiek voor vrouwen, mannen of kinderen? Daarom vraag ik in hoeverre AH bereid is om in de toekomst wat meer rekening te houden met lichamelijke gehandicapten.

"Albert Heijn betreft klanten wel steeds meer bij de producten en diensten die in de winkels worden aangeboden. Voor ons non-food assortiment gaan we dit jaar voor het tweede seizoen samen met het programma 'Het Beste Idee van Nederland' op zoek naar handige productideeën die het dagelijkse huishouden makkelijker maken. De slingerophangset en de schenkhulp zijn producten die uit dat programma zijn voortgekomen."

Het Beste Idee van Nederland. Ik heb het nog nooit gezien, maar ga toch eens rondneuzen op de site. En kom daarbij heel wat geniale ideeën tegen. Een taartschep met zijsteun, een hondendouche, spinnenvanger of sokkenstoppers. Ik kom niet echt producten tegen die specifiek handig zijn voor RSI'ers (al komen de sokkenstoppers best in de buurt). Maar het loont zeker de moeite om eens te kijken, alleen al om inspiratie op te doen. En mocht je zelf iets bedacht hebben dat jouw RSI-leven gemakkelijker maakt, dan kun je dit ook zelf bij het programma aanmelden.

Toch blijft het gevoel knagen dat er misschien best handige producten op de markt zijn, die het leven van RSI'ers wat kunnen ontlasten, maar waar de meeste RSI'ers gewoon geen weet van hebben. Natuurlijk hebben thuiszorgwinkels een behoorlijk assortiment aan aangepaste producten. Maar voor RSI'er met slechts lichte klachten, waaronder ikzelf, is dat best een drempel. Om een thuiszorgwinkel 'binnen' te gaan, moet je jezelf namelijk als patiënt bestempelen. En zoals al eerder in het Handvat aan de orde kwam: niet iedereen met RSI-klachten noemt zichzelf een patiënt.

Eens kijken wat een gewone Google-zoektocht op 'handige producten' oplevert. Die leidt naar sites als mooihandig.nl en handiginhuis.com. Vooral op de eerste site kom ik heel wat handige producten tegen. Ook voor RSI'ers. Een handwringer bijvoorbeeld (om doekjes uit te wringen), een voorraadbus die je met één hand kunt openen, wasknijpers die je niet hoeft te knippen, een rasp met een gehoekt handvat. Een boekenopenvouwer, waar ik eigenlijk al vanaf het begin van mijn RSI-klachten naar op zoek ben. Dat zijn best producten waar je blij van kunt worden, al zijn de meeste niet echt goedkoop. Ook bij deze winkel stel ik de vraag hoe

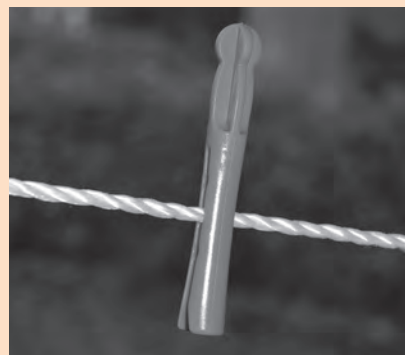


Pot met handige deksel

het assortiment samengesteld wordt, en of daarbij wordt gedacht aan lichamelijke beperkingen. Marijke Kastermans van mooihandig.nl: *"In onze winkel verkopen we handige en mooie producten die het leven gemakkelijker maken. Dit zijn enerzijds kleine hulpmiddelen en anderzijds producten uit de consumentenmarkt die iets extra's hebben, waardoor je tijd bespaart of waardoor het gemakkelijker gaat. Voor sommige mensen is het product een noodzaak, omdat ze door een aandoening of beperking een bepaalde activiteit of handeling zonder hulpmiddel niet meer kunnen doen. Voor andere mensen draagt een dergelijke product bijvoorbeeld bij aan comfort. We willen graag de hulpmiddelen uit de sfeer van ziek en zielig halen, door ze aan te bieden in een 'gewone' winkel, met een mooie uitstraling. We hopen dat het daardoor de drempel om een hulpmiddel te gebruiken wordt verlaagd."*

Comfort of fysieke noodzaak. Het maakt volgens mij niet eens zoveel uit. Producten die handig zijn voor RSI'ers, kunnen ook heel handig zijn voor niet-RSI'ers. Gewoon, omdat ze handig zijn. Zoals mijn kruidenschaar ook geschikt is om ei fijn te knippen.

Tekst: Annemiek Hutten
Foto's: Albert Heijn (slingerophangset) en mooihandig.nl (de andere foto's)



Wasknijper

Sandra Oudshoff neemt afscheid

“Er is nog weinig bewezen, maar er is hoop”

Een afscheid roept altijd gemengde gevoelens op, vindt ook de commissievoorzitter Onderzoek. Er is veel bereikt, maar nog veel meer te doen.

Negen jaar geleden begon Sandra Oudshoff als voorzitter van de Commissie Onderzoek van de RSI-vereniging. Er is een boel bereikt; veel publiciteit gegenereerd, de werkwijze van de adviescommissie van wetenschappers en behandelaars gestructureerd. Ook zijn er onderzoeks- en internationale themadagen georganiseerd met onder andere Deepak Sharan, Suparna Damany en Andrew Dilley. Sandra heeft

hier niet alleen veel plezier aan beleefd, maar ook ontzettend veel van geleerd, vindt ze zelf. Als woordvoerder van de vereniging over onderzoek heeft ze radio-interviews gegeven en presentaties gehouden en daarmee geleerd makkelijker te spreken in het openbaar. Zaken waar ze ook heel veel aan heeft in haar huidige leidinggevende functie. De overstap naar deze functie was ook tevens de reden dat ze moest stoppen

met haar werk als commissievoorzitter. Een goed moment voor een gesprek over de ontwikkelingen in het RSI-onderzoek.

Welke ontwikkelingen hebben zich de afgelopen jaren voorgedaan in het RSI-onderzoek?

"De situatie in onderzoeksland in 2002 verschilt nogal met het huidige klimaat. Er was in die tijd nog veel meer maat-

schappelijke aandacht voor RSI. Heel veel onderzoekers en promovendi waren ermee bezig, de ene publicatie volgde na de andere. Nu is het animo duidelijk afgenomen; RSI is niet meer 'hot', het is eerder een taboe geworden. Op dit moment hebben we te maken met onderzoekers verspreid over verschillende universiteiten, die niet met elkaar samenwerken, allemaal met kleine budgetten en deelonderzoeken. Het wordt steeds lastiger om geld te krijgen voor zinnig onderzoek. Er is in verhouding veel onderzoek met nadruk op biopsychosociale* aspecten. Dat zagen we ook bij de internationale Premusbijeenkomst in 2010. Dergelijk onderzoek gaat vaak over correlaties, oftewel de samenhang tussen verschillende factoren. Er wordt een onderzoeksgroep gevolgd, metingen gedaan en dan wordt er gekeken welke factoren een rol spelen bij het ontstaan van RSI-klachten. Daar komen elke keer ongeveer dezelfde dingen uit. De belangrijkste daarvan: de grootste voorspeller voor het krijgen van RSI-klachten is het feit of je het al een keer gehad hebt. Daar heeft een RSI-patiënt niet zoveel aan."

"Wat wel interessant is voor de RSI-patiënt, is onderzoek naar een medisch aanwijsbare oorzaak van RSI. Helaas is dit juist het meest onderbelichte werk. Met onderzoek naar bloed en triggerpoints is al enig bewijs geleverd. Maar op basis van deze onderzoeken is de oorzaak van RSI nog niet achterhaald, weten we nog niet hoe we het moeten voorkomen en is er ook nog geen genezing mogelijk. De patiënten worden echter van dit soort onderzoek wel een stuk blijer, omdat het in ieder geval erkenning geeft van hun klachten. Helaas is het onderzoek nog niet ver genoeg gevorderd om financiële claims of een bewijs van de ziekte voor een uitkering te honoreren."

Wat zijn de verwachtingen van onderzoek in de toekomst en hoe is de positie van jongeren hierin?

"Ik ben bang dat het een beetje blijft doorkabbelen met weinig geld, versnippering en elke keer een klein streepje verder. We moeten het vooral hebben van studies van promovendi; er is weinig continuïteit. Dat betekent dat er voorlopig nog geen zicht komt op een betere preventie en genezing van RSI. Tja, en de jeugd is tot nu toe een erg onderbelichte doelgroep in het onderzoek. Al zie je in het buitenland steeds meer kleine onderzoekjes opborrelen. Je kunt in ieder geval stellen dat hele jonge kinderen nog flexibel genoeg zijn en geen stress hebben, wat de kansen op RSI in ieder geval niet vergroot. Maar in principe is daar nu nog te weinig zicht op."

Hoe zou volgens jou een goed RSI-onderzoek eruit moeten zien?

"Het begint al bij een goede definitie. Hoe stel je vast dat iemand RSI heeft? De oordelen van artsen zijn per patiënt al heel verschillend. In het ideale onderzoek wordt een grote groep mensen langdurig gevolgd. Dan heb ik het over jaren. Er moet echt goed worden gekeken naar oorzaak en gevolg. Waarom sommige mensen met een slechte werkhouding bijvoorbeeld nooit RSI krijgen en sommige andere mensen die alles goed doen het wel krijgen. Plus een degelijk opgezet onderzoek over RSI-behandeling. De multidisciplinaire behandeling is bijvoorbeeld alom geaccepteerd, werkt waarschijnlijk ook gedeeltelijk, maar die werking is tot nu toe nooit bewezen. Het zou goed zijn om verschillende behandelingen goed onderling te vergelijken. Er is nu heel veel versnipperd onderzoek waarbij twee behandelvarianten worden vergeleken. Dat zegt niet zoveel, dan weet je dat de ene net iets beter werkt dan de andere. Maar je weet niet hoe dat met geen behandeling, afwachtend beleid of heel andere soorten behandelingen te vergelijken is."

Is er nog hoop?

"Wat ik wel een mooie ontwikkeling vind, is de aanpak van Deepak Sharan. Zijn aanpak lijkt succesvol. Hij voert een heel uitgebreid medisch onderzoek uit bij de start van de behandeling om andere oorzaken uit te sluiten, die vergelijkbare symptomen kunnen veroorzaken zoals botontkalking of schildklierproblemen. Een triggerpointbehandeling is onderdeel van zijn aanpak. Dit is ook in Nederland recent onderzocht en lijkt positief uit te werken op RSI-klachten. Hij is momenteel bezig met meer onderzoek om zijn behandelresultaten te kunnen staven en dat is hoopvol. Daarnaast wordt er in het algemeen zoals gezegd steeds meer bekend over de fysieke mechanismes achter RSI."



deling is onderdeel van zijn aanpak. Dit is ook in Nederland recent onderzocht en lijkt positief uit te werken op RSI-klachten. Hij is momenteel bezig met meer onderzoek om zijn behandelresultaten te kunnen staven en dat is hoopvol. Daarnaast wordt er in het algemeen zoals gezegd steeds meer bekend over de fysieke mechanismes achter RSI."

Is er nog een rol weggelegd voor de RSI-vereniging in deze ontwikkelingen?

"De rol van de patiëntenvereniging in onderzoek is om de verschillende zaken bij elkaar te brengen en kijken of je daar conclusies uit kan trekken. Je zou bijvoorbeeld dr. Sharan met Nederlandse onderzoekers in contact kunnen brengen. Verder kan de vereniging veel meer nadruk leggen op onderzoeken die medisch aanwijsbaar bewijs leveren voor RSI-klachten en die kenbaar maken aan de buitenwereld. Op deze manier zal de discussie over RSI in de maatschappij weer kunnen worden aangewakkerd en zouden wij onze positie kunnen verstevigen. En verder zoveel mogelijk de stem van de RSI-patiënt laten horen in de onderzoekswereld én natuurlijk het volgen van de onderzoeksontwikkelingen in binnen- en buitenland en het informeren van onze leden daarover."

Wie wordt je opvolger en wat wens je haar toe?

"Met Femke te Boekhorst hebben we denk ik een hele goede opvolgster gevonden. Waarschijnlijk krijgt zij nog assistentie van een tweede persoon, dus dat geeft weer meer mogelijkheden. Ik wens haar heel veel wijsheid en inzicht toe in deze complexe materie!"

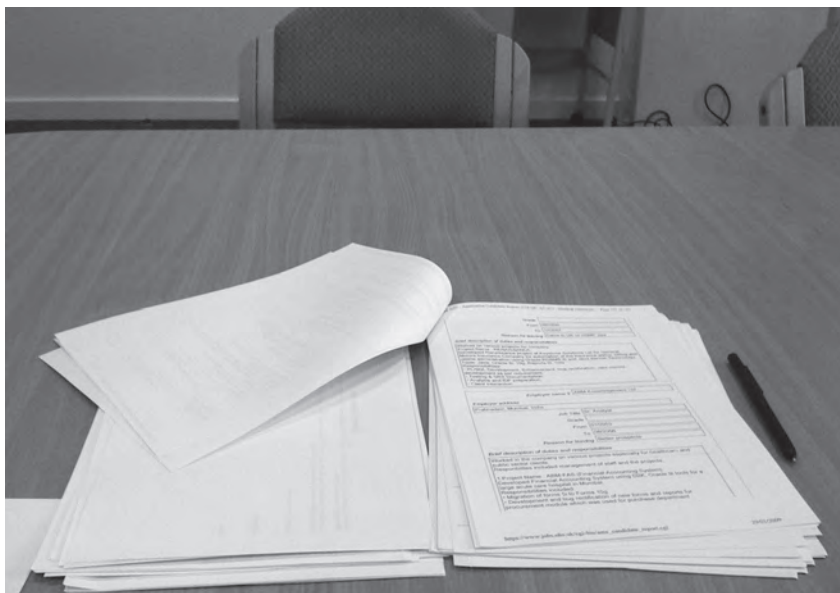
Tekst: Gabriëlle Bosch

Foto's: John Verbruggen en privéalbum Sandra Oudshoff

* Een biopsychosociale benadering houdt in dat er zowel rekening wordt gehouden met de biologische als de psychosociale factoren.



Dit is het tweede deel van een artikelserie over ziekteverzuim, re-integratie en arbeidsongeschiktheid. In deel 1 kon je lezen wat er zoal op je pad komt in de eerste twee ziektejaren vóór de WIA-keuring. Ook gaven we tips uit de re-integratiepraktijk. Dit deel stond in Handvat nummer 4 van 2011. In Handvat nummer 2 van 2012 volgt er nog een extra deel 3 met informatie en tips voor het gesprek met de arbeidsdeskundige.



Zo ben je klaar voor het gesprek met de verzekeringsarts

Na twee jaar ziekteverzuim krijg je te maken met de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). En wat blijkt? De verzekeringsarts van het UWV vindt heel andere dingen vermeldenswaard dan de bedrijfsarts in de twee jaar daarvoor. Vreemd, want beiden hebben het over hetzelfde: je kwalen en je arbeidsmogelijkheden. Met de onderstaande informatie en de dertig tips uit de keuringspraktijk van de verzekeringsarts ben je gereed voor 'een goed gesprek'.

Zoals we in deel 1 van deze artikelserie (in het Handvatnummer van november 2011) al opmerkten: als je een WIA-beoordeling wilt krijgen die recht doet aan je mogelijkheden en beperkingen, kun je je maar beter oriënteren op wat er komen gaat en zorgen dat je je verhaal goed naar voren kunt brengen. Dat was tenminste een van de conclusies die verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en patiëntenorganisaties enige tijd geleden trokken tijdens een expertmeeting die het doel had de WIA-keuringspraktijk naar een hoger plan te tillen (zie link). Maar hoe verloopt zo'n WIA-beoordelingsprocedure? En wat zijn de momenten dat je extra op moet letten?

Regelgeving

Als het UWV na de toetsing van het re-integratieverslag en de bijbehorende bijlagen concludeert dat werknemer en werkgever zich voldoende hebben ingezet voor de re-integratie, volgt een oproep voor de WIA-beoordeling door de verzekeringsarts van het UWV. De verzekeringsarts is gebonden aan de regelgeving van de overheid. De regelgeving bepaalt dat niet de ernst

van ziekte, beperkingen en sociale en arbeidshandicap iemand recht geven op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar het feit dat iemand door ziekte, beperkingen en sociale en arbeidshandicap minder kan verdienen dan een gezond persoon met dezelfde opleiding en werkervaring. Hoe dat doorwerkt in het arbeidsongeschiktheidspercentage zal duidelijk worden in het artikel over het gesprek met de arbeidsdeskundige (daarover in het volgende Handvat).

Logica en consistentie

De verzekeringsarts beoordeelt je aan de hand van je dossier bij het UWV, jouw antwoorden op zijn vragen, zijn eigen onderzoek ter plekke en de medische gegevens van je huisarts en andere behandelaars. Hij let daarbij op logica en consistentie en toetst wat hij verneemt en opmerkt tevens aan hetgeen in sociaal en medisch opzicht bekend is over je ziekte.

Om je beperkingen in kaart te brengen, gebruikt de verzekeringsarts de FML (Functionele Mogelijkheden Lijst, zie link). Deze kan hij ter plekke invullen, maar ook pas na het gesprek. Blijkt uit



de FML dat je beperkingen hebt, dan beoordeelt de verzekeringsarts of je in medisch opzicht nog duurzame mogelijkheden hebt om te werken. Bij moeilijk objectificeerbare aandoeningen (zoals rsi) kan het zijn dat je na het gesprek met de verzekeringsarts wordt opgeroepen voor een (identiek) gesprek met een tweede verzekeringsarts. Dit kan gebeuren als er sprake is van een arbeidsduurbeperking of als de verzekeringsarts zelf vaststelt dat er sprake is van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid.

Als de verzekeringsarts oordeelt dat je nog wel duurzaam benutbare mogelijkheden hebt, stuurt hij de FML en zijn uitgebreide rapportage door naar de arbeidsdeskundige voor de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Hoe het gesprek met de arbeidsdeskundige verloopt en welke aandachtspunten daarbij van belang zijn lees je in het volgende Handvatnummer.

30 tips

voor het gesprek met je verzekeringsarts

- **Tip 1** Ga aan de slag met de voorbereiding van het gesprek met de verzekeringsarts zodra je de WIA-aanvraag hebt ingediend! Wacht niet totdat je een oproep ontvangt voor de WIA-beoordeling.
- **Tip 2** Voorbereiding: **Regel iemand die met je mee kan gaan naar het keuringsgesprek.** Liefst een ervaren medewerker van een vakbond, een gehandicaptenorganisatie of een andere belangengroep. Doe zelf het woord tijdens het beoordelingsgesprek. Maak vooraf afspraken met je begeleider wanneer en hoe deze je tijdens je gesprek kan helpen.
- **Tip 3** Voorbereiding: **Maak je arbeidsbeperkingen inzichtelijk.** Leg vast wat je beperkingen zijn en wat de concrete gevolgen zijn voor je arbeidsmogelijkheden. Wat waren op de werkplek de positieve en negatieve gevolgen van werkaanpassingen (zoals minder uren werken)? Doe je inmiddels vrijwilligerswerk, welke taken voer je daar dan wel én niet uit, wat doe je precies, hoe vaak, hoe lang, hoe springen anderen bij? Gelden je arbeidsbeperkingen alleen in je huidige functie of zouden ze ook optreden in een andere werkring?
- **Tip 4** Voorbereiding: **Stel een actueel 24-uurs 'dagverhaal' op.** Laat, liefst schematisch en per kwartier, zien wat je activiteiten en rustmomenten zijn op een goede en op een slechte dag, welke vermoeidheidsklachten, pijnklachten en beperkingen je ervaart en in welke mate. Kijk ook of er verbanden of patronen zichtbaar zijn in je dagverhaal. Slaap je bijvoorbeeld 's nachts slechter als je meer pijn hebt? Zijn er consequenties als je bepaalde handelingen toch uitvoert? Heb je hersteltijd nodig na bepaalde activiteiten? Voel je je 's ochtends beter dan 's avonds? Laat tot slot in een apart week- of maandverhaal zien hoe vaak goede en slechte dagen voorkomen. Neem te zijner tijd kopieën mee in drievoud (exemplaren voor de verzekeringsarts, je begeleider en jezelf).
- **Tip 5** Voorbereiding: **Maak een overzicht van de keuzes die je noodgedwongen moet maken.** Met andere woorden: wat doe je juist niet meer? Dat kunnen activiteiten zijn als na bioscoopbezoek niet meer ergens blijven 'hangen', niet meer dagelijks douchen of relatief onbelangrijke dingen die je nu misschien al niet meer opvallen (vraag je omgeving om mee te denken).
- **Tip 6** Voorbereiding: **Maak een puntsgewijs en chronologisch overzicht van je ziektegeschiedenis.** Welke stappen heb je ondernomen om te genezen, welke specialisten heb je bezocht? Wat zijn de contactgegevens van je behandelaars (nu en in het verleden)? Maar ook: welke andere (relevante) kwalen, beperkingen of kwetsbaarheden heb je? Word je niet meer behandeld en/of sta je niet meer onder controle, zorg dan dat je kunt uitleggen waarom dat zo is. Misschien ben je uitbehandeld of ben je op zoek naar een andere therapievorm. Neem je ziektegeschiedenis te zijner tijd mee in drievoud (exemplaren voor de verzekeringsarts, je begeleider en jezelf).
- **Tip 7** Voorbereiding: **Licht in een gesprek je behandelaars in over de naderende WIA-beoordeling.** Belangrijk is niet alleen de diagnose, maar ook de duur, aard en omvang van je kwaal en beperkingen, en welke invloed een en ander heeft op je functioneren op persoonlijk en sociaal vlak. Behandelaars kunnen geen uitspraken doen over je arbeidsongeschiktheid. Echter, bij een medisch moeilijk objectificeerbare aandoening zoals rsi is het erg belangrijk dat je beperkingen aannemelijk worden gemaakt doordat meerdere medisch deskundigen uitspraken doen die bovendien met elkaar overeenkomen. Eventueel kun je zelf alvast een kopie opvragen van je behandeldossier(s).
- **Tip 8** Voorbereiding: **Lees van te voren de FML goed door en vul hem ook zelf in** (Functionele Mogelijkheden Lijst, zie link). Vind concrete voorbeelden bij je antwoorden en noteer deze in steekwoorden op het formulier. Kijk ook hoe de FML is opgebouwd en hoe sommige vragen met elkaar samenhangen.

Lees verder op pagina 22 >>>



Passen de antwoordcategorieën niet precies op je gezondheidssituatie, dan kan de verzekeringsarts dat te zijner tijd toelichten in zijn eigen rapportage. Wees tevens attent op andere kwalen, beperkingen en kwetsbaarheden (allergieën bijvoorbeeld) die je misschien ook nog hebt en die bepaalde functies moeilijk of onmogelijk zouden maken. Raadpleeg ook je ziektegeschiedenis en/of scherp je ziektegeschiedenis aan op basis van de FML (zie Tip 6). Scherp eventueel ook je dagverhaal aan (zie Tip 4). Het is nadrukkelijk **niet** de bedoeling dat je de verzekeringsarts een ingevulde FML overhandigt.

- **Tip 9 Voorbereiding: Schenk speciale aandacht aan eventuele beperkingen in werktijd en werkduur.** Je dagverhaal (Tip 4) kan dienen als ondersteuning van je antwoorden in rubriek 6 van de FML over de werktijden (zie link). Als je in geen enkele functie *fulltime* kunt werken (dus ook niet in 'gangbare arbeid', de - meestal lichtere - theoretische functies die de arbeidsdeskundige als het moment daar is selecteert) kan de verzekeringsarts overwegen je een urenbeperking toe te kennen. Deze 'standaard verminderde arbeidsduur' wordt niet gemakkelijk toegekend, dus onderbouw deze beperking zorgvuldig. Onderbouw door middel van je dagverhaal, schriftelijke verklaringen van anderen (mensen in je werkomgeving en/of behandelaars) en/of je ervaringen bij re-integratiepogingen (check in je kopie van het 'Plan van Aanpak' of 'Bijstellingen Plan van Aanpak' wat

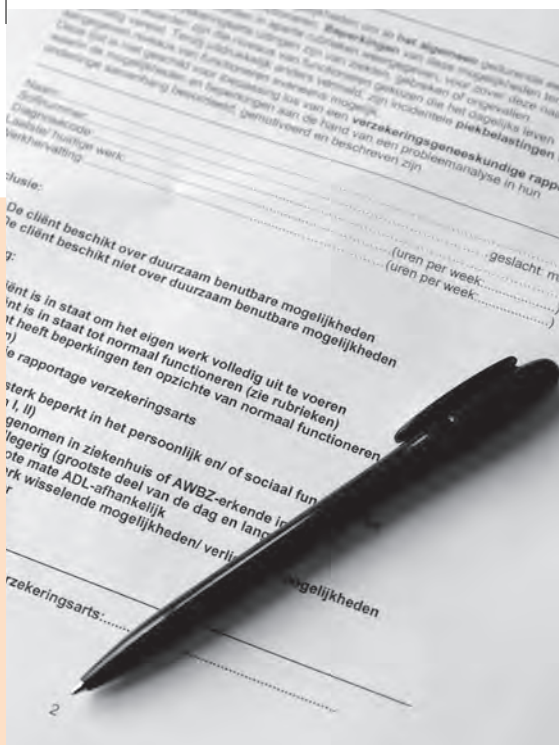


daarover staat vermeld). Tijd en energie die gaat zitten in zorgtaken thuis tellen overigens niet mee als argument voor beperking van werktijd en werkduur.

- **Tip 10 Voorbereiding: Formuleer voor jezelf een antwoord op de vraag of gevolgen van je kwaal te voorkomen of te vermijden zijn,** bijvoorbeeld met medicatie, therapie of een aanpassing van de werkplek of andere arbeidsomstandigheden. In dat geval zou werken mogelijk zijn. Wees hierbij realistisch, want werken moet dan wel vol te houden zijn, ook op de lange duur!
- **Tip 11 Voorbereiding: Oefen het gesprek met iemand (je begeleider).** Zo train je jezelf in het reageren op kritische vragen, het onder woorden brengen van je klachten, beperkingen en verdere gevolgen in je persoonlijk leven, en het geven van aansprekende voorbeelden. Belangrijk daarbij zijn ook de vragen over je dagbesteding (Tip 4).
- **Tip 12 Voorbereiding: Verzamel de verpakkingen van de voorgeschreven medicijnen en bewijzen van toegewezen hulpmiddelen en neem deze mee.**
- **Tip 13 Voorbereiding: Vraag om een of twee weken uitstel als het UWV je uitnodigt voor het gesprek met de verzekeringsarts en je nog niet klaar bent met de voorbereiding.**
- **Tip 14 Voorbereiding: Ga er niet mee akkoord als het UWV het gesprek met de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige op dezelfde dag plant.** Bij spanning, pijn en vermoeidheid is één intensief gesprek op een dag meer dan voldoende. Bovendien vergt ook het gesprek met de arbeidsdeskundige enige voorbereiding, zoals het bestuderen van de ingevulde FML en bijbehorende uitgebreide rapportage van de verzekeringsarts. Vraag het UWV het gesprek met de arbeidsdeskundige niet eerder te plannen dan twee weken na ontvangst van de stukken van de verzekeringsarts.
- **Tip 15 Voorbereiding: Maak niet meer werk van je uiterlijk dan logisch en praktisch is voor iemand in jouw omstandigheden.** Draag geen kleding die de indruk geeft dat je klaar bent voor een werkdag (want dat ben je niet). Vertel je dat je moeite hebt met

het dichtknopen van een blouse of overhemd, draag dan geen kleding met kleine knoopjes (ook al heeft iemand die thuis voor je dichtgemaakt). Heb je last met veters strikken, draag instappers of schoeisel met een rits. Kun je je armen nauwelijks boven je hoofd heffen, draag dan geen trui die over je hoofd moet (zelfs al heb je een handige methode gevonden om die aan en uit te trekken).

- **Tip 16 Bij aanvang van het gesprek: Laat de verzekeringsarts weten wat de oproep met je heeft gedaan.** Ben je erg gespannen, dan kan dat betekenen dat je gevoelig bent voor stress of druk of dat je je erg onzeker voelt. Dit bespreekbaar maken is ook mondigheid.
- **Tip 17 Tijdens het gesprek: Ga niet in discussie over de diagnose 'rsi'.** Focus je in plaats daarvan op je klachten en de daaruit voortvloeiende (on)mogelijkheden.
- **Tip 18 Tijdens het gesprek: Meld ook eventuele andere kwalen en kwetsbaarheden** (allergieën bijvoorbeeld) die bepaalde functies moeilijk of onmogelijk zouden maken.
- **Tip 19 Tijdens het gesprek: Let op als je postuur afwijkt van wat gebruikelijk is (je bent bijvoorbeeld erg groot of juist erg klein) of als je maar één arm of hand kunt gebruiken.** In die gevallen dient de verzekeringsarts dat in zijn rapportage te vermelden. De FML is gebaseerd op personen met zogenaamde 'normaalwaarden'.
- **Tip 20 Tijdens het gesprek: Schrik niet van (gedetailleerde) vragen over je huidige dagbesteding.** Vragen als: 'Wat doe je vanaf het moment dat je opstaat?', 'Hoe pak je thuis de dagelijkse dingen aan?', 'Welke hulpmiddelen gebruik je voor persoonlijke verzorging en in het huishouden?', 'Welke handigheden heb je zelf bedacht?', 'Wat zijn je hobbies?', 'Doe je vrijwilligerswerk?'. Geef concreet aan wat je mogelijkheden en beperkingen zijn (wat kun je, hoeveel maal achtereen, hoe lang achtereen, wie helpt je waarmee, hoe vaak, wat zijn de consequenties als je over een grens gaat qua pijn en belastbaarheid, hoe lang houdt de pijn aan, wat is je hersteltijd). Baseer je onder meer op je dagverhaal (Tip 4).



► **Tip 21** *Tijdens het gesprek: Zorg voor consistentie en logica in je verhaal.* De beperkingen moeten voortvloeien uit de kwaal. De voorbeelden moeten de beperkingen ondersteunen en geen nieuwe vragen oproepen. Gevolgen op sociaal en psychisch vlak moeten in lijn zijn met de beperkingen. Overdrijf niet, maar houd je ook niet groot.

► **Tip 22** *Tijdens het gesprek: Laat blijken dat je niet alleen denkt aan je oude functie als je vertelt over je beperkingen tijdens het werk.* Met je bedrijfsarts besprak je beperkingen die je ervoer in je oude functie, met de verzekeringsarts bespreek je tevens beperkingen die je verwacht te krijgen als je weer intreedt in het arbeidsproces. De functies zijn op dit moment niet van belang.

► **Tip 23** *Tijdens het gesprek: Maak geen relativerende opmerkingen over je pijn en beperkingen.* Na verloop van tijd leer je beter omgaan met je klachten. Echter, de flexibiliteit, het begrip en de hersteltijd die je thuis (of in vrijwilligerswerk) hebt vind je niet in een betaalde werkring.

► **Tip 24** *Tijdens het gesprek: Doe je niet beter voor dan je bent.* Natuurlijk, je wilt graag weer gezond zijn, maar wees voorzichtig met opmerkingen als: "Ik wil heel graag weer werken". De verzekeringsarts kan dergelijke uitspraken interpreteren alsof je betaald werk weer aankunt.

► **Tip 25** *Tijdens het gesprek: Onderbouw beperkingen in werktijd en werkduur met je dagverhaal, schriftelijke verkla-*

ringen van anderen en/of het verloop van je re-integratie (Tips 4 en 9). Houd zorgtaken die je thuis hebt buiten het gesprek.

► **Tip 26** *Tijdens het gesprek: Krijg je de indruk dat de verzekeringsarts niet zorgvuldig genoeg naar je situatie kijkt, breng dat dan meteen naar voren. Met een begeleider in de kamer sta je hierbij niet alleen.*

► **Tip 27** *Tijdens het gesprek: Sta open voor de suggesties van de verzekeringsarts voor behandelalternatieven, maar blijf wel realistisch.* De verzekeringsarts moet vaststellen of je klachten en beperkingen zijn te vermijden of te voorkomen, bijvoorbeeld door therapieën of met medicatie. Vertel wat je zelf al hebt geprobeerd en met welk resultaat op de korte en langere termijn. Houd er rekening mee dat veel verzekeringsartsen niet openstaan voor behandelingen uit het alternatieve circuit. Ga daarover niet in discussie.

► **Tip 28** *Tijdens het gesprek: Vraag na afloop aan de verzekeringsarts wat je nu verder kunt verwachten. Stuur hij een brief naar je huisarts? Op welke termijn? Wanneer en van wie hoor je verder?*

► **Tip 29** *Tijdens en na het gesprek: Vraag tot slot aan de verzekeringsarts om toezending van de uitgebreide rapportage en de gehele ingevulde FML (dus niet alleen de punten waarop je afwijkend scoort).* Lees deze stukken thuis zorgvuldig door. Bevatten ze naar jouw oordeel onjuistheden of ontbreken er belangrijke gegevens vraag dan in een aangetekend schrijven, met vermelding van je redenen, om correctie, verwijdering of aanvulling. Dit is je wettelijk recht. Doe dit laatste eventueel in overleg met een jurist of een andere deskundige.

► **Tip 30** *Na het gesprek: Ben je van mening dat je je situatie niet duidelijk genoeg naar voren hebt gebracht, doe dit dan alsnog schriftelijk (en aangetekend) ter attentie van je verzekeringsarts met het verzoek kennis te nemen van je aanvulling en deze toe te voegen aan je dossier. Overleg hierover eventueel eerst met een jurist of andere deskundige.*

Meer weten?

Formulieren en hulpmiddelen:

- <http://www.whiplashstichting.nl> (Functionele Mogelijkheden Lijst, te vinden bij Downloads arbeid en inkomen, bij zoekfunctie FML intypen)
- <http://www.uwv.nl> (met de zoekfunctie: alle formulieren voor de bedrijfsarts, werkgever en werknemer)

Advies en begeleiding:

- <http://www.juridischsteunpunt.nl>

Verdere informatie:

- http://www.steungroep.nl/nieuwsbrieven/steungroepnieuws2007_3.PDF (Artikel 'Medisch bewijsmateriaal bij keuringen' van mr. R.A.J. Delescen, op blz. 7 t/m 9 van deze nieuwsbrief van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid, tevens verschenen in het Handvatnummer van november 2007)
- <http://www.cmma.nl/> (via 'links', document staat onder 'Wia-aanvraag') ('De WIA-beoordeling. Informatie en adviezen over de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling', zeer uitgebreide en informatieve brochure van Breed Platform Verzekerden en Werk, thans Welder Groep, versie juni 2006) <http://winkel.weldergroep.nl/> (zelfde brochure, nieuwe druk; te bestellen voor € 6 incl. verzendkosten)
- <http://www.fnvbondgenoten.nl> ('Rechten en plichten bij ziekte, WIA en re-integratie')
- <http://www.whiplashstichting.nl> (Expertmeeting 'Bedrijfsarts, verzekeringsarts, zieke werknemer: drie perspectieven, een doel!?', te vinden door bij zoekfunctie 'expertmeeting' in te typen en dan te klikken op 27 januari 2011)

Wetenschappelijk onderzoek over het gesprek met de UWV-arts:

- <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/19505> (proefschrift 'Communication between social insurance physicians and work disability claimants', mei 2011)
- http://www.bodyatwork.nl/sites/default/files/abstract_dutchRijssen.pdf (samenvatting, Nederlandstalig)

Tekst: Karlijn van der Meer

Patiëntenversie richtlijnen

Patiënten krijgen binnenkort beter zicht op de kwaliteit van de zorg. Dat zegt de NCPF, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Medisch specialisten gaan, samen met onder meer de NPCF, speciale samenvattingen voor patiënten maken van medische richtlijnen. Een samenvatting maakt voor de patiënt inzichtelijk wat specialisten hebben afgesproken over welke behandeling past bij welke ziekte of aandoening. De patiëntensamenvattingen zullen samen met de richtlijnen makkelijk toegankelijk zijn op de site www.kwaliteitskoepel.nl. Daar staan nu al meer dan 300 medisch specialistische richtlijnen op. Ook is er een App ontwikkeld. Bron: www.npcf.nl

Lachen

Volgens een onderzoeksgroep uit Oxford verlaagt lachen de pijngrens, omdat de hersenen dan 'endorfinen' aanmaken. Opmerkelijk is dat vooral de daad van het lachen – het maken van letterlijke hahaha-geluiden – hiervoor verantwoordelijk is, en niet het feit dat je je goed in je vel voelt omdat je pret hebt. Lachtherapieën zijn hierop gebaseerd, waarbij je in een groep elkaar aan het lachen houdt zonder dat het per se grappig is. Bepaalde onderzoekers dringen erop aan om het aspect 'humor' beter te integreren in ziekenhuizen. Lachen is een van de vreemdste gedragingen van de mens. Gedragswetenschappers hebben nog steeds geen idee waarom we eigenlijk (zo graag) lachen. Lachen verhoogt de groepsband, net zoals dansen en zingen dat doet. Bron: *ABC gezondheid* 17 november 2011



Mooie uitspraak

Jetta Klijnsma, Tweede Kamerlid voor de PvdA en ex-staatssecretaris Sociale Zaken en Werkgelegenheid werd bij een debat ter gelegenheid van Week van de Chronisch Ziekten (november 2011) gevraagd of zij de eerste bewindspersoon in de Nederlandse geschiedenis was met een beperking. Zij antwoordde: "Dat hangt er van af wat je onder een beperking verstaat". Een wijze opmerking, want per slot van rekening heeft ieder mens zijn beperkingen. Die kunnen ook liggen in een overdaad aan ambitie, of, ook onder politici een bekend fenomeen, ijdelheid. Bron: *Themaweek Chronisch Ziekten 2011*



lemandzoalsik.nl

Het Astma Fonds, de Reumapatiëntenbond en de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN) hebben samen de site lemandzoalsik.nl opgezet, een social media platform voor mensen met een chronische ziekte en hun omgeving. lemandzoalsik.nl geeft mensen met een chronische ziekte en hun familie, mantelzorgers en andere betrokkenen de mogelijkheid op één plek kennis, ervaringen en emoties te delen over het leven met een beperking. De komende tijd gaan VSN, Astma Fonds en Reumapatiëntenbond het platform verder uitbreiden door ingediende gebruikerswensen toe te voegen. Ook krijgen andere patiëntenorganisaties de gelegenheid zich aan te sluiten.

Sneltoetsen

Tilbert Schulte heeft zich helemaal gespecialiseerd in sneltoetsen. Ook al werk je maar 5% efficiënter, dan nog spaar je 2,5 week op jaarbasis, zo rekende hij uit. En dan nog afgezien van de RSI-klachten die je kunt oplopen met een muis. Op zijn website www.mantrix.nl kun je gratis een programmaatje downloaden. Schulte heeft ook een sneltoetsenboekje (€ 5,95) gemaakt dat je als naslagwerkje naast de PC kunt gebruiken.

Geld terug, regel het zelf!

Heb je aantoonbaar veel uitgaven voor zorg, hulpmiddelen en voorzieningen, dan is het wijs om na te gaan of je in aanmerking komt om geld terug te krijgen van de Belastingdienst. Het is dan nodig om belastingaangifte te doen voor de Inkomstenbelasting, al deed je tot nu toe geen aangifte. Ook als je een laag inkomen hebt is het goed om aangifte te doen. Zelfs over een minimumuitkering zoals Wajong of de bijstand houdt de uitkeringsinstantie elke maand al een flink bedrag aan belastinggeld in.

Er is veel veranderd ziektekosten de afgelopen jaren. De premie voor de basisverzekering is niet langer aftrekbaar. Het eigen risico in de basisverzekering ook niet. Eigen bijdragen zijn niet meer aftrekbaar. Een aantal standaard aftrekposten is vervallen. Daar staat tegenover dat de drempel voor de aftrek flink is verlaagd, met name voor mensen met een laag tot modaal inkomen.

Het gaat om posten als geneeskundige hulp, particuliere verpleging en verzorging, reiskosten, bepaalde voorgeschreven medicijnen en hulpmiddelen.

Wil je meer weten, kijk op de website Meerkosten.nl, in de rubriek 'Belastingvoordeel' of bestel de brochure 'Belastingvoordeel 2011 voor mensen met een handicap en chronisch ziekten' bij de CG-Raad bestellijn, telefoon (030) 291 66 11. Op de website Belastingdienst.nl kun je het Aangifteprogramma 2011 downloaden. Doe je liever aangifte op papier, bel dan met de Belastingtelefoon (0800-0543) en vraag een P-biljet aan.



Spraakherkenning App

Dragon Dictation, een app voor de Iphone en Ipad, kan spraak omzetten in tekst. De gratis app ondersteunt een waslijst aan talen. De tekst wordt niet in de app zelf herkend, maar op de server van de makers, Nuance. Je hebt dus een werkende internetverbinding nodig om de app te kunnen gebruiken. Nadat de tekst is verschenen kan je hier en daar eventuele foutjes aanpassen door alternatieve woorden te selecteren, woorden opnieuw in te spreken, of desnoods toch te typen. Is het resultaat naar je zin, dan kan je dit om laten zetten in een mail, sms, facebook- of twitterbericht, of de inhoud simpelweg te kopiëren.

Er is nog een andere gratis app van Nuance, Dragon Search genaamd, die hetzelfde doet, maar dan invoert in een zelf te kiezen zoekmachine.

Volgens Macworld.nl werkt Dragon Dictation niet volledig foutloos, maar is toch indrukwekkend goed voor een spraakherkenningsapplicatie die niet van te voren ingeleerd moet worden om te wennen aan je stem.

Macworld, december 2011

Electronisch Patiëntendossier (EPD)

Op 5 april 2011 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Electronisch Patiënten Dossier EPD verworpen. Daarnaast heeft de Eerste Kamer de minister van VWS gevraagd om niet meer mee te werken aan de ontwikkeling van het landelijk EPD. De minister heeft daarop besloten dat er geen nieuwe patiënten meer kunnen worden aangemeld bij het landelijk EPD. De betrokkenheid van het ministerie van VWS bij het landelijk EPD is beëindigd.

Aangezien er al veel tijd en geld was gestoken in het opzetten van het EPD, is in de afgelopen maanden verkend hoe het elektronisch uitwisselen van gegevens doorgang kan vinden. Mede op verzoek van de Tweede Kamer hebben de betrokken partijen nader overleg gevoerd. Vijf koepelorganisaties van zorgaanbieders hebben nu samen met Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over de financiering

van de infrastructuur. Hierdoor is een private doorstart mogelijk. De infrastructuur richt zich met name op regionale uitwisseling. Via de infrastructuur worden medicatiegegevens en huisarts-waarneemgegevens uitgewisseld. Voorwaarde is dat alleen een huisarts, apotheek of medisch specialist die de patiënt behandelt, medische gegevens kan opvragen als het noodzakelijk is voor de behandeling en als de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt. Vanaf 1 januari 2012 moet de patiënt vooraf uitdrukkelijk toestemming geven aan de zorgverlener voor het beschikbaar stellen van zijn medische gegevens voor uitwisseling. De exploitatie van de private infrastructuur ligt vanaf 1 januari 2012 bij het Servicecentrum Zorgcommunicatie (www.sczorg.nl). Voor meer informatie zie www.infoepd.nl.

Tekst: Egbertien Martens

Uitkomst ledenonderzoek: een lichtere insteek

Interview met bestuurslid Ineke van Hooff

De ledenaantallen van onze vereniging dalen al jaren. Terwijl RSI gewoon blijft voorkomen. We moeten dus nieuwe leden werven en oude leden behouden. Hoe kunnen we het lidmaatschap van de RSI-vereniging aantrekkelijker maken? Bestuurslid Ineke van Hooff deed een mini-onderzoekje onder leden én onder ex-leden die net hun lidmaatschap hadden opgezegd.

Een mini-onderzoekje.

Wat houdt dat in?

"Ik wilde praten met de achterban. Na een thema-bijeenkomst ben ik in gesprek gegaan met een stuk of tien aanwezigen. Ik heb ze gevraagd naar wat hun redenen zijn om lid te zijn van de vereniging, en wat de vereniging zou kunnen doen om het lidmaatschap voor hen aantrekkelijker te maken. En verder heb ik ongeveer vijftien personen gesproken die hun lidmaatschap onlangs hebben opgezegd. Ik heb ze gebeld, en gevraagd naar hun overwegingen om hun lidmaatschap te beëindigen."

Eerst maar het goede nieuws.

Waarom zijn of blijven mensen lid?

"Leden zijn erg blij met de rol van de vereniging, omdat die laat zien dat RSI geen modeverschijnsel is. Daar voelen ze zich door gesteund. De vereniging heeft in de afgelopen jaren veel betekend voor de erkenning van RSI, en het contact tussen lotgenoten. Maar je ziet ook dat als mensen minder klachten krijgen, de vereniging een steeds kleinere rol speelt."

Verder waarderen veel mensen de themabijeenkomsten. Al is de reistijd voor sommigen wel een drempel. We gaan erover denken om die ook regionaal te organiseren."

En waarom zeggen mensen hun lidmaatschap op?

"Het is best een hoge drempel om lid te worden. Want als je lid wordt, dan geef je dus aan jezelf toe dat je RSI-patiënt bent. En als je van je klachten af bent, dan wil je eigenlijk niets meer

met die vereniging te maken hebben. Dus zeggen mensen op. Daarom willen we potentiële leden wat meer vanuit een 'lichtere' insteek benaderen. En we gaan ons wat duidelijker richten op sympathisanten. Ook in de dagelijkse communicatie zullen we daar meer op letten: welke toon sla je aan. Zodra het zielig wordt, stoot dat af."

"Wat verschillende mensen me vertelden, is dat je als RSI'er zelf ook een proces doormaakt. Je gaat door allerlei fases. Eerst ben je heel erg boos, daarna ga je je leven aanpassen, en volgt acceptatie. In het begin speelt de vereniging een grote rol. Maar daarna wordt de meerwaarde steeds minder. We willen daarom meer aandacht gaan besteden aan de rol die RSI'ers zelf spelen in hun eigen proces. Ook dat haalt RSI misschien een beetje uit de patiëntensfeer."

Verder spelen economische motieven natuurlijk mee. Als het financieel wat minder gaat, dan ga je kritisch door al je lidmaatschappen heen. Al wordt het lidmaatschap door verschillende ziektenkostenverzekeringen vergoed, en dat weten mensen dan niet."

Komen er nog concrete vervolgacties?

"Veel mensen zijn geïnteresseerd in de informatie die naar voren komt in de onderzoeksmiddagen. Met name fysiotherapeuten. We gaan daarom pakketjes maken voor nieuwe leden, waarin ook informatie over de laatste themabijeenkomst zit, zoals resultaten van recente onderzoeken."



"We gaan ons meer richten op sympathisanten"

En komt er nog een vervolg-mini-onderzoek?

"We hebben we gemerkt dat deze aanpak heel goed werkt. Het is laagdrempelig. Iedereen wil meewerken, en je hoort hele interessante verhalen. Dat gaan we zeker nog eens doen."

Tekst: Annemiek Hutten

Eén lid vertelde dat zodra hij actief werd binnen de vereniging, zijn klachten ook erger werden. Dit is een verschijnsel dat vaker beschreven wordt door vrijwilligers. Het wordt ook herkend binnen de redactie van het Handvat. Voor sommige vrijwilligers roept dit twijfel op: moet ik hier wel mee doorgaan? En het speelt daarom ook weleens een rol bij de opzegging van het lidmaatschap. Ineke van Hooff: "Dat is jammer, want het is juist een heel intrigerend verschijnsel, dat meer inzicht kan bieden in de relatie tussen lichaam en geest."



Ledenvergadering goed bezocht

Bezuinigingen vragen nieuwe koers

De Algemene Ledenvergadering van 10 december is goed bezocht. Doel was het bespreken van de toekomstige koers van de vereniging naar aanleiding van de grote bezuinigingen die de komende jaren alle patiëntenverenigingen gaan treffen. Met instemming van een grote meerderheid is besloten tot het instellen van twee commissies die verschillende vraagstukken gaan oplossen.

Het eerste vraagstuk is hoe de begroting moet worden opgesteld voor dit jaar en de komende jaren. Deze commissie heeft al een keer met succes vergaderd over 2012. In het voorjaar komt daar een vervolgoverleg op, om de komende jaren te bekijken. Daarnaast zal er in een tweede commissie worden bekeken hoe het bestuur met voldoende draagvlak al deze beslissingen kan nemen. Worden de belangen van alle betrokkenen en de leden wel voldoende gewaarborgd? Ook wordt er gekeken naar een eventuele andere samenstelling van het bestuur.

Tekst: Gabriëlle Bosch



De tweede lezing werd gegeven door Maarten van Essen, arts en gespecialiseerd in het bewegingsapparaat. Hij richtte in 1997 het RSI-instituut op, waar hij in multidisciplinair verband RSI-klachten behandelde. Vanuit deze achtergrond ontwikkelde hij zich naar een meer specifieke aanpak, namelijk behandeling via triggerpoints en IMS (Intra Musculair Stimulation). In zijn verhaal belichtte hij de rol van de zenuwen. Vaak wordt bij RSI-klachten gekeken naar belastbaarheid en overbelasting van spieren. Naar de oorzaak van de verminderde belastbaarheid wordt minder gekeken. Volgens Van Essen moet je wel kijken naar de achterliggende oorzaak en die ligt volgens de spreker in het niet goed functioneren van het zenuwstelsel. Aangezien zenuw en spier samenwerken leidt dit tot een verstoord evenwicht en tot de bekende klachten. In zijn behandeling richt Van Essen zich dan ook op het aanzetten tot herstel van de zenuwfunctie. Na zijn verhaal liet hij een cliënt aan het woord, die de behandeling bij Van Essen heeft gevolgd. Deze persoon had ernstige RSI-klachten en kon nauwelijks meer achter de computer zitten. Na de behandeling werkt hij nu naar eigen zeggen hele dagen weer aan de computer zonder pijnklachten.

Tekst: Egbertien Martens



Themamiddag

's Middags was er een themamiddag met twee lezingen. Medewerkers van de landelijk opererende revalidatiekliniek Stichting Ciran vertelden over het intensieve behandeltraject voor chronische patiënten van Ciran. Patiënten werken niet alleen aan de fysieke conditie, ook de mentale conditie, de persoonlijkheid, de omgang met de persoonlijke situatie (coping) en zingeving komen aan bod. Hierbij ziet Ciran gezondheid als een situatie van persoonlijk evenwicht op lichamelijk, mentaal en maatschappelijk vlak, een evenwicht dat elke keer weer opnieuw gevonden moet worden. Patiënten leren tevens hoe ze de bereikte resultaten na afloop van het traject kunnen vasthouden c.q. kunnen hervinden. Het getoonde filmpje over de filosofische achtergronden van Ciran (tevens te zien op www.Ciran.nl) ontlokte bij de aanwezigen opmerkingen als: "Kwaliteit van leven is niet alleen verbetering van pijnbeleving en functioneren, maar ook daadwerkelijk weer pijnvrij zijn" en "te zeer gericht op de geestelijke component", maar ook "heel herkenbaar".

Tekst: Karlijn van der Meer

Dr. Sharan komt naar Nederland!

Op de poster die je bij dit Handvat vindt, staat alle informatie over het bezoek van dr. Sharan aan Nederland. Om meer mensen dan alleen onze leden te bereiken, willen we je vragen of je deze poster wilt ophangen op een geschikte plek.

Denk aan de wachtkamer van huisarts of (fysio) therapeut of bijvoorbeeld je sportschool/buurthuis/revalidatiecentrum/bibliotheek.

Alvast bedankt voor je hulp!

Nieuwe leden gezocht voor Commissie Onderzoek

Voor deze commissie zoeken wij nieuwe vrijwilligers, die een bijdrage willen leveren aan een belangrijke taak van de vereniging.

Onze wensen:

- ▶ affiniteit met wetenschappelijk onderzoek en RSI
- ▶ hbo-niveau
- ▶ contacten opbouwen en onderhouden met onderzoekers in binnen- en buitenland
- ▶ zoeken naar nieuwe onderzoeksresultaten
- ▶ resultaten van onderzoek beschrijven voor onze leden

Taken van de commissieleden:

- ▶ opvragen en beoordelen van wetenschappelijke artikelen
- ▶ onderhouden en opbouwen van contacten met onderzoekers
- ▶ de vereniging vertegenwoordigen binnen de vergaderingen van de adviesraad
- ▶ artikelen schrijven over onderzoek voor Handvat en verenigingswebsite
- ▶ mede de jaarlijkse themamiddag over onderzoek organiseren

Mail voor meer informatie naar
vrijwilligerswerk@rsi-vereniging.nl



Heb je vragen over:

Preventie
Werkplek
Houding
Behandelmethoden
Artsen
Hulpmiddelen
Onderzoek
Instanties
Juridische zaken

Bel met de RSI-lijn:
0900 - 774 54 56

Voor maar één cent per minuut staan ervaringsdeskundigen voor jou klaar om al je vragen te beantwoorden, mee te denken en oplossingen te vinden. Of om simpelweg even je hart te luchten. De RSI-lijn is bereikbaar op maandag tot en met donderdag van 13.00 tot 15.00 uur en van 19.00 tot 21.00 uur.



www.rsi-vereniging.nl