

Handvat

jaargang 17

maart 2011

Magazine van de RSI-vereniging



Twee maanden
zonder computer,
maar mét
typemachine

Sneltoets:
RSI'ers sporten
genoeg,
zie pagina 11

Themadag onderzoek

**Multidisciplinaire behandeling bij RSI
grotere kans van slagen**

Promotie Marjon van Eijnsden

Risico's bij RSI

Persoonlijke ervaring

Body Stress Release



rsi
vereniging

Het Handvat is een kwartaaluitgave van de rsi-vereniging.
Maart 2011. Zeventiende jaargang, nr. 1
Lidmaatschap: € 25,- 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: Paul de Ruiter,
Ineke van Hooff

Commissies
Handvat: Gabriëlle Bosch
Onderzoek: Sandra Oudshoff
Patiëntencontact: Gaby Choma/
Simone Spängberg
PR: Willem Hollander
Vrijwilligerscoördinatie: Janneke Vasse
Website: Paul de Ruiter

Redactie
Gabriëlle Bosch (hoofdredacteur), Astrid ter Borgh (eindredacteur), Marieke Harmsen, Annemiek Hutten, Karen Jackson, Egbertien Martens, Karlijn van der Meer, Floor Scholten, Jantine van der Tang

Aan dit nummer werkten verder mee
George Hill, Marja Karssies-van Dalen, Sandra Muresu, Sandra Oudshoff, Ilona van der Tang, John Verbruggen

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

Deadline volgend nummer
25 februari 2011

Tekstcorrectie
Maud van der Woude

Vormgeving
Arianne Doornbos

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.

Inhoud

4. Jaarlijkse themadag onderzoek:

Multidisciplinaire behandeling bij RSI grotere kans van slagen

11. Sneltoets: RSI'ers sporten genoeg

18. Risico's bij RSI: Promotie Marjon van Eijnden.

24. Persoonlijke ervaring: Body Stress Release

Verder

- 10. Kort nieuws
- 12. Jeroen van Loon gebruikte twee maanden zijn pc niet
- 15. Bewegen tegen de pijn
- 16. Boekrecensie: Melanie Thernstrom, The Pain Chronicles
- 20. Hulpmiddel: de Wheelie
- 21. RSI-moment: Feta komt in blokjes
- 22. Jong: typeles
- 23. Minitips
- 26. Kort nieuws internationaal
- 28. TelefoonDienst
Vacature hoofdredacteur



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.



Zie ook onze website: www.rsi-vereniging.nl voor heel veel informatie!

Geen computer

Stel, je hebt twee maanden geen computer. Hoe ziet je leven er dan uit? Jeroen van Loon maakte er een afstudeerproject van en ontdekte dat je er veel rustiger en geconcentreerder van werd. Ook constateerde hij dat de horizon van de computerwereld niet de enige was, er was nog veel meer! Eigenlijk ging je zonder computer heel anders denken en leven.



Een interessant gegeven eigenlijk. We behandelen in dit nummer weer veel RSI-onderzoek. In al dat onderzoek is de onuitgesproken basisgedachte dat een mens zich in principe zomaar binnen vijftig jaar moet kunnen aanpassen aan een geheel gedigitaliseerde werk- en leefomgeving. En degenen die er klachten van krijgen, zijn een uitzondering, iets dat je als een probleem moet beschouwen waar een oplossing voor moet worden gevonden.

En als we nu eens de zaak omdraaien? Als je geen computer hebt, heb je ook geen klachten. Zijn de mensen die geen klachten hebben niet eigenlijk de uitzondering? Lang in een bepaalde houding dezelfde handelingen uitvoeren; ik zie al drie jaar lang in onderzoek uit binnen- en buitenland de conclusie dat door overbelasting van welke spiergroep dan ook, in welke beroepsgroep dan ook, ook bij sporters, dit klachten geeft. De stress of 'druk' die erbij komt om de taken te volbrengen, levert een extra ingrediënt dat de klachten verergert. En die stress, dat is ook typisch een element van onze gedigitaliseerde flexibele 'on demand-samenleving'.

Interessante gedachtegang dus, ingegeven door een ervaringsverhaal. Ik zou zeggen, lees dit dus. En ook het verslag van onze themadag van 27 november, het artikel over het veel in de media besproken proefschrift van mevrouw Van Eijdsen. Maar ook de boekrecensie over pijn een verhaal over een vakantiehulp en nog veel meer. En misschien kun je na dit alles antwoord geven op de vraag, wie nu eigenlijk de uitzondering is. Reageer op handvat@rsi-vereniging.nl

Gabriëlle Bosch
hoofdredacteur Handvat

Meedoen aan onderzoek helpt!

Hieronder een brief van het Erasmus MC over de resultaten van een onderzoek dat met behulp van de RSI-vereniging is gedaan. Het ging om het onderzoek en de cursus 'Omgaan met de gevolgen van medisch onverklaarde lichamelijke klachten'. Omdat de resultaten zo gunstig waren, wordt de cursus nog op drie locaties gegeven. Meer informatie daarover is op te vragen bij Lyonne Zonneveld (zie onder).

Schiedam, 25 september 2010

Geachte mevrouw Oudshoff,

In de periode 2005-2009 hebben we met jullie als belangrijke vertegenwoordiger van patiënten met RSI contact gehad over de cursus en het onderzoek 'Omgaan met de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten'. Zoals beloofd geven we hieronder de resultaten ervan weer.

Uit de vragenlijsten die de cursisten hebben ingevuld blijkt, dat de cursus in het algemeen de kwaliteit van leven van de cursisten verhoogt. Dit houdt in, dat de meerderheid van de cursisten na de cursus aankruiste, dat ze:

- minder last hadden van hun gezondheid bij lichamelijke activiteiten zoals wandelen;
- minder last hadden van hun gezondheid bij sociale activiteiten;
- minder lichamelijke klachten hadden;
- minder pijn hadden;
- minder slaapproblemen hadden.

De verhoogde kwaliteit van leven blijkt ook een jaar na de cursus nog aanwezig te zijn.

Omdat de resultaten zo gunstig zijn, hebben we besloten om de cursus zonder wetenschappelijk onderzoek aan te bieden. Hierdoor wordt het mogelijk, dat meer patiënten hun kwaliteit van leven kunnen verhogen.

Dit resultaat hadden we niet zonder de medewerking van uw vereniging aan de cursus en het wetenschappelijk onderzoek kunnen bereiken. We willen u daarom nogmaals hartelijk danken voor uw medewerking en meedenken, waarmee u de hulp aan patiënten en de wetenschap een stukje verder heeft geholpen.

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. J. van Busschbach
Erasmus MC

Drs. Lyonne Zonneveld
Riagg Rijnmond
010-445 34 26
LZonneveld@riaggrijnmond.nl



Themadag 'RSI in ontwikkeling' Een stapje verder

De RSI-vereniging nodigde eind november vorig jaar onderzoekers met de meest recente publicaties uit voor een lezing op de jaarlijkse themamiddag onderzoek. Ook werden schrijfster Anna Woltz en vrijwilligerscoördinator Janneke Vasse gevraagd om over hun persoonlijke vooruitgang te vertellen. De toehoorders konden daarna aan hun eigen ontwikkeling werken in de twee workshops.

RSI-onderzoek wereldwijd

Kun je drie dagen congres met steeds vijf parallelsessies samenvatten in twintig minuten? **Birgitte Blatter** deed een dappere poging op ons congres. Ze gaf een samenvatting van het driejaarlijkse wereldwijde PREMUS-congres van september 2010 in Frankrijk. PREMUS gaat over PREvention of Work-related MUSculoskeletal Disorders en naast veel onderzoekers waren daar ook drie patiëntenverenigingen aanwezig (zie het vorige Handvat). De onderzoekster van TNO Arbeid presenteerde kort zes onderzoeken van PREMUS die relevant zijn voor RSI'ers. Drie relevante onderzoeken presenteerde ze bewust niet: twee daarvan waren al vorig jaar op onze onderzoeksmiddag gepresenteerd en één stond vandaag op het programma.

1: Multidisciplinaire behandeling

Hoe effectief is een multidisciplinaire aanpak bij chronische rugklachten en nek-schouderklachten? In Zwitserland is dit onderzocht bij zes grote bedrijven. Men vond een positief effect op het werkvermogen, het effect op ziekteverzuim wordt nog onderzocht. In de multidisciplinaire behandeling werd getraind en gekeken naar gedrag en werkplek.

2: Carpaletunnelsyndroom en terugkeer naar werk

Welke factoren beïnvloeden de terugkeer naar werk bij het carpaletunnelsyndroom? Uit een Noord-Amerikaanse overzichtsstudie blijkt dat aanpassingen op de werkplek en in het werk belangrijker zijn dan het type operatie.

3: Krachttraining bij nek-schouderpijn

Hebben laboratoriumtechnici met nek- of schouderpijn baat bij specifieke krachttraining? Uit Deens onderzoek blijkt van wel: bijna de helft van de technici die trainten had minder pijn, tegenover nog geen 15% van degenen die niet trainten.

4: Multidisciplinaire behandeling bij TOS

TOS staat voor *Thoracic Outlet Syndrome*, een van de specifieke vormen van RSI waarbij een schouderzenuw bekneld is. In India is bij honderd computerwerkers gekeken naar het effect van een multidisciplinaire behandeling volgens de RECOUP-methode van Deepak Sharan. Na vier weken was er al een afname te zien van pijn en nekbeperkingen. Helaas is de behandelde groep niet vergeleken met een controlegroep.

5: De Hand Arm Risk Assessment-methode (HARM)

Bij TNO in Nederland is een methode ontwikkeld om het risico van hand- en armklachten te inventariseren voor alle soorten werk *behalve* computerwerk. De methode is betaald door de overheid en nu vrij toegankelijk voor alle werkgevers en preventiedewerks. De methode kan bijvoorbeeld worden ingezet bij kapers en slagers, beroepen waarin het risico van RSI nog stukken hoger is dan bij beeldschermwerk. Zie <http://www.arboportaal.nl/instrumenten/fysieke-belasting>

6: Effecten van Europese wetgevingsscenario's voor preventie van werkgerelateerde bewegingsapparaatklachten

TNO heeft samen met Prevent in België en CIOP in Polen in 2008 een project uitgevoerd in Europa waarin een aantal beleidsopties ter preventie van werkgerelateerde bewegingsapparaatklachten zijn bekeken: technische aanpassingen aan wetgeving, niet-bindende initiatieven zoals campagnes en convenanten, vernieuwen van de wetgeving voor preventie van bewegingsapparaatklachten en combinaties van deze beleidsopties. Het combineren van niet-bindende initiatieven met het vernieuwen van de wetgeving had volgens wetenschappers en praktijkmensen het meeste effect op het verminderen van risicofactoren en bewegingsapparaatklachten.

Tekst: Sandra Oudshoff



Birgitte Blatter

Een hesje dat trilt en piept

Bij Roessingh Research & Development in Enschede wordt niet alleen onderzoek gedaan, maar wordt ook samengewerkt met technici om daaruit producten te ontwikkelen en te implementeren. Rianne Huis in 't Veld liet ons het resultaat daarvan zien: een draagbaar hesje dat continu feedback geeft over spierontspanning en daarmee een hulpmiddel kan zijn bij herstel van RSI-klachten. Het Myotel-hesje is gebaseerd op degelijk onderzoek en geeft een blik op de toekomst van de zorg: zorg op afstand, ook wel *telemedicine* genoemd.

Mensen met chronische pijn blijken andere spieractivatiepatronen te hebben dan mensen zonder chronische pijn. Zo hebben ze een hogere spieractivatie bij het uitvoeren van taken, minder spierontspanning tijdens de taak, en kunnen ze minder goed hun spieren ontspannen na afloop van een taak. Een mogelijke verklaring voor het ontstaan van RSI bij bijvoorbeeld computerwerk is de Cinderella-hypo-

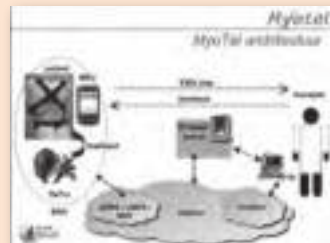
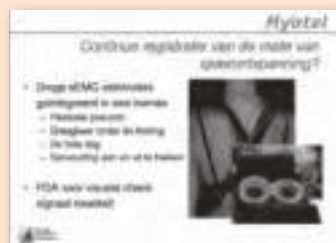
spierontspanning in de trapezius, de belangrijkste nek-schouderspier. Het resultaat geven ze door aan een soort polshorloge, dat gaat piepen en trillen als de trapeziusspier te weinig wordt ontspannen. Het resultaat wordt ook weergegeven op een smartphone. De drager van het hesje kan zo zijn spiergedrag volgen, en de gegevens worden ook doorgestuurd naar de website van zijn behandelaar. De drager vult daarnaast op een website in wat hij doet op een dag. Zo kan de behandelaar in de loop van de tijd patronen zien: bij wat voor soort activiteiten of op welke momenten van de dag is er te weinig spierontspanning? Hiermee kan gericht worden gewerkt aan verbetering. Het hesje wordt vier weken gedragen en tijdens het dragen is alleen telefonisch

Spierontspanning belangrijker bij RSI dan spierspanning



Rianne
Huis in 't Veld

voor de behandelaar is even lang als bij een traditionele behandeling, omdat hij veel voorwerk moet doen in het interpreteren van de meetgegevens. Zowel behandelaars als patiënten zijn positief over het hesje, en ze zijn achteraf positiever dan vooraf. Een mogelijke verbetering is om beter te kijken naar de verschillende types RSI-patiënten en voor welke groepen dit wel of juist niet een geschikte behandeling is.



these: het zijn steeds dezelfde spiervezels die langdurig aangespannen zijn tijdens dit werk, zodat overbelasting kan ontstaan, ook al is voor het werk zelf weinig kracht nodig. Zo ontstond in Enschede het idee om mensen te waarschuwen als ze onvoldoende momenten van spierontspanning hebben, in plaats van waarschuwen bij te hoge spierspanning zoals in traditionele myofeedbacktoepassingen. Helpt het als mensen gewaarschuwd worden als ze hun spieren te weinig ontspannen?

Myotel-hesje

Het hesje bestaat uit een aantal kruislingse banden, waarin droge elektroden zijn verwerkt. Het is makkelijk aan en uit te trekken en per persoon instelbaar. De elektroden meten continu de

contact met de behandelaar nodig. Vooraf en achteraf is er wel contact met de behandelaar, voor het aanpassen van het hesje en het inleveren daarvan en het evalueren van de behandeling.

Is het hesje effectief?

In Europees verband is gekeken hoe effectief en hoe toepasbaar deze oplossing in de praktijk is. Het hesje blijkt na vier weken effectiever dan een traditionele fysiotherapiebehandeling, de gebruikers hebben duidelijk minder beperkingen dan voor de behandeling. Na drie maanden is het hesje even effectief, qua pijn en beperkingen. De behandeling met het hesje heeft een aantal voordelen: minder reistijd en minder reisafstand. De totale werktijd

Waar kan ik het hesje krijgen?

Voorlopig zijn er alleen enkele hesjes bij het Roessingh beschikbaar, die daarsoms in de revalidatiebehandeling worden toegepast. Er zijn nog wat knelpunten voordat het hesje algemeen beschikbaar wordt. Zo moet een fysiotherapeut een investering doen voor het hesje, terwijl er vervolgens minder behandelingen nodig zijn en hij dus van de zorgverzekeraar een lagere vergoeding krijgt, omdat de huidige vergoeding nou eenmaal van het aantal en de duur van de behandelingen afhangt. Het is dus nog niet duidelijk of en wanneer je dit hesje via je eigen behandelaar kunt uitproberen.

Tekst: Sandra Oudshoff

Spierdoorbloeding en RSI?

Een team aan de Radboud Universiteit in Nijmegen heeft zich beziggehouden met een belangrijke vraag: kan minder goede spierdoorbloeding bij RSI'ers een oorzaak zijn om RSI te krijgen? Volgens Jaap Brunnekeef, onderzoeker afdeling Orthopedie van het UMC St. Radboud Nijmegen, zijn er aanwijzingen dat RSI-patiënten een verminderde circulatie hebben in de spieren van hun onderarm en dat ook de spieren in de niet-aangedane arm dezelfde lage zuurstofopname laten zien. Of RSI-klachten het gevolg zijn van een verminderde circulatie of dat juist door een verminderde circulatie RSI-klachten ontstaan, is nu nog onduidelijk. Daar is meer onderzoek voor nodig.



Fysiotherapeuten benaderen op dit moment RSI-klachten op diverse manieren. Ze geven advies, diverse soorten therapie en training, en zorgen voor begeleiding bij werkplek-aanpassingen. Het probleem is alleen dat ze over het algemeen niet weten hoe RSI behandeld moet worden: soms helpt het, soms helpt het niet. Wel doen alle therapieën 'iets' met de doorbloeding. En dus richtte het team van de Radboud Universiteit zich met het onderzoek juist daarop.

Aan de hand van wat al bekend was over doorbloeding bij RSI, zijn door het team vier onderzoeken uitgevoerd. Bij het eerste onderzoek wilde het team vaststellen of patiënten met RSI in beide armen (bilaterale RSI) een veranderde doorbloeding in de spieren van hun onderarm zouden hebben. Aan dit onderzoek hebben in totaal dertig RSI'ers met RSI in beide armen en dertig controlepersonen zonder klachten meegedaan. Door middel van Near InfraRood Spectroscopie (NIRS) werd gekeken naar de zuurstofopname bij knijpen. Hierbij is gebleken dat mensen met RSI over het algemeen een lagere zuurstofopname in de spieren van de onderarm hebben dan de controlegroep.

Dit was nooit eerder aangetoond. En dus wilde het team weten of patiënten met RSI in één arm (unilaterale RSI) ook een lagere zuurstofopname in de spieren van hun onderarm hadden. Aan dit onderzoek deden twintig mensen met RSI in één arm en twintig controlepersonen zonder klachten mee. Ook hier

werd weer gebruikgemaakt van NIRS. En wat bleek? Ook de niet-aangedane arm had een lagere zuurstofopname in vergelijking met de controlegroep. Het is een aanwijzing dat er mogelijk iets mis is met de doorbloeding bij mensen met RSI.

Door dit resultaat vroegen de onderzoekers zich af of dit overal in het lichaam hetzelfde zou zijn. Zouden ze het ook terug kunnen vinden in het been? Bij tien RSI'ers en tien controlepersonen werd door middel van NIRS de spierdoorbloeding en spierfunctie van het bovenbeen onderzocht. Duidelijk werd dat metingen in het been moeilijker waren en alleen een spierfunctietest kon worden uitgevoerd. Hierbij werd nauwkeurig gemeten hoe snel iemand spanning kon loslaten. Uit deze test is gebleken dat RSI-patiënten veel sneller reageren op de impuls en dat ze meer spanning vasthouden tussen de impulsen door.

En nu is er dan de vraag of een verminderde lokale vaatfunctie de oorzaak is van een lagere zuurstofopname bij RSI. Voor dit onderzoek zijn tien RSI'ers en tien controlepersonen beschikbaar. Het doel is aan de hand van Echo-Dopplermetingen* vast te stellen hoe de vaten reageren bij knijpen. Deze studie is net gestart en de resultaten zijn nog onbekend. Wel is duidelijk dat er meer RSI'ers voor het onderzoek nodig zijn. Mocht je je hiervoor willen aanmelden, dan kan dat via J.Brunnekeef@fysiocss.umcn.nl.

Tekst: Sandra Muresu

*Een Echo-Doppler meet:

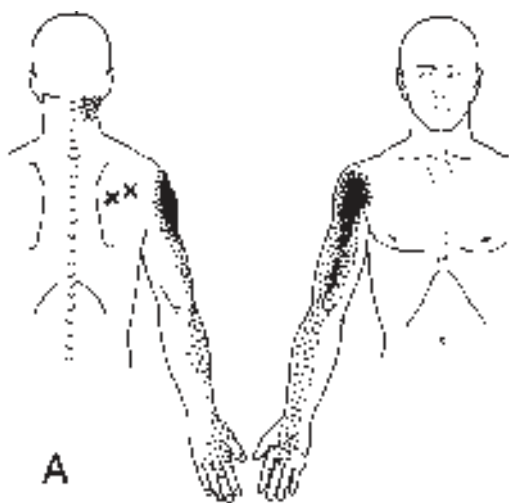
- Geluidsgolven
- Diameter van het bloedvat in de bovenarm, voor en na afloop van inspanning
- Bloeddoorstroming, flow (diameter x snelheid).



Jaap Brunnekeef

De behandeling van triggerpoints bij schouderklachten: effectief?

Fysiotherapeut en manueel therapeut Carel Bron behandelt patiënten in de Groningse Praktijk voor Nek-, Schouder- en Armlklachten met een diversiteit aan *triggerpoint*-therapieën. Sinds 2002 doet hij aan het UMC St. Radboud in Nijmegen onderzoek naar de effectiviteit van triggerpoint-behandelingen bij schouderklachten.



Myofasciale triggerpoints zijn pijnlijke spierverhardingen ter grootte van een tarwekorrel in een strakke streng en ontstaan door chronische of acute overbelasting van een spier. Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat worden triggerpoints vaak over het hoofd gezien. Toch is het bestaan van triggerpoints al bekend sinds de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw, door onderzoek en publicaties van Janet Travell en David Simons. Bovendien kan de aanwezigheid van triggerpoints c.q. de verharde strengen worden aangetoond met onder meer biochemische metingen van pijnstoffen, echoscopie en MRI-scans. Triggerpoints kunnen een rol spelen bij whiplash-klachten, hoofdpijn-

klachten (met uitzondering van clusterhoofdpijn), lage rugpijn, kniepijn, schouderklachten en armlklachten.

Triggerpoints en schouderklachten

Uit eerder wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat wat men gewoonlijk beschouwt als de oorzaak van schouderklachten (een pees-scheuring door veroudering, een ontstekingsproces of een inklemming van peesweefsel en slijmbeurs) geen verklaring biedt voor de pijn en het functieverlies dat de patiënt ervaart. Zo kan bijvoorbeeld een patiënt met een grote peesscheuring geen pijnklachten of functieverlies ervaren en een patiënt met schouderklachten geen enkele afwijking in de schouder hebben. Schouderklachten kunnen echter wel verklaard worden uit de aanwezigheid van triggerpoints. Triggerpoints kunnen bewegingsbeperking, stijfheid, krachtsverlies en pijnklachten veroorzaken. Daarbij kunnen triggerpoints aan de achterkant van de schouder pijn geven aan de voorkant van de schouder en vice versa. De pijn die veroorzaakt wordt door triggerpoints in het schoudergebied, kan uitstralen tot in de onderarm, de pols en de hand.

Het onderzoek naar triggerpoint-behandelingen

Het doel van de behandeling van triggerpoints is het wegnemen van de pijnlijke spierverhardingen en het losmaken van de spierstrengen. Het onderzoek dat Carel Bron uitvoert aan het UMC St. Radboud, richt zich op de effectiviteit van onder meer massage, release-technieken, ontspanning door myofeedback, striking met ijs en stretchen, triggerpointcompressie en oefentherapie (ter verlenging van de spier). Daarbij werden 34 patiënten in de leeftijd van 18 tot en met 65 jaar



Carel Bron

met enkelzijdige schouderklachten van meer dan 6 maanden gedurende 12 weken wekelijks behandeld en vervolgens vergeleken met een controlegroep van 31 schouderpatiënten.

Heeft de behandeling van triggerpoints zin?

Hoewel het onderzoek van Carel Bron nog niet is afgesloten, tonen de resultaten inmiddels aan dat myofasciale triggerpoints veel voorkomen (bij de schouderpatiënten varieerde het aantal triggerpoints van slechts enkele tot 16), dat triggerpoints kunnen voorkomen in alle spieren in het schoudergebied, dat de aanwezigheid van triggerpoints betrouwbaar is vast te stellen (de metingen van de drie fysiotherapeuten die observators waren in het onderzoek kwamen overeen) en dat de behandeling van triggerpoints effectief is (na 12 weken) bij patiënten met langdurige schouderklachten. Daarbij dient aangetekend te worden dat langdurige schouderklachten na 12 weken nog niet volledig verholpen zijn. Het is mogelijk dat *triggerpoint dry needling* een nog sneller en beter resultaat geeft dan de thans onderzochte behandelingen. Dat zal blijken uit een volgende studie.

Tekst: Karlijn van der Meer

Ervaringsverhalen:

van je RSI afkomen doe je zelf

Kun je van je RSI afkomen? Sommigen wel. Anna Woltz genas van haar RSI door het lezen van een boek. En Janneke Vasse ging als chronisch RSI-patiënt naar India, en kwam pijnvrij terug. Beiden vertellen hun verhaal tijdens de themamiddag.

Geen schrijfster maar een typster

Anna Woltz schrijft kinderboeken. Pas geleden vroeg een 9-jarig meisje haar of zij haar boeken met de hand schrijft. Anna antwoordde dat ze weleens aantekeningen met de hand maakt, maar dat ze haar boeken feitelijk op de computer schrijft. Waarop het meisje verontwaardigd opmerkte dat Anna dan eigenlijk geen schrijfster is, maar een typster.

Anna deed het meeste schrijfwerk achter de pc. Tot ze gevelde werd door RSI. Plotseling was ze geen schrijfster meer, en al helemaal geen typster, maar een invalide. In haar column in *de Volkskrant* beschreef ze hoe ze na anderhalf jaar van haar klachten afkwam. Door het lezen van *The Mindbody Prescription* van John Sarno. Ze leest deze column voor aan het publiek.

"Toen mijn moeder aankwam met dit boek, kon ik haar een tijd lang wel vermoorden. Want ik doe niet aan geneeswijzen die niet erkend worden door alle artsen. En Sarno had het naar mijn

zin veel te veel over the mind – terwijl ik toch echt gewoon fysieke pijn had. Maar ik ben toch gaan lezen. Ik was de ideale sceptische proefpersoon. Ik geloofde nergens in. Maar nu geloof ik in Sarno's theorie."

Volgens Sarno is de RSI een afleidingsmanoeuvre van de hersenen. Het onderbewuste 'besluit' een fysieke pijn te creëren die afleidt van ingewikkelde en pijnlijke emoties die je liever wilt onderdrukken. Het brein creëert deze pijn door de bloedtoevoer naar de armen en handen te beperken. Die pijn is dus wel degelijk fysiek, en niet ingebeeld.

Het geweldige nieuws volgens Anna is: herstel is in wezen simpel. Erken dat je woede of angst voelt, en de pijn verdwijnt. Maar zo gemakkelijk is het ook weer niet altijd. Er zijn grote verschillen in de heftigheid van de onderdrukte emoties. Bij sommigen is er intensieve psychotherapie voor nodig om bij die emoties te komen.



Na het verschijnen van haar column stroomden bij Anna de reacties binnen van Volkskrantlezers die door het lezen van Sarno óók van hun RSI-klachten afkwamen. Maar er waren ook kritische reacties, van RSI'ers die zouden willen dat het zo gemakkelijk ging. Anna realiseert zich dat niet alle RSI'ers kunnen genezen door het lezen van Sarno. Maar een deel van hen wél, is haar overtuiging. "Als je nogal perfectionistisch bent, en daarbij ook altijd je goede humeur probeert te bewaren, als je ergernissen liever inslikt dan uit, en als je altijd probeert om positief te blijven, dan moet je Sarno lezen. Echt waar."

Genezen is iets dat je zelf doet



Ook Janneke Vasse kwam van haar RSI af, maar zij had er een reis naar India voor nodig. In het Handvat en op haar blog heb je uitgebreid kunnen lezen over de RECOUP-therapie die ze volgde bij dr. Deepak Sharan.

Janneke leest eerst een stukje uit haar dagboek voor, uit november 2009, waarin ze beschrijft hoeveel moeite het haar kost om 's morgens te douchen en haar haar te wassen. Pijnlijk en herkenbaar.

De therapie is volgens Janneke succesvol omdat hij zo intensief is. Om een voorbeeld te geven: na 22 dagen waren alle triggerpoints verdwenen. Daarvoor had Janneke dagelijks vier therapieën gehad, van ieder drie kwartier. En daarbij had ze triggerpoints en spieren leren kennen waarvan ze het bestaan niet kende.

Janneke is erg enthousiast over de toegankelijkheid van de kliniek. Zo heeft ze haar medisch dossier meegekregen, waarin alle behandelingen en metin-

gen beschreven staan (wie er verstand van heeft, mag er een blik op werpen). En ook de sfeer in India is erg prettig, en meer integer dan in Nederland. Op internet zijn echter ook negatieve verhalen over de RECOUP-methode te vinden. Janneke zegt hierover: "Genezen is iets dat je zelf doet. Je kunt daar hulp van anderen bij gebruiken, maar je kunt niet verwachten dat iemand anders je beter maakt."

Tekst: Annemiek Hutten

In eerdere nummers van het Handvat hebben interviews met Janneke Vasse en Anna Woltz gestaan.

Conclusie?

Kunnen we conclusies trekken uit de zeer verschillende verhalen op dit congres? Het lijkt er in ieder geval steeds meer op dat een (gerichte en op de persoon aangepaste) multidisciplinaire behandeling bij RSI een grotere kans van slagen heeft. Dit komt terug in de wereldwijde resultaten van PREMUS en in het persoonlijke verhaal van Janneke, die de zeer uitgebreide behandeling in India onderging.

Daarnaast horen we steeds meer over *triggerpoints*. Triggerpoints zijn zichtbaar te maken met moderne technieken en triggerpoint-fysiotherapiebehandelingen zijn effectief, zo vertelde Carel Bron ons. Ze worden in India en de VS als standaard onderdeel van een multidisciplinair protocol



Sandra Oudshoff

toegepast. In Nederland zijn van de 20.000 fysiotherapeuten pas enkele honderden bekend met deze behandeling, dus hier is nog een weg te gaan. In de drukbezochte workshop kon je leren om zelf triggerpoints te behandelen onder begeleiding van een coach. In maart liet Gideon de Haan

in een workshop al zien hoe je triggerpoints bij elkaar kon herkennen en behandelen.

Het verhaal van Janneke laat zien dat er ook voor langdurige RSI'ers hoop is op herstel. Het verhaal van Anna Woltz ten slotte lijkt misschien in tegenspraak met de acceptatie van RSI als serieus probleem, maar het laat vooral ook zien dat er verschillende soorten RSI'ers en RSI-klachten zijn. Lang niet iedereen zal genezen door het lezen van één boek. Aan de andere kant is het waarschijnlijk minder kostbaar dan sommige andere alternatieve therapieën die ook geen wetenschappelijke basis hebben.

Tekst: Sandra Oudshoff

Quotes over de workshops

Na de lezingen kon je twee workshops volgen: triggerpoint en tai chi. Wat reacties van deelnemers lees je hier.

Triggerpoint:

Volgens mij ligt hier het antwoord voor mijn genezing!

Praktisch en thuis toepasbaar.

Fijn dat je zelf iets kunt doen met de pijnlijke punten.

Zeer zinvol, maar veel te kort!

Boeiend, maar riskant om zelf uit te voeren zonder gedegen begeleiding.

Trigger je zelfgenezend vermogen.

Heerlijk, ik ben veel meer ontspannen, ook in de niet behandelde spieren (en ik heb niet eens echt klachten).

Tai chi:

Ontspannend.

Ik kwam met koude handen en voeten; ik ging lekker warm weg.

Goede introductie, stimulerend om er verder mee te gaan.

Bevlogen.

Geeft een gevoel van kracht door de zelfbesturing.

Quotes opgetekend door: Gabriëlle Bosch



Voor meer informatie:

Triggerpoint: www.triggerpointcoach.nl en voor behandelaars:

www.myofascialepijn.nl/gecertificeerden

Tai chi: www.energyarts.com en www.taichimaster.com. Voor het vinden van docenten en de boeken *De Chi Revolutie* en *Opening the Energy Gates of Your Body* van Bruce Frantzis: www.taijiquan.nl



Meer lezen? Op onze internetsite www.rsi-vereniging.nl vind je de presentaties van de lezingen van de themamiddag.

CG-Raad

Nederland gaat VN-verdrag goedkeuren

Naar alle waarschijnlijkheid zal Nederland in 2011 het VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking ratificeren. Dat heeft minister Verhagen laten weten, in zijn laatste dagen als minister van Buitenlandse Zaken.



VN-gebouw New York

Verhagen, die vice-premier is geworden in het nieuwe kabinet, schreef onder meer: "Er blijft uiteraard een breed gedragen wens het verdrag zo snel als mogelijk te bekrachtigen. Betrokken ministeries zullen zich hiervoor blijven inspannen. De voorbereiding is inmiddels zover gevorderd dat snel na het aantreden van het nieuwe kabinet de formele besluitvormingsprocedure met betrekking tot de wetgeving, nodig voor de goedkeuring van het verdrag, gestart kan worden."

Nederland is hiermee een van de laatste Europese landen die overgaat tot ratificatie. Na ratificatie moeten bestaande wetten en regels zo aangepast worden dat ze voldoen aan het VN-verdrag. Ook maatschappelijke organisa-

ties moeten regels veranderen zodat iedereen mee kan doen en welkom is. Het VN-verdrag zegt dat het hebben van een handicap of beperking niet meer gezien wordt als een individueel probleem, maar als een probleem waar de samenleving een oplossing voor moet bieden.

De Chronisch Ziekten en Gehandicapten Raad (CG-Raad) vindt dat Nederland laks is met het VN-verdrag. De Nederlandse regering schuift de ratificatie van het VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking nu al drie jaar voor zich uit. Nederland blijft hiermee ver achter bij Europa en de rest van de wereld. Nederland ondertekende het verdrag in 2007, maar moet het nog omzetten in nationale wet- en regelgeving.

RSI op internet

Www.wajongwijzer.nl

Om werkgevers beter in staat te stellen Wajongers aan te nemen heeft de Raad voor Werk en Inkomen in samenwerking met CrossOver en UWV de Wajong Wijzer voor werkgevers ontwikkeld. Deze website biedt werkgevers concrete informatie over hoe je een Wajonger met succes in dienst kunt nemen en houden. Daarnaast wordt er uitleg gegeven over de ondersteuning waarop de werkgever een beroep kan doen. De Wajong Wijzer maakt duidelijk dat Wajongers, met de juiste begeleiding, veel te bieden hebben.

Iemandzoalsik.nl

Iemandzoalsik.nl is een nieuwe website voor contact tussen mensen met chronische ziekten. De site is een initiatief van de Vereniging Spierziekten Nederland (VSN), de Reumapatiëntenbond en het Astma Fonds. Later kunnen ook andere patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties aansluiten. Sociale netwerken als Hyves en Facebook hebben niet de juiste structuur en bieden onvoldoende

privacy, vinden de initiatiefnemers. Vandaar het initiatief tot 'Iemand zoals ik' dat in juni 2011 online gaat.

Wie heeft dezelfde reumatische aandoening als ik en woont in de buurt? Welke ervaringen zijn er met de Volkswagen Transporter als aangepaste auto? Voor dit soort vragen wordt iemandzoalsik.nl een medium. De site wordt betaald met een projectsubsidie van Fonds PGO, dat subsidies verstrekt aan landelijk werkzame patiëntenorganisaties, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden in Nederland.

De site wordt geen nieuwe Facebook of Hyves, maar de bedoeling is wél dat bezoekers hun gegevens daaruit gemakkelijk kunnen integreren. Ze hoeven bijvoorbeeld niet opnieuw een profiel aan te maken. Bij 'Iemand zoals ik' wordt vooral de diagnose belangrijk. De aandoening is vaak het eerste waarop patiënten zich organiseren. Maar mensen met verschillende aandoeningen kunnen last hebben van dezelfde gevolgen. Vervoersproblemen bijvoorbeeld zijn voor een brede groep herkenbaar.

Ook bestaat het idee om het netwerk in te zetten voor belangenbehartiging. Dan hoeft niet elke organisatie haar eigen gegevens te vergaren. Verder willen de makers aan het netwerk een Marktplaats-functie koppelen, voor de uitwisseling van spullen.

St-AB.nl

St-AB.nl is een initiatief van Stichting Adviesgroep Bestuursrecht (Stichting AB), bedoeld om op het gebied van met name socialezekerheidsrecht gratis rechtshulp te bieden door mensen via de geboden informatie in staat te stellen zelf het toepasselijke recht te vinden. Er is op de site een heleboel aan wetten, regels en jurisprudentie te vinden. De site telt 17.036 pagina's en ruim 800.000 links.



Sneltoets: sportende RSI'ers

Er is een relatie tussen lichaamsbeweging en RSI. Mensen die zich met RSI-klachten bij een arts melden, krijgen vaak het advies om (meer) aan lichaamsbeweging te gaan doen. De redactie van het Handvat was daarom benieuwd of onze leden voldoende lichaamsbeweging hebben, of ze aan sport doen en zo ja, aan wat voor sport dan. Maar nog benieuwder waren wij naar de vraag of ze al aan sport deden *voordat* ze RSI-klachten kregen. En of zij hun sportbeoefening hebben moeten aanpassen door de RSI.

We hebben die vragen voorgelegd aan de bezoekers van de themamiddag op 27 november, in de vorm van een sneltoets. 33 personen hebben die ingevuld. Hieronder vind je een paar opvallende conclusies.

Voldoende lichaamsbeweging

Van de respondenten vindt 69% dat hij of zij voldoende lichaamsbeweging heeft. En zelfs 84% van de respondenten doet aan sport. Hierbij moeten we wel opmerken dat niet alle bezoekers van de themamiddag ook daadwerkelijk RSI-klachten hebben (sommigen zijn er uit persoonlijke of beroepsmatige interesse). Desondanks vinden we dit een resultaat dat behoorlijk tevreden stemt.

Bij degenen die *niet* aan sport doen, ligt de reden bijna altijd in RSI- of andere lichamelijke klachten. Een respondent noemt als reden: "Ik heb drie kleine kinderen." Ook dat vinden we begrijpelijk.

Hoe vaak doen de sportbeoefenaars aan sport? Een kwart van hen (26%) doet één keer per week of minder dan één keer per week aan sport. De meerderheid (74%) sport echter twee keer of vaker per week.

Welke sporten doen ze dan? We hebben de meest genoemde even op een rijtje gezet (zie kader). Het gaat veelal om arm-onbelastende sporten, zoals zwemmen en hardlopen. Van fitness is niet duidelijk te zeggen hoe arm-intensief dat wordt gedaan. Toch worden er ook sporten als paardrijden, mountainbiken, volleybal of tafeltennis beoefend. Een respondent beschrijft dat zij bij het paardrijden aanpassingen heeft gedaan: minder teugelcontacten, uitmesten en

verzorging. Een andere respondent verwoordt het als volgt: "Ik ging eerst minder sporten. Daarna heb ik sporten gekozen die 'goed' zouden zijn voor de RSI; yoga en later fitness, beide met weinig plezier. Later heb ik gewoon gekozen wat **leuk** is, zonder extreme armbelasting." Een andere respondent kan geen sport vinden die geen pijn veroorzaakt, en doet daarom alleen aan wandelen en fietsen.

Meest beoefende sporten door RSI'ers

Fitness/cardio • Zwemmen/aquafit
Hardlopen • Tai chi
Dansen/zumba/salsa
Wandelen • Schaatsen/skaten



Pre-RSI sporten

Daarmee zijn we aangekomen bij het sportgedrag in de periode *voordat* men RSI-klachten kreeg. De meeste respondenten (86%) deden toen al aan sport. Ook toen deden veel van hen aan fitness, maar opvallend is dat ze ook aan meer arm-intensieve sporten deden, zoals volleybal, badminton, squash, tennis en taekwondo. We zijn dan ook benieuwd of zij hun sportgedrag hebben moeten aanpassen door de RSI.



Sommige respondenten hebben inderdaad moeten overstappen op een andere sport, zoals tai chi of hardlopen. Anderen gingen minder sporten, en sommigen moesten zelfs stoppen met sporten. Enkel stopten na de diagnose RSI een paar jaar met sporten, en zijn daarna weer begonnen, zoals de volgende respondent: "Ik heb vanwege RSI lange tijd geen sport gedaan. Daarna begon ik weer met schaatsen/skaten en nu doe ik aan hardlopen in traag tempo."

Conclusies

Al met al stemmen bovenstaande resultaten ons behoorlijk tevreden. Veel van onze leden (althans de bezoekers van de themamiddag) doen aan sport, en redelijk frequent. De sportende RSI'ers beoefenen vooral sporten die de armen niet te zeer belasten, zoals hardlopen en zwemmen. Maar sommigen doen ook aan arm-intensieve sporten, zoals paardrijden, of mountainbiken, al is dit soms in aangepaste vorm.

Degenen die niet aan sport doen, zouden dit wellicht wel willen, maar worden beperkt door hun lichamelijke klachten.

De meeste RSI'ers deden ook al aan sport voordat ze RSI kregen. Het stereotype beeld van de RSI'er die pas *na* de eerste symptomen aan zijn conditie gaat werken, wordt hiermee ontkracht. De meesten deden namelijk al aan sport, maar moesten hun sportbeoefening juist aanpassen aan de klachten. Het lijkt erop dat sommige RSI'ers een tijdje moeten uitproberen welke manier van lichaamsbeweging te combineren is met de RSI. Meestal vinden ze hier uiteindelijk wel een vorm voor.

Tekst: Annemiek Hutten



Van Digitaal naar Analooq:

een reis van een student met RSI door een analoge wereld

We hebben allemaal te maken met de digitalisering van het leven. Jeroen van Loon, student aan de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht, werkte veel met zijn computer. Voor zijn studie, maar ook voor privé-doeleinden: contact houden met vrienden, muziek luisteren, als informatiebron. Hij noemde zijn computer zelfs een 'tijddoodmachine'. Maar Jeroen heeft RSI-klachten. En daarom koos hij voor een non-digitale aanpak voor zijn eindexamenproject: *Van Digitaal naar Analooq* werd geboren. Hij raakte twee maanden lang zijn computer niet aan en onderzocht het digitale tijdperk en zijn beleving ervan.

Zijn RSI-klachten begonnen toen hij nog op het mbo zat. "Toen ik in het tweede jaar stage moest lopen, kwam ik de hele dag achter een computer te zitten. Op school was dat niet het geval omdat je daar nog verschillende lessen had. Tijdens mijn stage merkte ik dat de RSI-klachten veel erger werden en dat ik ze ook thuis had wanneer ik achter de computer zat. Ik was toen 19 geloof ik."

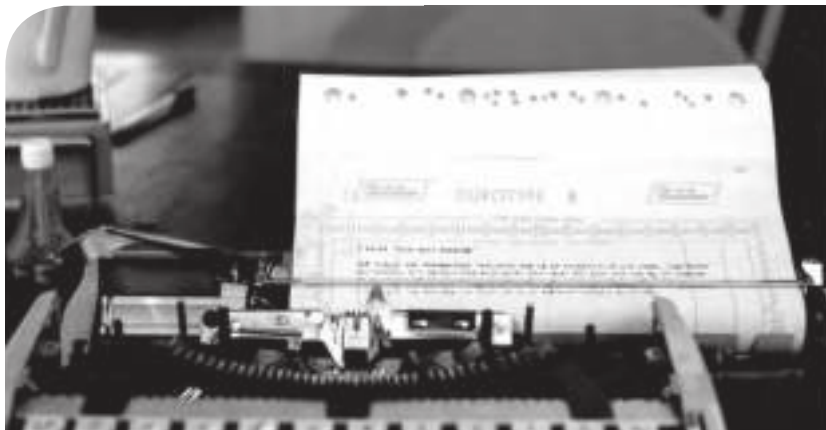
De klachten verdwenen wel weer zodra hij na zijn werk een paar uur thuis was. Hij verwachtte dan ook dat de klachten vanzelf zouden verdwijnen. Tot hij weer stage moest lopen op de Hogeschool voor de Kunsten Utrecht (HKU).

"De klachten belemmerden mijn werk op de HKU heel erg, ze waren ook de reden dat ik met mijn examenproject ben begonnen. Tijdens andere opdrachten op de HKU probeerde ik altijd wel op tijd pauze te nemen, maar dat werkte vaak niet. Ik wilde dan toch per se doorwerken om het werk af te maken. Om nu ieder uur

een pauze te nemen, lukte helemaal niet. Toch vond ik dat ik er wel iets aan moest gaan doen. Ik heb tijdens mijn stage op de HKU ook een Wacom-tablet [tekentablet, red.] aangeschaft. Dat leek even te werken, maar zodra je daar weer te veel tijd aan besteedt krijg je net zo goed klachten, alleen op andere plekken." Zo kwam het dan dat hij op 1 april 2010 de computer uitzette en een analoge blog begon. Twee maanden zonder computer, maar gewapend mét een typemachine (en later ook nog een stencilmachine).

En dat is wel wennen voor een *digital media designer*. Hij was immers opgeleid om een specialist te worden op het gebied van interactieve mediatoe-passingen.

"Al mijn werk ging normaal via de computer. Maar om nu weer driekwart jaar achter de computer te zitten met lichamelijke klachten tijdens mijn afstuderen, dat zag ik niet zitten. Ik wilde vooral een origineel, persoonlijk en klachtenvrij project opzetten. Dus toen kwam het meer als grapje tot me: nou, dan studeer ik toch af zonder de computer te gebruiken? Dat idee bleek, hoe meer ik erover nadacht, hartstikke interessant en relevant te zijn voor mij als Media Designer. Vanaf dat moment heb ik me beziggehouden met het ontwerpen van het hele experiment. Hoe studeer ik dan af zonder computer? Dat zou een soort afkicktijd worden. Dus zou ik eerst bijhouden hoeveel uur ik normaliter achter de computer zat om daarna voor twee maanden over te schakelen naar een periode van 0 uur per maand achter de computer. Daarna kwam ook het idee voor mijn analoge blog."



Naar eigen zeggen zat hij vóór het project gemiddeld acht uur per dag, zeven dagen per week, achter de computer. Het was dus niet verwonderlijk dat zijn reis door de analoge wereld gepaard ging met afkickverschijnselen. Hij was de eerste week chagrijnig en kon zijn draai niet vinden. Ontweek plekken met computers en voelde zich erg verloren. Kon de computer niet gebruiken voor dingen die normaal voor hem waren en merkte dat hij afgesloten was van zijn sociale netwerk. Hij begon zelfs te twijfelen aan zijn project. Toch zette hij door en ervoer ook de positieve effecten: zijn rsi nam af en hij werd rustiger en meer geconcentreerd.

"Een gemiddelde dag begon met rustig opstaan, ontbijten en de krant te lezen. Nu zonder e-mail, Youtube of Facebook ertussen. Rustig en geconcentreerd mijn dag beginnen. Na het eten liep ik naar de brievenbus om mijn *mail* op te halen, die gelukkig maar eenmaal per dag kwam." Ook beseft hij dat er informatiebronnen waren buiten Google om. "Het heeft me heel erg laten nadenken over de informatie op internet. Vroeger ging ik ervan uit dat alles op internet te vinden was. Stond het er niet op, dan ging ik er maar van uit dat het ook niet bestond... Terwijl ik tijdens het project tot heel andere bronnen van informatie kwam, bijvoorbeeld de bibliotheek. Daar kwam ik voorbeelden en inspiratiebronnen tegen die ik normaal nooit zou hebben gevonden. Ook niet op internet. Het heeft me doen beseffen dat niet alles online te vinden is en dat het goed is om af en toe van Google af te wijken."

Jeroen heeft voor zijn project een website opgezet, waar geïnteresseerde lezers zich konden aanmelden voor een analoge blog. Hierdoor ontstond een adressenlijst van lezers van alle leeftijden. "Elke week stuurde ik postings van mijn blog per post naar mijn blogleden. Dit betekende dat ik bezig was met de blogteksten, de analyses over mijn analoge leven."

Op die wekelijkse blog konden zijn lezers reageren. Dezelfde interactie die je over het algemeen ook ziet bij een digitale blog. Alleen nu via de reguliere post, gestencild met een ouderwetse stencilmachine.



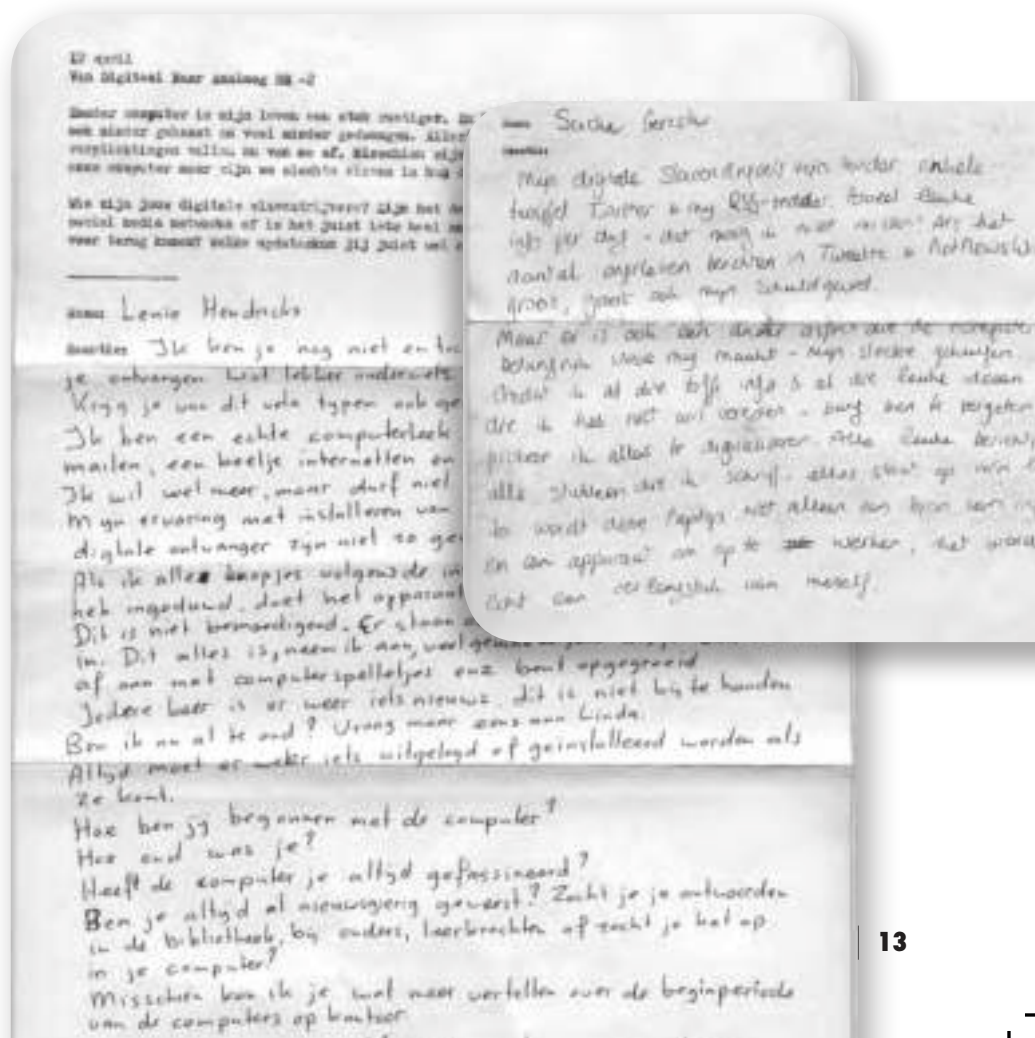
Volgens Jeroen zijn computergebruikers in te delen in twee categorieën: *digital natives* en digitale immigranten. Een digital native is opgegroeid met computers, terwijl een digitale immigrant ermee heeft moeten leren werken. "Je kon de reacties heel duidelijk indelen in twee groepen: 1) mensen die hebben moeten leren om met een computer te werken en 2) mensen die ermee zijn opgegroeid. Binnen deze twee groepen zag je in grote lijnen weinig verschil." Digital natives wilden over het algemeen niets missen, terwijl de digitale

immigranten vaak dezelfde problemen tegenkwamen en eenzelfde soort kritiek op het digitale tijdperk hadden. Uitzonderingen daargelaten.

"De kleine verschillen zitten vooral in de 'uitzonderingen-op-de-regel'. Mensen die wel een digital native zijn, officieel gezien, maar zich niet zo gedragen, en andersom.

Wat ook heel interessant was, was dat alle leeftijden het erover eens waren dat de computer al heel snel en in een heel vroeg stadium erg verslavend kan worden."

lees verder op [pagina 14 >>>](#)



Zelfs bij iemand die op 60-jarige leeftijd pas was begonnen met het gebruik van de computer door het volgen van een computercursus. "Ook mensen die pas zes jaar met een computer werken, checken nu al elke dag hun e-mail, terwijl ze dat een jaar geleden maar eenmaal per week deden. De brieven die ik kreeg waren vaak heel erg persoonlijk en heel oprecht, het was echt een goudmijn om mee te werken. Mensen schreven heel persoonlijke verhalen op over hun computergebruik en stuurden die allemaal terug naar mij. Jongeren schreven vaak over het 'niks willen missen' op internet en 'overal van op de hoogte willen zijn', terwijl wat oudere blogleden juist terugverlangden naar directer contact en expres nog veel via de post en telefoon deden in plaats van via de computer. Maar de aantrekkingskracht om toch steeds terug te komen naar de computer is van alle leeftijden." Het project werd door de media opgepikt. Radiostations en kranten waren geïnteresseerd in zijn verhaal. NRC Next publiceerde een artikel over het project, wat ertoe leidde dat er ook reacties kwamen van buitenaf. "Het feit dat ik last heb van RSI was alleen het startpunt van het project. Toen het project begon te groeien, ging het verder richting de invloed van de computer op de mens. Dus RSI komt verder niet terug in het project. Er zijn weinig negatieve reacties binnengekomen. Omdat het thema van het project voor iedereen zo herkenbaar is, vond bijna iedereen het een heel erg interessant idee. Veel mensen worden hun computer beu maar kunnen niet zomaar voor twee maanden de computer uitzetten."

En toen kwam het moment dat hij zijn computer weer aanzette en zijn leven als digital native hervatte. Hij was door de analoge periode een stuk wijzer geworden, maar toch lijken gewoonten moeilijk af te leren. "Ik merk dat ik nu af en toe al begin terug te vallen in mijn oude gewoontes. Maar nog steeds zet ik de computer pas na mijn ontbijt aan en lees ik eerst rustig de krant. De rust vertaalt zich ook naar muziek luisteren. Ik luister nu veel meer cd's, zodat ik niet uit mijn ontzettend lange mp3-lijst nummers hoeft te kiezen. Nu zet ik gewoon een cd'tje op en hoeft ik verder niet meer na te denken over

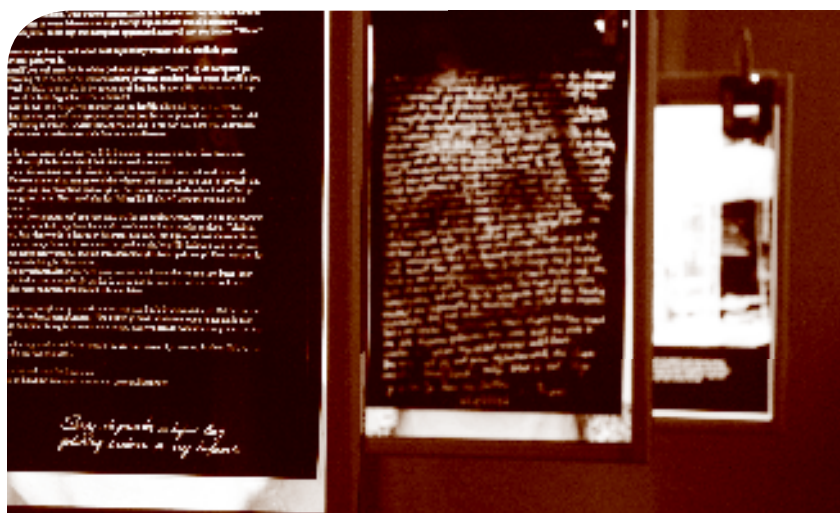
verdere muziekkeuzes. Daarnaast is mijn computergebruik voor bijna 50% afgenomen na dit project." Een analoge bloglezer verwoordde de computer als 'de sigaret van de toekomst', maar Jeroen ziet de computer niet verbannen. Wel pleit hij voor een bewuste omgang met techniek. "Over de positieve en functionele eigenschappen van onze techniek is al van alles bekend. Maar techniek is, zoals de Duitse filosoof Martin Heidegger ook zegt, nooit neutraal. Techniek verandert ons gedrag en juist die verandering vind ik belangrijk om te onderzoeken. Deze verandering kan positief of negatief zijn. Het is daarom belangrijk iets dieper naar ons computergebruik te kijken, het is niet puur alleen maar een machine die je toegang biedt tot allerlei informatie. Het is veel meer, het beïnvloedt je manier van denken en werken. Om juist daar bewust van te worden vind ik heel belangrijk." Als afsluiting van zijn project exposeerde hij op EJECT 2010: een eind-examenexpositie waar alle studenten van de Faculteit Kunst, Media & Technologie hun projecten tentoonstelden. Jeroen gebruikte een digitale methode om zijn analoge project te laten zien. Voor de bezoeker waren 'röntgenfoto's' beschikbaar: sheets met daarop reacties van de lezers van zijn blogs. Computerschermen fungeerden als lichtbakken, zodat de teksten leesbaar werden. Eigenlijk vergelijkbaar met een arts die een röntgenfoto bekijkt.

Vóór zijn eindexamenproject had Jeroen geen zin meer in het werk als digital media designer. Maar nu is zijn toekomstbeeld weer positiever. Hij heeft minder RSI-klachten.

"Ik wil meer persoonlijke projecten ontwikkelen, die net als dit project over de invloed gaan van onze digitale wereld. Ik zie mezelf als media-kunstenaar en heb nu bewezen dat ik ook werk kan maken dat over de computer gaat, terwijl ik zelf niet constant achter de computer zit. Dus in dat opzicht heeft dit project me heel erg gestuurd." Hij is van plan te gaan exposeren. Mede omdat de media-aandacht heeft laten zien dat zijn onderwerp relevant is, motiveerde het hem dit thema verder uit te werken. "Het internet is nu zijn kinderziektes aan het verliezen en heeft een definitieve plek in ons leven gekregen. Juist nu, nu niet meer met een verbaasd oog tegen deze digitale technieken wordt aangekeken en internet normaal wordt gevonden, is het belangrijk om te kijken waar het naartoe gaat en wat voor invloed het op ons heeft." Jeroen is nu bezig aan een reis die via Rusland, Ierland, Mongolië en Indonesië naar India leidt. Hoewel de reis niets met zijn studie te maken heeft, laat het project hem ook daar niet helemaal los. Hij is van plan langs Ulaan Baator en Papoea te gaan. Ook de Gobi-Desert in het zuiden van Mongolië heeft zijn aandacht, naar zijn zeggen een van de meest onbereikbare plekken ter wereld qua internet- en telefoonverbinding. "Ik ben van plan om ook hier te kijken naar de invloed van de computer op de mens, hoe minimaal die misschien wel niet is."

Bron: Jeroen van Loon;
www.vandigitaalnaaranalooq.nl

Auteur: Sandra Muresu



Bewegen tegen de pijn



Al meer dan tien jaar heeft de Amerikaanse Cheryl Clark last van chronische pijn als gevolg van fibromyalgie. Na jaren van pijn lijden en heftige, koortsachtige pijn aanvallen vond ze uiteindelijk wat verlichting: niet een wonderpil, niet een injectie, maar beweging bleek de sleutel. Fysieke inspanning dus.

Tegenwoordig gaat Cheryl meerdere keren per week naar het zwembad en naar de sportschool bij een revalidatiecentrum. Haar pijn, zegt ze, is van zeven punten op een schaal van tien afgenomen tot maximaal twee punten. "Ik verging van de pijn als ik alleen al van de auto naar de voordeur moest lopen", zegt Cheryl. "Ik gebruikte een wandelstok. Het kwam niet in mijn hoofd op dat juist beweging de sleutel zou zijn... Ik heb nu mijn leven terug."

Yoga, tai chi en qigong

Bewegingstherapieën, zoals yoga, tai chi, qigong en ook meer gangbare vormen van training, worden meer en meer geaccepteerd als gangbare alternatieve methoden van pijnbestrijding. Ook in de medische wereld.

Diverse pijnklinieken of pijnpoli's, en ook andere behandelcentra in de Verenigde Staten, bieden bewegingstherapieën aan ter bestrijding van pijnklachten als gevolg van kanker, reuma, artritis, fibromyalgie, MS en andere aandoeningen. De Loyola Marymount University in LA heeft zelfs een driejarige opleiding voor yoga als therapievorm.

Bewijs dat maar eens...

Er wordt de afgelopen jaren veelvuldig onderzoek gedaan naar de effecten van bewegingstherapieën op pijnklachten. Diverse onderzoeksresultaten bevestigen het gunstige effect.

Eén onderzoek waarbij dertig mannen en vrouwen met chronische rugklachten yogalessen volgden of in de controlegroep zaten die een 'gewone' behan-

deling kreeg, wees uit dat de yogagroep na twaalf weken substantieel minder klachten had dan de controlegroep. Ook waren de patiënten in de yogagroep minder medicijnen gaan slikken en gaven zij hun kwaliteit van leven een hoger cijfer dan voorheen.

Een soortgelijk onderzoek wees uit dat tai chi zeer heilzaam bleek voor vijftien patiënten met reumatische aandoeningen. Na twaalf weken twee keer in de week tai chi'en, rapporteerden de deelnemers minder pijn en stress, meer lichaamsbewustzijn en meer zelfvertrouwen bij het bewegen.

In 2003 al schreven onderzoekers in de *Journal of Rheumatology* soortgelijke bevindingen op: 43 artritispatiënten lieten weten - eveneens na twaalf weken tai chi-les - dat ze minder pijn voelden, minder stijf waren in de gewrichten, meer buikspieren hadden ontwikkeld en een betere balans hadden vergeleken bij de groep die geen oefeningen had gedaan.

Blijven bewegen

Reden waarom beweging pijn kan verzachten houdt volgens gezondheidsdeskundigen vooral verband met het algehele gunstige effect dat bewegen nu eenmaal heeft op lichaam en geest.

"Als pijn chronisch wordt, gaan mensen minder doen", aldus Kathleen Sluka, professor in fysiotherapie en revalidatiewetenschap aan de universiteit van Iowa. "Hun spieren worden slapper, hun lichaam meer gespannen en ze denken veel meer aan pijn. Bewegingstechnie-

ken helpen deze mensen te ontspannen, maken hen sterker en verminderen hun stressniveau, dus misschien denken ze dan ook even aan iets anders dan aan de pijn."

Sommige elementen die yoga en tai chi gemeenschappelijk hebben, zoals langzaam ritmisch bewegen en aandachtig ademhalen, stimuleren de ontspanning.

"Het is bewezen dat als je een regelmatige ademhaling hebt en een langzame(re) hartslag, je daarmee je zenuwstelsel kalmeert", zegt dr. Vernon Williams, hoofd sportneurologie en pijnmanagement van een orthopedische kliniek in Los Angeles.

"Als dat gebeurt, maakt het lichaam ook minder cortisol en adrenaline aan. Dat zijn hormonen die een mens aanmaakt in stressvolle situaties. Kleine hoeveelheden daarvan kunnen je geheugen verbeteren en je meer energie geven, maar een teveel aan die hormonen over langere periodes verergert ontstekingen en ook spier- en gewrichtspijnen."

Voor diegenen die daartoe in staat zijn, kan ook zwaardere fysieke inspanning resulteren in minder pijnklachten. Cardiotraining, waarbij de hartslag stijgt, helpt bij het aanmaken van endorfine en dat zorgt voor een lagere pijnwaarneming. Je voelt dan dus minder pijn.

Alles heeft tijd nodig

Bewegen is echter geen wondermiddel en het kan soms weken tot maanden duren voordat de resultaten voelbaar worden. In het begin kan het zelfs zo zijn dat de pijn tijdelijk erger wordt. Dat is vrij normaal. De kunst is om door te zetten en geduld te hebben.

Bron: *Chicago Tribune. Exercise may reduce chronic pain. 2010*
Vrij vertaald door: Floor Scholten

The Pain Chronicles

Cures, Myths, Mysteries, Prayers, Diaries, Brain Scans, Healing, and the Science of Suffering

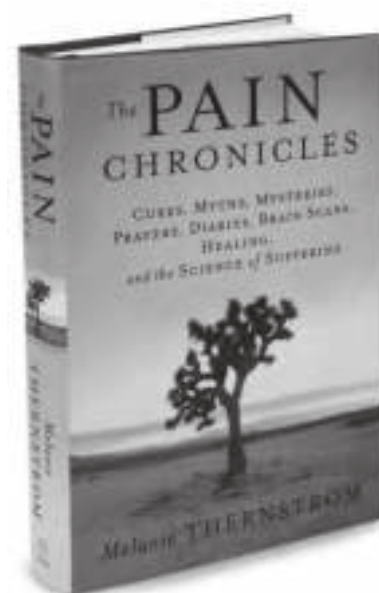
Wanneer je pijn krijgt, is je eerste prioriteit de oorzaak te verhelpen. Wanneer de pijn echter lang aanhoudt of chronisch wordt, ontstaan er existentiële vragen. Waaromvragen. Je gaat over jezelf nadenken, de pijn proberen in te passen in je zelfbeeld en levensloop. We doen dit omdat onze hersenen zo werken. Ons brein geeft ons een zelfbewustzijn, en het geeft ons het vermogen om te lijden onder pijn en er betekenis aan te verlenen. Hoezeer deze menselijke eigenschap onze inzichten over en behandeling van chronische pijn beïnvloedt, ondervindt Melanie Thernstrom wanneer ze gevelde wordt door een pijnlijke aandoening in nek, rechterschouder en arm en voor een journalistieke opdracht op onderzoek uitgaat naar chronische pijn.

Het resultaat van die zoektocht is *The Pain Chronicles*, waarin ze met steeds meer urgentie toewerkt naar de centrale functie van het brein in het ontstaan, ervaren en reguleren van chronische pijn. Ze lardeert dit met fascinerende uitweidingen en anekdotes over culturele, religieuze, psychologische, kunstzinnige en medische elementen uit de geschiedenis van menselijke pijn, waarbij ze ook zichzelf onder de loep neemt.

Pijnparadigma's

Ze beschrijft drie paradigma's met betrekking tot pijn, die elkaar in de menselijke geschiedenis opvolgen. In vroegere tijden beschouwde men pijn als een interventie van goden of geesten; er was een spirituele of morele reden waarom je bijvoorbeeld last had van migraine. De oplossing was veelal een magisch ritueel, gekoppeld aan het toedienen van een medicijn. Naarmate in het Westen het godsbeeld veranderde en samenlevingen individualiseerden, werd er steeds meer getwijfeld aan de zinnigheid van pijn. Er kwam een biologische, mechanistische visie op: pijn als een waarschuwing van je lichaam dat er weefselschade is. De

kentering kwam met de ontwikkeling van anesthesie vanaf het midden van de 19e eeuw. Die maakte een einde aan de religieuze, betekenisvolle visie. Met de hulp van verdoving kon weefselschade nu gerepareerd worden door medische handelingen; men meende dat pijn was overwonnen. Dat dit bij chronische pijn niet opgaat, is lang een raadsel gebleven. Pijnpatiënten (mensen met chronische pijn) worden vaak bepaalde psychologische eigenschappen toegeschreven, die hen bevattelijk maken voor aanhoudende pijn. Volgens de auteur staan we nu op de drempel van een nieuw paradigma, een synthese van elementen van de eerste twee. Dit komt omdat is ontdekt dat de pijnvaring een complexe wisselwerking is van verschillende delen van het brein, waaronder dat deel dat betrokken is bij onze neiging om betekenis toe te kennen aan de pijnvaring. Deze nieuwe visie is volop in ontwikkeling, waarbij de behandeling achterloopt bij wetenschappelijke ontdekkingen. Een belangrijke stap vooruit is dat chronische pijn steeds meer als een ziekte op zich wordt gezien, en niet meer als een symptoom van iets anders. De auteur geeft een overweldi-



Melanie Thernstrom. 2010, Farrar, Straus and Giroux. ISBN 978-0-86547-681-3

gend overzicht van de stand van zaken. Hieronder volgt een greep.

Ontdekkingen

De meeste vormen van chronische pijn zijn van neuropathische aard, dat wil zeggen dat er schade is in het zenuwstelsel. De schade is een gevolg van een toenemende gevoeligheid van het zenuwstelsel: hoe langer de pijn aanhoudt, hoe gemakkelijker de pijnboodschap wordt doorgegeven (neuroplasticiteit genoemd). Langdurige, onbehandelde pijn 'herschrijft' het centrale zenuwstelsel (gelegen in de hersenen en het ruggenmerg). Pijn zorgt voor een afsterven van de neuronen in het ruggenmerg die het pijnsignaal afremmen en voor een afname van de grijze massa in de hersenen, waar de pijnvaring gereguleerd wordt. Zo ontstaat er een pijncirkel waarbij de pijn steeds toeneemt. Hoe langer dit duurt, hoe moeilijker het wordt om het proces nog om te keren. Veel pijn aan het bewegingsapparaat heeft een neuropathische oorzaak, of een verborgen neuropathische component. Wanneer je bijvoorbeeld in je vroege jeugd bent geopereerd, kun je de rest van je leven sneller pijn krijgen als gevolg van de

postoperatieve pijn van toen. Hoewel het cruciaal is voor de algemene gezondheid en voor herstel om pijn te behandelen, is er doorgaans toch sprake van onderbehandeling, omdat pijn moeilijk te meten is en behandelaars uit moeten gaan van wat patiënten hen vertellen. Bovendien hebben veel artsen een ongegronde vrees voor verslaving bij hun pijnpatiënten wanneer ze opioïden (pijnstillers gebaseerd op stoffen die afkomstig zijn uit opium, zoals morfine) voorschrijven. Opvallend is dat deze terughoudendheid bij kankerpatiënten niet wordt gehanteerd... Veel pijnpatiënten gaan vaak maar zelf dokteren met vrij verkrijgbare pijnstillers (al dan niet in combinatie met alcohol, zoals de auteur van het boek deed).

Steeds meer onderzoek toont aan dat er biologische verschillen zijn in pijngevoeligheid en in reactie op pijnmedicatie tussen de seksen, rassen, leeftijden en zelfs economische klassen (!), terwijl dat vaak wordt afgedaan als vooringenomenheid. Individueel gezien kun je zelfs een genetische aanleg hebben voor het ontwikkelen van chronische pijn. 15% van de mensheid heeft een bepaald gen dat pijngevoeligheid juist afremt. De medische wetenschap is dan ook bezig om middelen te ontwikkelen die deze genetische eigenschappen beïnvloeden (gentherapie).

Er wordt veelal een verband verondersteld tussen pijn en depressie. Dat is er ook: de genetische aanleg voor herhaaldelijke depressie is gerelateerd aan die voor chronische pijn. Ze komen vaak samen voor. Maar tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat angst en depressie altijd de gevolgen zijn van pijn, niet de oorzaak. Dit betekent dat het aanpakken van depressie en stress de pijn niet zal doen afnemen. Maar hoe zit het dan met de emotionele ellende die pijnpatiënten ervaren?

Persoonlijke verhalen en de invloed van het brein

Mensen lijden verschillend onder pijn. Het is daarom van belang dat behan-

delaars het persoonlijke verhaal van de individuele patiënt meenemen in de behandeling. Chronische pijn is, anders dan de pijn van bijvoorbeeld een religieus ritueel of masochisme, desintegrerend. De patiënt krijgt een fragmentarisch zelfbeeld (bijvoorbeeld een afsplitsing van wie hij was voor de pijn begon) en moet leren zichzelf weer als 'heel' te zien. Artsen en pijnpatiënten praten te vaak langs elkaar heen omdat de eersten met een wetenschappelijk verhaal in hun hoofd zitten, terwijl het verhaal van patiënten allerlei psychologische, religieuze, metaforische en medische elementen bevat. Wanneer de behandelaar echter dat verhaal naar boven kan halen, wordt ook duidelijk of het gezondheidsbevorderend werkt of niet. Sommige mensen ervaren hun pijn bijvoorbeeld als een straf. De auteur zelf ging door toevalligheden haar pijn verbinden aan liefdesperikelen...

Maar het gaat eigenlijk om de relatie tussen geest en lichaam, waarbij met 'geest' het brein wordt bedoeld. Om pijn te kunnen ervaren moet je die niet alleen kunnen voelen, maar er ook emoties aan kunnen verbinden. De hersenen voorzien daarin. Omdat pijn een perceptie is (van het brein), kun je de pijnervaring beïnvloeden door met die perceptie te knoeien. Je kunt bijvoorbeeld de verwachtingen van de patiënt bijstellen: als iemand veel pijn verwacht (en mensen die chronische pijn hebben doen dat), zal hij ook veel pijn krijgen. En pijnstillers zijn effectiever wanneer de patiënt weet dat hij ze krijgt. Je kunt ook voor afleiding kiezen door middel van een intiem gesprek of fijne muziek, dat doet de pijnervaring afnemen. Omdat het brein compleet in beslag kan worden genomen door pijn, is het zaak om ervaringen te hebben die de pijn *overrulen*, zodat het brein kan worden heropgevoed.

Gek genoeg kan juist een extreme focus op de pijn ook helend werken. Dit is wat er gebeurt bij de splinternieuwe *neuro-imaging* therapie. De patiënt krijgt zijn eigen hersenen te zien tijdens een fMRI (een soort biofeedback

dus), met informatie over het limbisch systeem (dat in de hersenen de emotionele component van pijn beheert). De patiënt leert zichzelf om de activiteit van dat systeem te verminderen. Dit is een verkorte route van dat waar boeddhistische monniken jaren op oefenen: een verstillings in de geest. Het is een cognitieve controle over de neuroplasticiteit: de afname van de zenuwcellen die pijn remmen, wordt opgelost door de nog bestaande cellen efficiënter te maken. Het is vooralsnog onbekend hoe dit precies werkt. Duidelijk is wel dat door de emotie van pijn zichtbaar te maken, een completer beeld ontstaat van wat pijn is en hoe hij kan worden uitgebannen.

Boeiende materie

De auteur is ervan overtuigd dat men in de nabije toekomst met afschuw zal terugkijken op hoe pijnpatiënten nu nog worden behandeld. Ze vergelijkt het met de ziekte tuberculose, waarvan vroeger werd gedacht dat die een gevolg was van een zwakke persoonlijkheid, totdat de ziekmakende bacterie werd ontdekt en kon worden behandeld. Ze heeft niets op met alternatieve of niet-westerse behandelwijzen zoals acupunctuur, of met zuiver psychologische benaderingen zoals die van Sarno. Uit deze bespreking zou je kunnen opmaken dat dit boek uitsluitend bestaat uit een droge verhandeling over de laatste trends in de medische wetenschap, maar niets is minder waar. Thernstrom is een goede verteller; ze propt je hoofd vol met grote en kleine verhalen die van pijn boeiende materie maken. Haar eigen verhaal komt niet zo goed uit de verf (hoe heeft ze gewerkt met die arm?) maar voor wie geen moeite heeft met Engels lezen valt er een hoop te ontdekken, al is het maar de wetenschap dat je niet de enige bent die zit te worstelen. En al helemaal niet de eerste.

Melanie Thernstrom



Tekst: Marieke Harmsen

Risico's bij RSI

“Af en toe pijn of tintelingen, dat hoort toch bij computerwerk?”

Marjon van Eijdsen is het levende bewijs voor de stelling: Je bent nooit te oud om te leren. Op 10 december 2010 promoveerde ze op 61-jarige leeftijd aan de Universiteit Maastricht. De RSI-vereniging was daarbij, niet alleen omdat Marjons onderzoek over RSI gaat, maar ook omdat zij al jaren een zeer gewaardeerd lid is van de Adviesraad van onze vereniging.

Marjon van Eijdsen is een van de weinige revalidatieartsen die nog diagnoses stelt voor RSI'ers met specifieke klachten. Ze is zo betrokken bij haar werk dat ze acht jaar lang veel tijd investeerde om wetenschappelijk te onderbouwen wat ze als revalidatiearts in de praktijk bij RSI'ers tegenkwam. En daarbij kwam ze soms tot verrassende conclusies, die gevolgen kunnen hebben voor de behandeling en preventie van RSI.

Het onderzoek van Marjon van Eijdsen probeert drie vragen over RSI te beantwoorden. De vragen zijn ontstaan in de dagelijkse behandelpraktijk in de revalidatiekliniek in Maastricht. Deze vragen zijn:

- 1) Hoe is het beloop van RSI bij beeldschermwerkers en welke factoren voorspellen het beloop en de ervaren beperkingen?
- 2) Spelen psychologische factoren een rol bij het ontstaan en blijven bestaan van RSI?
- 3) Is oefentherapie Cesar/Mensendieck effectiever bij beginnende klachten dan reguliere fysiotherapie?

Het beloop van RSI

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag zijn ruim honderd patiënten van de revalidatieafdeling in Maastricht, allemaal beeldschermwerkers, ondervraagd via vragenlijsten. Vier jaar na het eerste consult van deze beeldschermwerkers was

maar 9% klachtenvrij, had 14% een chronisch pijnsyndroom ontwikkeld en waren bij 77% de klachten licht verergerd. De beperkingen waren groter bij ouderen, vrouwen, mensen met een lagere opleiding en mensen met een lager fitheidsniveau.

Het aantal werkuren voorafgaand

“Saillant detail: mannen hadden méér baat bij de therapie die werd gegeven door vrouwen, en vice versa”

aan de klachten was niet voorspellend voor de ervaren beperkingen. Wel voorspellend was het aantal therapieën dat een patiënt had gevolgd: hoe groter het aantal therapieën, hoe groter de ervaren beperkingen. Dit gold juist niet voor multidisciplinaire revalidatie of psychotherapie. Een laatste belangrijke factor voor het ontstaan van RSI-klachten was een werksituatie met hoge taakeisen.

Psychologische factoren

Van Eijdsen kwam in de dagelijkse behandelpraktijk zoveel perfectionisten tegen, dat ze in haar wetenschappelijke onderzoek expliciet heeft gekeken naar persoonlijkheidskenmerken die een rol spelen bij het ontwikkelen en in stand houden van RSI. Uit het eerste onderzoek bleek dat beeldschermwerkers met RSI-klachten



Marjon van Eijdsen

duidelijk meer neurotisch perfectionistisch waren dan de controlegroepen van beeldschermwerkers zonder RSI en van chronisch pijnpatiënten. In een tweede onderzoek werden beeldschermwerkers met beginnende RSI vergeleken met gezonde beeldschermwerkers. Er waren twee persoonlijkheidskenmerken die een relatie hadden met beginnende RSI-klachten: lage fysieke fitheid en pijncatastroferend gedrag. Iemand die catastrofereert over pijn, denkt dat pijn betekent dat er beschadigingen zijn en vermijdt vanwege pijn allerlei activiteiten, waardoor een vicieuze cirkel kan ontstaan. Een heel andere bevinding uit dit zelfde onderzoek is, dat in de controlegroep van gezonde beeldschermwerkers uit de vragenlijsten ongeveer 60% toch RSI-klachten bleek te hebben (gehad), waardoor ze

uit de controlegroep gehaald moesten worden. Deze mensen vonden zelf niet dat ze RSI-klachten hadden, maar "af en toe pijn of tintelingen, dat hoort toch bij computerwerk?"

Oefentherapie versus fysiotherapie

In de praktijk leek oefentherapie Cesar/Mensendieck succesvoller dan gewone fysiotherapie. Reden om dit in een wetenschappelijk opgezet onderzoek te toetsen. Uit het onderzoek bleken er echter géén verschillen te bestaan in effectiviteit. Van de deelnemers met beginnende klachten was na beide behandelingen van tien weken 55% na een jaar geheel klachtenvrij. Een opvallende bevinding was dat vrouwen meer baat hadden bij fysiotherapie (gegeven door mannen), en mannen meer baat bij oefentherapie Cesar/Mensendieck (gegeven door vrouwen). Reden voor Van Eijsden om ervoor te pleiten dat in RSI-onderzoek ook wordt gekeken naar verschillen tussen mannen en vrouwen. In een vervolgonderzoek is nog gekeken naar de kosteneffectiviteit van beide behandelingen, en dan komt oefentherapie Cesar/Mensendieck er iets gunstiger uit, doordat in deze groep minder mensen werk verzuimden.

Conclusie en betekenis

Van Eijsden heeft vanuit haar jarenlange praktijkervaring met de behandeling van RSI wetenschappelijk onderzoek opgezet. Het onderzoek biedt een aantal handvatten voor de dagelijkse praktijk, maar roept ook vervolgvragen op. Voor preventie van RSI-klachten lijkt het in ieder geval zinnig om aan te bevelen dat mensen regelmatig sporten, en dat goed wordt geleet op mensen die onder hoge werkdruk werken. Deze twee factoren zijn ook in eerdere onderzoeken naar voren gekomen. Extra aandacht zou moeten worden gegeven aan vrouwelijke, oudere, niet-fitte en lager opgeleide werknemers. Bij beginnende klachten kan fysiotherapie of oefentherapie helpen: 55% is dan na een jaar klachtenvrij. Bij persoonlijkheidskenmerken als neurotisch perfectionisme en pijncatastroferen is

het verhaal lastiger. Dit onderzoek is het eerste onderzoek dat deze factoren zo'n grote rol toekent. Momenteel wordt in Maastricht onderzocht of een aanpak gericht op deze persoonlijkheidskenmerken effectiever is dan

de reguliere aanpak. Als dat succesvol is, dan zou een quick scan op deze kenmerken bij beginnende RSI-klachten raadzaam zijn.

Tekst: Sandra Oudshoff

Reageer!

In het volgende nummer van het Handvat komen we op dit proefschrift terug, onder meer met reacties van lezers. Wil jij reageren? Mail ons op handvat@rsi-vereniging.nl, eventueel met je telefoonnummer zodat we je kunnen bellen als mailen geen optie is.

'Rsi-patiënt beter af met psycholoog'

Van onze medische redactie

AMERSFOORT, vrijdag

Het gaat veel te ver om te zeggen dat mensen met rsi-klachten beter naar een psycholoog kunnen gaan dan ze houdingsoefeningen te geven of aangepast meubilair. „Volstrekt ongenueanceerd”, zegt woordvoerder Sandra Oudshoff van de rsi-vereniging.

Zij reageert daarmee op het onderzoek van revalidatiearts Marjon van Eijsden die vandaag promoveert aan de Universiteit Maastricht. Volgens Van Eijsden hebben mensen die last hebben van arm-, nek- of schouderpijn – als gevolg van beeldschermwerk – meer baat bij hulp van een psycholoog of een gedragstherapeut dan bij aangepast meubilair en lichamelijke oefeningen.

Perfectionistisch

Van Eijsden onderzocht mensen met rsi en meent dat deze groep vaak perfectionistisch of angstig is en bang voor pijn. Vooral het karakter van de patiënt speelt een grote rol,

aldus de onderzoeker.

De rsi-vereniging betwist die conclusie. „Het is de kip of het ei vraag: zijn deze onderzochte mensen qua persoonlijkheid veranderd door de rsi of is rsi er de oorzaak van dat ze perfectionistisch zijn en bang voor pijn. Immers, Van Eijsden onderzocht een groep die al last had van rsi. Beter zou het zijn om 20.000 mensen gedurende de gehele loopbaan te volgen”, zegt Oudshoff.

Volgens de promovenda echter zijn fysiotherapie en houdingsoefeningen zelfs bij beginnende rsi-klachten niet voldoende. „De behandelaar moet vaststellen wat voor type een patiënt is. Wie te perfectionistisch is, moet naar een psy-

choloog en wie angstig is, kan goed geholpen worden met gedragstherapie.”

De vereniging stelt dat veel factoren mee kunnen spelen bij het ontstaan van rsi-klachten. Jaarlijks belandt een half miljoen werknemers bij de huisarts vanwege rsi-klachten. „Dat zou ik niet willen afdoen met alleen een verwijzing naar de psycholoog.”

Het proefschrift in de media

Twee dagen vóór de promotie verscheen een persbericht van Universiteit Maastricht met de belangrijkste resultaten. Hierin wordt onder andere gesteld dat sommige RSI'ers meer baat hebben bij een psycholoog dan bij behandeling door bijvoorbeeld een fysiotherapeut. Dit deel werd op een aantal websites en in sommige kranten overgenomen zonder nuancering en leidde daardoor tot nogal wat onrust. Het bericht op *Telegraaf.nl* bijvoorbeeld had als kop 'Psycholoog nodig bij RSI' en had binnen een paar uur na plaatsing al zeventig reacties, variërend van "Laat ze zelf RSI krijgen" tot mensen die de kans schoon zagen om hun eigen therapie voor RSI aan te prijzen. Het is jammer dat hierdoor een beeld is ontstaan dat RSI 'tussen de oren' zit, want dat is zeker niet hoe het door Van Eijsden is bedoeld.

In het artikel in de papieren editie van *De Telegraaf* staat gelukkig meer nuance, omdat de journaliste gebeld heeft met de vereniging. Daarbij hebben we kunnen aangeven dat de conclusie dat alle RSI'ers meer baat hebben bij een psycholoog dan bij behandeling met oefentherapie volstrekt ongenueanceerd is. Dat dit onderzoek één stukje is uit de totale RSI-puzzel, en dat RSI nog steeds een groot probleem is, want dat bijvoorbeeld jaarlijks een half miljoen mensen met dit soort klachten bij de huisarts komen. En we hebben kunnen pleiten voor een groot onderzoek waarbij mensen vanaf het begin van hun loopbaan gevolgd worden, zodat we kunnen achterhalen wat de kip is en wat het ei in het RSI-verhaal. Positief in de mediaturbulentie is wel dat er weer eens aandacht is voor RSI. Want: *'There is no such thing as bad publicity except your own obituary.'**

* Er bestaat géén slechte publiciteit, met uitzondering van je eigen in memoriam.

Citaat van Brendan Behan, Iers auteur en toneelschrijver (1923-1964).

Wheelie III



Veel mensen met RSI wandelen graag omdat het ontspannend werkt en de doorbloeding van je lichaam bevordert. Wanneer je meerdere dagen achter elkaar loopt en elders overnacht, heb je een goede rugzak nodig. Als een dergelijke rugzak, zelfs met heupgordel, pijnlijk is voor schouders of rug, is een Wheelie III misschien een oplossing. Redacteur Egbertien Martens probeerde 'm uit.

De Wheelie is een bagagekar van aluminium die je met een stevige gordel om je heupen bevestigt. De kar heeft twee kleine wielen die heel soepel rollen.

Ik heb de kar een paar keer uitgeprobeerd en ik moet zeggen dat hij lekker loopt. Hij is flexibel in de bochten en neemt stoeprandjes, kuilen in de weg en graspollen vrij gemakkelijk. De hoogte van de handvatten is aan te passen aan je lichaamslengte.

Er kan veel bagage in. Er is een basistas en een losse, extra tas die je op de basistas kunt bevestigen. Daarover kan een regenhoes. Het laadvermogen is 80 liter of 40 kg. Dus een lichtgewicht tentje, slaapmat en slaapzak kunnen prima meegenomen worden.

De handvatten van de kar zijn vlot te demonteren, zodat je de kar in een (ruime) achterbak van de auto kunt vervoeren.

Wat ik helemaal geweldig vind: je hoeft alleen de heupgordel los te maken en de Wheelie staat volgepakt stevig op zichzelf. Zeer stabiel. Handig bij pauzes.

De enige obstakels die ik tegenkwam, waren smalle hekjes. Daar moet de Wheelie overheen getild worden. En dan is het wel handig als er nog een andere persoon is om je hierbij te helpen.

De kar lijkt mij niet geschikt voor bergachtige gebieden. Want dan moet je de kar echt omhoog trekken en bij de afdaling tegenhouden. Een enkel heuveltje is geen bezwaar. Bij het zoeken naar ervaringen van wandelaars in de bergen via Google kwam ik evenwel positieve ervaringen tegen. De Wheelie is een goed alternatief voor mensen die problemen hebben met een rugzak. Hij won dan ook de derde prijs bij de Op Pad Outdoor Awards 2010 in de categorie Innovatie.

Er hangt wel een prijskaartje aan van 500 euro. Misschien is het mogelijk via Bever of een andere wandelwinkel de Wheelie III uit te proberen?



Tip:

Lees via Google ook ervaringen van andere gebruikers.



Tip:

Er is nog een alternatieve rugzak, de Radical Design Hiplite zonder schouderbanden. Kost 149 euro. Niet getest door mij. Zie voor meer info: www.radicaldesign.nl

Tekst: Egbertien Martens

Ooit meegemaakt, zo'n 'rsi-moment'? Misschien was het de eerste keer dat je even geen pijn voelde, of dat je helemaal vergat dat je rsi had. Of toen je met schrik beseftte wat voor consequenties je aandoening kon hebben. Of toen je iets heel gek of gênants deed, zonder na te denken? Of het mooie moment dat je dacht: ha, nu weet ik hoe ik verder moet. Het Handvat hoort het graag. Neem een moment om je moment te mailen aan: eindredacteur@rsi-vereniging.nl of schrijf het in een ouderwetse brief.



Feta komt in blokjes

Structuur en regelmaat zijn goed voor iedereen. Voor opgroeiende kinderen, voor ADHD'ers, Afghanistan-veteranen en zeker ook voor RSI'ers. Een van de dingen die kunnen helpen bij het omgaan met RSI, is een gezonde dag- en weekroutine aannemen. Zo kun je je pijn monitoren. Als je bijhoudt hoeveel napijn bepaalde activiteiten veroorzaken, heb je een basis om je belastbaarheid gecontroleerd (weer) op te bouwen. Zelf ben ik altijd bezig met dit soort pijnmanagement.

Er zit een nadeel aan een dergelijk zelfonderzoekend werkrooster. Dat het erin slijt. Dat je niet meer kunt afwijken, omdat dat wellicht grote gevolgen heeft voor de pijn.

Velen van ons redden het maar net. We wegen dingen tegen elkaar af: vanochtend zwemmen, vanmiddag niets doen. Dan morgen werken inclusief vergadering en dus morgenavond een diepvriespizza eten, et cetera. Misschien durven we het risico niet te nemen dat we door improvisatie of onverwachte gebeurtenissen in de lappenmand belanden en pinnen we daarom alles vast. En doen we de dingen zoals we gewend zijn.

Er is een uitweg. Houd de structuur die goed voor je is, maar ga daarbinnen eens variëren. Vaak is het nog goed voor je pijnklachten ook. Je oefeningen in een andere volgorde. De tai chi niet vóór de thee, maar erna. De feta niet in blokjes

snijden, maar gewoon een beetje prakken. Prakken?

Als ik een salade maak, moet er kaas in. Roquefort kun je prakken: dan pak je een vork met een ergonomisch verantwoord handvat en prak je een beetje met beide handen of, overpakkend, dan met links, dan met rechts. En niet zoals een chefkok dat zou doen, maar zoals een kind met de vork loodrecht erin en dan een beetje stampen. Werkt prima, dus doe ik dat met alle halfzachte kazen, ook met feta. Ik kreeg een keer een RSI-vriendin te eten en die zette ik zo 'n salade met 'verkrumelde' feta voor. "Lekker hoor," zei ze, "maar ik kan alleen de kaas niet thuisbrengen... Feta? Maar dat moet toch in blokjes? Oh, wat een gedoe is dat altijd hè?" Dat is nou wat je noemt een RSI-moment, voor die RSI-vriendin dan.

Tekst: Marieke Harmsen



Het toetsenbord valt niet te ontlopen. Als vierjarige kun je vanaf kleurplaten sites je eigen kleurplaat uitprinten. Een paar jaar later zoek je op internet plaatjes voor bij je spreekbeurt en weer wat later rammel je je werkstuk uit je laptop. Zou het niet super zijn als je vliegensvlug en foutloos kon typen?

Typeles: 'suuuperhandig' of

Een opdracht of werkstuk maken op de computer is gemakkelijker als je je aandacht niet hoeft te verdelen tussen tpestuk en toetsenbord. Volgens wetenschappers wordt het er zelfs een kwalitatief beter stuk van. Zo'n conclusie roept gewoon om een cursus blind typen voor kinderen, temeer daar typen een vaardigheid is waar je de rest van je leven veel gemak van kunt hebben.

"Ik vind het erg leuk hoe jullie alles versiert hebben. Anders is het zo saai."
Maaike

Geen piepjong typewonder

Maar wat is het effect van typeles op het leren lezen, schrijven en spellen en de groei van de woordenschat? En op welke leeftijd is de fijne motoriek van een kind voldoende ontwikkeld om typeoefeningen te kunnen doen? Het onderzoek daarnaar geeft helaas (nog) te weinig duidelijkheid. Het lijkt daarom voorlopig raadzaam een kind pas met typeles te laten beginnen als hij of zij geen moeite meer heeft met lezen, schrijven en spellen. Ook staat dan in elk geval vast dat het kind de fijne motoriek beheerst die noodzakelijk is voor het typen. Een 2/3-kindertoetsenbord is overigens niet aan te bevelen. Het is beter te wachten met leren typen tot de kinderhand voldoende spanwijdte heeft, want de (kostbare) 2/3-toetsenborden zijn buiten de deur niet dik gezaaid.



Wel ergonomisch begaafd

Een cursus blind typen lijkt dus nuttig voor kinderen in de hogere groepen van de basisschool. Als er in de typecursus ook aandacht besteed wordt aan ergonomie, kunnen houdingsproblemen en andere slechte werkgewoonten al vroeg voorkomen worden. Ook een typecursus zonder aandacht voor ergonomie heeft overigens al ergonomische voordelen. Een kind dat blind kan typen, hoeft immers niet meer met gebogen nek naar een lettertoets te zoeken, bewust zijn wijsvinger op de juiste toets te 'mikken', naar het scherm te turen en letters weer te deleten.

De online typeschool

Biedt de basisschool geen mogelijkheid voor het volgen van een typecursus, dan is er *online* een keur aan typecursussen die speciaal zijn ontworpen voor kinderen en waarmee de meeste kinderen thuis zelfstandig aan de slag kunnen, ook dyslectische kinderen (zie de tabel).

Sommige online cursussen blijven zelfs onbeperkt toegankelijk.

Welke typecursus een volhoudertje?

De meeste online typecursussen voor kinderen duren zo'n twintig weken. Het is dus belangrijk een cursus te kiezen die vol te houden is. De juiste typecursus kiezen is echter niet eenvoudig. Sommige sites tonen uitsluitend zeer lovende klantbeoordelingen van ouders. De reacties op andere sites zijn voornamelijk van kinderen en bieden een hele avond amusement. Afwisselende *typegames* die aansluiten bij de belevingswereld van het kind in kwestie, online contact met andere cursisten met een speels competitie-element en een eindtoets met diploma kunnen de motivatie verhogen. Ergonomische tips over werkhouding en werkwijze zijn mooi meegenomen en kunnen ook binnen het gezin weer gespreksstof opleveren.

"Mijn vinger doet pijn door het typen. Er moet MUZIEK bij!!!" Xander

	Ergonomisch*	Motiverend*	Prijs (incl. diploma)**	
LOI Typecursus voor kinderen (online met boekjes)	onbekend	☺ ☺ ☺	€ 185	http://www.loikidzz.nl
Ticken	n.v.t.	☺	€ 79,95	http://www.ticken.nl
Typemania	☺ ☺	☺	Gratis	http://mediatheek.thinkquest.nl/~kleo061
Typestars	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	€ 38	http://www.typestars.com
Typetopia	☺ ☺	☺ ☺	v.a. € 144,95	http://www.typetopia.com

* een eerste indruk / ** prijspeil 2010

Hoe dan ook, het verdient aanbeveling samen met de aankomende cursist eerst eens een proefles van de beschikbare typecursussen door te werken, van begin tot eind. Houd er ook rekening mee dat na het afronden van de cursus de typesnelheid en accuratesse op peil gehouden moeten worden. Zinnvolle typeopdrachten of wellicht nieuwe typegames van gratis sites, is dan het devies. (Want nog méééééé oefeningen is wel een zeer schamele beloning voor het behalen van je typediploma.)

Tekst: Karlijn van der Meer

"Hee, ik wil meer tiepgames!"
Pieter

"Echt een geweldige cursus!
Ik ben nu bij les 6 en ik kan al 12 letters typen!"
Anna

"Tis wel lachen. Maar ik typ liever huiswerk. Mag dat ook?"
Patrick

Meer weten over typen voor kinderen?

- <http://www.jsw-online.nl>
(Via het archief toegankelijk: 'Het belang van blind typen', artikel uit oktober 2006)
- <http://www.typestars.com/COS-vergelijkend-onderzoek-typecursussen.pdf>
(Artikel met objectieve vergelijking van elf typecursussen)

of 'suuuuperstom'?

Met zijn inmiddels negen maanden is George nog steeds onze jongste redacteur. George geeft elke keer tips die bij zijn leeftijd passen. Nu is hij nog meer ervaren in het 'baby zijn' en het omgaan met de RSI-klachten van zijn moeder. Heb je ook een minitip voor deze rubriek? Mail het aan eindredacteur.handvat@rsi-vereniging.nl of bel 038 - 460 10 90. We horen graag van je!

Mini-tips



Mini-tips van George

Rupsje Nooitgenoeg

Zo, met ruim acht maanden kreeg ik eindelijk een wortel in handen (zie 1^e foto en de tips in het vorige nummer). Wat een feest! Ik deed de wortel in mijn mond en vervolgens in mijn oor; ik sloeg 'm hard op de tafel en ik smiet hem op de grond. Dit was niet erg bemoedigend voor mama en papa, die zich afvroegen of de Rapley-methode wel wijsheid was. Wees geduldig, want oefening baart kunst. Twee weken later ben ik net Rupsje Nooitgenoeg. Zo heb ik genoten van stukjes wortel, aardappel, pompoen, avocado, peer, broccoli en bloemkool... allemaal zelf in mijn mond gestopt... en ik heb *nog steeds* honger!



Yippee, eindelijk echt eten

Slaapzak

Het is nul graden buiten en hier zit ik lekker ingepakt in mijn slaapzak. Kom dichterbij, ik wil iets fluisteren. Je ziet het niet, maar *ik heb geen sokken aan*. Erger nog, ik heb vanochtend zo hard getrappeld dat mama niet eens mijn broekje aan kon krijgen. Een jas? Sjaal? Handschoenen? Hahaha, laat me niet lachen. Zo'n slaapzak is echt warm genoeg hoor, laat al die ingewikkelde kleertjes maar liggen. Of, nog beter, schenk ze aan een vriendje wiens moeder geen RSI-klachten heeft.

Papa

Dit is papa. Superfijn, zo'n papa, want



Sterke papa mag mij dragen

hij vangt zo'n beetje op wat mama niet of minder kan. Nou, beetje... Voorbereiden van warm eten (elke avond), administratie, strijken, lief zoontje dragen, kinderwagen duwen, lief zoontje in bad doen, en nog heel veel meer. Het is handig om vooraf af te spreken welke taken papa het beste op zich kan nemen, want zo weet hij waar hij aan toe is. Ook vindt hij het fijn als zijn baby'tje af en toe bij hem op schoot in slaap valt, want dan mag hij lekker een tijdje rustig blijven zitten. In een statische houding. Daar zijn RSI-mama's niet zo sterk in.

George Hill



Lekker ingepakt in de slaapzak

Volgende keer:
slaap kindje, slaap en eropuit.



Persoonlijke ervaring met Body Stress

Op de jubileumdag van de RSI-vereniging in oktober 2005 liep ik tijdens de pauze over de RSI-informatiebeurs. De vereniging vierde haar tienjarig bestaan en zelf werd ik al ruim zeven jaar geplaagd door RSI-klachten. In de achterliggende jaren had ik de nodige therapieën gevolgd en ik was eigenlijk therapiemoe. Er waren maar weinig behandelingen waar ik baat bij had gehad en sommige daarvan hadden mijn klachten zelfs verergerd.

Op de beurs stond een kraam met informatie over een nieuwe gezondheidstechniek: Body Stress Release. In eerste instantie dacht ik dat het om de zoveelste vorm van alternatieve therapie ging. De meeste alternatieve therapieën vind ik zelf nogal wazig en ongeloofwaardig. Maar zoals het waarschijnlijk de meeste rsi'ers vergaat, blijf ik toch altijd nieuwsgierig naar nieuwe behandelingen. Daarom heb ik bij die kraam het boekje *Body stress release* van Edith Wiersma-Arts gekocht en een folder meegenomen. Ik vond de informatie in het boekje medisch goed onderbouwd en de inhoud sprak mij aan. Het leek mij in ieder geval de moeite waard om te proberen. Hoewel er op dat moment nog niet zoveel *practitioners* in Nederland werkten, bleek één daarvan zich in mijn woonplaats te bevinden. Omdat ik al zoveel verschillende therapieën had gevolgd, waren mijn verwachtingen niet hoog. Ik was dan ook erg verbaasd toen ik na drie of vier sessies merkte dat mijn handen eindelijk weer lekker warm waren. Ik liep al jaren rond met ijskoude

handen en was daar inmiddels zo aan gewend geraakt dat ik niet beter meer wist. Dus toen ik opeens vrijwel permanent warme handen had, was dat best een rare gewaarwording. Voor mij was dit een teken dat de doorbloeding naar mijn armen sterk verbeterd was.

Wat is Body Stress Release?

Body Stress Release (BSR) is geen therapie of geneeswijze. Het is een techniek die het lichaam helpt om zichzelf te herstellen en op die manier een optimale staat van gezondheid te behouden of te bereiken. Een Body Stress Release practitioner is dan ook geen therapeut, maar iemand die een techniek uitoefent. BSR vervangt ook geen therapie of (para)medische behandeling, maar vult deze aan. De techniek is niet mystiek of geheimzinnig. Ons lichaam is van nature in staat zichzelf te herstellen. Denk bijvoorbeeld maar aan het genezingsproces van een wondje. BSR ondersteunt het lichaam bij dit proces. Wanneer spieren, om wat voor reden dan ook, niet meer in staat zijn om opgebouwde spanning los te laten,

heeft dit een negatieve invloed op het herstelvermogen van het lichaam. De vastgezette spierspanning (body stress) heeft namelijk invloed op het zenuwstelsel. Het zenuwstelsel heeft vele functies, waaronder het besturen van de spieren, de organen, de zintuigen, het spijsverteringskanaal, de hormonen, de warmtehuishouding en het slaap- en waakritme. Wanneer het zenuwstelsel niet meer optimaal functioneert, veroorzaakt dat dus klachten op allerlei gebieden. Een BSR practitioner helpt met zijn/haar techniek het lichaam om de spierspanning los te laten.

Wat is body stress?

Stress is het Engelse woord voor spanning. Het heeft tegenwoordig een negatieve klank, maar eigenlijk is stress een natuurlijke reactie van het lichaam. In bepaalde mate is stress noodzakelijk om te kunnen overleven. Het houdt ons actief en alert. Stress is nodig om bepaalde prestaties te leveren en gaat vaak gepaard met een gevoel van uitdaging. Zodra de prestatie is geleverd, volgt ontspanning, waardoor weer geestelijke en lichamelijke reserves kunnen worden opgebouwd voor de volgende uitdaging. Wanneer de stress echter teveel wordt, slaat het lichaam deze op als spierspanning om het lichaam te beschermen. Dit gebeurt via het autonome zenuwstelsel, wat betekent dat je hier zelf geen invloed op hebt. Als gevolg hiervan kunnen allerlei lichamelijke klachten ontstaan. Je lichaam geeft hiermee aan dat het rust nodig heeft om de stress te verwerken.



Aan de voeten kan de practitioner zien op welke plek in het lichaam spierspanning is opgeslagen.

Release

Informatie

Als je meer informatie over deze techniek wilt hebben, kun je kijken op www.bodystressrelease.nl. Hier vind je ook adressen van practitioners in Nederland. Het boekje *Body stress release* van Edith Wiersma-Arts geeft duidelijke informatie en kost bij Bol.com maar 6,00 euro. Uitgebreidere informatie vind je in het *Basisboek Body Stress Release* van Gail Meggersee. Zij en haar man hebben deze techniek ontwikkeld. Dit boek is voor 18,90 euro verkrijgbaar bij Bol.com. Op YouTube kun je verschillende filmpjes vinden waarop de techniek wordt uitgelegd.

Er zijn verschillende vormen van stress:

- **Fysieke stress**, die wordt veroorzaakt door een plotselinge overbelasting (bijvoorbeeld een val of een ongeluk) of door een geleidelijk opgebouwde overbelasting (te lang te zwaar werk doen of het maken van langdurig verkeerde en eenzijdige bewegingen). Fysieke stress leidt vaak tot klachten aan het bewegingsapparaat.
- **Emotionele stress**, die wordt veroorzaakt door emotionele of mentale overbelasting (bijvoorbeeld emotionele klappen of langdurige zorgen). Deze stress uit zich vaak in een verkrampte houding en maag-, darm- en hartklachten.
- **Chemische stress**. Chemische verontreiniging kan je lichaam binnenkomen via je eten of medicijnen, door inademing, via contact met de huid, injecties of straling. Deze stress uit zich vooral in hevige hoofdpijn en pijn in de nek.

Hoe werkt Body Stress Release?

Het eerste consult begint met een intakegesprek, waarbij de practitioner vragen stelt over onder andere je klachten en ongevallen en operaties in het verleden. Ook krijg je uitleg over hoe de techniek werkt. Je gaat vervolgens op een speciaal voor BSR ontworpen bank liggen; eerst op je buik en tijdens het tweede deel van de sessie op je rug. Eigenlijk ga je tegen de bank aan staan en vervolgens word je langzaam in horizontale positie gekanteld. Zodoende is het ook voor mensen met rugklachten makkelijk om op de bank te gaan liggen en weer op te staan. Je hoeft je niet uit te kleden. Je lichaam wordt

eerst tot rust gebracht en vervolgens gaat de practitioner de spierspanning in je lichaam meten. Dit doet hij met behulp van het biofeedbackmechanisme van je eigen lichaam. Hij drukt hiervoor zacht in specifieke richtingen op bepaalde plekken tussen je schedel en je stuitje. Op plaatsen waar body stress aanwezig is, veroorzaakt dit een lichte irritatie. Als reactie treedt gedurende een aantal seconden een lichte terugtrekkende reflex op. Deze reflex zorgt via de zenuwen in het ruggenmerg voor een kortdurende verkorting van een van je benen. Een geoefende practitioner ziet deze reactie en weet daardoor precies op welke plek in je lichaam de spierspanning zich bevindt. Vervolgens gaat de practitioner aan het werk om de spierspanning los te maken. Door op de juiste plekken en in de juiste richting te duwen, wordt aan de hersenen een impuls gegeven. Daardoor worden deze gestimuleerd om op die plaats de spierspanning los te laten. Hiervoor is niet veel kracht nodig. Alleen voor de diepere spierlagen in de onderrug wordt als hulpmiddel een houten stokje gebruikt, waarmee meer kracht wordt uitgeoefend. Je lichaam geeft hierbij zelf de grens aan. In gebieden waar veel spanning aanwezig is, kan een release wel even wat gevoelig of pijnlijk zijn, maar de techniek is over het algemeen heel zacht. De meeste releases worden uitgevoerd op je rug, maar ook aan de voorzijde van je lichaam vinden releases plaats, bijvoorbeeld van het middenrif. Na de release wordt de behandeltafel weer rustig in verticale richting gekan-

teld, zodat je weer makkelijk op kunt staan en bij kunt komen. De eerste afspraken worden altijd op dag 1, 4 en 11 gemaakt. Vervolgafspraken zijn afhankelijk van de snelheid waarmee je lichaam de spierspanning loslaat. Dit kan per cliënt erg verschillen.

Werkt het?

Omdat ik na een paar behandelingen opeens weer permanent warme handen had, ben ik er zelf van overtuigd dat de techniek werkt. Helaas heb ik daarna geen verdere spectaculaire verbetering meer gehad, maar dat kan liggen aan het feit dat we aan het dweilen zijn met de kraan open. Ik werk al anderhalf jaar lang 32 uur per week in een voor mijn armen behoorlijk belastende functie. Mijn armen worden hierdoor constant overbelast en het verbaast mij nog steeds dat ik dit werk al zo lang vol kan houden. Ik ben ervan overtuigd dat dit te danken is aan de ondersteuning van de Body Stress Release. Dit is mijn zesde re-integratie. Alle eerdere pogingen zijn vanwege mijn pijnklachten mislukt. Hoewel mijn klachten vrijwel altijd aanwezig zijn, blijft dat nu op een niveau waarop ik mijn werk vol kan houden. Het is jammer dat mijn zorgverzekeraar de kosten nog steeds niet vergoedt, maar volgens mijn BSR practitioner zijn er steeds meer zorgverzekeraars die dat wel (gedeeltelijk) doen. Het is zeker de moeite waard om hierover navraag te doen bij je eigen zorgverzekeraar.

Tekst: Jantine van der Tang
Foto's: Ilona van der Tang

Geweld op het werk verhoogt risico van spier- en gewrichtsklachten bij verplegend personeel

Ondanks het hoge aantal gevallen van geweld op het werk en het aantal meldingen van spier- en gewrichtsaandoeningen bij verplegend personeel, is er nauwelijks onderzoek gedaan naar de relatie tussen deze twee fenomenen.



Onderzoekers lieten daarom 920 verpleegkundigen een vragenlijst invullen over spier- en gewrichtspijn in de onderrug, schouders, polsen of handen, en knieën. Tevens verzamelden ze informatie over fysiek geweld, veiligheidsmaatregelen op het werk, fysieke werkbelasting en de psychosociale werkomgeving. Daaruit bleek dat de helft van de ondervraagden te maken heeft gehad met geweld door een bewoner of bezoeker, met als gevolg dat zij vaker last hebben van pijn in de onderrug. Medewerkers die meer dan drie keer met geweld te maken hebben gehad, lopen het meeste risico op pijnklachten op meerdere plaatsen in het lichaam. Dit risico kan worden beperkt door een veilige werkomgeving te creëren.

Het is het eerste onderzoek dat de samenhang onderzoekt tussen fysiek geweld en spier- en gewrichtspijn in een gezondheidsinstelling waar geweld vaak voorkomt. Daarom moet geweld als werkrisico worden gezien. Praktische maatregelen zijn nodig, net als onderzoek naar de oorzaken van spier- en gewrichtsaandoeningen. *Bron: HubMed, september 2010*

Fitnessprogramma op de werkvloer heeft gunstig effect

Uit Portugees onderzoek blijkt dat een fitnessprogramma voor kantoorwerkers gunstige effecten heeft voor de preventie en afname van werkgerelateerde pijnklachten, zoals RSI. Kantoorwerkers zitten vaak lange tijd stil en hebben vaak een slechte werkhouding. Gevolg: veel kantoorwerkers ontwikkelen spier- en gewrichtsklachten en/of pijnklachten. Een Portugees bedrijf onderzocht de voordelen en effecten van een fitnessprogramma op de werkvloer: een goedkope oplossing om werkgerelateerde pijn te verminderen of te voorkomen. Tot op heden was zulk onderzoek nog nauwelijks gedaan.

De deelnemers waren kantoormedewerkers met pijnklachten aan onder meer nek, rug, polsen en benen. Het fitnessprogramma bestond uit drie sessies per week, van elk een kwartier en dat gedurende acht maanden. De sessies concentreerden zich op het strekken van die spieren waar men het meeste last van had. Elke deelnemer werd gevraagd de pijnlijke plaats aan te wijzen en aan te geven hoeveel pijn het deed. Na acht maanden was er duidelijk bewijs dat de toegepaste fitness een gunstig effect had op de pijnbeleving van de deelnemers. Deze resultaten zijn veelbelovend en kunnen worden gezien als voorbeeld voor andere bedrijven. *Bron: HubMed, september 2010*

RSI-klachten bij technici Amerikaanse luchtmacht

Amerikaanse onderzoekers bekeken de eventuele negatieve effecten van de werkomgeving van civiele technici bij de Amerikaanse luchtmacht. Ook werd gekeken of deze technici meer risico lopen op klachten dan collega's van de ICT of communicatieafdeling. Het

onderzoek wees uit dat zowel mannelijke als vrouwelijke technici een groter risico lopen op werkgerelateerde spier- en gewrichtsaandoeningen dan hun collega's van andere afdelingen. Opvallend is dat voor de vrouwen het risico bijna twee keer zo groot was als voor de mannen. Een aanwijsbare reden voor dit verschil wordt niet genoemd. *Bron: HubMed, oktober 2010*

RSI en reguliere geneeskunde

Veel werknemers die zich ziek melden vanwege spier- en gewrichtsklachten, gaan eerst naar een reguliere arts en komen pas later terecht bij specifieke re-integratieprogramma's. Een groep werknemers met specifieke RSI-klachten werd twaalf maanden gevolgd vanaf het moment dat de werknemers twee tot zes weken met ziekteverlof waren. Twee aspecten werden getoetst: hoe lang duurde het voordat zij weer 100% hersteld waren en was er sprake van herhaald ziekteverlof na initieel herstel?

Uit het onderzoek bleek dat patiënten die in het begin van hun ziekteperiode een medisch specialist raadpleegden, een hogere pijnbeleving ervoeren en meer lichamelijke beperkingen hadden dan patiënten die geen specialist bezochten. Ze hadden ook een minder positief beeld van hun ziekte. Bovendien keerden deze mensen minder snel terug naar werk. Werknemers die acht weken na de start van het ziekteverlof een fysiotherapeut bezochten, keerden wel eerder terug naar werk.

In het geval van terugkeer van klachten was er sprake van verergering van pijn en lichamelijke beperkingen.





Een huisarts kan dan niet voorkomen dat de RSI-patiënt een tweede ziekteperiode moet ingaan.

Bron: Hubmed, november 2010

Gevoelens voorspellen terugkeer naar werk

Zweedse onderzoekers onderzochten de afgelopen tien jaar in hoeverre de gevoelens van werknemers met spier- en gewrichtsklachten die met ziekteverlof zijn, een rol spelen bij de terugkeer naar werk. Conclusie is dat vragen naar het gevoel over toekomstig herstel volgens de onderzoekers een simpele methode kan zijn om voorspellingen te doen over de terugkeer naar het werk. Belangrijkste doel was om gedachten en gevoelens over toekomstige arbeid bij de patiënten te omschrijven en deze omschrijvingen te vergelijken met de werkelijke werksituatie na één, vijf en tien jaar.

Het onderzoek bestond uit twee delen. Als eerste werd deelnemers gevraagd een open vraag over toekomstig werklevens te beantwoorden. De resultaten werden opgesplitst in drie categorieën: Motivatie en optimisme, Overwinnen van beperkingen, en Belemmering en twijfel. Vervolgens werd de vergelijking gemaakt met de praktijk.

Wat bleek? In de categorieën Motivatie en optimisme, en Overwinnen van beperkingen waren er significant meer mensen een jaar na de start van het onderzoek teruggekeerd naar werk, in vergelijking met de categorie Belemmering en twijfel. Bron: HubMed, oktober 2010

Ambulancepersoneel en RSI

Ambulancepersoneel en werknemers bij medische hulpdiensten hebben regelmatig te kampen met terugkerende spier- en gewrichtsklachten aan rug, nek en schouders. Dat blijkt uit recent Australisch onderzoek.

Er zou een verband zijn tussen deze klachten en de individuele, psychische en psychosociale zwaarte van het werk van ambulancepersoneel. Daarom is het nodig om de complexe reeks van risicofactoren bij ambulancewerk vast te stellen en te documenteren.

Bron: HubMed, januari 2010

Taiwanese athletic trainers lopen groot risico op RSI

Uit Taiwanees onderzoek blijkt dat *athletic trainers* risico lopen zelf spier- en gewrichtsaandoeningen te ontwikkelen. 48,5% van de onderzochte athletic trainers had op een bepaald moment klachten aan het bewegingsapparaat: lage rugklachten (42%), pijn aan vingers (38%) en schouderklachten (26%). Werkzaamheden als intapen veroorzaakten lage rug- en vingerpijn, terwijl het geven van eerste hulp vooral pijn in de schouder tot gevolg had. Het onderzoek, waarbij gekeken is naar beroepsmatige en persoonlijke factoren, wees uit dat er een verband bestaat tussen de klachten en hun specifieke werktaken. Preventieve en therapeutische aanpassingen in de werkomgeving zijn noodzakelijk om de klachten bij deze en vergelijkbare beroepsgroepen terug te dringen. Athletic trainers zijn medische professionals die medische hulp verlenen bij sportwedstrijden, sportblessures en sporters begeleiden met fysiotherapie en dergelijke zaken. Deze professionals maken vaak lange dagen en werken veelal op onregelmatige tijden, omdat ze op noodsituaties moeten reageren.

Bron: HubMed, oktober 2010

Veel RSI bij goudsmeden in India door slechte werkomstandigheden

Indiase goudsmeden hebben massaal te kampen met werkgerelateerde RSI-klachten. Dat blijkt uit onderzoek. De productie van gouden sieraden is een belangrijke industrie in India, maar is tegelijkertijd ook een van de meest ongeorganiseerde sectoren in het land. Veel goudsmeden maken hele lange dagen in kleermakerszit op een te krappe werkplek.

Onderzoekers hebben 120 willekeurige mannelijke goudsmeden in India gevraagd een gedetailleerde vragenlijst in te vullen met vragen over het soort werk, de werkdruk en eventuele lichamelijke ongemakken. Ook werden hun werkplekken en hun lichaamshouding beoordeeld en geanalyseerd.

Uit de resultaten bleek dat de gezondheid van goudsmeden negatief werd beïnvloed door een slechte werkhouding en een ongezonde hoeveelheid werk. Het gevolg is dat 80% klachten had aan de nek, 70% aan de onderrug, 45% aan polsen en 20% aan schouders. Factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van deze klachten, zijn vooral de slechte, onveilige werksituatie en werkplekken die ongeschikt zijn waardoor een slechte werkhouding onontkoombaar is. Bron: HubMed, april 2010

Vertaald door: Floor Scholten, Marja Karssies-van Dalen en Sandra Muresu



Hoofdredacteur Handvat

De RSI-vereniging is een onafhankelijke vereniging met 1500 leden, die zich inzet voor mensen met RSI-klachten. De vereniging geeft voorlichting en informatie over RSI, brengt lotgenoten met elkaar in contact en behartigt hun belangen.



Door het aanstaande vertrek van de hoofdredacteur van het Handvat per september 2011 is er een vacature ontstaan voor deze vrijwilligersfunctie.

Wij zoeken: iemand die ervaring heeft met het journalistieke vak, die het leuk vindt om met mensen samen te werken en mensen te begeleiden. Je bent een spin in het web, met planmatige kwaliteiten en een helicopterview. Ook moet je soms knopen kunnen doorhakken. Affiniteit met RSI is gewenst, je moet je helemaal in de RSI'er kunnen verplaatsen.

Taken: je werkt samen met de eindredacteur. De taken zijn onderling en in overleg verdeeld. Samen zorg je ervoor dat het blad volgens planning geproduceerd wordt. Daarbij werk je samen met vrijwillige redacteurs en professionals. Daarnaast creëer je voor de redactie een inspirerende omgeving waarin alle talent benut wordt. Daartoe behoort onder andere het voorbereiden

van de jaarvergadering van de Handvat-redactie, en de schrijfcursus. Gemiddeld zal deze functie je een aantal dagdelen per week kosten. Binnen de deadlines kun je jouw eigen tijd indelen en je werkt vanuit huis. Het kan een ideale baan zijn voor iemand die weer in het arbeidsproces wil komen.

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

Handvat, het magazine van de RSI-vereniging, komt vier keer per jaar uit. In het blad worden de ontwikkelingen rondom RSI besproken en het is een podium voor lotgenotencontact. Behalve voor RSI'ers is het magazine ook bedoeld voor onderzoekers, behandelaars, medici, journalisten, politici en scholen. De redactie vergadert vier keer per jaar op zaterdag in Amersfoort. Eenmaal per jaar is er een jaarvergadering en een schrijfcursus voor redactieleden. Er werken zo'n 15 vrijwilligers mee aan het Handvat.

Alle vrijwilligers krijgen ondersteuning met onkostenvergoedingen, trainingen en eventueel benodigde hulpmiddelen. De vereniging heeft 1.500 leden en is gevestigd in Nijkerk. Zij wordt geheel geleid door 50 vrijwilligers, verspreid over Nederland.

Bezoek ook de website van de vereniging: www.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.



26 maart: Themadag Internationale RSI-dag in Den Haag!

In de bijgevoegde uitnodiging meer hierover.