

Handvat

jaargang 17
augustus 2011

Magazine van de RSI-vereniging

Themadag RSI-vereniging:

Nieuwe inzichten in de zenuwen en meer

Werf een
nieuw lid!
Zie pag. 2



Proefschrift Carel Bron over triggerpoints

**Ziekenhuisbehandeling
carpaletunnelsyndroom binnenkort online**

Als ze niet geloven dat je pijn hebt

rsi
vereniging

Het Handvat is een kwartaaluitgave van de rsi-vereniging.
Augustus 2011. Zeventiende jaargang, nr. 3
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, Karijn van der Meer, Sandra Muresu, Floor Scholten, Jantine van der Tang

Aan dit nummer werkten verder mee
George Hill, Karin Janssen, Marja Karssies-van Dalen, Janneke Vasse, Loes van de Ven, John Verbruggen

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

Deadline volgend nummer
23 september 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. Landelijke themadag RSI-vereniging:

Nieuwe inzichten in de rol van de zenuwen en meer

12. Als ze niet geloven dat je pijn hebt

18. Proefschrift Carel Bron: over triggerpoints

20. Project Zichtbare Zorg: Ziekenhuisbehandeling

carpaletunnelsyndroom binnenkort online

Verder

- 9. Minitips
- 10. Kort nieuws binnenland
- 14. Sterk naar werk
- 15. Sneltoets
- 16. Boekrecensie
- 21. Kort nieuws internationaal
- 23. Bezuinigingsplannen kabinet
- 24. RSI-moment
- 25. Eigen verhaal
- 28. Vacature
Telefoondienst



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!

Wake up!



Bij het achter elkaar doorlezen van alle mooie artikelen voor dit Handvat, wat ik altijd doe voordat ik dit verhaaltje schrijf, viel mij de volgende gedachte in.

Eigenlijk na het lezen van de Sneltoets. Waarom zijn we met zijn allen eigenlijk lid van de RSI-vereniging? Het antwoord wordt daar gegeven, heel mooi! Maar, dacht ik, waarom willen dan toch zoveel mensen niet weten dat ze RSI hebben? Is er een drempel om te erkennen dat je RSI hebt? De onderzoeken liegen er niet om; de cijfers blijven constant. En die komen niet overeen met het aantal leden van de RSI-vereniging.

Als je een beetje rondvraagt, zijn er best veel mensen die zeggen wel eens of heel vaak last van hun schouder te hebben. Laatst sprak ik een vertaler die zijn pink niet meer kon bewegen. Tja, RSI? Zelfs heel dichtbij in de RSI-vereniging zijn er mensen die tot voor kort niet wilden weten dat ze RSI hadden. Die zelfs ontslag hadden genomen, omdat ze geen zin hadden in procedures, die zichzelf geen slachtoffer wilden voelen. Ook ken ik mensen die bang zijn voor problemen op hun werk of ontslag. Of omdat mensen zeggen dat het psychisch is.

Eigenlijk een groot taboe dus. Natuurlijk zijn er veel andere ziektes en aandoeningen waar mensen niet voor uit willen komen, maar je ziet toch op allerlei niveaus meer aandacht en begrip, onder andere door campagnes en ontboezemingen bijvoorbeeld door bekende Nederlanders of boeken over ziekteprocessen die bestsellers worden. Waarom dan niet bij RSI?

Eigenlijk zweeft RSI overal een beetje tussendoor. Het is een werkgerelateerde aandoening, dat is duidelijk, blijkt ook uit alle onderzoeken. Toch is na de hype al dan niet opzettelijk het beeld ontstaan dat het een modeziekte betreft en het dus tussen de oren zit. Vanuit de politiek is de voorlichting stopgezet, want ineens kreeg iedereen RSI en bedrijfsartsen mogen eigenlijk het woord RSI niet meer rapporteren van hun opdrachtgevers, namelijk de bedrijven zelf. Want anders komen ze negatief in de rapportages te staan. Waar gaat het dan eigenlijk om?

Om geld. Het wordt te duur. Wie gaan de kosten betalen van al die arbeidsongeschikten die door te eenzijdig werk en repeterende bewegingen spierklachten krijgen? De rekening komt dan te liggen bij de werknemers zelf. Dat is het makkelijkst.

Het taboe van het bespreken van RSI-klachten komt voort uit angst. Angst voor een oordeel of de gevolgen op je werk. Maar de verliezer ben je altijd zelf, in ieder geval financieel. De RSI'er is er dus bij gebaat assertief te worden en op te komen voor zijn rechten en voor zijn klachten. Als het bespreekbaar wordt, kan er weer meer bewustzijn komen.

Want ondertussen gaat de digitalisering van de samenleving onverminderd door. Wat doe je eigenlijk nog niet digitaal? Baby's liggen vanaf vier maanden in de wieg met leuke I-pads, peuters worden zoetgehouden met een Nintendo DS, en voor je het weet doorlopen ze ook nog hun hele schoolperiode met een laptop, waar ze na schooltijd ook weer op zitten.

Tijd voor een wake-up call? Tijd voor nieuwe regelgeving en protocollen? Aan de leden van de RSI-vereniging hoef ik dat waarschijnlijk niet uit te leggen. Maar misschien moeten we het met zijn allen nog eens aan anderen uitleggen.

Graag hoor ik jullie ervaringen over het taboe rondom RSI. Heb je het idee dat je er niet meer mee kunt aankomen? Ken je mensen die het proberen te ontkennen? Mail naar handvat@rsi-vereniging.nl

Gabriëlle Bosch
hoofdredacteur Handvat

Oproep

Deel je ervaringen over triggerpointbehandelingen, dry needling en shock wave.

Op pagina 18 schrijft Sandra Oudshoff over de promotie van Carel Bron. We zijn heel benieuwd naar jullie ervaringen met al deze triggerpointmethoden en roepen jullie op om die met ons te delen.

Mail naar handvat@rsi-vereniging.nl

26
maart
2011

Landelijke themadag RSI-vereniging

Cijfers van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) laten zien dat aandacht voor RSI nog hard nodig is. De NEA is een groot representatief onderzoek onder meer dan 20.000 werknemers, jaarlijks uitgevoerd door TNO in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek. In 2007 en 2008 had 36,5 procent van de deelnemers last van nek-, schouder-, arm-, elleboog-, pols-, of handklachten. In 2009 was dit 36,8 procent. De boodschap is duidelijk: RSI blijft een omvangrijk probleem.

Dat dit jaar de twaalfde internationale RSI-dag werd gehouden is iets waar we trots op mogen zijn. Want waar de hype in de media een beetje voorbij is, is er niets veranderd aan de cijfers. Hierdoor zijn wetenschappers in die twaalf jaar wél door het onderwerp gegrepen. Op onze landelijke themadag nodigde de RSI-vereniging deze keer twee Engelse specialisten uit. Dr. Andrew Dilley ging in op de vraag of we specifieke RSI in de spieren kunnen opsporen en Steve Fischer, voorzitter van de Engelse RSI-vereniging, vroeg zich af of Nederland een beschaafd land is.

RSI: A pain in the nerves!

Nieuwe inzichten in de rol van de zenuwen

Als RSI'ers zien we zelden met eigen ogen wát er nou eigenlijk zo'n pijn doet. Op 26 maart nam Andrew Dilley ons mee het menselijk lichaam in. Op videobeelden van strekkende armen, typende vingers en buigende polsen zagen we slagaders kloppen, pezen trekken en zenuwen meebewegen. In zenuwcellen zagen we eiwitten ontstaan. Je zou het de neurofysiologische benadering van chronische pijnklachten kunnen noemen. Een van de toehoorders noemde het simpelweg "de allerbeste lezing die ik ooit heb meegemaakt".

Dr. Andrew Dilley heeft nog geen enkele RSI-patiënt genezen. Hij is wetenschapper. Al zo'n twaalf jaar doet hij aan gerenommeerde onderzoekscentra in de Verenigde Staten en Engeland onderzoek naar de mechanismen

achter chronische pijn. Aan de Universiteit van Sussex maken hij en zijn onderzoeksteam met geavanceerde technieken de processen zichtbaar die een rol spelen bij aspecifieke RSI (NSAP, non-specific arm pain).

Middelste armzenuw

Andrew Dilley en zijn team vermoeden dat de oorzaak van de pijn bij aspecifieke RSI in het perifere zenuwstelsel ligt. Dit zijn de zenuwen die de verbinding vormen tussen de hersenen, het ruggenmerg en de rest van het lichaam. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor de middelste armzenuw (nervus medianus), de zenuw die vanuit de bovenarm naar de onderarm loopt en vervolgens door de carpal tunnel naar de duim en de drie naastliggende vingers. Steeds weer blijkt uit onderzoek dat de middelste armzenuw bij RSI'ers





Dr. Andrew Dilley



anders reageert dan bij niet-RSI'ers (de controlegroep). Voor veel RSI'ers is het lastiger trillingen te voelen in het huidgebied rond de duim en de wijsvinger en is lichte druk op de middelste armzenuw of rekken ervan pijnlijk.

Geen obstructie

Lange tijd is gedacht dat de middelste-armzenuw-klachten worden veroorzaakt doordat de middelste armzenuw bij het bewegen wordt beperkt door een obstructie. Tegenwoordig is het dankzij ultrasoundtechnieken mogelijk om de bewegingen van de zenuwen zichtbaar te maken en nauwkeurig te meten. Met deze moderne technieken stelden Andrew Dilley en zijn team vast dat in de arm van iemand met aspecifieke RSI, maar ook in de arm van iemand met het carpaletunnelsyndroom (een vorm van specifieke RSI), de middelste armzenuw in de lengterichting even bewegelijk is

Niet in het nek-schoudergebied, niet bij de elleboog-onderarm en ook niet in de pols.

Afwijkingen bij de nek en de pols

Als de klachten bij RSI niet veroorzaakt worden door een obstructie, wat is er dan wel aan de hand? De eerste aanwijzing kwam voor het onderzoeksteam op een onverwacht moment. Terwijl een van de personen uit de controlegroep bewegingloos op de bank lag, zag men de middelste armzenuw plotseling bewegen. De beweging bleek te worden veroorzaakt door diepe ademhaling. Bij diepe ademhaling zet de borstkas uit en beweegt de rib bij het sleutelbeen (de eerste rib) omhoog. De middelste armzenuw, die over de rib loopt, beweegt mee. Bij RSI'ers bleek dit anders te zijn. Als een RSI'er diep ademhaalt, bewegen de eerste rib én de middelste armzenuw niet of nauwelijks.

als in een gezonde arm. Er is volgens de onderzoekers geen sprake van een obstructie die de middelste armzenuw zou verhinderen te bewegen.

Ook in de pols vonden de onderzoekers verschillen. Als een gezonde pols buigt, wordt de middelste armzenuw opzij gedruwd door de pezen. In de pols van een RSI'er beweegt de middelste armzenuw nauwelijks opzij voor de pezen. Ook het uitblijven van deze zijwaartse beweging wijst volgens Andrew Dilley niet op de aanwezigheid van een obstructie in de pols. Men vermoedt dat de pezen in de pols van een RSI'er tijdens buigbewegingen druk uitoefenen op de middelste armzenuw, waardoor deze plaatselijk geïrriteerd raakt. Kortom, bij RSI'ers lijkt er sprake te zijn van afwijkingen op meerdere plaatsen langs de middelste armzenuw.

Een chronisch ontstekingsproces

Maar waaruit bestaan die afwijkingen? Een belangrijk deel van het antwoord denken Andrew Dilley en zijn team inmiddels gevonden te hebben. Op MRI-scans van de pols van iemand met aspecifieke RSI zien de middelste armzenuw en ook de ernaast gelegen elleboogzenuw (nervus ulnaris) er veel lichter uit dan gewoonlijk: het bewijs dat deze zenuwen ter plekke ontstoken zijn. Ook in de nek zijn dergelijke ontstekingen gevonden. Dat de zenuwen op meerdere

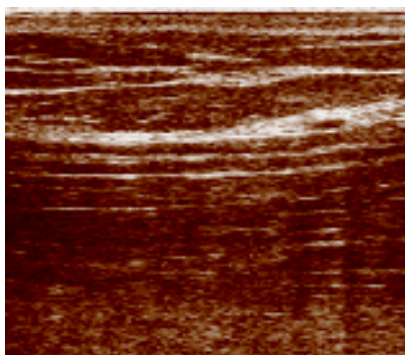
plaatsen ontstoken zijn, kan het diffuse karakter verklaren van de pijnklachten bij aspecifieke RSI. Ook bij fybromyalgiepatiënten vonden de onderzoekers dit soort ontstekingsmechanismen, maar dan verspreid over alle ledematen.

Ontsteking is de natuurlijke reactie van een weefsel op infectie of verwonding en zet een herstelproces in werking. Normaal gesproken duurt een ontstekingsproces niet langer dan één tot twee weken. Na twee maanden is het weefsel hersteld. De onderzoekers vermoeden dat het ontstekingsproces bij fybromyalgiepatiënten en RSI'ers niet vanzelf is gestopt, waarschijnlijk doordat de oorzaak van de ontsteking nog aanwezig is. Over die oorzaak tast men echter nog in het duister.

Spontane pijnsignalen

Wel heeft Andrew Dilley met elektro-fysiologisch celonderzoek inmiddels zichtbaar kunnen maken hoe ontstoken zenuwcellen pijn veroorzaken. Bij pijn in het gebied van de middelste armzenuw, bijvoorbeeld door een verwonding aan het huidoppervlak, geven de duizenden zenuwcellen in de middelste armzenuw elektrische pijnsignalen door aan het ruggenmerg. Dat ruggenmerg leidt op zijn beurt de signalen verder naar de hersenen. Ontstoken zenuwcellen geven spontaan elektrische pijnsignalen af, zonder invloed van buitenaf.

Er zijn veel overeenkomsten tussen de bevindingen in laboratoriumonderzoek naar ontstoken zenuwcellen en de

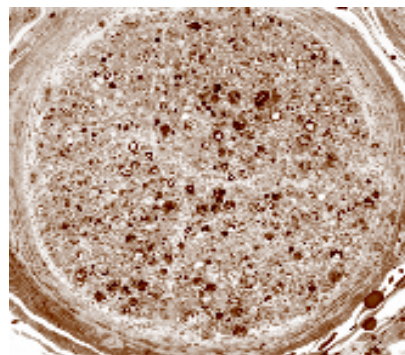


Even wennen aan de beelden: "It may look like pea soup to all of you, but the median nerve is just here"

pijnvaringen van mensen met aspecifieke RSI in klinisch onderzoek. Met name de zenuwcellen die elektrische pijnsignalen doorgeven van de (dieper gelegen) spieren, zijn gevoelig voor ontsteking. Dit zou kunnen verklaren waarom RSI'ers spontane pijn voelen terwijl ze bijvoorbeeld rustig zitten, en waarom deze pijn vaak dieper in de arm gevoeld wordt. Voorts geven ontstoken zenuwcellen ook bij lichte druk of rek elektrische pijnsignalen af.

Effectieve behandeling in zicht?

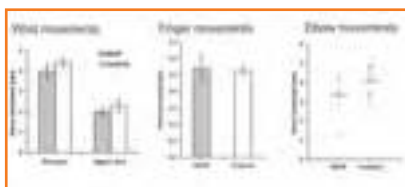
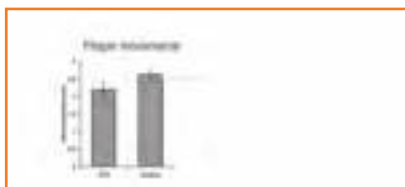
Andrew Dilley vertelt dat hij ook de ontstekingsmoleculen heeft kunnen identificeren die de veroorzakers zijn van de elektrische pijnsignalen. Als we die ontstekingsmoleculen kunnen blokkeren, zou de pijn van RSI wellicht beter kunnen worden bestreden. Chronische pijn is echter een complex proces. Ontsteking veroorzaakt veranderingen in de zenuwcel zelf. De veranderingen in het perifere



We krijgen er oog voor: "I want to show you this picture of bright green nerve cells because it's quite pretty"

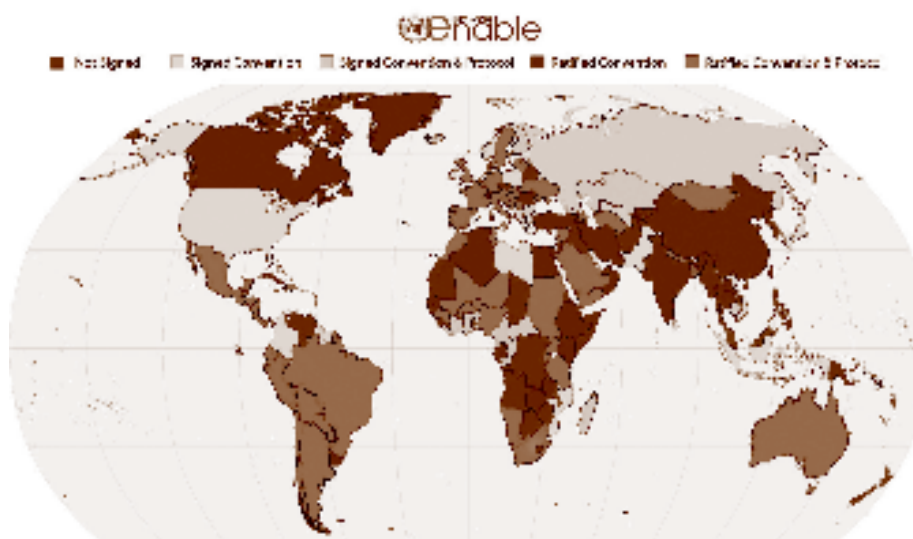
zenuwstelsel veroorzaken op hun beurt weer veranderingen in het ruggenmerg, wat weer leidt tot veranderingen in de hersenen. Een effectieve behandeling van chronische pijn moet ingrijpen op alle delen van dit mechanisme. Gelukkig is op al deze terreinen wetenschappelijk onderzoek gaande. En er is nog een bijkomend effect. Chronische pijnklachten hebben misschien niet allemaal dezelfde oorzaak maar hebben waarschijnlijk wel soortgelijke achterliggende mechanismen. Als we de mechanismen van aspecifieke RSI vinden, kunnen we waarschijnlijk ook een aantal andere chronische pijnklachten beter behandelen. Het is ons duidelijk: het onderzoek van Andrew Dilley en zijn team is nog volop gaande, maar met het ontrafelen van de onderliggende mechanismen komt een effectieve medische behandeling van RSI langzaam nabij.

Tekst: Karlijn van der Meer



Nederland hekkensluiter bij VN-verdrag

Nederland wil toch altijd het beste jongetje van de klas zijn? We spreken andere landen graag aan op het handhaven van de mensenrechten. Ondertussen blijven we wel vér achter bij de invoering van een VN-conventie over de rechten van mensen met een handicap. Dit en meer liet Stephen Fisher zien, de onvermoeibare voorman van de Engelse RSI-vereniging. In sneltreinvaart nam Stephen ons mee langs onderwerpen als cijfers over RSI, wetgeving, behandeling, beleid en onderzoek op het gebied van RSI.



Arbeidsrechten gehandicapten in Nederland slechter gewaarborgd dan in de landen om ons heen

De kosten van RSI zijn in Engeland ongeveer 6,4 miljard euro per jaar, drie keer zoveel als in Nederland. RSI kost daar 9,3 miljoen werkdagen, 16% van alle ziektedagen. Deze cijfers zijn al tien jaar hetzelfde. Tegelijkertijd wordt de preventieve (arbo)wetgeving nauwelijks gehandhaafd en wordt het budget van de toezichthouder dit jaar nog eens 35% gekort. Er zijn geen gespecialiseerde centra voor de behandeling van RSI. Net als in Nederland, is er weinig bekend over en goed onderzoek naar effectieve behandeling van rsi-klachten. Gespecialiseerde centra van Suparna Damany in de USA en van Deepak Sharan in India lijken goede resultaten te boeken. Omdat er geen wetenschappelijk onderzoek is naar de gehanteerde methoden, is het moeilijk om de goede resultaten naar Europa te exporteren.

EU en Nederland

Volgens The Work Foundation heeft in 2009 23% van alle werkenden in de EU RSI-klachten. In Nederland is het computergebruik groter dan gemiddeld in vijftien onderzochte EU-landen: 38% gebruikt de pc bijna voortdurend (EU 31%), 67% gebruikt de pc voor meer dan een kwart van de werktijd (EU 55%).

VN-conventie

In 2007 is de VN-conventie over de rechten van personen met handicaps door 147 landen getekend, waaronder Nederland. Deze conventie bevat een aantal verplichtingen waar mensen met RSI-klachten baat bij kunnen hebben.

Bijvoorbeeld:

Artikel 4.3: Bij de besluitvorming over en bij de uitvoering van zaken die over mensen met handicaps gaan, moet de overheid nauw overleg plegen met deze mensen via hun vertegenwoordigende organisaties (zoals de RSI-vereniging).
Artikel 25: De overheid moet zorgen voor gezondheidsdiensten die nodig zijn vanwege handicaps, zoals vroege opsporing en passende behandeling en diensten om verdere handicaps te minimaliseren en te voorkomen.
Artikel 27: De overheid moet de rechten van gehandicapten beschermen, zorgen voor juiste en gunstige werkvoorwaarden en ook voor veilige en gezonde werkomstandigheden. De overheid promoot werkkansen en carrièremogelijkheden voor gehandicapten en helpt met het vinden, verkrijgen, behouden van en terugkeren naar betaald werk.

Nederland heeft in 2007 de conventie getekend, maar vervolgstappen zijn daarna uitgebleven. Veel andere landen hebben wel het optionele protocol getekend en verdrag en protocol geratificeerd, dat wil zeggen: bekrachtigd in nationale wetgeving. Na ratificatie moet een land aan de slag met implementatie van de richtlijnen en hierover rapporteren aan een VN-commissie. Engeland heeft in juni 2009 geratificeerd en moest in juni 2011 voor het eerst rapporteren. In Nederland is de rechts- en werksituatie van (arbeids)gehandicapten daarmee slechter gewaarborgd dan in de ons omringende landen.

Op de wereldkaart is te zien dat Nederland niet alleen achterblijft binnen Europa, maar ook bij grote delen van Afrika, Zuid-Amerika en Azië. Kunnen we hier niet eens Kamervragen over laten stellen, in plaats van over lichtzinniger zaken als de ondertiteling bij Uitzending Gemist, het dieet van Osama bin Laden of de geheimhouding van de medische gegevens van een orka door het Dolfinarium?

Tekst: Sandra Oudshoff

We zijn volstrekt normaal

Ervaring van een bezoeker

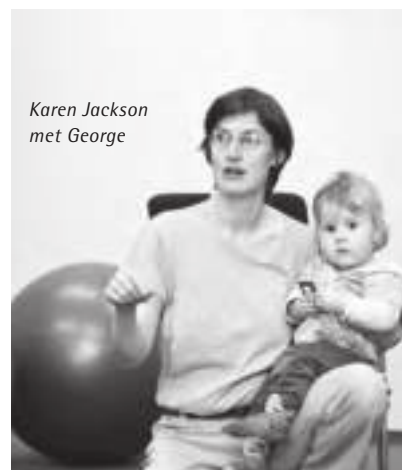
Even dacht ik een zonnebril nodig te hebben toen ik de knalgroene zaal binnenliep. Maar het wende snel, net als het enthousiaste Engels van de eerste spreker, de onderzoeker Andrew Dilley. Wat een verhaal zeg! Eindelijk een wetenschapper die geen genoeg neemt met 'ervaren' pijn of 'tussen de oren' of psychosomatische pijn, maar iemand die echt naar fysieke mechanismen op zoek is. En die nu al, terwijl zijn onderzoek nog lang niet is afgerond, fysieke verschillen in de zenuwen met filmpjes kan laten zien. Door zijn onderzoek ziet Dilley veel verschillende pijnpatiënten. Wat hem opvalt bij RSI'ers is: hoe volstrekt normaal we allemaal zijn (ja, dat wisten we natuurlijk zelf wel, maar wat een verademing om het uit de wetenschappelijke hoek te horen!). Als er niets fysieks te bekennen is, dan zal dat zijn omdat we nog niet goed weten hoe en waar te zoeken. We moeten het mechanisme kunnen begrijpen om gericht te kunnen behandelen, aldus de onderzoeker. De hele zaal was weg van hem. Steve Fisher, voorzitter van de Engelse RSI-vereniging, had veel cijfers en grafiekjes voor ons. Hij benadrukte vooral het grote belang van belangenbehartiging richting Europa. De beruchte richtlijn, *Manual Handling and Display Screen Equipment Directive 90/270/EEC*, loopt vertraging op.

De mensen die zich over de richtlijn buigen en ervoor verantwoordelijk zijn – Europese ambtenaren, de national experts, de sociale partners et cetera – twijfelen nog tussen vier opties (waarvan één 'status quo' oftewel niets doen is...). Patiëntengroepen zijn bij deze beslissingen niet direct betrokken, zogenoemde 'national experts' wel. De Engelse varianten hiervan zijn volgens Fisher weinig meer dan marionetten die op een andere planeet wonen. Hij gaf de tip na te gaan wie de Nederlandse 'experts' zijn en contact met ze op te nemen.

Na de pauze schakelden we weer over op het Nederlands. De workshop 'RSI voor Beginners' bleek een welkome primeur, gezien de enthousiaste reacties. Het was een soort huiskameravond op zitballen. Uit de 'triggerpointzaal' stroomden tevreden gezichten met eng uitziende groene knuppels (?!). En yoga bleek ook een treffer. Nog even wiebelen op een van de ludieke zitballen die her en der geplaatst waren (erg fijn, dankjewel aan degene die daaraan gedacht heeft) en ik ging opgetogen richting huis.

Tekst: Karin Janssen

Karen Jackson
met George



Workshop 'RSI voor beginners'

"Ik kreeg er zo'n energieboost van, ik hoop dat er gauw weer zoiets georganiseerd wordt", aldus een van de vijftien deelnemers aan de workshop 'RSI voor beginners'. Er bleken echte beginners, maar ook zeer ervaren RSI'ers in deze groep aanwezig te zijn. Alle vragen en opmerkingen werden in een gezellig kringgesprek met elkaar doorgenomen. Het bleek dat veel mensen moeite hadden met artsen en hun onkundigheid. Sommigen hadden allerlei therapieën geprobeerd, met wisselend resultaat, terwijl anderen juist niet wisten waar te beginnen. De eenzaamheid die een niet-zichtbare beperking met zich meebrengt, was een issue dat bijna iedereen herkende. Vele deelnemers worstelen ook met werk, ziektewet, UVW, wel of niet zeggen dat je RSI hebt bij sollicitatie, full- of parttime werken, enzovoort.

Enkele van de deelnemers zijn ondertussen klachtenvrij: één deelnemer door haar behandeling in India en één door reflexzonetherapie (zij heeft ondertussen een opleiding reflexzonetherapie gedaan en zoekt mensen voor haar examenopdracht).

Reacties waren: "Het is goed om te zien dat er wel uitwegen zijn." "Het was heel prettig om met elkaar ervaringen uit te wisselen, te zien dat je eindelijk onder elkaar was, dat je begrepen werd, dat anderen je pijn kenden." "Het voelde heel goed, maar het was veel te kort." Het was een zeer geslaagde uitwisseling van ideeën, meningen, tips & trucs, behandelingen en resultaten. Zeer zeker voor herhaling vatbaar!

Tekst: Janneke Vasse en Karen Jackson



Quotes workshops

We verzamelden wat uitspraken van de bezoekers van de themadag:

"Ook graag bij een volgende algemene ledenvergadering."
"Veel geleerd over RSI van andere patiënten."

RSI voor beginners,
vrijwilligers RSI-vereniging
"Voor herhaling vatbaar."
"Veel te kort!"

NineMinMax®
Yoga en Meditatie Programma
Mirelle van den Anker,
Yogic Lifestyle Consultant, InvestInYoga:

"Heftig voor een eerste keer,
kan wellicht verlichting brengen!"
"Hier had ik het meest van verwacht,
maar dit was het niet..."
"Vreemd, maar wel ontspannend!"
"Aandacht voor jezelf (durven) hebben."
"Bewustzijnbevorderend, ik wist niet
dat ik zo vastzat."

li-tips va George

Mini-tips



Hij is vijftien maanden en mannetje George loopt graag aan de hand. Liefst aan de wijsvinger van de rechterhand van zijn moeder. Haar RSI-klachten zijn inmiddels zo erg dat zelfs dit rubriekje veel te laat geleverd is en ook nog zonder de letters j, h, n, m, u en y... Heb je ook een mini-tip? Mail het aan eindredacteur.handvat@rsi-vereniging.nl of bel 038 - 460 10 90. George hoort graag van leeftijdsgenoten!

Oei, ik groei

Ik was heel hangerig de laatste tijd. Ik wilde alleen maar bij mama zijn en als ze me neerzette, huilde ik. Mama wordt gek van mij als ik dat zo een paar dagen heb. Maar als ze het boek Oei, ik groei leest dan raakt ze opgelucht. Dan weet ze dat het tijdelijk is en dat het erbij hoort. En in plaats van zich te ergeren over de berg was die nog moet worden opgehangen, geeft ze me een knuffel en zegt ze: "Ach liefje, ben je een sprongetje aan het maken?" Dat is fijn, want minder stress = minder pijn.

Waarschuwing

Moeders (en vaders!), hang niet van alles en nog wat aan en op je kinderwagen! Het is verleidelijk, weet ik, om al die boodschappen onder, in en op je wagen kwijt te zijn, maar wees gewaarschuwd. Een kinderwagen, net als een RSI-moeder, kan overbelast raken. En dan loopt zo'n wagen hartstikke mank, en dat zullen je polsen je niet in dank afnemen. Je portemonnee trouwens ook niet, want nieuwe zwenkwielen voor bijvoorbeeld een Bugaboo zijn niet goedkoop. Dus: zorg goed voor je kinderwagen en je kinderwagen zal goed voor je polsen zorgen.



Culinare tip

Zoals jullie weten pak ik mijn eten zelf. Rijst naar binnen lepelen lukt echter nog niet. Daar heeft papa iets slims voor bedacht. Hij pakt wat rijst, drukt het met zijn hand in de vorm van een bal of een worstje, en ik eet het zo op. Het werkt ook met couscous, maar probeer het niet met pasta. O, nee. Dat wordt een regelrechte pasta di sasta.

Volgende keer:
vingerbesparende looptip
en handschoentjes

Tekst: George Hill
Bron: Hetty van de Rijt en Frans X. Plooi, Oei, ik groei – de acht sprongen in de mentale ontwikkeling van je baby, ISBN 90-215-2220-9

Kort nieuws binnenland

Halvering subsidies

Het kabinet halveert de subsidies voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties. De subsidiekraan voor ouderenorganisaties wordt volledig dichtgedraaid. Stapsge- wijs wordt de 43 miljoen euro die nu beschikbaar is voor patiënten-, gehandicapten- en ouderenorga- nisaties (pgo) teruggebracht tot 25 miljoen in 2015. Minister Edith Schippers en staatssecretaris Mar- lies Veldhuijzen van Zanten van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vinden de pgo-organisaties wel belangrijk, maar bezuinigingen zijn nodig omdat Nederland uit een diep economisch dal kruipt. Zij willen met de aangepaste subsidieverstrekking streven naar "effectief en efficiënt werkende organisaties, die samen activitei- ten uitvoeren zodat cliënten hun rol in het zorgstelsel optimaal kunnen spelen."

Bron: diverse media, mei 2011

Passieve patiënt is passé



De relatie tussen zorgprofessional en patiënt gaat de komende jaren drastisch op de schop. In plaats van een passief voorwerp van zorg zal de patiënt steeds meer veran- deren in een actieve participant, die op voet van gelijkwaardigheid samen met de zorgverlener zorg draagt voor zijn eigen gezond- heid. Deze boodschap was de rode draad van TEDxMaastricht in april. *TEDxMaastricht is een Europees*

podium voor slimme ideeën, durf- denkers en vernieuwers in medi- sche zorg en gezondheidszorg (zie www.tedxmaastricht.nl).

De omslag naar actieve verant- woordelijkheid van de patiënt dwingt zorgprofessionals tot een gedragsverandering. Volgens neu- roloog Bas Bloem, medeoprichter van ParkinsonNet, moeten zorg- professionals uit hun ivoren toren afdalen. De professional kan zich niet langer opstellen als een alwe- tende god, maar wordt veeleer een gids die samen met de patiënt optrekt. "Patiënten hebben een grenzeloos vermogen om ziekte te compenseren", aldus Bloem. "Pro- fessionals hebben dit heel lang niet willen zien."

Voor Bloem raakt het samen optrekken aan de kern van het vak van zorgverlener, dat volgens hem gebaseerd is op compassie en betrokkenheid. Daarmee is co- creatie, een in dit verband veel- gebruikte term, in feite niet meer dan een radicale herinterpretatie van waar het in de zorg in essen- tie om draait. Dit neemt niet weg dat er volgens Bloem ook prag- matische gronden zijn om de ver- houding tussen dokter en patiënt te herijken: de kosteneffectiviteit wordt hoger naarmate de patiënt meer betrokken is en ook het medische resultaat verbetert. Col- lega's die hier sceptisch over zijn hoeven volgens Bloem niet te vre- zen. "De rollen veranderen, maar dat betekent niet dat de patiënt de dokter kan commanderen."

E-patiënt Dave de Bronkart (nadat hij kanker kreeg werd hij acti- vist, zie www.epatientdave.com) hamerde in Maastricht op het belang van patiëtnetwerken als kennisbronnen. "Want patiën- ten weten wat patiënten willen weten", aldus De Bronkhart. Die motivatie heeft er volgens De Bronkhart alles mee te maken dat voor de patiënt - anders dan voor de zorgverlener - eigen lijf, leden en overleven op het spel zijn. "Uiteindelijk was het mijn leven dat gered moest worden", aldus De Bronkhart. "Gezondheidszorg

is uiteindelijk zorg voor onszelf." Mede door actief gebruik van de kennis in het digitale netwerk van kankerpatiënten wist De Bronk- hart de ziekte te overwinnen. Bron: Skipr, Nieuwsbrief PGO- support

Zorg en social media

Hoe maken instellingen in zorg en welzijn gebruik van social media? Uit recent onderzoek blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen het best presteren op social-mediagebied. Voor de thuiszorg valt er nog veel te winnen. Het onderzoek is uitgevoerd door kennis- en innovatieplatform iZovator in samenwerking met internetbu- reau Redmax. Zij onderzochten of en hoe zorginstellingen aan- wezig zijn op de vijf belangrijkste social-mediaplatforms: Facebook, Hyves, Twitter, LinkedIn en You- Tube. In het onderzoek is gekeken naar zeven sectoren van zorg en welzijn: gehandicaptenzorg, reval- idatiezorg, GGZ, GGD, verpleeg- huizen, ziekenhuizen en thuiszorg. Er is gekeken naar aanwezigheid, populariteit (aantal volgers, vrien- den) en activiteit.

De Nederlandse zorg blijkt redelijk aanwezig op Hyves. Dit past bij het feit dat Hyves in Nederland het grootste social-mediaplatform is met ruim 9.500.000 leden. Twit- ter en LinkedIn scoren ook relatief hoog. Van de zorgorganisaties is 41% aanwezig op Twitter, ter- wijl Nederland 'slechts' 421.000 actieve twitteraars telt. Veel zorg- organisaties hebben op LinkedIn een bedrijfsprofiel aangemaakt waar medewerkers lid van kunnen worden, veel verder gaat de inzet van LinkedIn echter nog niet.





Hoewel 8.400.000 Nederlanders iedere maand YouTube bezoeken, is slechts 26% van de zorginstellingen actief op YouTube. Facebook is ook nog niet doorgedrongen in de zorg, maar wel in ontwikkeling.

Bron: www.socialmedia-monitorzorg.nl

Nieuw bewegend toetsenbord

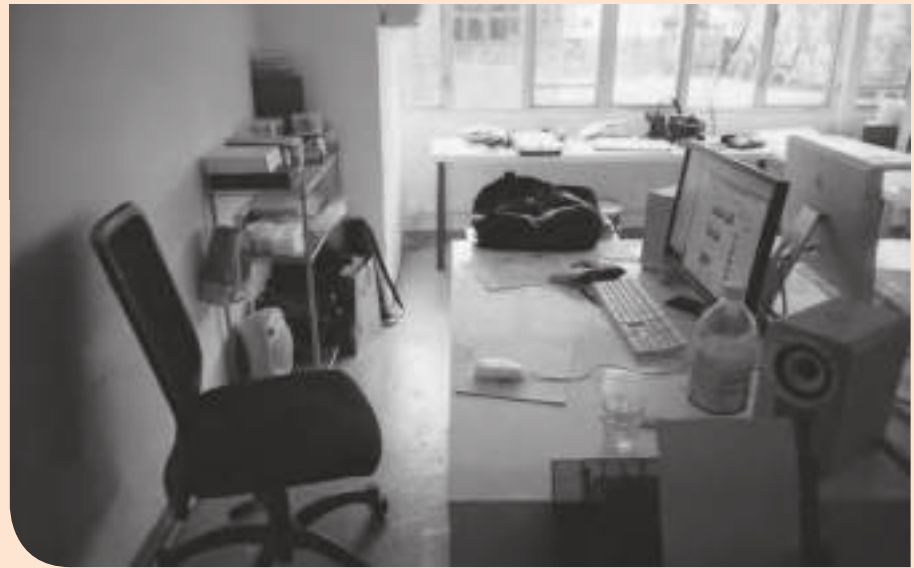
Ontwikkelaar Smartfish heeft een nieuw ergonomisch toetsenbord ontwikkeld dat zich automatisch aanpast aan de gebruiker. Het toetsenbord, Engage, meet hoe lang en op welke manier de gebruiker typt. Kleine motoren in het toetsenbord passen de vorm geleidelijk aan. Dit gebeurt door de scheiding tussen twee helften aan te passen en de hoek met de vingers langzaam te veranderen.



Op deze manier moet voorkomen worden dat de persoon in kwestie herhalende handelingen uitvoert. De kans op RSI wordt volgens Smartfish zo een stuk kleiner.
Bron: Nuzakelijk.nl

CtrlWORK-software

CtrlWORK is dat het zowel medewerkers met als zonder klachten iets te bieden heeft. Wil je iets leren over sneltoetsen of time management, dan biedt CtrlWORK je de mogelijkheden. Wil je alleen interventies of oefeningen getoond krijgen, dan kan dat ook."



Nissan Motor Parts Center (NMPC) heeft onlangs haar beeldschermwerkers uitgerust met de CtrlWORK-software voor persoonlijke effectiviteit. NMPC was in het verleden gebruiker van zogenaamde pauzesoftware die als te directief en rigide werd ervaren.

De fabrikant van CtrlWORK belooft dat de software beeldschermwerkers helpt om hun taken met de computer sneller, beter en met minder inspanningen te verrichten. CtrlWORK stimuleert beeldschermwerkers door ze sneltoetsen te leren die tijd besparen en (ongezond) muisgebruik terugdringen. Daarnaast worden gebruikers tips aangeboden over timemanagement, e-mailmanagement, mentale verfrissing, leefstijl, Het Nieuwe Werken, gezonde werkhouding en een gezonde werkplek.

Wim Visser van Nissan vindt dat de software van CtrlWORK gebruiksvriendelijk en prettig functioneert. "Het fijne aan

Volgens Wim is het belangrijkste pluspunt van CtrlWORK het eigen regiemodel. "Zowel vanuit de preventieve als curatieve modus houdt CtrlWORK een oogje voor je in het zeil. Als gebruiker heb je wel voldoende vrijheden om een interventie eenvoudig te negeren. Ook is het belangrijk dat medewerkers regelmatig inzicht krijgen in hun werkpatroon. CtrlWORK zorgt hier automatisch voor door het persoonlijke feedbackscherm wekelijks of maandelijks te tonen."

Bron: Ergodirect



Als ze niet geloven dat je pijn hebt

'Pijn is wat de patiënt zegt dat het is en bestaat wanneer de patiënt zegt dat het bestaat.' Een citaat uit 1968 van een van de pioniers in pijnmanagement in de verpleegkunde. Al te vaak echter wordt de pijn die een patiënt voelt door anderen in twijfel getrokken of toegeschreven aan een psychische 'toestand'. En dat kan schadelijke gevolgen hebben, constateerden onderzoekers meer dan eens.

Een patiënt die naar een dokter gaat, wil niet alleen van zijn klachten af. Een patiënt wil van de dokter ook een medische verklaring voor de symptomen. Een medische naam die de symptomen dekt, rechtvaardigt als het ware de klachten en maakt deze begrijpelijker, ook voor de buitenwereld. Valt er geen medisch etiket op de symptomen te plakken of is er sprake van een diagnose als RSI, fibromyalgie of onverklaarde chronische rugpijn, dan wordt het lastig. Je moet als patiënt vaker aan je omgeving uitleggen wat je scheelt en wat precies je beperkingen zijn. Je kunt zelfs, terecht of onterecht, de indruk krijgen dat de buitenwereld je niet helemaal gelooft. Misschien denken ze wel dat je aandacht zoekt of dat je overdrijft, of misschien denken ze dat je aandoening niet 'echt' is, maar psychisch.

Sociaal isolement

Britse wetenschappers stelden onlangs vast dat het grote gevolgen kan hebben als een chronisch pijnpatiënt door zijn sociale omgeving niet geloofd wordt of denkt niet geloofd te worden. Zij baseerden hun conclusies op een omvangrijke analyse van eerder gepubliceerd weten-

schappelijk onderzoek. Volgens de Britse onderzoekers raken chronisch pijnpatiënten vaak in een sociaal isolement. Sommige patiënten hebben de neiging hun pijn voor anderen te verbergen omdat er toch geen medische naam (en erkenning) is voor hun klachten. Een chronisch pijnpatiënte vertelt: "Na een kritische reactie van een vriendin werd ik gewoonweg bang voor de reacties van anderen als ik met hen over mijn pijnklachten zou praten. Het was makkelijker om mezelf af te zonderen. Op het laatst nam ik niet eens meer de telefoon op. Ik sprak of zag niemand meer." Ook naaste relaties komen soms in gevaar: "Zelfs mijn vrouw ging op een gegeven moment denken dat ik me aanstelde. Vanaf dat moment leefde ik in mijn eentje met mijn pijn." Overigens kan een patiënt ook geïsoleerd raken door de bijkomende lichamelijke beperkingen. Door de pijn wordt autorijden soms onmogelijk en kom je minder vaak de deur uit. Je huis schoonhouden of maaltijden bereiden voor bezoek kun je als pijnpatiënt soms niet meer zo goed als je vindt dat het hoort, met het gevolg dat je maar liever geen bezoek meer uitnodigt.

Stigmatisering

Sommige patiënten verbergen hun aandoening voor anderen omdat zij zelf de naam van hun aandoening ervaren als stigmatiserend. Zo kan een patiënt zijn RSI maar een vage ziekte vinden, zo'n aandoening zonder concrete oorzaak, prognose of behandeling. Of een patiënt kan zich schamen voor het psychosomatische karakter van zijn aandoening, denkend dat de term 'psychosomatisch' betekent dat zijn pijnklachten psychisch zijn en geen 'echte' pijn. Hem is blijkbaar niet goed uitgelegd dat bij een psychosomatische aandoening psychische factoren weliswaar een rol spelen bij het ontstaan of beloop van de klachten, maar dat de klachten zelf wel degelijk lichamelijk van aard zijn.

Stigma kan ook van anderen komen: werkgevers, vrienden, familieleden, artsen en ander medisch personeel. Artsen gaan er soms van uit dat pijnklachten die geen aantoonbare lichamelijke bron hebben een psychische bron hebben: pijn afkomstig uit je hoofd. Voor een aantal patiënten met onverklaarde chronische rugpijn werkte deze op zich al stigmatiserende voorstelling van de werkelijkheid

extra nadelig: al gauw werden ze door het behandelend medisch personeel bestempeld als lui óf psychisch niet in orde.

Artsen die hun patiënt vertellen dat deze een aandoening heeft met een psychische component, zouden zich volgens de onderzoekers bewust moeten zijn van de impact die het woord 'psychisch' kan hebben op hun patiënt en diens omgeving. Zij kunnen hun patiënt wapenen tegen deze impact door een genuanceerde uitleg te geven van de diagnose. Een uitleg die in bepaalde gevallen natuurlijk ook kan werken als een *reminder* voor de arts zelf.

Stereotiepe vrouwen

Vrouwelijke patiënten vormen een risicogroep. Er is een overvloed aan wetenschappelijk bewijs dat vrouwen vaak het slachtoffer zijn van stereotypering, zelfs door hun eigen artsen. Bij stereotypering van vrouwen schetst men op basis van enkele eigenschappen een karakteriserend beeld van alle vrouwen: vrouwen zouden over-emotioneel zijn en zouden te veel praten over hun pijnklachten. Zo zei een huisarts over patiënten met bekkeninstabiliteit: "Ze

zijn gewoonlijk aan de zware kant. Het zijn angstige en zorgelijke types", en een andere huisarts: "Als een patiënte dik en huilerig is, is er bij de bekkeninstabiliteit doorgaans een psychische component in het spel." Alsof het niet veel waarschijnlijker is dat je huilerig bent omdat je pijn hebt en je huisarts je niet serieus neemt.

Soms komen vrouwen door de stereotypering in een dilemma terecht. Moeten ze hun pijnklachten adequaat beschrijven, met het risico dat hun arts denkt dat ze overdrijven? Of moeten ze hun pijnklachten tegenover hun arts juist minder erg voorstellen dan ze zijn zodat hun arts niet zal denken dat ze klagen of overdrijven, met het risico dat hun arts de ernst van hun pijnklachten niet inziet? Zelfs de onderzoekers weten het antwoord niet op deze vraag. Wel doen ze de suggestie het onderwerp 'pijn' bespreekbaar te maken door aan alle pijnpatiënten regelmatig te vragen hoeveel pijn ze hebben, gemeten op een zogenoemde pijnmeetlat.

Vermis van persoonlijke integriteit

Naast schaamte, angst voor de reactie van anderen en isolement veroorzaakt het echte of vermeende ongeloof van anderen ook veel verdriet. Tegenover twijfel en ongeloof staan chronisch pijnpatiënten immers machteloos. Zonder aantoonbare fysieke schade of andere acceptabele verklaringen voor hun pijn kunnen patiënten niet bewijzen dat ze pijn hebben. Sommige patiënten zinken hierdoor weg in passiviteit of depressiviteit. Andere reageren kwaad en strijdbaar. Ze blijven zoeken naar de medische basis van hun klachten (en erkenning) en lopen van specialist naar specialist. Met het resultaat dat hun pijnklachten door stress en vermoeidheid alleen maar toenemen.

Veel geïnterviewde patiënten vertelden aan de onderzoekers dat het feit dat er geen medisch bewijs was voor hun pijnklachten vernederend voor hen was en een aanslag op hun persoonlijke integriteit. Een RSI'er: "Ik voelde me bijna alsof ik de pijn zat te verzinnen. Al het onderzoek wees immers uit dat ik gezond was? Soms ging ik zelf bijna twijfelen. Dan moest ik mezelf wijzen op de feiten. En dat was dat ik toch echt heel veel pijn voelde." Een andere RSI'er: "Bij elke behandelaar en elke hulpverlener was het alsof ik ter verantwoording werd geroepen en de ander moest overtuigen van mijn pijn. Had ik



pijn? Ja, dus! Hoe erg was die dan wel? Nou, heel erg! En dan bleef het stil aan de andere kant. En het voelde alsof ik weer niet echt geloofd werd."

Veranderd zelfbeeld

De schaamte, vernedering, onzekerheid en krenking van je persoonlijke integriteit die je als pijnpatiënt soms ervaart, kan volgens de onderzoekers zelfs het beeld veranderen dat je van jezelf hebt. Naast het feit dat je nu in de zieke hoek van de maatschappij zit en hulp, advies en soms geld nodig hebt uit de gezonde hoek, ben je blijkbaar ook minder geloofwaardig geworden. Want als je geloofwaardig was, hoefde je niet steeds maar uit te leggen wat je mankeert en wat je beperkingen zijn. Dus hoe betrouwbaar ben jij eigenlijk, als mens, als ouder, als werknemer?

Er zijn ook chronisch pijnpatiënten die, vaak met vallen en opstaan, een manier hebben gevonden om een positief zelfbeeld te creëren. Sommigen van hen doen dat op schadelijke wijze, bijvoorbeeld door niet meer te praten over hun klachten en te werken zo hard als nog kan. Anderen doen dat onder meer door kwaliteiten in zichzelf te ontwikkelen die beter verenigbaar zijn met hun pijnklachten. Die laatste patiëntencategorie zou hét antwoord kunnen vormen op ongeloof. Als onderzocht wordt hoe deze patiënten zich met succes teweerstellen tegen de afbraak van hun persoonlijke integriteit en hun zelfbeeld, kan een nieuw soort pijnmanagement-programma ontwikkeld worden. Een methode die chronisch pijnpatiënten kan ondersteunen in het vinden van hun weg door het woud van stigma en stereotypering. Want wie zijn wij als we niet meer in onszelf kunnen geloven?

*Auteur: Karlijn van der Meer
Bron: B.J. Newton, J.L. Southall en anderen, A Narrative Review of the Impact of Disbelief in Chronic Pain, American Society for Pain Management Nursing, 2010.*



Patiënten **mondiger** en **weerbaarder** dankzij project 'Sterk naar Werk'

Sterk naar Werk is een organisatie die via empowering - krachtig maken - de arbeidsparticipatie en maatschappelijke participatie van betaalde en onbetaalde werkenden wil verhogen. Met het project 'Sterk naar Werk. Ziek en mondig in de eerste lijn' wil zij de positie van chronisch zieken verbeteren.

Dat doet de organisatie door via de huisarts bij gezondheidscentra samenwerking aan te bieden met een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Het gaat om een pilot van vijftien initiatieven, verspreid over Nederland. In het najaar van 2010 presenteerden onderzoekers van UMC St. Radboud Nijmegen de eindresultaten van het project tijdens het congres 'De Dag van de Arbeid en Gezondheid'.

Het probleem waar chronisch zieken vaak tegenaan lopen is dat ze in een baan moeite hebben met werkdruk of daarbuiten onzekerheid hebben over hun uitkering of moeilijk betaald of vrijwilligerswerk kunnen vinden. Bij een huisarts of specialist vinden deze mensen daar geen informatie over. Terwijl er een belangrijke relatie bestaat tussen participatie en gezondheidsklachten. Tijdens de pilot werden vooral mensen verwezen die kwetsbaar waren op het gebied van gezondheid, maatschappelijke positie en weerbaarheid. Een deel van de gevallen (15%) kon nooit bij een bedrijfsarts terecht, zoals zzp'ers.

Meer mogelijkheden

De cliënten zijn positief over de begeleiding, die zij waardeerden als deskundig, professioneel en respectvol. Ze schreven hun herstel hier ten dele aan toe. Ook voelden ze zich meer weerbaar en mondig, kregen ze meer zelfvertrouwen en geloofden ze meer dat het zou lukken om hun werk weer op te pakken of vol te houden. Ook

zijn de huisartsen van de pilots van 'Sterk naar Werk' positief en hebben zij de participatie van hun patiënten meer op hun netvlies staan. De onderzoekers van UMC St. Radboud Nijmegen stellen dat 'Sterk naar Werk. Ziek en mondig in de eerste lijn' werkt. "Mensen vonden de kracht om hun problemen zelf aan te pakken. De maatschappelijke gevolgen van hun ziekte of beperking worden zo minder groot. Een vervolg van 'Sterk naar Werk' is daarom heel wenselijk. Eén jaar blijkt te kort om tot nieuwe routines te komen. Financiers als verzekeraars en overheden zijn aan zet om deze innovatie van de eerstelijnszorg door te zetten."

**De onderzoekers
van UMC St.
Radboud Nijmegen
stellen dat 'Sterk
naar Werk' Ziek
en mondig in de
eerste lijn' werkt**

Tekst: Gabriëlle Bosch

Bron: Joost van der Gulden, Aandacht voor de maatschappelijke gevolgen van chronisch ziek zijn. Van der Gulden is bedrijfsarts en hoofd van de sectie Arbeid en Gezondheid binnen het UMC St. Radboud. Hij coördineerde het evaluatieonderzoek van Sterk naar Werk.

Initiatiefnemers 'Sterk naar Werk'

Kennisinstituut Welder en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) hebben met het project 'Sterk naar Werk' en in vijftien pilots ruimte gegeven aan innovatie rond maatschappelijke participatie en gezondheid, onder andere via zelfmanagement van de patiënt/werkende in de eerste lijnszorg. Zie www.sterksnaarwerk.info of www.weldergroep.nl.

Sneltoets: Waarom ben je lid?

Informatie en (h)erkenning

Waarom ben je ooit lid geworden van de RSI-vereniging? En waarom *blijf* je lid? Tijdens de themamiddag van 26 maart hebben we hierover een sneltoets afgenomen. 26 aanwezigen hebben onze vragenlijst ingevuld. Meer dan de helft van hen is al meer dan tien jaar lid.



Sommige invullers zijn echter (nog) geen lid of zijn het pas enkele dagen of maanden. Veel RSI'ers zijn bij de RSI-vereniging terechtgekomen via een zoekopdracht op internet, soms na een bericht in de media. Een enkeling kwam via een behandelaar of via een andere RSI'er.

Niet alleen

We waren vooral benieuwd naar de redenen waarom mensen lid *blijven* van de vereniging. Dit geeft immers meer inzicht in de manieren waarop we nieuwe leden kunnen werven – én oude kunnen behouden. Veel RSI'ers blijven lid om op de hoogte te blijven van de nieuwe ontwikkelingen. Ze willen tips, informatie over nieuw onderzoek, behandelingen en trainingen. Ook willen ze RSI onder de aandacht blijven houden. "Een feest van herkenning", noemt iemand. "Dan weet je dat je er niet alleen in staat." En een ander zegt: "Er is nog zoveel te doen!" Sommigen spreken waardierend over de seminars

en workshops. Ook het Handvat wordt genoemd als reden om lid te blijven.

Word lid

Vrijwel alle respondenten raden andere RSI'ers aan om lid te worden van de vereniging. Eén persoon maakt wel het volgende voorbehoud: "Het is voor iedereen een zoektocht. Ik ben bang dat lid worden alleen een kleine bijdrage levert. En niet iedereen ziet zich als 'patiënt' en wil het liefst ontkennen dat er iets ernstigs aan de hand is."

Wat ons bij de sneltoetsen iedere keer opvalt, is dat de invullers hun goede ervaringen graag met andere RSI'ers willen delen. Ook deze keer kregen we weer veel concrete suggesties voor lezingen of workshops. Daar zijn we heel blij mee, en alle tips nemen we zeker mee in de plannen voor het volgende jaar.

Tekst: Annemiek Hutten

Waar?

Welke locaties hebben nu de voorkeur voor toekomstige themamiddagen? De meeste bezoekers van de themamiddagen komen met het openbaar vervoer. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zij voorkeur hebben voor een locatie die gemakkelijk bereikbaar is met het OV, liefst in het midden van het land. Ook daar houden we de komende jaren rekening mee.



Pijn voor de verandering

De Britse, in Italië woonachtige schrijver Tim Parks is begin vijftig wanneer hij onverklaarbare hevige pijn in zijn onderbuik krijgt. 's Nachts ligt hij wakker en moet hij om de haverklap naar de wc, hoewel hij niet meer dan een miezerig straaltje weet te produceren. Aanvankelijk probeert hij het probleem te negeren. Niets aan de hand, veel te gênant, gaat wel weer over. Maar de pijn laat verdwijnt niet en gaat zijn leven beheersen. Een leven dat in het teken staat van gedrevenheid en ambitie: Parks is auteur, universitair docent, fanatiek sporter en ook nog echtgenoot en vader. Hij benadert alles wat hij doet met een fel rationeel, analytisch oog. Hij houdt interne monologen en denkt in beschrijvingen, alsof hij zijn gedachten wil bewaren voor publicatie.

Medische molen

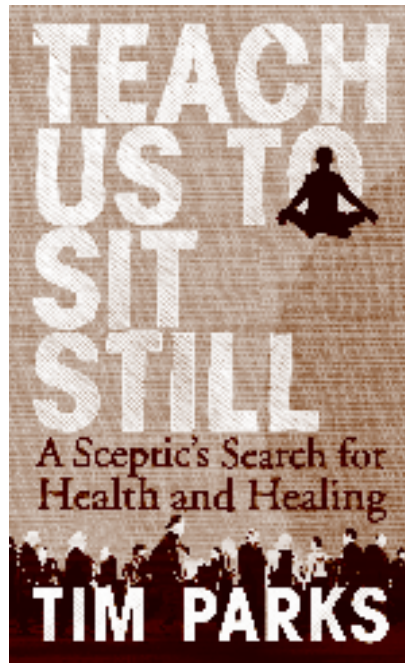
Wanneer hij, bang voor prostaatkanker, zich na twee jaar ellende dan toch tot de medische wetenschap wendt met zijn pijn, stuit hij op bot ziekenhuispersoneel en chirurgen die alleen maar willen snijden. Hij moet in buisjes plassen en ejaculeren, en bestudeert vertwijfeld de getalletjes van de uitslag van bloedonderzoeken. Maar als hij de hele molen doorlopen heeft, blijkt dat er eigenlijk niets met hem aan de hand is. Wat nu? Tijdens zijn eenzame, doorwaakte nachten zoekt hij het internet af naar prostaatpijn en komt daar hordes mannen tegen die ook niet meer weten waar ze het zoeken moeten. Als hij wel slaapt, droomt hij over woest stromende rivieren. Hij raakt gefascineerd door een schilderij van Velazquez waarin een glas helder water de centrale plek inneemt ('De waterverkoper van Sevilla' uit 1623). Met het plassen schiet het niet op. Hij vraagt zich af of hij nu gedoemd is naar en ellendig oud te worden. Langzaam begint hij te vermoeden dat zijn pijn misschien psychosomatisch is.

Hoofdpijn in je bekken

Tussen de reclameboodschappen op het web ontdekt hij een boek van twee artsen uit Californië, *A headache in the pelvis*, waarin zij de pijn toeschrijven aan jarenlange verkeerde spierspanning. Ten einde raad en met het idee alles al geprobeerd hebben, bestelt hij het boek en probeert de ademhalingstechniek die wordt gepropageerd. Tot zijn stomme verbazing heeft het een onmiddellijk, zij het beperkt, effect. Zijn aandacht voor zijn lichaam is gewekt. Hij realiseert zich dat hij inderdaad altijd gespannen is, verbeteren en vasthoudend.

Hij neemt zijn jeugd onder de loep. Als kind en jongvolwassene voelde hij zich voortdurend ongemakkelijk bij zijn uiterst religieuze ouders; van de weeromstuit heeft hij een hekel gekregen aan alles wat niet concreet en wetenschappelijk te verklaren valt. Tegelijkertijd werd hij opgevoed met de in het Westen zo scherpe scheidslijn tussen lichaam en geest. Het lichaam dient als instrument van de geest, als middel om je doelen te bereiken, en verder niets. Parks is een typische 'hoogdenker': iemand die in zijn hoofd leeft en vanuit dat hoofd het lichaam beheerst, in plaats van beleeft. Daar komt hij niet zomaar vanaf. Hij gaat verwoed door met ademhalingstechnieken, belandt onwennig op de mat van

een massagetherapeut en komt uiteindelijk terecht in een Vipassana retraite, waar boeddhistische meditatie en stilte worden beoefend onder leiding van een beroemde goeroe.



Tim Parks 'Teach us to sit still'

A sceptic's search for health and healing.

Harvill Secker, Londen, 2010

ISBN 978-1-846-55399-8

Leer ons stil te zitten. (vert. Lidy Pol)

Arbeiderspers, Amsterdam, 2011

ISBN 978-90-295-73306

Verlichting...

En dan gebeurt het: hij leert zijn hoofd vol woorden los te laten, en met zijn volledige bewustzijn af te dalen in het lichaam. Wat uiteraard in eerste instantie meer pijn gaat doen dan ooit; wie wel eens vanuit het niets heeft geprobeerd langdurig te mediteren, weet dat werkelijk alles ongehoord zeer gaat doen. Maar in de loop van de dagen bereikt hij steeds meer rust. En de pijn verdwijnt. Hij oordeelt niet meer, ziet met woordeloze verbazing de kleinste details en hoort de goeroe gelaten aan. Hij is er zo van onder de indruk, dat hij ter plekke besluit zijn schrijverschap te beëindigen. De goeroe weet dit uit zijn hoofd praten. Gelukkig maar, want Tim Parks kan zijn reis van ondraaglijke pijn en een vastlopend leven naar geestelijke

en lichamelijke balans niet voor zich houden. Dit is iets wat verteld moet worden, en vertellen doet hij met verve.

Pijn als katalysator voor verandering

De kracht van Parks' verhaal is dat hij nauwgezet vertelt hoe chronische pijn ons dwingt tot verandering. In onze samenleving zijn we voortdurend bezig met het verwerken van informatie, voornamelijk woordelijke informatie en snelle beelden. We leven in ons hoofd en we zitten vrijwel de hele dag in dezelfde houding. Dan is het vreselijk om lichamelijke pijn te krijgen, want het lichaam dringt zich op en wat moet de geest daarmee?

Parks beschrijft hoe hij zich eerst steeds verder terugtrekt in krampachtige mentale processen. Hij isoleert zichzelf, zoals pijnpatiënten vaak geïsoleerd raken. Zo komt hij op een gegeven moment op het idee dat het misschien beter zou zijn als hij geen gezin had. Ook houdt hij vast aan fysieke gewoonten, zoals het fanatieke sporten, hoewel de pijn en het plasprobleem alle plezier daarin wegnemen. Pas als hij voorbij de wanhoop is, kan hij zijn gedrevenheid en tomeloze ambitie loslaten. Zijn veranderingsproces bestaat uit leren mediteren (wat eigenlijk niets meer is dan bewust aanwezig zijn in het hier en nu), zijn lichaam omarmen en rommel uit het verleden opruimen. Aan het eind van het boek blijkt dat Tim Parks meer op de mensen om hem heen is gericht dan in het begin. De isolatie is veranderd in ontvankelijkheid. Dat is allemaal op zich niet opzienbarend, maar het heeft wel geresulteerd in kostelijk leesvoer.

Dit is geen belerend zelfhulpboek en al helemaal geen zweverig relaas, bedoeld om je tot het boeddhisme te bekeren. Het is vooral een herkenbaar, ongelooflijk grappig (Britse humor), ontroerend en aanstekelijk geschreven werk over verandering. Het is lezenswaardig voor iedereen die vastzit in pijn en aanvoelt dat het anders moet. Overigens hoeft dat niet via meditatie te gaan; in het vorige Handvat lazen we immers dat een beeldschermwerker baat kan hebben bij haptotherapie en een jongleer-routine. Tim Parks blijft mediteren en naar retraites gaan. Hij is pijnvrij en hoeft niet meer zo heel vaak naar de wc. Wel plast hij nog steeds druppelsgevijs, maar dat is vast de leeftijd.

Tekst: Marieke Harmsen

Gevoelige punten, welke RSI'er heeft ze niet? Fysiotherapeut Carel Bron heeft naast zijn werk een proefschrift geschreven over de diagnose en behandeling van triggerpoints bij schouderpijn. Zijn onderzoek bewijst dat patiënten met schouderklachten veel actieve triggerpoints hebben, en dat behandeling daarvan effectiever is dan afwachten. Triggerpoint-therapie lijkt daarmee een veelbelovende techniek in het arsenaal van RSI-behandelingen.

Bron maakt een punt bij schouderpijn

Al in de zestiende eeuw worden triggerpoints voor het eerst beschreven door de Franse arts De Baillou, en in de eeuwen daarna steeds herontdekt. Het meest-gebruikte standaardwerk zijn de twee delen die de Amerikaanse artsen Janet Travell en David Simons in 1983 en 1992 hebben gepubliceerd na bijna vijftig jaar onderzoek: *Myofascial Pain & Dysfunction; The Trigger Point Manual*. Een triggerpoint is een sterk prikkelbare plek in een skeletspier, herkenbaar als een tastbare, overgevoelige verharding in een strakke band van spiervezels. Er zijn actieve en latente triggerpoints. Actieve triggerpoints kunnen uit zichzelf plaatselijk of verder weg in het lichaam pijn veroorzaken, latente triggerpoints geven alleen pijn als ze gestimuleerd worden. Triggerpoints kunnen niet alleen pijn veroorzaken, maar ook spierzwakte, spierstijfheid, bewegingsbeperkingen en (over)gevoeligheid.

Om triggerpoints te vinden kijkt een behandelaar naar de geschiedenis van een patiënt, naar bewegingspatronen, en naar de ervaren pijn. Van elk triggerpoint is namelijk bekend op welke plaatsen deze pijn kan veroorzaken. In figuur 2a en 2b zie je vier met een kruisje aangegeven belangrijke triggerpoints in de schouder, en met rode stippen de plekken waar deze triggerpoints pijn kunnen veroorzaken. Op basis van dit alles gaat de behandelaar op zoek naar triggerpoints, door de spieren af te tasten. Dit kan door met de duim of vingers op de

spier te drukken, of door de spier tussen duim en vingers af te tasten (figuur 1a en 1b). In het onderzoek van Bron wordt aangetoond dat er grote overeenstemming is in het herkennen van actieve triggerpoints tussen verschillende behandelaars.



fig. 1a en 1b

Relatie triggerpoints en schouderpijn

Schouderpijn is een klacht die veel voorkomt, zowel in Nederland als elders. 20% tot 50% van de bevolking op jaarbasis heeft last van schouderpijn, waarvan ongeveer de helft medische hulp zoekt. De pijn herstelt moeilijk en komt vaak weer terug, ook na medische behandeling. De pijn is vaak in rust al aanwezig en wordt erger bij bepaalde bewegingen of houdingen. Dit leidt tot slaapverlies, beperkingen in het dagelijks leven en problemen om volledig mee te

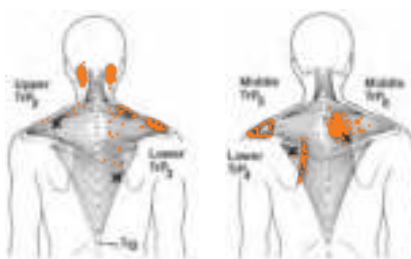


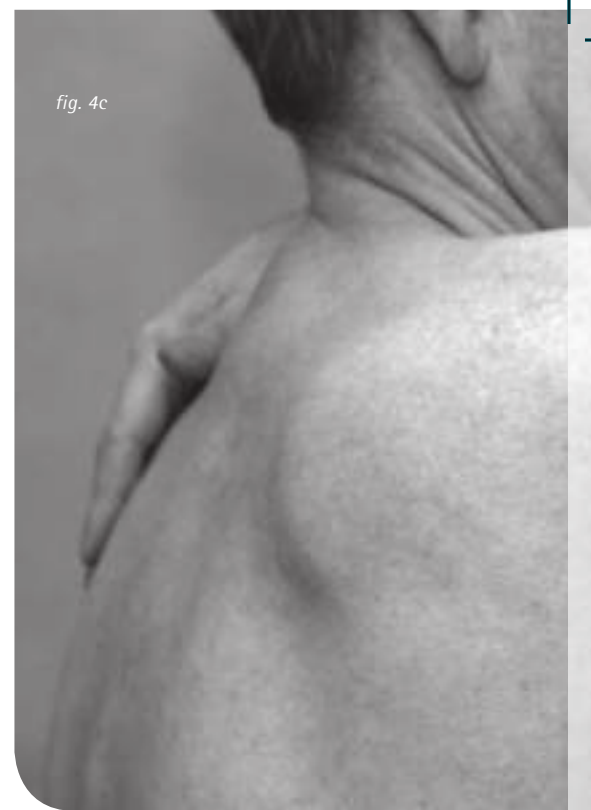
fig. 2a en 2b

doen in werk, sport en hobby's. Een herkenbaar RSI-verhaal!

Medische verklaringen voor schouderpijn richten zich vooral op ontstekingen of scheurtjes in pezen. Deze komen echter óók voor bij mensen zonder schouderpijn en zijn dus geen afdoende verklaring. Omdat Carel Bron in de praktijk merkte dat triggerpoint-behandeling helpt bij schouderklachten, is hij de rol van triggerpoints wetenschappelijk gaan onderzoeken. Allereerst heeft hij bij 72 patiënten met schouderpijn aan één kant het aantal en de plaats van actieve en latente triggerpoints in de schouder-spieren onderzocht. Gemiddeld waren er 6 spieren met actieve en 4 spieren met latente triggerpoints, met uitschieters naar 16 respectievelijk 11. Per spier kunnen er meerdere triggerpoints zijn. Het aantal spieren met triggerpoints en de gevoeligheid van de triggerpoints hielden verband met de pijnscore van de patiënten. De spieren waar de meeste triggerpoints zaten, zijn aangegeven in figuur 3a t/m c, de nummers zijn de triggerpoints op die spieren.

Het proefschrift van Carel Bron toont aan dat triggerpoints een rol spelen bij schouderpijn. Eerder is al aangetoond dat dit ook geldt voor lage rugpijn en migraine. Bij bijna elk pijnprobleem waarbij skeletspieren betrokken zijn, spelen triggerpoints een rol. Denk aan het carpaletunnelsyndroom, tendinitis (peesontsteking), whiplash en natuurlijk RSI.

fig. 4c



Triggerpoints behandelen bij schouderpijn

Triggerpoints komen dus veel voor bij patiënten met schouderpijn. De laatste stap in het onderzoek was dan ook een wetenschappelijke proef om te kijken of fysiotherapeutische behandeling van triggerpoints effectiever is dan géén behandeling. De groep bestond uit patiënten met langdurige pijn aan één schouder. Zij werden willekeurig onderverdeeld in een groep die de behandeling kreeg, en een andere groep die eerst drie maanden op een wachtlijst kwam. Na zes weken was er een klein verschil tussen de behandelde groep en de wachtlijstgroep. Na twaalf weken was het verschil in pijn en beperkingen klinisch relevant: 55% van de patiënten in de behandelde groep was verbeterd tegen 14% uit de wachtlijstgroep, en de behandelde patiënten waren ook nog eens méér verbeterd. De behandelde patiënten hadden minder actieve triggerpoints, de wachtlijstgroep had er juist meer.

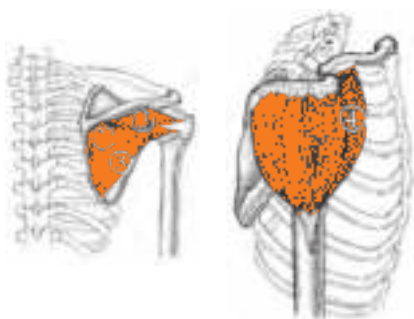


fig. 3a en 3b

De behandeling van triggerpoints in dit onderzoek bestaat uit het inactiveren ervan door aanhoudende druk uit te oefenen. Zie figuur 4a, waar een triggerpoint in de infraspinatusspier in de linkerschouder wordt behandeld. Dit wordt gevolgd door het rekken van de spier, en een combinatie van spierrekkingsoefeningen met ijsapplicatie. Met een beker met ijs wordt over de spier bewogen in combinatie met het rekken van de spier door de arm te buigen. Verder kregen de patiënten instructie om meermalen per dag spierrekking- en ontspanningsoefeningen te doen, en houdings- en ergonomische adviezen. Het idee is dat de verschillende onderdelen elkaar versterken. Het nadeel is wel dat nu nog niet bekend is welk onderdeel het meeste effect heeft op de positieve resultaten van de totaalbehandeling.

Conclusie en discussie

Het proefschrift van Carel Bron laat zien dat triggerpoints een rol spelen bij schouderpijn en geeft een wetenschappelijke onderbouwing voor het ontstaan en de rol van triggerpoints bij pijnproblemen. Behandeling van triggerpoints bij schouderpijn lijkt effectiever dan geen behandeling. Het was natuurlijk interessanter geweest om triggerpoint-behandeling met andere mogelijke behandelingen te vergelijken, of om de complete triggerpointbehandeling te vergelijken met alleen spierrekking- en ontspanningsoefeningen en houdings- en ergonomische adviezen.

Desondanks geven de resultaten bij patiënten met langdurige schouderpijn goede hoop dat er een veelbelovende therapie bij is gekomen in het scala van RSI-behandelingen. Er zijn in Nederland al enkele honderden fysiotherapeuten die deze behandeling aanbieden (zie www.myofascialepijn.nl/gecertificeerden).

Een andere behandelmethode van triggerpoints is het zogeheten dry needling. Deze techniek is in opmars, maar komt in dit proefschrift niet aan bod. Je kunt nu eenmaal niet alles tegelijk onderzoeken.

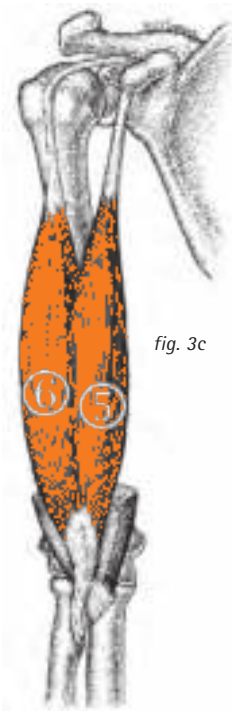


fig. 3c



fig. 4a

Vitaminetekort bij RSI?

Triggerpoint-goeroes Travell en Simons hebben niet alleen aandacht voor de rol van triggerpoints, maar ook voor andere factoren die een rol kunnen spelen bij het instandhouden van pijnklachten. Ze raden aan dat een behandelaar al deze aspecten meeneemt, ook als ze buiten zijn directe vakgebied liggen. Het gaat dan om mechanische factoren, zoals houding van het hoofd, ongelijke beenlengte en hypermobiliteit. Andere interessante factoren zijn tekorten aan bijvoorbeeld vitamine B1, B6, B12, foliumzuur, vitamine C en D, ijzer, magnesium en zink. Vitamine B12-tekort komt voor bij ongeveer 16% van de chronisch pijnpatiënten en kan leiden tot cognitief disfunctioneren, verslechtering van het ruggenmerg en zenuwaandoeningen. IJzergebrek is een mogelijke factor in het ontstaan van triggerpoints, omdat ijzer noodzakelijk is voor zuurstoftransport in de spieren. Gebrek aan vitamine D komt zelfs voor bij ongeveer 90% van de patiënten met chronische RSI-klachten. Het aanvullen van deze tekorten kan maanden duren, zonder dat er in die periode veel verbetering optreedt in de klachten.

De pijnklachten kunnen ook gerelateerd zijn aan andere aandoeningen, zoals een overactieve schildklier, lupus, parasitaire ziektes als Lyme's en babesiosis, bacterie-infecties zoals ehrlichiosen en de candida albicans-infectie, laag suikergehalte en nog meer. Een behandelaar zou de symptomen moeten kennen van al deze medische diagnoses en multidisciplinair moeten samenwerken als een van deze diagnoses een rol speelt bij de klachten.

Stress is een psychologische factor die triggerpoints kan activeren. De activiteit in triggerpoints neemt drastisch toe bij mentale en emotionele stress. Ontspanningstechnieken kunnen hier helpen. Verder hebben chronisch pijnpatiënten vaak last van depressie, angsten, slaapproblemen, boosheid en gevoelens van hopeloosheid, en kunnen ze activiteiten gaan vermijden door de pijn. Een goede behandelaar neemt al deze factoren mee. Dit sluit aan bij de totaalbenadering van de Indiase arts Deepak Sharan.

Verder zijn er tegenwoordig ook triggerpoint-zelfcoaches, die je kunnen leren hoe je zelf triggerpoints kunt herkennen en behandelen (zie bijvoorbeeld www.triggertouch.nl).

We zijn heel benieuwd naar jullie ervaringen met al deze triggerpoint-methoden en roepen jullie op om die met ons te delen.

Tekst: Sandra Oudshoff

Bron: C. Bron, *Myofascial trigger points in shoulder pain. Prevalence, diagnosis and treatment*, 2011, PhD thesis, Radboud University Nijmegen Medical Centre, ISBN 978-90-9026017-4.



Overhandiging van de doctorsbul.

Buitenpromovendus?

Traditioneel bevat een proefschrift een inlegvel met een rijtje stellingen van de promovendus. Het zijn deels wetenschappelijke stellingen, ontleend aan het proefschrift zelf, maar er zitten ook altijd een paar luchthartige stellingen bij. De laatste stelling van Carel Bron luidt: "Het is buiten kiff dat een buitenpromovendus buitengewoon weinig in de buitenlucht komt." Een buitenpromovendus is iemand die buiten de universiteit zijn promotieonderzoek verricht en dus niet in dienst is van de universiteit. Zoals Carel, die zijn onderzoek deed in zijn eigen tijd, in zijn Groningse praktijk, onder begeleiding van de Radboud Universiteit. Toch lijkt de foto (links) van de overhandiging van de doctorsbul deze stelling te logenstraffen, aangezien Carel hier een gezonde bruintint heeft...

Project Zichtbare Zorg

Ziekenhuisbehandeling carpaletunnel-syndroom binnenkort online

Keuzes maken is een onmisbaar ingrediënt van het menselijk bestaan. Continu maak je kleine en grote keuzes, van "Wat eten we vanavond?" tot "Moet ik mijn baan opzeggen?". Ook in de gezondheidszorg valt steeds meer te kiezen. Het project Zichtbare Zorg helpt daarbij. De resultaten voor carpaletunnelsyndroom-operaties worden binnenkort openbaar, zodat je zelf kunt kiezen welk ziekenhuis het beste past bij jouw wensen.

Het carpaletunnelsyndroom (CTS) is een van de meest voorkomende vormen van specifieke RSI-klachten. Bij aanhoudende klachten volgt vaak een operatie in het ziekenhuis. Daarom is CTS een van de 25 aandoeningen waarnaar wordt gekeken in het project Zichtbare Zorg. Dit project is opgezet door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en wordt uitgevoerd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) samen met de Consumentenbond. Vanuit de RSI-vereniging is Sandra Oudshoff bij dit project betrokken. Per aandoening wordt onderzocht wat voor de patiënt belangrijke kwaliteitsindicatoren zijn om ziekenhuizen voor deze operatie onderling te vergelijken. Daarna worden de ziekenhuizen ondervraagd over die indicatoren, en de resultaten worden op internet gepubliceerd. De bedoeling hiervan is dat de transparantie in de zorg groter wordt, en dat jij als patiënt beter kunt kiezen waar je behandeld wil worden.

Verenigingsnieuws

Oktober

In 2009 is eerst een groepsgesprek gehouden met carpaletunnelsyndroom-patiënten. Op basis van de uitkomsten daarvan is een vragenlijst gemaakt die aan minstens vijftig andere patiënten is voorgelegd in 2010. Het resultaat daarvan is een aantal kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen over CTS-operaties en de zorg eromheen. Bijvoorbeeld of de patiënt vóór de operatie informatie krijgt over de verdoving en de voor- en nadelen hiervan, of de chirurgen ervaring hebben met CTS-operaties, en of het ziekenhuis de mogelijkheid biedt om op één dag onderzoek, uitslag én behandeling te doen.

Vanaf oktober kun je online zien kijken op: www.kiesbeter.nl en www.consumentenbond.nl

De ziekenhuizen hebben eind 2010 deze vragenlijst gekregen om in te vullen. Ze hebben zes maanden de tijd om alle gegevens aan te leveren, omdat gelijktijdig over alle andere aandoeningen óók gegevens worden opgevraagd. Eind mei 2011 komen de ruwe resultaten voor CTS beschikbaar. Die worden dan getoetst en verwerkt. Vanaf oktober 2011 zijn de resultaten voor iedereen online te bekijken, via de websites van de consumentenbond en kiesbeter.nl. Vanaf dat moment kun je zelf bepalen wat voor jou belangrijk is bij een CTS-operatie, en welk ziekenhuis daar het beste bij past.

Tekst: Sandra Oudshoff

Internationaal

Steeds meer nieuwe moeders last van Mummy Thumb

In Amerika heeft 25% tot 50% van de kersverse moeders last van de zogeheten Mummy Thumb: een nieuwe term voor overbelasting van de pezen tussen pols en duim die veroorzaakt wordt door het optillen, oppakken en vasthouden van baby's door moeders die dat duidelijk niet gewend zijn. Steeds meer moeders lijken deze klacht te ontwikkelen. Redenen daarvoor zijn het feit dat de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen stijgt (vaak dertigers), dat kinderen zwaarder zijn (in de VS is een op de tien kinderen tot 2 jaar al te zwaar). Ook de opkomst van de smartphones is een factor. De Mummy Thumb is een RSI-klacht die veel lijkt op het carpaletunnelsyndroom en de tenniselleboog. Het is geen nieuw probleem, maar een klacht die meer en meer voorkomt. Het symptoom is een scherpe pijn aan de binnenkant van de pols, die wordt veroorzaakt door peesontstekingen tussen de duim en de pols. De mamaduim kan behandeld worden met pijnstillers of ontstekingsremmers. Soms helpt spalken. In het uiterste geval wordt er geopereerd of worden steroïdeninjecties voorgeschreven.
Bron: TheDenverChannel.com

Vrouwelijke militairen krijgen RSI door mannenuniform

Vrouwelijk militairen in Amerika hebben 20% meer kans op RSI-gerelateerde klachten, domweg omdat hun uniform niet geschikt is. Door de jaren heen is het militaire uniform altijd gemaakt met mannen in gedachten. Vrouwelijke soldaten kunnen in dat uniform niet altijd goed functioneren. Zo kunnen kniebeschermers halverwege het scheenbeen hangen, passen kogelvrije vesten niet lekker, en even een plasje



plegen tijdens een vlucht zit er ook niet in als vliegpakken uit één stuk bestaan.

700 vrouwen in het Amerikaanse leger gaan nu een nieuw uniform met kortere mouwen en kniebeschermers op de juiste plek testen. Daarnaast gaat het leger kijken of de vliegpakken kunnen worden aangepast. De luchtmacht heeft al een pak voor vrouwen, waarin niet alleen meer heupruimte en borstaanpassingen zijn aangebracht, maar waar ook een langere rits verdere aanpassingen voor een toiletbezoek overbodig kan maken.

Een speciaal research centrum in Massachusetts is inmiddels begonnen met het ontwikkelen van een kogelvrij vest, speciaal voor vrouwen.

Bron: St. Petersburg Times, april 2011

Ierland gaat meer doen aan preventie RSI

Spier- en gewrichtsaandoeningen, zoals RSI, zijn de meestgenoemde redenen van werkgerelateerde ziekte meldingen in Ierland. Dat kost het land minstens 750 miljoen euro

per jaar. Ierland geeft per hoofd van de bevolking bijna 41% uit aan ziektekosten en -uitkeringen. Daarmee is het land meer kwijt dan 24 andere landen binnen Europa.

Reden genoeg voor Ierland om de focus te verleggen en meer tijd en aandacht te besteden aan preventie. Zo kunnen de kosten voor bedrijven en zeker voor de overheid worden verlaagd. Bedrijven, gezondheidszorgprofessionals, ambtenaren en vakbonden hebben samen besloten de impact van spier- en gewrichtsaandoeningen op de ziektecijfers te gaan aanpakken. Dat deden zij tijdens een bijeenkomst in Dublin, georganiseerd door Arthritis Ireland (belangenorganisatie voor mensen met artritis).

Bedrijven worden aangespoord om zich aan te sluiten bij Fit for Work: een Europees initiatief dat zich inzet voor werknemers met RSI-gerelateerde klachten. Landen als het Verenigd Koninkrijk en Ierland hebben een cultuur waarin ziek zijn vaak betekent dat je meteen uitgesloten wordt van werk, doordat er weinig tot geen re-integratiehulp geboden wordt. De bedoeling van Fit for Work is hier verandering in te brengen.

Bron: www.advertiser.ie/mayo/article/39078/good-health-is-good-business



Internationaal

Game-industrie focust op spraakherkenning

Spraakherkenning gaat een steeds belangrijker rol spelen bij de ontwikkeling van nieuwe software. Dat geldt zeker ook voor games. Microsoft is van plan spraakherkenning verder te ontwikkelen om games als het spel Kinect mee te besturen. "Op dit moment benutten we pas 10% van het potentieel", aldus Microsoft. "De mogelijkheid om door middel van spraakcommando's de Xbox te laten pauzeren is pas een beginnetje."

In de toekomst moet het steeds meer gaan lijken alsof je een gesprek voert met de Xbox. Microsoft gaat proberen de technologie zo te verbeteren dat die beter geschikt is voor lichaam en stem. Overigens zullen fanatieke Nederlandse gamers nog behoorlijk wat geduld moeten hebben. Spraakherkenning in games zal voorlopig slechts beschikbaar zijn in het Engels, Spaans en Japans.

Bron: *Gamer.nl*

RSI op Cuba

Spier- en gewrichtsaandoeningen zijn de op één na belangrijkste oorzaak van volledige arbeids-

ongeschiktheid op Cuba. De Cubaanse regering heeft weliswaar veel aandacht voor het probleem, maar de aanpak ervan is eerder reactief dan proactief. Dat blijkt uit onderzoek. Er is wel aandacht voor preventie en er zijn ergonomische hulpmiddelen beschikbaar, maar die worden te weinig ingezet. Het terugdringen van risicofactoren is vooral gebaat bij preventie. Dat gebeurt nu te weinig. Om echt een goed beeld te krijgen van de werkomstandigheden in Cuba is meer onderzoek nodig.

Bron: *HubMed, januari 2011*

Veelvuldig RSI bij personeel in basisonderwijs

Acht op de tien mensen die werkzaam zijn in het peuter-, kleuter en basisonderwijs in Groot-Brittannië hebben last van rug- en nekklachten. Dat blijkt uit een recente enquête die is afgenomen door een fysiotherapeut in samenwerking met Voice The Union, een vakbond voor onderwijspersoneel. Van de 750 ondervraagden meldde ruim 80% werkgerelateerde RSI-klachten. Over lage tafels buigen en op kinderstoeltjes zitten veroorzaakte

de meeste pijn. Ook kinderen optillen, dingen oprapen van de vloer en het verplaatsen van meubilair en apparatuur gaf veel ongemak.

Sommigen ondervraagden hadden noodgedwongen fulltime werken opgegeven, of besloten met oudere kinderen te gaan werken. Anderen waren genoodzaakt vanwege gezondheidsproblemen eerder te stoppen met werken. Gek genoeg had slechts 8% van de ondervraagden daadwerkelijk melding van hun klachten gemaakt aan hun werkgever. De angst om hun baan te verliezen was daarvoor de reden. Enkele deelnemers verklaarden dat ze het gevoel hadden dat hun klacht niet serieus werd genomen, omdat de beschikbare middelen naar de kinderen moesten gaan. Duidelijk is dat er meer aandacht moet zijn voor de behoefte van de werknemers. Werkgevers moeten problemen herkennen en actie ondernemen om hun werknemers te beschermen en het ziekteverzuim terug te dringen.

Bron: *www.nurseryworld.co.uk/news/1065039/Eight-ten-early-years-practitioners-suffer-back-pain/*



Bezuinigingsplannen kabinet: een overzicht

Er gaat nogal wat veranderen de komende jaren, tenminste als het aan het kabinet Rutte ligt. Het kabinet heeft zich voorgenomen drastisch te bezuinigen op tal van terreinen. Welke maatregelen zijn dat dan? En wie worden erdoor geraakt? Hebben de voorgenomen maatregelen ook nadelen of voordelen voor RSI'ers? Een overzicht van enkele maatregelen en een analyse van de gevolgen.

De belangrijkste wijziging is een nieuwe wet: de Wet Werken naar Vermogen, ofwel WWNV. Deze wet is een samenvoeging van de bijstand, de Wajong en de WSW. De voorwaarden voor de uitkeringen worden zoveel mogelijk gelijkgetrokken. Het doel is om alles simpeler en overzichtelijker te maken. Een prima streven, zou je zeggen, maar simpeler gaat helaas ook gepaard met harde gevolgen.

Wijzigingen bijstand

Op de bijstand wordt een miljard bezuinigd. Dat wordt bewerkstelligd door een verlaging van de uitkering (tot 2.000 euro per jaar over een periode van twintig jaar). Bij het bepalen van de hoogte van de uitkering wordt

uitgegaan van het huishoudinkomen, dus ook kinderen boven de 18 met een inkomen gaan meetellen. Nu wordt alleen naar de partner gekeken.

Jong de klos: inperking Wajong

De Wajong-uitkering wordt met ingang van 2012 alleen toegankelijk voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten. Jongeren die nu in de Wajong zitten, worden opnieuw gekeurd. Iedereen die vanaf dan gedeeltelijk arbeidsgeschikt is, moet zo veel mogelijk met loondispensatie aan de slag bij reguliere werkgevers. Lukt dat niet, dan kom je in de bijstand.

Vanaf 2014 wordt de Wajong-uitkering verlaagd naar 70% van het wettelijk minimumloon. Personen die in de Wajong blijven, gaan er dus in inkomen blijvend op achteruit.

Versobering WSW: (a)sociale werkplaats?

Voor werkzoekenden met een arbeids handicap en personen met een WSW-indicatie verandert er veel. Er wordt 120 miljoen per jaar bezuinigd op de sociale werkvoorziening. Dat betekent dat gemeenten minder geld krijgen om mensen aan het werk te houden bij de sociale werkplaatsen. Wat het betekent voor de werkplaatsen, hangt af van hoe de gemeente deze bezuiniging gaat invullen. Dat kan door te bezuinigen op kosten van het gebouw, afdelingen te sluiten, maar ook door mensen te ontslaan.

De bezuinigingen van het kabinet betekenen dat er in 2015 30.000 plekken minder zijn bij de sociale werkvoorziening. Terwijl er nu al 25.000 mensen op de wachtlijst staan. Van de 90.000 mensen die momenteel terecht kunnen op een beschutte werkplek (oftewel in de

Sociale Werkvoorziening), blijven er uiteindelijk nog maar 30.000 over. De rest wordt zoveel mogelijk aan de slag geholpen bij reguliere werkgevers. Althans dat is het plan. Het is niet erg aannemelijk dat er voldoende werkgelegenheid zal zijn. Specifieke maatregelen om die werkgelegenheid te stimuleren, zijn niet in het regeerakkoord opgenomen.

Bestuursakkoord: veel verzet tegen plannen kabinet

Op donderdag 21 april van dit jaar tekende het kabinet Rutte een bestuursakkoord met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Hierin is afgesproken dat een pakket van 8,5 miljard euro wordt overgedaan naar gemeenten en provincies. De meeste maatregelen die in dit artikel besproken zijn, moeten straks door gemeenten uitgevoerd worden. Lang niet alle gemeenten en provincies zijn daar blij mee en diverse grote steden gaan het akkoord verwerpen. Op 8 juni 2011 is er tijdens een ledenvergadering van de VNG gestemd over het akkoord. Het akkoord (en vooral de paragraaf over de WSW) is door een meerderheid verworpen. Wat de precieze gevolgen hiervan zullen zijn, is nog niet bekend. Maar één ding is duidelijk: er is veel verzet.

Persoonlijk verhaal

"Ik heb RSI gekregen tijdens mijn werk bij Nedcar en ben tegenwoordig aangewezen op de WSW. Enige tijd geleden ben ik opnieuw gekeurd voor de WSW en nu ben ik helaas 'bovengrens' omdat me mij te slim vinden voor een baan in een Sociale Werkplaats. Dat betekent dat ik 'te goed' ben bevonden om te mogen werken op een sociale werkplaats en dus op zoek moet naar een reguliere werkgever. Ik denk dan: Hallo! Ik ben een arbeidsgehandicapte en ik heb er echt niet om gevraagd alleen maar bij de WSW te kunnen werken. Nu heb ik het gevoel dat ik dadelijk dubbel gestraft wordt en dat pik ik dus niet. Ik voel me al een beetje gestraft door mijn lichaam omdat ik RSI heb en nu straft het kabinet mij straks ook nog eens omdat ik werk via de WSW. Dat is niet eerlijk. Ze zouden blij moeten zijn dat ik tenminste wil werken!"
Nicole (41)



De groep die het vanwege een arbeids-handicap niet lukt om bij een reguliere werkgever een baan te vinden, valt straks terug in de versoberde bijstand. Voor nieuwe instromers blijft de WSW alleen toegankelijk als ze een indicatie krijgen voor een beschutte werkplek. De beloningsstructuur wordt versoberd.

En verder: meer zorgkosten, minder subsidies

Het basispakket van de ziektekostenverzekering wordt versoberd. Het pakket wordt ingeperkt waar het onder meer geneesmiddelen betreft, geneeskundige zorg, GGZ-zorg en fysiotherapie. De gebruiker zal dus meer moeten gaan betalen of zichzelf

moeten bijverzekeren. De kosten voor een aanvullende verzekering nemen daardoor toe. Daarnaast zal de premie voor het basispakket verder stijgen en krijgen minder mensen zorgtoeslag. Het aantal huishoudens dat aanspraak kan maken op deze toeslag, wordt sterk teruggebracht.

Patiëntenverenigingen

Voor patiëntenverenigingen zoals de RSI-vereniging zal er waarschijnlijk minder subsidie beschikbaar zijn. De overheids-subsidies worden sterk teruggebracht. Op het terrein van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat structureel bezuinigd worden. Dat zal betrekking hebben op onder meer patiëntenverenigingen.

Tekst: Floor Scholten

Meer informatie?

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad maakte een helder overzicht van alle kabinetsplannen, inclusief een analyse van de gevolgen:

zie www.cg-raad.nl/wij_werken_aan/regeerakkoord/analyse/index.php

Eind vorig jaar al is er een campagne gestart onder de noemer 'Armoede werkt niet'. Diverse politieke partijen en maatschappelijke instanties ondersteunen deze campagne. Zij vinden het onaanvaardbaar als de kosten van de crisis neergelegd worden bij mensen met een arbeidsbeperking.

Je kunt een manifest ondertekenen op: www.armoedewerktniet.nl.

Diagnose

Het is februari 2000. Ik zit in de metro. Zojuist ben ik bij de bedrijfsarts geweest, die de diagnose RSI heeft gesteld. Twee weken rust. Geen pc, niet veel schrijven en ook niet te veel huishoudelijk werk. Wel veel wandelen en een mensendiecktherapie volgen.

Ik ben me kapot geschrokken. Nee, kapot geschrokken is een understatement. Verbijsterd ben ik. Lamgeslagen. Ik ken de verhalen uit de media. Van mensen die door RSI geen kopje meer kunnen vasthouden. En nu heb ik dit zelf. Hier ben ik altijd bang voor geweest. Hoe heb ik dit kunnen laten gebeuren?

De metro komt langs mijn huis, maar ook langs mijn werk. Ik kan naar huis gaan. Een cappuccino voor mezelf maken. Ik moet toch twee weken rust houden. Maar ik kan ook eerst op mijn werk langsgaan. Vertellen wat de bedrijfsarts heeft gezegd. Dan heb ik dat maar gehad.



Ik kies voor eerst naar mijn werk gaan. Na binnenkomst kan ik meteen bij mijn afdelingshoofd langskomen. Die vindt dat de bedrijfsarts overdrijft met zijn twee weken rust ("Die schrijft altijd rust voor.") Ik kan best wel wat schrijven, vindt ze. Die muis even niet gebruiken. En gewoon links typen. Daarna heb ik overleg met mijn directe manager. Hij heeft zelf ook RSI-klachten, en een goede mensendiecktherapeute die hij me wil aanbevelen. "Bel haar nu maar meteen, dan kun je misschien vandaag nog terecht." Thuisblijven vindt hij geen goed idee. Hij weet wel wat klusjes voor me waar je geen pc voor nodig hebt. Wat literatuur doornemen. Een paar analyses uitzoeken. Het archief bijwerken.

Het gaat me allemaal wat snel opeens. Een uur geleden zou ik nog twee weken rust houden, en veel wandelen. En nu werk ik weer gewoon. Hoe moet dat allemaal?

Inmiddels heeft het nieuws dat ik RSI heb zich als een vuurtje door het bedrijf

RSI-moment

verspreid. Ik ben de eerste 'officiële' RSI-patiënt van het bedrijf. De één na de ander komt mijn kamer binnen. De reacties variëren van meelevend tot wat minder tactisch ("Hé, jij hebt RSI, hè?"). RSI is geen levensbedreigende ziekte, dus daar kun je gewoon naar vragen. En zelfs grapjes over maken. "Zal ik jou nog eens even een muisarm bezorgen", mompelt een collega terwijl hij een stapel tabellen op mijn bureau legt. Alsof we het over een gewoon griepje hebben. Alsof de wereld voor mij niet zojuist gestopt is met draaien.

Mijn keel zit helemaal dicht. De tintelingen die ik al wekenlang in mijn rechterarm voel, stromen nu ook door mijn linkerarm. Alsof ik in een koude brand sta. Ik wil alleen nog maar thuis in een donker hoekje gaan zitten.

"Ik ga naar huis", zeg ik tegen mijn kamergenoot.

Ik vlucht zo'n beetje het gebouw uit, naar het fietsenhok.

O ja, ik was met de metro.

Tekst: Annemiek Hutten



“Zelfs groenten snijden en stofzuigen doet pijn”

Jacqueline (26): “Het begon allemaal tijdens mijn studie. Toen werd ik al gewaarschuwd; een meisje uit mijn klas moest stoppen met de opleiding vanwege RSI-klachten. Eigenlijk had er toen een lampje moeten gaan branden. Ik had namelijk als ik achter de computer zat, last van een branderig gevoel tussen mijn schouderbladen, maar ik dacht dat dat vooral te wijten was aan de houten stoelen en banken die wij op school hadden. Hoe kon ik toen weten dat ik later in de Ziektewet terecht zou komen?”

“Tijdens mijn baan als commercieel-assistente explodeerden mijn RSI-klachten. Het branderige gevoel tussen mijn schouderbladen werd erger en breidde zich uit naar mijn nek. Daardoor zat alles vast en kreeg ik veel hoofdpijn. Ook mijn handen begonnen pijn te doen, en dan vooral mijn rechterpink. Het is moeilijk uit te leggen, maar het voelt alsof je pink dood is en niet meer bij je arm hoort, soms tintelt het helemaal, heel irritant. Die klachten werden versterkt door de eisen die mijn baas aan me stelde. Daar kon ik ook zonder die pijn niet aan voldoen. Ik moest elke

ging er slecht door slapen. Ik voelde me uitgeput en had concentratieproblemen. Ik had het gevoel dat ik, naast die RSI-klachten, ook nog overspannen aan het worden was. Op een gegeven moment vertelde ik alles aan mijn baas en hij reageerde in eerste instantie goed. Ik kreeg een voetsteun, een andere muis en een aangepaste kruk. Zo eentje waarvan de zitting niet vastzit, maar een beetje wiebelt, waardoor je gedwongen wordt om constant je houding te verbeteren. Maar ik kreeg geen ander werk, de eisen die aan me gesteld werden, bleven hetzelfde.



“Ik zat elke dag met de telefoon tussen mijn hoofd en schouders geklemd en intussen voerde ik gegevens in de computer in”

dag achter de balie zitten om klanten te ontvangen. Intussen moest ik de telefoon opnemen en tegelijkertijd gegevens in de computer invoeren. Zo zat ik dus elke dag met de telefoon tussen mijn hoofd en schouders geklemd, te typen op een toetsenbord dat veel te hoog stond. Een verkeerde werkhouding dus. Toch ging ik even zo door. Ik ben een perfectionist en wilde mijn baan niet verliezen. Maar mijn klachten werden elke dag erger en ik

Omdat ik iets aan mijn klachten wilde doen, ging ik naar de fysiotherapeut. Deze gaf mij oefeningen en masseerde me, maar meer kon hij niet doen. Toen de fysiotherapie na acht keer niet meer vergoed werd, stopte ik ermee. Het had weinig geholpen en intussen zat ik nog steeds met werk dat ik niet kon doen. Ik had geen idee hoe ik verder moest, dus ging ik naar een psycholoog. Zij raadde mij aan om met de baan te stoppen. Dat wilde ik niet meteen, ik nam eerst

een week vakantie. Mijn vriend Leendert en ik hadden pas een nieuw huis gekocht waar nog van alles aan gedaan moest worden. Ik dacht dat ik daar wel goede afleiding in zou vinden. Maar de eerste dag van die vakantie kreeg ik een enorme migraineaanval met als gevolg dat ik een hele week suf thuis zat. Ik kon alleen maar voor me uit staren, deed werkelijk niets meer. Ik weet nog dat ik een keer naar de winkel fietste, toen ik besepte dat ik er allang voorbij was, zo erg was het met mijn concentratievermogen gesteld. Na die week belde ik mijn baas dat ik niet meer kon komen werken. In overleg besloten we dat hij mij zou ontslaan, zo kwam ik in de Werkloosheidswet terecht. Maar achteraf was het beter geweest als ik me ziek had gemeld en in de Ziektewet zou zijn gekomen.”

De Ziektewet

"Mijn vijf maanden in de Werkloosheidswet waren geen pretje. Vooral in het begin kon ik niets anders dan voor me uitstaren. Ik kon me nergens op concentreren en had weinig energie. Helaas word je, als je in de WW zit, gedwongen om elke week te solliciteren. Ik wist dat ik niet kón werken, dus zorgde ik elke keer dat ik sowieso niet uitgenodigd zou worden voor een gesprek, een simpel trucje. Maar het voelde niet goed, ik voelde me schuldig, een profiteur. Ik hoorde niet in de WW maar in de Ziektewet. Gelukkig gebeurde er in die tijd ook iets goeds, waardoor ik meer positieve energie kreeg; Leendert en ik trouwden en gingen op huwelijksreis. Langzaam begon ik me beter te voelen en ondernam ik meer. Na de huwelijksreis voelde ik me fit genoeg om weer aan het werk te gaan, ik was het zat om thuis te zitten. Binnen anderhalve maand werd ik aangenomen als intercedente. Ik was zó blij, het voelde als een nieuwe start. Dat ik RSI had, vertelde ik aan niemand, bang om weer mijn baan te verliezen. De man van de vrouw die me inwerkte was fysiotherapeut. Ze waarschuwde me voor RSI; ik moest volgens haar vaak genoeg opstaan om bijvoorbeeld koffie te halen. Ik nam me voor om dat te

doen en dan zou de pijn misschien wel draaglijk zijn. Maar niets was minder waar, natuurlijk. Al na een paar maanden verergerden de klachten zo erg dat ik er ook thuis veel last van had. De pijn in mijn arm voelde ik ook met bijvoorbeeld stofzuigen of groenten snijden. Ik kon het niet meer voor me houden en vertelde mijn baas alles. Het hele verhaal begon opnieuw; mensen kwamen mijn bureau aanpassen, ik kreeg een andere muis en ging naar Cesartherapie, een soort houdingstherapie. Maar ik wist al bijna zeker hoe het af ging lopen. De bedrijfsarts gaf me weinig hoop. Hij kon niets voor me doen, zei hij. Ik moest het maar even aankijken en na een maand terugkomen. Na die maand waren mijn klachten nóg erger geworden en joeg de arts me de stuipen op het lijf. Hij zei dat ik iemand voor het huishouden zou moeten aannemen als ik zo door zou gaan. Ik moest maar 'proberen om uit de Ziektewet te blijven'. Zelf had ik natuurlijk ook al veel over het onderwerp gelezen, zoals het verhaal over een vrouw die zulke ernstige uitvalsverschijnselen had door RSI, dat ze haar kinderen uit haar handen liet vallen. Ik was overstuur, werd door alle spookverhalen echt bang. Stel je voor dat ik straks ook in de Ziektewet kwam?"

"Mijn angst werd waarheid. Ik ging snel achteruit. De bedrijfsarts had me geadviseerd om te gaan zwemmen. Ik had me voorgenomen dat te gaan doen, toen ik in de auto weer een migraineaanval kreeg. Zo erg dat ik iemand moest bellen om me op te komen halen. Toen meldde ik me voor het eerst ziek. Ik bleef een week thuis en die week ging in een waas aan me voorbij; ik was moe en voelde me weer een beetje overspannen, net als die eerste keer. Ik zat in een vicieuze cirkel van negativiteit. Na die week ging ik langzaam weer werken, eerst een paar uur per dag en toen steeds meer. Toen bekend werd dat het bedrijf zou worden overgenomen, besloten ze van hogerhand mijn contract stop te zetten. Het zou eigenlijk worden verlengd, maar voor mijn collega's was het ook wel duidelijk dat er geen uitzicht was op snel herstel. Ik mocht thuisblijven, hoefde mijn laatste maand niet meer af te maken en kwam meteen in de Ziektewet. Ik was blij dat ik thuis was, maar toch, ik wilde niet de Ziektewet in, wilde gewoon werken, net als iedereen. En dus ging ik vrijwilligerswerk doen, koffie schenken in het bejaardentehuis. Maar dat werkte niet, de pijn bleef en het was niets voor mij. Gelukkig hoorde ik van de zus van een vriendin van een

"Ik zat in een
vicieuze cirkel
van negativiteit"



fysio-sporttraject dat goed aangeschreven stond en waar haar RSI-klachten aanzienlijk door verminderd waren. Vastbesloten om beter te worden, ging ik er drie maanden lang heen, drie dagen per week. De pijn verminderde wel een beetje, maar niet genoeg om weer aan het werk te kunnen. Dus ook die therapie werkte niet voor mij en nu zit ik alweer een jaar thuis."

Weer solliciteren

"Ik heb vaak huilbuien gehad en frustraties over het feit dat ik niet kan werken terwijl ik nog zo jong ben. Al mijn vrienden en mijn man hebben een baan, waar ze een passie voor hebben. Ik zou niet weten wat mijn passie is omdat ik geen kans krijg om het uit te zoeken. Gelukkig begrijpen mijn vrienden het allemaal, niemand heeft ooit gezegd dat ik me aanstel bijvoorbeeld. Maar ik voel me wel eenzaam, ik kan weinig leuke dingen doen, alleen in het weekend. Op zondagavond zie ik als een berg op tegen de lege week die ik tegemoet ga. Soms heb ik een hele week geen afspraken met vrienden en dan zit ik thuis met een boek op de bank. De pijn is nog lang niet weg, ik kan niet lang computeren. Met koken maak je gebruik van je fijne motoriek, de kleinste dingen kosten mij moeite.



Als ik een steelpan met inhoud moet optillen, voelt dat voor mij alsof er bakstenen in zitten. Dus sommige dingen in huis moet ik aan Leendert overlaten. Daar voel ik me vaak schuldig over. Hij werkt de hele dag en soms is er niets aan het huishouden gedaan als hij thuiskomt, terwijl ik de hele dag thuis zit. Verder kan ik niet lang in dezelfde houding zitten, dan krijg ik het branderige gevoel in mijn schouders weer. Ook dingen als de telefoon lang aan mijn oor houden en mijn haar föhnen doen pijn omdat ik weinig kracht in mijn armen heb. En het ergste is dat ik er niets aan kan doen. Ik heb veel geprobeerd om ervan af te komen, maar niets heeft geholpen. Laatst vroeg een vriend



“Als ik een steelpan met inhoud moet optillen, voelt dat alsof er bakstenen in zitten”

din met beginnende RSI klachten wat ze het best kon doen. Geen idee, want, wat kún je doen? Thuisblijven heeft geen zin, je bent niet aan bed gekluisterd en je wil toch je baan behouden. Dus gaan mensen door met werken en uiteindelijk heb je jarenlang klachten. Er is geen gerichte behandeling, sommige mensen zweren bij een homeopatisch middel of yoga, voor anderen, zoals ik, helpt jarenlange therapie zelfs niet. Er zijn veel theorieën over RSI. Het wordt door sommige artsen niet erkend, anderen zeggen dat het psychisch is. De theorie van Dr. Sarno is bijvoorbeeld gebaseerd op het feit dat wanneer je niet lekker in je vel zit, en je dat gevoel negeert, je geest blokkeert en je lichaam die pijn overneemt. RSI is dus in feite een trucje van je geest en je lichaam, volgens hem. Daar kan ik me voor een deel in vinden. Toen ik overspannen was, waren mijn klachten erger en ik geloof ook echt dat geest en lichaam, bewustzijn en onderbewustzijn samenwerken. Maar ook al is er misschien een psychische aanleiding, de lichamelijke pijn is er echt en zit niet tussen je oren. Maar als van hogerhand besloten wordt dat je niet ziek genoeg bent, moet je toch weer het heft in eigen hand nemen. Op dit moment heb ik gesprekken met het UWV omdat ze vinden dat ik nu 'lang genoeg de tijd

heb gekregen om te genezen'. Als ik in de Ziektewet wil blijven, moet ik aantonen dat ik ziek ben, via röntgenfoto's of bloedonderzoeken. En dat kan niet, RSI is niet aantoonbaar. Ook dat frustrereert me heel erg. Bij mensen met één been of één arm is het duidelijk dat ze niet alles kunnen. Bij mij kan dat niet en dus moest ik in februari de Ziektewet uit. Al mijn bezwaren hiertegen zijn afgewezen. Dat betekent dat ik weer elke week moet solliciteren. Van het UWV kreeg ik een budget zodat ik aan een re-integratieproject deel kan nemen. Zij gaan me helpen om weer aan het werk te kunnen. Ik ben nog lang niet klaar om weer de arbeidsmarkt op te gaan, maar toch sta ik er best positief tegenover. Ik wil zeker werken, maar ik hoop wel dat ik een baan vind die ik ook leuk vind, niet alleen iets dat ik kán doen. Ik kan namelijk best taxichauffeur worden bijvoorbeeld, maar daar zie ik geen toekomst in. Ik moet het stapje voor stapje doen, een baan gerelateerd aan mijn studie zit er voorlopig namelijk niet in. Van lotgenoten weet ik dat RSI écht te genezen is, het kan wel jaren duren, maar ik ben vastbesloten beter te worden."

Tekst: Loes van de Ven, met toestemming overgenomen uit het magazine Yes

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.



Commissie Onderzoek

In verband met het aanstaande vertrek van de commissievoorzitter Onderzoek is er op korte termijn behoefte aan nieuwe vrijwilligers c.q. een nieuwe commissievoorzitter voor de commissie Onderzoek.

Wensen: affiniteit met wetenschappelijk onderzoek en RSI - minimaal een hbo-opleiding - contacten opbouwen en onderhouden met onderzoekers in binnen- en buitenland - op de hoogte blijven van nieuw onderzoek - resultaten van onderzoek vertalen naar de leden van de RSI-vereniging - gemiddeld één dagdeel per week beschikbaar zijn.

Taken commissievoorzitter: samenwerken met het bestuur van de vereniging - input geven aan het bestuur over relevante ontwikkelingen en zo mede de koers van de vereniging sturen.

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

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

.....

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.

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.



voor maar
één cent
per minuut!

Bezoek ook de website van de vereniging: www.rsi-vereniging.nl