

Handvat

jaargang 16
augustus 2010

Magazine van de RSI-vereniging

**Jubileumcongres:
“RSI volop onder
de aandacht van
wetenschappers
en behandelaars”**



**Eigen verhaal:
“Mijn ‘commandocentrum’
greep keihard in”**

**RSI Conference 2010 Londen
in teken van preventie
en erkenning**

**VOOR LEDEN:
spraak-
herkenning
met korting
te koop**

Colofon

Het Handvat is een kwartaaluitgave van de RSI-vereniging.
Augustus 2010. Zestiende 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: Maria Klok
Penningmeester: Joop Caljouw
Algemeen lid: Paul de Ruiter,
Ineke van Hooff, Walter Jansen

Commissies
Handvat: Gabriëlle Bosch
Onderzoek: Sandra Oudshoff
Patiëntencontact: Gaby Choma/
Simone Spängberg
Buitenlandse contacten: Maria Klok
Vrijwilligerscoördinatie: Janneke Vasse
Website: Paul de Ruiter

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

Aan dit nummer werkten verder mee
Maaike van Dantzig, Chris Feenstra, Willem Hollander, Sandra Oudshoff, John Verbruggen

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

Deadline volgend nummer
17 september 2010

Tekstcorrectie
Maud van der Woude

Vormgeving
Arianne Doornbos

Druk
Van den Bosch & Fikkert, Almelo

Coverfoto
John Verbruggen

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. Spraakherkenning met korting kopen

als je lid bent van de RSI-vereniging.

6. RSI Conference 2010 Londen in teken

van preventie en erkenning. Kleine organisatie, grote uitdaging.

10. Eigen verhaal: Exportmanager over zijn

RSI: "Mijn 'commandocentrum' greep keihard in."

14. Jubileumcongres: bij wetenschappers en

behandelaars is RSI volop onder de aandacht.

Verder

4. Beste redactie en column
5. Sneltoets: welke therapieën heb jij gedaan?
12. Boekrecensie 'De dokter kan niets vinden' van Jan Houtveen
20. Proefschrift: De RSI-praktijk bij fysiotherapie
22. Babyverzorging en RSI
23. Kort nieuws
24. RSI en pijnstillers
25. Mijn RSI-moment
26. Kubusduim
Kort nieuws internationaal
28. Kort nieuws internet
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!

Het (de) einde(r)...



Zoals u wellicht weet, heeft TNO een aantal jaren geleden al eens gemeld dat RSI de Nederlandse samenleving 2,1 miljard euro op jaarbasis kost. In 2007 veroorzaakte RSI 34.000 verzuimdagen, in 2008 36.000 dagen en in 2009

38.000 dagen. Als dit ritme zich voortzet, zijn de komende jaren de gevolgen in pijn, leed en geld dramatisch. Een ontwikkeling om je echt zorgen over te maken. Dat doet de RSI-vereniging dan ook.

De zorgen die wij hebben, worden bij diverse organisaties neergelegd. Bij werkgevers- en werknemersorganisaties, bij koepels van patiëntenverenigingen, bij de wetenschap en bijvoorbeeld ook bij de politiek. De politiek die ons zo vlak voor de verkiezingen van alles belooft. Diezelfde politiek zal na de verkiezingen – het moment dat u dit leest – haar beloftes weer snel vergeten zijn en terugkruipen onder de Haagse kaasstolp. Beloftes trouwens die nu al niet veel goeds voorspellen. Zo heeft een van de partijen in haar programma gemeld dat als het aan haar ligt alle subsidies in dit land met 50 procent gereduceerd dienen te worden. Een maatregel waar ongetwijfeld niet over is nagedacht. Als sluitstuk van een begroting is bedacht. Die moet tenslotte wel kloppend zijn.

Waar horen wij de koepelorganisaties in patiëntenverenigingsland in deze tijd? Hebt u ze gezien of gehoord? Ik niet. Het enige wat je merkt is dat de dames en heren bezig zijn met fusies, met zichzelf en met deals die niet passen binnen de doelstellingen van hun organisaties.

Nederland wordt er niet aardiger en beter op. Meer en groter zorgt ervoor dat de burger zich nog meer alleen gelaten voelt. Grotere bedrijven, grotere banken, grotere organisaties, grotere bestuurlijke units dobberen steeds verder van ons weg. Op weg naar het (de) einde(r)?

Willem Hollander
voorzitter RSI-vereniging

Wil je reageren op artikelen en/of andere zaken in het Handvat? Of zou je graag jouw Eigen Verhaal in het Handvat zien? Mail dan naar: handvat@rsi-vereniging.nl

Actief met RSI

Wat zijn er toch veel mensen actief met RSI. Ons hele nummer staat vol met activiteiten van mensen die zich daarmee bezighouden. Vooral ook op professioneel vlak. Mooi om te zien dat het 'fenomeen' RSI toch zoveel aandacht heeft. Waarschijnlijk omdat het nog zoveel vragen oproept.

Een begin van de ontrafeling van hoe dit soort klachtenbeelden werkt, is beschreven in de boekrecensie over het boek 'De dokter kan niets vinden'. We hebben toch te maken met een ingewikkeld samenspel van diverse factoren. De benadering van Jan Houtveen is wel verhelderend als hij zegt dat "we moeten stoppen met zoeken naar die éne lichamelijke oorzaak." Als we die boodschap nou eens zouden kunnen verkopen aan politiek en medici.



De benaderingen van andere onderzoekers en behandelaars staan beschreven in onze verslagen van twee conferenties. In Londen werkt onze collega-organisatie heel hard

om RSI daar erkend te krijgen. Daarvoor werken ze ook heel nauw samen met een aantal wetenschappers. Onze redacteur beschrijft het verloop van de conferentie daar en hoe ze in Engeland tegen RSI aankijken.

Tijdens onze jubileumdag – 15 jaar RSI-vereniging – is ook weer een hoop informatie gepresenteerd. Onze leden konden volop ideeën opdoen en uitwisselen. We hadden dan ook het halve Handvat nodig om dit uitvoerig te verslaan. Ook erg leuk is het resultaat van onze Sneltoets die we tijdens de jubileumdag deden. Dit geeft een beeld van hoe onze leden met hun klachten omgaan en dit kan anderen weer inspireren.

Bij de wetenschap is er dus aandacht voor RSI. Voor de politiek, werkgevers en uitkeringsinstanties ligt dit wel eens anders. We moeten RSI daar nog meer op de kaart krijgen. En daar hebben we mensen voor nodig! Goede mensen die zich vanuit hun diepe overtuiging verbazen over het verslappen van die aandacht en die zin hebben om dit aan te pakken. Concreet betekent dit dat er nog een aantal taken ligt op het gebied van pr en belangenbehartiging. Meld je aan en doe mee, want we hebben je hard nodig in het huidige politieke landschap!

Gabriëlle Bosch
hoofdreducteur Handvat

Computergebruik

"Bij 80% van de mensen was hun eigen inschatting een of zelfs twee groepen hoger dan de geregistreerde computertijd", lees ik in het onderzoek van Stefan IJmker (Handvat november 2008).

Ik vind dat niet zo vreemd, want een computergebruiker meet de 'computerduur' gewoonlijk niet met pauzesoftware (zoals in het onderzoek) of aan het aantal tikken en klikken, maar overziet de complete tijdsduur die hij/zij achter het scherm doorbrengt. Dus bijvoorbeeld ook e-mail lezen en niet alleen e-mail beantwoorden. Terwijl dat volgens mij toch wel degelijk onder 'computergebruik' valt.

Lucienne Bakker

Bericht van het bestuur

Het aantal leden van de RSI-vereniging daalt. In de komende maanden wil het bestuur onderzoeken hoe het lidmaatschap van de vereniging aantrekkelijker gemaakt kan worden. Het mini-onderzoek bestaat uit twee onderdelen. We willen een aantal leden vragen een kleine enquête in te vullen (maximaal 10 minuten) en met een beperkt aantal leden willen we een verdiepend (telefonisch) gesprek voeren. Wil je meewerken aan deze actie? Stuur dan een mailbericht aan Jim Kuppen: postbus@rsi-vereniging.nl

De krant gaat aan luiheid ten onder

Noem het naïef, maar ik heb altijd gedacht dat ik als krantenlezer goed geïnformeerd wordt over wat er speelt. Dat ik als NRC-lezer geen figuur sla in discussies op verjaardagsfeestjes. Dat iedere journalist de heilige missie heeft om mij een objectieve kijk te gunnen op relevante ontwikkelingen.

De laatste tijd neig ik steeds meer naar mijn oma: "De krant, de krant, die brengt de leugens in het land." Journalisten blijken gewoon lui in plaats van beziel. De krant gaat niet aan vlijt, maar juist aan luiheid ten onder.

Let maar eens op: als je zelf kennis hebt over een bepaald onderwerp, zie je dat de krant op zijn minst slordig is. Een voorbeeld? Ik ben als vrijwilliger betrokken bij de RSI-vereniging. RSI is een werkgerelateerde aandoening, verantwoordelijk voor 10 procent van het ziekteverzuim in Nederland en twee miljard euro aan directe kosten op jaarbasis. Mensen met RSI-klachten kunnen te maken krijgen met vervelende persoonlijke consequenties, zoals verlies van werk en inkomen. En wat lezen die mensen, en hun vrienden, familie én werkgevers, dan in de krant? "RSI wordt veroorzaakt door sex."

De tekst van het bijbehorende artikel is letterlijk overgenomen van een persbericht. Vijf minuten googelen op internet leert dat de auteur zijn verhaal gepubliceerd heeft in *The journal of medical hypotheses*. Een online tijdschrift dat ruimte biedt om onbewezen medische hypothesen wereldkundig te maken. De onderbouwing? 1) Er wordt steeds meer Viagra geslikt, 2) Er is steeds meer RSI en 3) RSI wordt door sex veroorzaakt. Briljant!

Dit persbericht is onverkort en zonder vraagtekens overgenomen in de meeste dagbladen en een aantal tijdschriften. Als ik niet beter wist, zou ik dus denken dat die collega met RSI-klachten stiekem te benijden is – hij heeft tenminste wél een bloeiend seksleven...

Zo worden mensen die het toch al niet makkelijk hebben, nog eens extra 'gepakt'. En dat allemaal, omdat journalisten te lui zijn om iets meer te doen dan letterlijk een persbericht overnemen. Sex sells? Helaas wel ja...

Tekst: Sandra Oudshoff

Verenigingsnieuws

Voor leden spraakherkenning met korting beschikbaar

Als je lid bent van de RSI-vereniging kun je via de firma Health2Work met korting een aantal producten kopen:

- ▶ het programma Dragon NaturallySpeaking Preferred met 17,5% korting
- ▶ Audio 400 USB headset (draadgebonden headset) of CS60 USB headset (draadloze headset) met 15% korting
- ▶ een basistraining met 17,5% korting

Daarnaast is bij een medewerker van de redactie van het Handvat gratis spraakherkenning geïnstalleerd en is zij hierin een dagdeel getraind. Zij zal een logboekje bijhouden, zodat je de ervaringen met het werken met spraakherkenning op de computer binnenkort in het Handvat en op onze website kunt lezen.



Resultaten Sneltoets

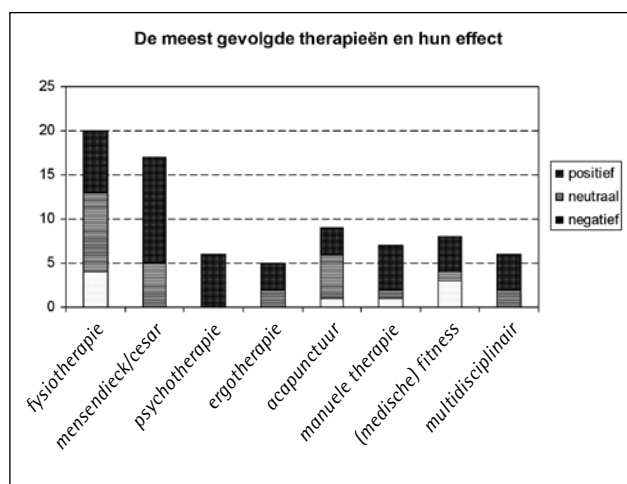
Therapieën en medicijnen

Tijdens de jubileumbijeenkomst van 27 maart hebben we weer een Sneltoets bij jullie afgenomen. We hebben gevraagd naar jullie ervaringen met therapieën en medicijnen.

Ervaringen met therapieën, die zijn er veel! Zo is gebleken uit de respons. Sommige respondenten hadden zelfs niet voldoende schrijfruimte om alles goed in te vullen. In grafiek 1 zie je een overzicht van de therapieën die het meest gevolgd zijn. Dat zijn vooral fysiotherapie en Mensendieck/Cesartherapie. Opvallend is dat fysiotherapie bij een aantal RSI'ers tot negatieve effecten geleid heeft. Bij Mensendieck/Cesartherapie is dit niet het geval. Hier worden vooral positieve effecten ervaren.

Verder valt op dat er veel therapieën zijn die **geen** effect hebben. Het lijkt erop dat veel RSI'ers een aantal therapieën hebben uitprobeerde om uit te vinden wat helpt en wat niet. De lijst met therapieën die gevolgd zijn, is dan ook heel uiteenlopend. Hierin vinden we bijvoorbeeld yoga, myofeedback, trigger points- en haptotherapie. Of "heel veel andere therapieën" of "nog een vage therapie". En soms werkt gewoon het verstrijken van de tijd, zoals één respondent het omschrijft.

Grafiek 1



Wat medicijnen betreft, daar wordt veel minder gebruik van gemaakt. Veel respondenten hebben geen medicijnen gebruikt voor hun klachten. Zij die dat wel doen, gebruiken vooral pijnstillers en ontstekingsremmers als ibuprofen en diclofenac. Deze hebben bij sommigen wel effect, bij anderen niet.

Van RSI'ers is het natuurlijk interessant om te weten wat voor trucs of adviezen ze voor andere patiënten hebben. We hebben ze hier op een rijtje gezet. Voor de overzichtelijkheid hebben we ze ondergebracht in een aantal categorieën.

Tekst en samenstelling:
Annemiek Hutten

Tips van RSI'ers aan mede-RSI'ers

Oefeningen

- ▶ Spieren aanspannen + ontspannen, rekken
- ▶ Mensendieck-oefeningen: wandelen, zwaaien met armen, losgooien van spieren, grote bewegingen
- ▶ Op houding letten: bewust goed zitten en bewegen
- ▶ Tai Chi/Chi Kung-oefeningen
- ▶ Yoga
- ▶ Al liggend je voorstellen dat er water of iets dergelijks uit je vingers stroomt

Warmte

- ▶ Warme douche / warm bad / bubbelbad
- ▶ Warme trui aan
- ▶ Sauna
- ▶ Zonnehemel (gat in het matrasje gemaakt en daar met gezicht in, zodat nek en schouders ook volledig kunnen ontspannen)
- ▶ Zwemmen in warm water

Ontspanning/rust

- ▶ Iets anders gaan doen
- ▶ Ontspanning / rust / gas terugnemen
- ▶ Afwisseling in je dagelijkse dingen brengen
- ▶ Met aandacht dingen doen
- ▶ Dikwijls een dutje
- ▶ Laten masseren door partner
- ▶ Pauze (bijvoorbeeld uitgebreid lunchen)
- ▶ Een weekindeling maken (maar geen drukke)

Beweging

- ▶ Wandelen
- ▶ Sporten (schaatsen, hardlopen, skeeleren, fietsen)

Werkplek

- ▶ Goed ingerichte werkplek
- ▶ Wacom A3 (grote bewegingen)
- ▶ Sneltoetsen in Windows, Mozilla Firefox (erg goed met plug-in), Word, Gmail
- ▶ Mousetool (software waarbij je zelf niet hoeft te klikken met de muis; die doet dat automatisch als de muis stopt met bewegen)

Hulpmiddelen

- ▶ Mitella
- ▶ Polssteunen (van skeeleren) tijdens autorijden of slapen
- ▶ Elastisch (warm) bandje van fysio om onderarm en elleboog
- ▶ Spalken voor pols
- ▶ Warmtezak (kersenpitten)
- ▶ Voedingskussen tijdens borstvoeding
- ▶ Massagekussen voor schouderbladen
- ▶ Spijkerbed (voor ontspanning)
- ▶ Pijnlijke plekken inmasseren met SRL (Spiroflor)crème

Therapie

- ▶ Drukpuntmassage (Jip Driehuizen, zie beweging.nu)
- ▶ Aura schoonmaken met energie uit handchakra's
- ▶ Feldenkrais
- ▶ Chi Neng
- ▶ Shiatsu stoelmassage

Overig

- ▶ Ibuprofen: 7 dagen 1200-1600 mg, daarna 7 dagen niet; eventueel herhalen; daarna komt er rust
- ▶ Liggen op een hard voorwerp onder bovenrug/schouderblad
- ▶ Bij de oefeningen gebruikmaken van Wii Balance Board

RSI Action: kleine organisatie met

RSI Conference 2010 Londen in het teken van preventie en erkenning



RSI Action Conference 2010

RSI is een Europees probleem

Stephen Fisher

Stephen Fisher rent van hot naar her. Hij oogt moe, maar heeft energie voor drie. Vandaag moet hij ervoor zorgen dat de *RSI Conference 2010* in Londen zonder problemen verloopt en een succes wordt. We schrijven 20 maart 2010.

Gisteravond ben ik gearriveerd in de Engelse hoofdstad. Ik voel me er meteen weer thuis. De stad waar ik tien jaar geleden studeerde en waar ik nog vaak kom. Om vrienden op te zoeken, de stad op te snuiven. Maar ditmaal heb ik een andere missie. Voor de vereniging ga ik naar de *RSI Conference 2010*, georganiseerd door RSI Action, de Engelse equivalent van de RSI-vereniging.

Op een klein hotelkamertje wacht ik op bestuurslid Maria Klok. Ook zij is uit Nederland naar Londen afgereisd om mij te vergezellen. Zij per vliegtuig. Ik per trein. We kennen elkaar nog niet, maar zodra ze op 'onze' gedeelde hotelkamer arriveert, is het gezellig. Dat komt wel goed dus.

Een vol programma

Terug naar Stephen Fisher (Steve) en naar de RSI Conference. Het is zaterdagochtend, half tien. Maria en ik zijn net gearriveerd in Friends House, de plek waar de conferentie plaatsvindt. Steve is voorzitter van RSI Action en neemt die taak zeer serieus. Zo serieus, dat hij deze morgen weinig tijd heeft voor een kennismaking met die twee Hollanders die voor zijn neus staan. "We gaan zo beginnen. Leuk dat jullie er zijn. We spreken elkaar

vanavond wel, bij het diner. Jullie komen toch wel? Ik moet weer verder nu."

Een blik op het dagprogramma verklaart Steve's onrust. Een overvolle agenda, met maar liefst tien presentaties en een paneldiscussie. Dat vergt een strakke regie. Stipt om tien uur gaat de conferentie dan ook van start. Het is Steve zelf die het spits af mag bijten. En de toon zet.

"RSI is een Europees probleem"

(Stephen Fisher)

Een Europees probleem

Die toon is serieus. Bloedserieus. "RSI is nog steeds een groot probleem. Een Europees probleem." Aldus Steve. "Bijna 60 procent van alle werknemers in de EU zit een kwart van zijn tijd achter de computer. Of meer. Dat is genoeg om RSI-klachten te krijgen en dat blijkt ook wel, want 23 procent van die werknemers meldt klachten en 15 procent van alle ziekmeldingen is RSI-gerelateerd." Kortom: er moet nog veel gebeuren. Maar wat dan?

Preventie en erkenning

RSI Action richt zich vooral op preventie. Immers, de meeste RSI-klachten kunnen voorkomen worden, mits ze in een vroeg stadium worden aangepakt. Dat gebeurt te weinig, met alle gevolgen van dien. Eén van de grootste problemen, zo schetst Steve, is dat de NHS (National Health Service, het Britse ziekenfonds) RSI niet erkent. Mensen met aspecifieke RSI-klachten worden vaak met een kluitje in het riet gestuurd en de richtlijnen die er zijn, volstaan niet. Daar moet verandering in komen. Het probleem RSI wordt niet kleiner en de risico's worden groter. "RSI Action praat met veel partijen om de bewustwording te vergroten en blijft dat doen", zo besluit Steve.

RSI en de medische wereld

Gelukkig wordt er wel veel onderzoek naar RSI gedaan in Engeland. Dat blijkt ook uit de selectie van sprekers vandaag. Dr. Michael Hutson – de tweede spreker – heeft veertig jaar ervaring met het diagnosticeren van RSI-gerelateerde klachten en schreef daar diverse boeken over. Een vooruitstrevende arts, die zich inzet voor de verbetering van de diagnostiek van vooral aspecifieke RSI-klachten (*diffuse RSI*).

grote uitdaging



Professor Peter Buckle



Suparna Damany



Dr. Andrew Dilley vertelt over zijn onderzoek

Uit zijn presentatie blijkt dat er in Groot-Brittannië (en wereldwijd) nog veel misverstanden bestaan onder medici over de diagnose RSI. Volgens Hutson is dat vooral te wijten aan het feit dat de medische wereld zich veel te veel focust op zichtbare afwijkingen in het menselijke lichaam. Zijn die er niet, dan is er geen sprake van ziekte en kan er geen diagnose worden gesteld. "Dat is de makke van de Westerse medische industrie", aldus Hutson. "Er moet meer eenduidigheid komen voor de diagnostiek bij RSI-gerelateerde aandoeningen. Daar zijn nu geen heldere richtlijnen voor. Die moeten er wel komen."

Aandacht voor werkplek én werknemer

Richtlijnen zijn er al lang als het gaat om risicoanalyses en ergonomie op en rond de werkplek. Professor Peter Buckle houdt zich daar al ruim twintig jaar mee bezig en is niet blij dat het nog nodig is om hier te zijn, vandaag. "Er is zoveel research gedaan naar werkplekken, maar waarom gebeurt er dan niks mee? Daarom ben ik zo teleurgesteld. Boos bijna. Dat ik hier nog moet zijn!"

Peter Buckle spreekt desondanks enthousiast en toont veel interesse in de mening van zijn publiek. Niet achteraf, maar voorafgaand aan zijn verhaal legt hij de zaal vragen voor. De reacties leggen de vingers meteen op de zere plekken: in het Britse bedrijfs-

leven is veel te weinig aandacht voor ergonomie en worden vaak helemaal geen werkplekrisico-analyses gedaan. Maar waarom niet?

**"Niet de werkplek
maar de
werknemer moet
centraal staan"**

(Peter Buckle)

Gebrek aan kennis over RSI lijkt de voornaamste reden, maar ook het feit dat er geen (financiële) consequenties zijn voor gemakzuchtige werkgevers is misschien een oorzaak. Helaas vormt RSI nog een groot probleem in het bedrijfsleven. Dat zou enorm ingeperkt kunnen worden als er meer aandacht is voor werkplekken en ergonomie. En als er meer kennis zou zijn over de aandoening, bij werkgever en werknemer. "Belangrijk daarbij is dat de werknemer centraal staat. Niet slechts de werkplek. Er moet op dat vlak een verschuiving van aandachtsgebied komen." Aldus Buckle.

Baanbrekend onderzoek

Een echte wetenschapper is dr. Andrew Dilley, gepromoveerd neurofysioloog en docent en onderzoeker aan de

Brighton and Sussex Medical School. Zo'n man die niet uitgepraat raakt over zijn onderzoek, dat zich volledig focust op processen die plaatsvinden in het zenuwstelsel bij patiënten met specifieke RSI-klachten in de armen zonder aanwijsbare afwijking.

Andrew beschrijft zijn onderzoek als "een moeilijke zoektocht en een gevecht tegen de heersende academische conventies, maar met als resultaat dat we meer inzicht hebben gekregen in de onderliggende mechanismen van RSI. Dat is een feit! Geen fictie!"

Een feit is dat de onderzoekers ontdekt hebben dat de middelste armzenuw (*median nerve*) bij mensen met chronische armpijn doorlopend ontstekingen vertoont. Het onderzoek is niet afgerond, maar als deze eerste bevindingen juist zijn, dan komt gerichte medische behandeling bij zulke klachten steeds dichterbij. Om in de gaten te houden dus!

Het publiek in opstand

Natuurlijk is ook Suparna Damany vandaag aanwezig, net als een week later op het jubileumcongres van de Nederlandse RSI-vereniging. Om die reden ga ik hier niet in op haar presentatie, maar wél op de kleine opstand vanuit de zaal die ontstaat wanneer de dagvoorzitter

lees verder op [pagina 8 >>>](#)



Rek- en strekoefeningen met Suparna



Dr. Michael Hutson



Claire Rennie vertelt over Alexandertherapie

de presentatie van Suparna afbreekt, net als zij oefeningen wil gaan doen met het publiek dat overwegend uit RSI'ers bestaat. Vanwege tijdgebrek. Gelukkig is de zaal mondig genoeg om dat niet toe te laten en even later – in de lunchpauze – staan er toch zo'n dertig mensen samen met Suparna oefeningen te doen.

De benen strekken

Na de welkome oefeningen met Suparna is het hoog tijd om ook de benen te strekken. Het lange zitten is voor een RSI'er geen sinecure en Maria en ik zijn blij met de lunchpauze. Met het lunchpakket in de hand stappen we naar buiten en maken – al etende – een wandeling door de buurt die ik goed ken. Langs het prachtige gebouw van University College London en over een paar typische parkpleinen. Dat het een beetje miezerig regent, hindert ons niet.

Terug naar binnen voor het middagprogramma. Dat begint met een presentatie over zogeheten RSI Clinics. Er zijn er vier in heel Groot-Brittannië en ze hebben een succesvolle multidisciplinaire methode ontwikkeld in de strijd tegen RSI, waarbij de aandacht uitgaat naar de oorzaak van het probleem en de behandeling zich richt op zowel de geest als het lichaam.

Levendige paneldiscussie

De paneldiscussie die volgt, is levendig. Vragen uit de zaal worden door vier

experts beantwoord: Michael Hutson, Suparna Damany, Hope Daley (een vakbondsvrouw) en Rob Treeby, namens het bedrijfsleven.

Er is veel discussie over zaken waar RSI'ers tegenaan lopen. "Wanneer meld ik mijn RSI-klachten in een sollicitatietraject?", "Is het gebruik van laptops op scholen een slechte ontwikkeling?", "Welke medicijnen helpen mij?"

"Ik zou willen dat er geen reden was om hier te zijn vandaag"

(Peter Buckle)

Maar wat vooral opvalt, is dat enkele thema's telkens opduiken. Het blijft in Engeland problematisch om een goede arts te vinden en dat is deels te wijten aan het feit dat het nationale ziekenfonds (NHS) RSI niet erkent. Ook lijkt er bij artsen weinig kennis aanwezig over RSI en soms zelfs desinteresse. Gebrek aan kennis over RSI en gebrek aan erkenning van RSI-gerelateerde aandoeningen lijken structurele problemen. In het oplossen van die problemen ligt de grootse uitdaging voor RSI Action en haar medestanders!

Ervaringsverhalen: leven met en zonder RSI

Na de paneldiscussie en een korte – welkome – koffiepauze staan er nog drie korte presentaties op het programma. Twee daarvan zijn ervaringsverhalen van RSI'ers die het roer omgooiden. Inspirerende verhalen die RSI'ers hoop geven.

Claire Rennie vertelt hoe Alexandertherapie haar leven letterlijk en figuurlijk veranderde. Ze ontwikkelde hevige RSI-klachten tijdens haar werkende leven als ingenieur bij verschillende autofabrikanten in Japan. Veel deskwerk, lange uren, veel stress. Toen ze Alexandertherapie ontdekte en merkte dat die methode haar RSI-klachten verminderde, gooide ze het roer om en besloot zich te bekwamen in die therapie. Claire is nu officieel Alexandertherapeut en tevens directrice van de vereniging van docenten Alexandertherapie.

Van geluidstechnicus tot meubelmaker

Het persoonlijke verhaal van Grant Sonnex is misschien nog wel de meest positieve noot van deze lange dag. Grant werkte jarenlang bij de BBC als geluidstechnicus. Zijn hoofdtaak: geluidsmontage van geluidsbanden. Toen de computer haar intrede deed, ging hij die geluidsmontages op de computer doen. En daar ging het mis. Hij ontwikkelde chronische



Klassiek straatbeeld Londen (foto: John Verbruggen)



Bestuurslid Nederlandse RSI-vereniging
Maria Klok op Primrose Hill

RSI-klachten, die hem zijn werk onmogelijk maakten. Hij kon geen pen meer vasthouden, geen toetsenbord meer zien. Hij zegde zijn baan op en begon een nieuwe carrière als meubelmaker. Inmiddels is zijn meubelmakerij in de Engelse Cotswolds succesvol en is Grant volledig klachtenvrij. "Ik voel me zowel fysiek als mentaal beter dan ooit", aldus Grant.

**"Ik voel me zowel
fysiek als mentaal
beter dan ooit"**

(Grant Sonnex)

RSI en de EU

Stephen Fisher sluit de dag af met een korte presentatie over de nieuwe Europese richtlijn met betrekking tot preventie van werkgerelateerde RSI – die momenteel in de maak is. Over deze richtlijn volgt in een volgend Handvat nog een uitgebreid artikel.

Het diner

Avond. De conferentie zit erop en ter afsluiting dineren we in Ciao Bella, een druk, gezellig Italiaans tentje in Bloomsbury. Maria, ik, Steve met zijn

vrouw, penningmeester Rob Benfield (met vriendin) en Trevor Neal. Steve vertelt ons wat meer over RSI Action. De Engelse equivalent van de RSI-vereniging krijgt geen steun van de overheid. "We zijn volledig afhankelijk van sponsors, donaties en leden. Het is telkens weer een strijd om fondsen aan te boren. We zijn soms met ons kleine clubje actievelingen meer bezig met geld inzamelen, bedelen bijna, dan met onze doelen te verwezenlijken. Daardoor komen we te weinig toe aan wat we echt willen bereiken. Soms is dat wel eens deprimerend. Maar we houden vol. Stapje voor stapje." Aldus Steve.

Tot slot

We evalueren de dag. De conferentie. En hoewel die zeer geslaagd was, kan ik het niet laten te suggereren een volgende keer meer interactie en minder lezingen in het programma te stoppen. Tien lezingen en een paneldiscussie, dat is wat te veel voor een publiek dat voor 70 procent uit RSI'ers bestaat. Om die paradox kunnen we achteraf hartelijk lachen.

Maria en ik duiken na het gezellige etentje nog even een Engelse pub in en proosten. Op Londen, op RSI Action, op het leven. Cheers!

Tekst en foto's: Floor Scholten

Nuttige webadressen:

<http://rsiaction.org.uk> (website van de Engelse RSI-vereniging)
<http://www.robensinstitute.com/> (Professor Peter Buckle)
<http://www.rsiclinics.co.uk/> (RSI Clinics)

Nuttige boeken:

Hutson, Michael A. Work-Related Upper Limb Disorders: Recognition And Management. Hodder Arnold, 1999
Damany, Suparna & Bellis, Jack. It's Not Carpal Tunnel Syndrome! RSI Theory & Therapy for Computer Professionals. Simax, 2000

Exportmanager over zijn RSI:

"Toen mijn RSI op zijn ergst was, was mijn commandocentrum gedwongen mijn 'lichamelijke faillissement' uit te spreken."

"Ik werkte als junior exportmanager, maar door drukte kwam ik aan klantenbezoek bijna niet toe. Ik zat acht uur per achter de computer. Er moest een medewerker bij komen voor hetzelfde werk. Maar de functie bleek zwaar; de nieuwe collega's voldeden meestal niet. Dus moest ik steeds weer een nieuw iemand inwerken. Ondertussen had ik de helft van de tijd een lege stoel naast me, maar werk voor twee.

Toen deden we een overname en kwam er een nieuw computersysteem. En... weer een overname! Omdat ik erg betrokken was, legde ik mezelf steeds meer druk op. Privé ging het heel goed (avondstudie afgerond en succesvol met sport) dus ik kreeg het gevoel dat ik goed bezig was.

Ik deed een fullcontact-vechtsport en dacht dat de pijn in mijn arm en vingers daarvan kwamen. De pijn begon met tintelingen in mijn rechterschouder, steeds op dezelfde plek en alleen op het werk. Niet lang daarna gingen mijn onderarmen vastzitten en 'zwaar' aanvoelen. Vervolgens gingen ook mijn vingers pijn doen, ik krijg er hele felle steken in. Het waren vooral mijn middel- en ringvinger en rechteronderarm waar ik last van kreeg. Ik begon ook met mijn vingers te 'knakken'. Aan de linkerkant deden mijn elleboog en duimaanhechting steeds meer pijn. Achteraf was het verschil tussen links en rechts makkelijk te verklaren. Mijn rechterkant gebruikte ik voor het cijferblokje, en mijn linkerkant voor de muis en het continu wisselen van schermen (de bekende Alt-Tab-combinatie). Uiteindelijk kreeg ik zelfs tintelingen in mijn tenen. Bijna vier

jaar heb ik het volgehouden, met toenemende pijn.

Commandocentrum greep in

Ineens besloot mijn 'commandocentrum' (of eigenlijk: het engeltje in je) om keihard in te grijpen. Ik had overal in mijn bovenlijf pijn. Af en toe viel mijn gevoel weg en liet ik dingen vallen. Ik meldde me ziek, dacht dat het 'gewoon' een burn-out was... Ik zette de computer aan om op internet even te googelen naar woorden als 'burn-out'. Maar meteen schoot de pijn weer door mijn lichaam. Toen pas zag ik het verband: mijn lichaam had hieraan een hekel en liet mij dit voelen door middel van steeds heviger pijn. Ik kwam op de site van de RSI-vereniging, een wereld ging voor me open.



Ik kwam bij een arrogante arbo-arts die het bloed onder mijn nagels vandaan haalde. Hij luisterde pas toen ik hem bijna wilde aanvliegen. Met mijn hobby's (vechtsport en motorrijden) stopte ik. Ik ging hardlopen. Ik bezocht een psychiater en een specialist in

ontspanningstherapie. En bij een fysiotherapeut ging ik met een myofeedback aan de slag. Die meet de spierspanning tijdens het typen. Mijn houding bleek ook hopeloos verkeerd.

Ik kreeg tijdelijk aangepast werk. En nam mensendiecktherapie en een soort elektrotherapie. Dat laatste was naar aanleiding van een lezing op een bijeenkomst van de RSI-vereniging. Het werkte niet. Aan mensendieck had ik wel veel. Nog steeds: een goede houding, en (rek)oefeningen!

Opbouwen

Mijn werkplek werd ook aangepast. We probeerden via een schema het typen weer op te bouwen. Eerst vijf minuten per dag, dat ging goed. Maar zodra ik op een half uur zat, kreeg ik weer klachten. Ik hield een paar weken rust en begon opnieuw met vijf minuten. Ik zat volstrekt ontspannen achter het scherm, toch was het zinloos. Mijn werkgever vroeg een extern re-integratietraject voor mij aan. Er was geen ander werk op mijn niveau, dus ik werkte mee. Ik begon geen rechtszaak, ik werd goed geholpen en begeleid. Het re-integratiebedrijf bleek een hele goede voor mij: Retrofit. Dit bedrijf heeft een enigszins spirituele inslag en een heel positieve benadering. Ik las veel boeken en leerde *visualiseren*. En solliciteerde *kwalitatief*: niet lukraak, maar juist gericht. In combinatie met een sterke uitstraling (je weet nu precies wie je bent, wat je kunt en wat je wilt) moest het succes dan wel een keer komen. Uiteindelijk kon ik kiezen uit drie banen, in de branche waarin ik altijd al wilde werken!

In het sollicitatiegesprek was ik eerlijk over mijn RSI. Het enige typewerk – bezoekverslagen – deed ik met een spraakherkenningsprogramma. Het ging

beter met me. Ik ging ook weer motorrijden, maar kreeg een motorongeluk. Toen ik net uitgerevalideerd was, ging mijn baas failliet. Ik besloot maar voor mezelf te beginnen.

Opnieuw programmeren

RSI krijg je niet van stress. Stress versterkt en versnelt je RSI wel. In de winter, wanneer mijn lichaam kouder is en de doorbloeding minder, is mijn belastbaarheid aanzienlijk minder. Herstellen van RSI is ook een kwestie van het opnieuw 'programmeren' van

Waarschuwingen

Ik denk dat ik in fase 3 heb gezeten. Ik ben aan de pijn gewend geraakt. De één heeft een hogere pijngrens dan de ander. Maar geen pijnstillers voor mij. Hiermee onderdruk je waarschuwingen van je lichaam en geef je jezelf dus de mogelijkheid om op de oude voet verder te gaan. Fout! Ik heb nergens hulpmiddelen voor. Ik had een speciale muis met een trackball maar die verdween in de prullenbak. Ik heb wel een heel soepel toetsenbord. Het enige hulpmiddel ben



"Ik heb veel bewondering voor mijn vriendin. Ik kan met veel dingen nog stoppen. Zij kan door haar dwarslaesie aan heel veel dingen niet eens beginnen."

je hersenen. Toen mijn RSI op zijn ergst was, kreeg ik zelfs pijscheuten in mijn vingers als ik iets voelde met mijn vingertoppen. Ik heb mijn hersenen moeten leren dat 'voelen' geen reden is voor een pijnsignaal. Ik had een bak met allerlei velletjes schuurpapier, van heel grof tot heel fijn. Deze waren genummerd. Tijdens het voelen raadde ik het nummer. Zo werd het 'voelen' weer normaal.



ik zelf: pijn is stoppen of uitstellen. Mijn kracht heb ik terug. Alleen boven mijn macht werken gaat absoluut niet. Langdurig schrijven ook niet. Hoe kleiner en preciezer de handeling, hoe sneller ik verzuur. Zoals een knoop aannaaien, frustrerend...

Sparen en lenen

Ik zie mijn lichaam nu als een bank. Je mag af en toe je reserves opmaken



(lenen!). Die reserves vul je weer aan met extra rust (sparen!). Toen mijn RSI op zijn ergst was, had ik zo'n grote schuld dat mijn commandocentrum gedwongen was mijn 'lichamelijke faillissement' uit te spreken.

Sinds 2005 heb ik een bedrijf in emaille borden, met een productielijn in het buitenland. Het groeit snel maar gecontroleerd, het assortiment verkoop ik door heel Europa. Ik leef er helemaal van en kan mijn eigen tijd indelen.

Mijn RSI heb ik onder controle. Ik mediteer, doe krachttraining en loop hard. Twee keer per maand neem ik een massage. Niet alleen lekker, het helpt ook. Mijn belastbaarheid lijkt nu op zijn maximum te zitten. Die gaat niet meer vooruit. Als ik pijn heb, word ik niet meer boos. Dan stop ik, en denk ik aan mijn vriendin. Met grote bewondering en liefde. Zij is net zo gelukkig als ik en kan heel goed relativeren. Ondanks, en dankzij, een hoge dwarslaesie. Ik kan tenminste nog overal mee stoppen. Mijn vriendin niet. Ze kan aan heel veel dingen niet eens beginnen!

Geest en lichaam

Mijn RSI heeft me onnoemelijk veel goeds gebracht. Een enorme dosis kennis ook over mezelf. Tweehandigheid, ik kan bijvoorbeeld even goed schrijven of tandenpoetsen met links en rechts. Het besef dat je geest en je lichaam als team moeten functioneren. En dat RSI inderdaad tussen je oren zit (het zijn immers je hersenen die de pijnprikkels regelen), maar niet op een manier zoals veel 'koekenbakkers' je willen laten geloven. Ooit word ik hopelijk helemaal klachtenvrij. Ik ben gelukkiger dan voor mijn RSI. Dankjewel, RSI!"

l.v.m. privacy van betrokkenen wijkt de layout van dit artikel af van het origineel.

De dokter kan niets vinden.

Het raadsel van medisch onverklaarde lichamelijke klachten.

Jan Houtveen. 2009, Uitgeverij Bert Bakker. ISBN 978 90 351 3400 3. € 17,95



Je hebt pijnklachten en tintelingen en je voelt je vaak doodmoe. Je dokter/specialist kan na uitgebreid lichamelijk onderzoek niets vinden en concludeert: medisch onverklaarde klachten. Je kwam binnen met een lichamelijk probleem en tijdens het onderzoek is je probleem verschoven naar het gebied tussen je oren. "Dat klopt", zegt psychofysioloog, universitair docent en onderzoeker Jan Houtveen in dit populair-wetenschappelijke boek, "want tussen de oren zitten de hersenen!"



De dokter kan niets vinden is een zeer toegankelijk en lezenswaardig boek. Het is bedoeld voor patiënten én behandelaars. Jan Houtveen belicht het fenomeen van de medisch onverklaarde klachten telkens vanuit een ander wetenschappelijk vakgebied. Daarbij gaat hij in op anno 2009 wetenschappelijk bewezen feiten en veelbelovend wetenschappelijk onderzoek dat nog gaande is. De belangrijkste mechanismen achter medisch onverklaarde klachten blijken (vooralsnog) psychologische factoren te zijn en een grotere gevoeligheid voor lichamelijke prikkels. Naar de invloed van het immuun-systeem wordt nog volop onderzoek gedaan.

Overlap tussen psychisch en lichamelijk

Vaak krijgen patiënten met medisch onverklaarde klachten een syndroom als diagnose, bijvoorbeeld het chronisch pijnsyndroom. Zo'n syndroom is niet meer dan een cluster van klachten die soms ook bij andere syndromen voorkomen (pijn en vermoeidheid bijvoorbeeld). Een syndroomlabel is dan ook een diagnostische noodsporg. Het geeft een gevoel van erkenning, maar geen uitsluitsel over de oorzaken van de aandoening en aanknopingspunten voor een behandeling. Er is echter steeds meer wetenschappelijk bewijs dat psychische klachten niet zuiver psychisch zijn en lichamelijke klachten niet zuiver lichamelijk. Dat geldt voor de onverklaarde klachten, maar ook

voor een aantal lichamelijke klachten dat medisch wel verklaarbaar is (astma, hart- en vaatziekten en hernia bijvoorbeeld).

De onderliggende mechanismen

In *De dokter kan niets vinden* neemt de auteur de lezer mee op een zoektocht naar de onderliggende biopsychosociale mechanismen van medisch onverklaarde klachten op vijf wetenschappelijke vakgebieden: de cognitieve psychologie en de gedragspsychologie (de 'tussen de oren'-factoren), de neurofysiologie (de hersenen), de stress-fysiologie (spierspanning en stress-hormonen), de ademhaling en de psycho-neuro-immunologie. Per hoofdstuk behandelt de auteur één vakgebied. Elk hoofdstuk begint met een uitleg over de werking van het betreffende mechanisme in een gezond lichaam en vervolgt dan met een uitleg over de werking van het mechanisme bij medisch onverklaarde klachten, alsmede hierbij aansluitende behandelwijzen (al dan niet effectief gebleken). RSI wordt niet specifiek vermeld, maar het boek biedt genoeg invalshoeken om ook de RSI'er te kunnen boeien.

Psychologische mechanismen hebben invloed

Zo gaat de auteur in op de invloed van pijngerelateerde angst, negatieve gedachten en verhoogde waakzaamheid (hypervigilantie) op de beleving van lichamelijke klachten, en de indi-

viduele verschillen daarin. Mensen met onverklaarde klachten rapporteren meer pijn dan mensen zonder onverklaarde klachten. Tevens interessant is de rol van het geheugen (*recall bias*). De auteur beschrijft een (nog niet gepubliceerd) onderzoek waaruit je zou kunnen concluderen dat mensen met medisch onverklaarde klachten na afloop van een pijnsensatie zich een sterkere pijn herinneren dan ze daadwerkelijk gevoeld hebben.

Hersenen en ruggenmerg: grotere gevoeligheid voor pijn

Maar pijn is niet alleen een psychische kwestie. Met geavanceerde scantech-nieken is inmiddels aangetoond dat de gebieden in de hersenen die zich bezighouden met de verwerking van pijn, bij mensen met medisch onverklaarde klachten ook sterker geactiveerd worden dan bij mensen zonder die klachten. Daarmee is dus op objectieve wijze bewezen dat onverklaarde pijn daadwerkelijk bestaat. Het feit dat mensen met onverklaarde pijn de pijn sterker voelen, past in het bekende (veertig jaar oude) biopsychosociale 'pijnpoort-model' (zie kader). Er zijn inmiddels al een aantal stoffen geïdentificeerd die een rol spelen bij het sluiten dan wel openzetten van de pijnpoorten voor de pijn. Ook in het recentere maar tevens biopsychosociale 'neuromatrixmodel van pijn' (zie kader) passen de medisch onverklaarde pijnklachten. De auteur beschrijft het wetenschappelijke bewijs

dat voor een aantal syndromen al is gevonden. Kortom, het wordt steeds duidelijker dat – bij een aantal van de medisch onverklaarde syndromen althans – het lichaam gevoeliger is geworden voor pijnprikkels (interoceptieve sensitiviteit) en dat de oorzaak hiervoor gevonden zou kunnen worden in de hoek van de psychosociale factoren.

Pijnpoortmodel

Een biopsychosociaal pijnmodel dat ervan uitgaat dat zenuwbanen vanuit het brein in het ruggenmerg de doorgifte van pijnsignalen verminderen. In dit proces worden (theoretische) pijnpoorten gesloten door positieve gevoelens, ontspanning, gevoel controle te hebben over de situatie, afleiding en actief zijn. Pijngerelateerde angst, negatieve gedachten en verhoogde waakzaamheid, ontstaan in het brein, zouden via de zenuwbanen deze pijnpoorten kunnen openzetten, zodat juist meer pijn gevoeld wordt.

Neuromatrixmodel van pijn

Een biopsychosociaal pijnmodel dat zich richt op de verwerking en de bewuste beleving van pijn in het brein (bijvoorbeeld pijn als een waarschuwing om alle activiteit te stoppen, een aankondiging van beperkingen, een signaal dat men opnieuw gefaald heeft) en hoe/waar deze bewuste beleving in het brein plaatsvindt

Spierspanning, stresshormonen en ademhaling: geen invloed op pijnklachten

Daarnaast ondervindt het lichaam ook stressreacties: een hogere spierspanning, de effecten van stresshormonen en de gevolgen van een verstoorde ademhaling. Deze complexe lichamelijke reacties op stress zijn al langer bekend en worden door Jan Houtveen toegelicht. Het is bewezen dat stress een hogere spierspanning veroorzaakt. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter niet dat een hogere spierspanning een doorslaggevende rol speelt bij het ontstaan van medisch onverklaarde pijnklachten. En hoewel de stressregulerende systemen in het lichaam (het zenuwstelsel en de route vanuit het brein naar de bijnierschors) door chronische stress ontregeld kunnen raken (*allostatic load*), is er tevens onvoldoende bewijs dat de ontregeling van stressregulerende systemen de oorzaak is van onverklaarde pijnklachten. Van hyperventilatie door stress en angst en een laag hartritmevariabiliteit onder invloed van de ademhaling is lang gedacht dat het oorzaken waren van medisch onverklaarde klachten. Ook hiervoor is echter geen overtuigend wetenschappelijk bewijs gevonden.

Wel kan stress uiteraard rechtstreeks invloed hebben op het brein en zo onder meer de waarneming en beleving van onverklaarde pijnklachten beïnvloeden. Over hoe dit psychofysiologische proces zich voltrekt in het brein, is nog relatief weinig bekend.

Immuunsysteem: functionele sickness behaviour als basis van onverklaarde klachten?

De psycho-neuro-immunologie is een jong vakgebied dat zich richt op de relaties tussen psychologische mechanismen, het brein en het immuunsysteem. Uit onderzoek blijkt dat de psyche en het immuunsysteem elkaar kunnen beïnvloeden. Jan Houtveen beschrijft het brein in zijn rol als centrale regelkamer van de processen in het lichaam. Het immuunsysteem veroorzaakt daarbij *sickness behaviour* (zie kader). Door wetenschappers wordt momenteel de vraag gesteld of *sickness behaviour* niet het mechanisme is achter medisch onverklaarde klachten. Uit dieronderzoek zijn er aanwijzingen voor immunologische sensitiviteit: het immuunsysteem wordt gevoeliger door herhaalde blootstelling aan infecties in het verleden, traumatische gebeurtenissen, stress of door genetische aanleg. Het weinige onderzoek dat tot heden verricht is bij mensen met onverklaarde klachten, heeft nog geen bewijs geleverd dat dit het gezochte mechanisme is (zie kader). Het vakgebied is echter nieuw en het onderzoek gaat razendsnel voort.

Sickness behaviour

De cellen van het immuunsysteem communiceren met elkaar met behulp van boodschapperstoffen: de cytokinen (oftewel interleukines). Deze stoffen veroorzaken een aantal lichamelijke en psychische ziektesymptomen: je hebt koorts en spierpijn, hebt geen trek meer, bent doodmoe en kunt je niet concentreren (*sickness behaviour* van het lichaam). *Sickness behaviour* is functioneel, want het motiveert je om je gedrag aan te passen aan je ziekte-toestand.

Recent immunologisch onderzoek

Dit richt zich op stoffen die de effecten van cytokinen kunnen blokkeren of die inwerken op de mechanismen waarmee cytokinen kunnen leiden tot ontstekingsreacties en *sickness behaviour*. Voor mensen met chronische ontstekingen zijn er al blokkerende stoffen gevonden. Bij mensen met onverklaarde klachten zijn deze stoffen tot heden niet werkzaam gebleken.

Conclusie

Medisch onverklaarde klachten heten 'onverklaard' omdat er geen directe lichamelijke oorzaken voor zijn aan te wijzen. Wel aan te wijzen is een aantal onderliggende, samenhangende processen. Jan Houtveen breekt dan ook een lans voor het multidisciplinair 'uitzoomen' op onverklaarde klachten en waarschuwt tegen het zich vastbijten in een zoektocht naar die ene lichamelijke oorzaak. De kracht van Jan Houtveen is dat hij de onderliggende processen, die zeer complex zijn, op een relativerende manier, met recht toe recht aan taalgebruik en aansprekende voorbeelden kan beschrijven en met elkaar in verband kan brengen. Het boek wordt afgesloten met een hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen voor zowel behandelers als patiënten. Uit effectonderzoek blijkt dat de meest effectieve behandeling cognitieve gedragstherapie is. Het helpt echter niet volledig en niet bij iedereen. Acceptance-commitment therapie lijkt veelbelovend, maar dat is nog niet goed onderzocht. Helemaal achter in het boek vind je een lijst met noten en opmerkingen per hoofdstuk, een lijst met geraadpleegde literatuur per hoofdstuk en een verklarende woordenlijst van de gebruikte psychologische en medische termen. Tijdens het lezen van het boek raak je overigens snel gewend aan de terminologie.

Dit boek maakt medisch onverklaarde klachten concreet en dus bespreekbaar, geeft inzicht in de echte betekenis van 'tussen de oren'-factoren en kan fungeren als naslagwerkje en kader bij het lezen van artikelen over ander wetenschappelijk onderzoek naar onverklaarde klachten. De dokter kan niets vinden. Jan Houtveen, de auteur van dit boek, gelukkig wel.

Tekst: Karlijn van der Meer

Interviews met Jan Houtveen over *De dokter kan niets vinden*: http://www.avro.nl/player/radio/player.aspx?progId=podcast_watnu&iid=watnu_10754&stream=undefined (Avro: De Praktijk, uitzending d.d. 16 oktober 2009)

Website over *De dokter kan niets vinden* met in het Addendum antwoorden van de auteur op vragen van lezers van het boek: <http://www.medisch-onverklaarde-klachten.nl/>

Jubileumcongres RSI-vereniging vijftien jaar

Feestelijk en uitgebalanceerd programma

Met een propvol programma vierde de RSI-vereniging haar vijftienjarig bestaan. In die tijd is er veel gebeurd, veel werk verzet. Bij wetenschappers en behandelaars is RSI nog volop onder de aandacht. En dat wilden we laten zien. Hieronder het verslag van de lezingen van twee onderzoekers en van fysiotherapeute Suparna Damany, bekend van het boek *It's Not Carpal Tunnel Syndrome!* Tijdens de workshops kon je zelf aan de slag en zo misschien weer eens een nieuwe aanpak van je klachten uitproberen. En in het in het RSI-café was er ruimte om elkaar te ontmoeten en ideeën uit te wisselen aan de hand van een aantal thema's. Sandra Oudshoff analyseert ten slotte de visie van de verschillende sprekers op overeenkomsten en tegenstellingen. Genoeg ervaringen om je eigen lichaam en geest weer eens te resetten en anders te kijken naar je eigen klachten.

Suparna Damany benadrukt belang zoveel mogelijk afwisseling

De Amerikaanse fysiotherapeute en RSI-expert Suparna Damany hield een inspirerende lezing over haar visie op de fysieke aspecten van RSI-klachten en het behandelprogramma dat zij heeft ontwikkeld.

Volgens Damany wordt RSI veroorzaakt door een combinatie van factoren: langdurig herhaalde of krachtige handbewegingen, een slechte houding, lifestyle en persoonlijkheid, een te hoge werkdruk en een verkeerde werkplek. Doordat er telkens net iets meer schade overblijft dan er in rust hersteld kan worden, ontstaat letsel aan spieren, pezen en zenuwen. Het gevolg hiervan is pijn, zwakte, een doof gevoel en/of een verminderde motoriek. Elk individu is uniek, waardoor maar weinig mensen dezelfde klachten hebben. Dit betekent dat de behandeling moet worden afgestemd op het individu. Damany geeft alle klachten die ze bij iemand vindt een eigen label, zoals peesontsteking, carpaletunnelsyndroom of tenniselleboog.

Behandeling

Omdat RSI een complex probleem is, is een uitgebreide behandeling

noodzakelijk. Hierbij is het belangrijk om te weten welke weefsels beschadigd zijn, wat die schade heeft veroorzaakt en of de oorzaak acuut of chronisch is. Haar behandeling begint met het opstellen van een probleemlijst. Er wordt gekeken naar beschadiging van spieren, compressie van zenuwen en/of vaten, mechanische compensatie, gebrek aan flexibiliteit, verminderd(e) kracht en uithoudingsvermogen, functioneel verlies en angst. De behandeling is er vervolgens op gericht die schade te herstellen. Om de spieren weer gezond en flexibel te maken, wordt manuele therapie aangeraden. Het is belangrijk om de normale doorbloeding te herstellen. Als er een kromming in de wervelkolom wijzigt, bijvoorbeeld door pijn, heeft dit invloed op de stand van de rest van de wervelkolom en op de zenuwen die door de wervels heenlopen. Om de druk op de zenuwen te verminderen, is het dus erg belangrijk dat de wervelkolom in de juiste positie staat. Ook wordt getraind op een goede houding en buikademhaling. Er is veel aandacht voor ergonomie en verkeerde gewoontes. Pas als het weefsel weer gezond is, mag je beginnen met het opnieuw opbouwen van de conditie. Soms moet je

KANS: stoppen of doorgaan?

JUBILEUM-
CONGRES
RSI-vereniging
vijftien jaar!

Christoph Loo, ergotherapeut, vertelt over een nieuw verklaringsmodel dat aan de Universiteit Maastricht wordt onderzocht. Het theoretisch model geeft een mogelijke verklaring over hoe KANS-klachten kunnen ontstaan en voortduren. Persoonlijke factoren spelen hierbij een belangrijke rol. Op basis van dit model worden nieuwe behandelvormen opgezet en uitgetoetst.



wel eens door de pijn heen trainen, maar alleen als je zeker weet dat er geen weefselschade is.

Ergonomie

Een goede ergonomie is erg belangrijk. Werk zoveel mogelijk in een houding die zo weinig mogelijk spierspanning oplevert. Elk hulpmiddel dat jou dichterbij dat doel brengt, is ergonomisch goed voor jou. Niet iedereen heeft dus baat bij dezelfde hulpmiddelen. Met behulp van een aantal dia's geeft Suparna uitleg over de juiste werkhouding. Ze adviseert om in ieder geval te zorgen voor zoveel mogelijk afwisseling. Dit geldt voor houding, werk, gebruikte hulpmiddelen, et cetera. Het is ontzettend belangrijk om zoveel mogelijk te bewegen. Hoe statischer je houding, hoe harder je fijne motoriek moet werken.

Tekst: Jantine van der Tang

Lange tijd werd gedacht dat mensen met meer pijn eerder geneigd zijn te stoppen met hun taak dan mensen met minder pijn. Uit studies van de afgelopen jaren blijkt dat dit beeld niet altijd hoeft te kloppen. Verschillende factoren spelen een rol. Wordt bijvoorbeeld een taak als zinvol ervaren, dan gaan mensen ondanks (toenemende) pijn eerder door; zit er een (negatieve) druk op de taak vanuit de leiding, dan neigt men ook tot volhouden van de taak, et cetera. Het is niet zo dat bepaalde mensen met pijn altijd doorgaan met de taak en bepaalde mensen stoppen. Binnen het individu kunnen beide keuzes naast elkaar bestaan. Het *Mood-as-Input*-model stelt dat er een interactie is tussen gevoelswaarde, taak en pijn en dat de uitkomst ervan bepalend is voor het wel of niet doorgaan met de taak, ondanks de ervaren pijn. Mensen met chronische pijn maken dan keuzes die de pijn verergeren of in stand houden (*overuse*) of vermijden de pijn door met deze en andere activiteiten te stoppen (*disuse*). Beide situaties kunnen lang voortduren en leiden niet tot een vermindering van klachten. Vaak wel tot een vermindering van arbeid. Met behulp van een *Stop-Rule-Management*-programma (SRM) wordt geprobeerd uitval in het arbeidsproces te beperken.

SRM

Het verminderde vermogen van chronischepijnpatiënten om dagelijkse activiteiten uit te voeren, noemt men pijninvaliditeit. Om uit deze patstelling te komen is SRM ontwikkeld. Het doel van het SRM-programma is mensen te leren flexibel te zijn in het hanteren van stopregels. Mensen die vanwege een negatieve gevoelswaarde (zoals stress) geneigd zijn door te gaan met activiteiten ondanks de pijn, leren deze negatieve gevoelswaarden herkennen en leren ervaren dat het op dergelijke momenten beter is om te stoppen. Als wordt verondersteld dat stoppen zal leiden tot problemen, dan krijgen mensen technieken aangereikt om met deze problemen om te gaan. Mensen die vanwege een negatieve gevoelswaarde (bijvoorbeeld pijngerelateerde angst) geneigd zijn te stoppen met de uit-



voer van activiteiten, leren te vertrouwen op hun lichaam. Irrationale angsten worden met cognitieve therapie aangepakt. Het uiteindelijke doel is om de ervaren beperking als gevolg van pijn te verminderen, de kwaliteit van leven te verbeteren en mensen een meer flexibele houding aan te leren ten aanzien van het hanteren van stopregels.

Lopend onderzoek

Op dit moment wordt de effectiviteit van het SRM-programma binnen de afdeling Revalidatie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC/azM) onderzocht bij mensen met specifieke klachten aan arm, nek en schouder (KANS, term van professionals voor RSI). Verwacht wordt dat aan de hand van de resultaten van het onderzoek aan mensen met KANS een op maat gesneden revalidatieprogramma kan worden aangeboden. Het SRM-programma duurt circa negen weken en bestaat uit maximaal 21 sessies van één uur. Na een half jaar is er een follow-upafspraken. Gedurende het revalidatieprogramma wordt gevraagd een dagboekje bij te houden. Daarnaast worden er voorafgaand, na afloop en een half jaar na afronding vragenlijsten afgenomen en wordt met behulp van bewegingsmeters de mate van activiteit gemeten. Hoofdonderzoeker is Jeroen de Jong, afdeling Revalidatie MUMC, jeroen.dejong@mumc.nl. Vragen kunnen gesteld worden aan onderzoeks-assistent Sita van Riet, telefoon 043 - 388 14 91 of s.vanriet@maastrichtuniversity.nl

Tekst: Egbertien Martens



Multidisciplinaire revalidatiebehandeling van non-specifieke RSI-klachten:

Je grenzen verleggen door *binnen je grenzen te blijven*

RSI'ers met non-specifieke RSI, de meesten onder ons, hebben chronische pijn. Chronische pijn verdwijnt meestal niet als de oorzaak wordt weggenomen. Vaak is er zelfs geen sprake (meer) van aanwijsbare fysieke schade. Toch boeken revalidatiearts Henk Arwert en zijn team in Sophia Revalidatie en Medisch Centrum Haaglanden wel degelijk successen met de behandeling van non-specifieke RSI.

RSI is een multicausale aandoening. Bij het ontstaan van RSI kunnen fysieke/mechanische factoren, maar ook psychische en sociale factoren een rol spelen, vaak in samenhang met elkaar. De behandeling van non-specifieke RSI dient dan ook aan te sluiten bij al deze factoren.

Biopsychosociale behandelstrategie

RSI-patiënten worstelen vaak met vragen als "Moet ik de pijn negeren of moet ik luisteren naar mijn lichaam?", "Moet ik wel trainen en zo ja, hoe?", "Moet ik me ziek melden of niet?" In het revalidatieteam van Sophia Revalidatie en Medisch Centrum Haaglanden werken fysiotherapeuten, ergotherapeuten, arbodeskundigen, psychologen en maatschappelijk werkers nauw samen om deze en vele andere vragen en problemen het hoofd te bieden.

Tijdens de revalidatie leer je als patiënt beter om te gaan met de pijn. Niet door te luisteren naar je lichaam, want dat heeft zijn goede en slechte dagen en bovendien fungeert chronische pijn niet als waarschuwingssignaal, maar door je kracht en je conditie te verbeteren met fysieke training. Paradoxaal genoeg kun je door binnen je grenzen te trainen je grenzen juist verleggen. Hierdoor ontstaat een weerbaarheid die je kunt gebruiken als je *zo nu en dan* in een situatie terechtkomt waarin je over je grens heen moet gaan. Verder leer je hoe je met een goede planning fysieke belasting kunt verdelen over de dag of week, hoe je varieert in houding en hoe je gebruikmaakt van micro-pauzes. Ook zo verleg je je fysieke grenzen. Een goed hulpmiddel bij dit alles is het boek *De Pijn de Baas* van Frits Winter. Weerbaarheid tegen psychosociale factoren (stress van



buiten of zelfopgelegde stress, stemmingsproblemen, gebrek aan zelfvertrouwen, angst voor belasting, gebrek aan assertiviteit) ontwikkel je uiteraard ook. Tevens is er aandacht voor de bredere context: hoe is je balans werk-privé, zit je in afkeuringsprocedures, rechtszaken?

Het resultaat

Voor grote groepen patiënten met non-specifieke RSI is de behandeling effectief, vertelt Henk Arwert. Mits men duurzaam de gewoonten verandert. "Want als je weer gaat doen wat je deed, dan krijg je weer de klachten die je had."

Tekst: Karlijn van der Meer

Drie sprekers: conclusie



Op de jubileummiddag van de RSI-vereniging waren drie sprekers met elk hun eigen visie op de RSI-problematiek. Hier proberen we die visies aan elkaar te verbinden, met hulp van onze adviesraadsleden Marjon van Eijdsen en Maaïke Huysmans. Er zijn namelijk juist ook veel overeenkomsten in de verhalen.

Waar zijn de sprekers en onze adviesraadsleden het over eens? Oorzaken voor RSI kunnen zowel fysiek, psychisch als sociaal zijn. Denk aan statische taakbelasting, (zelf opgelegde) stress en deadlines. Als een enkelvoudige behandeling zoals fysiotherapie niet werkt, is een multidisciplinaire behandeling de aangewezen weg. Het Nederlandse multidisciplinaire revalidatieprogramma zoals beschreven door Henk Arwert en het behandelprogramma van Suparna Damany vertonen veel overeenkomsten, zoals kracht- én conditietraining, verbeteren binnen grenzen, langzaam opbouwen, variatie, en aandacht voor ergonomie en werkgewoonten.

Waar zijn de sprekers het over oneens? Suparna Damany geeft aan dat zij altijd een specifieke diagnose bij RSI-klachten kan stellen. In Nederland wordt juist veel RSI als specifiek



Sandra Oudshoff, voorzitter Commissie onderzoek bedankt Suparna Damany

gediagnostiseerd. Toch is het verschil minder groot dan het lijkt, omdat specifieke diagnoses van Suparna, zoals myofasciaal pijnsyndroom en *thoracic outlet*-syndroom in Nederland bij specifieke RSI horen. Wel denken we als vereniging dat het in Nederland geen kwaad zou kunnen om bij aanhoudende klachten beter te kijken of de juiste diagnose wel gesteld is. Veel mensen modderen immers jaren door met fysiotherapie en dergelijke zonder ooit een specialist te zien.

Het onderzoek in Maastricht gaat ervan uit dat de methode die je kiest om met pijn om te gaan van grote invloed is op je herstel, en grijpt daarop aan met verschillende behandelcomponenten. Het overwinnen van angst staat daarbij centraal, voor de mensen die uit angst voor méér pijn te weinig doen. Suparna Damany geeft desgevraagd aan dat zij hier niet expliciet aandacht aan besteedt, en dat de bewegingsangst vanzelf verdwijnt als de behandeling aanslaat. Omdat de aanpak van Suparna niet wetenschappelijk onderzocht is en het onderzoek in Maastricht nog loopt, is nog niet wetenschappelijk vast te stellen wat de beste methode is.

Ten slotte nog een kanttekening bij de ergonomische adviezen van Suparna Damany. Zij raadt het gebruik van armsteunen tijdens computerwerk af omdat ze de beweging zouden beperken. Van Eijdsen is het hiermee eens. "Wanneer de basishouding goed is, met het borstbeen naar voren wijzend, zijn de armen onbelast en vindt er een ontkoppeling plaats van de werkspielen ten opzichte van de houdings-

spieren. Wanneer de basishouding echter slecht is, waardoor de armen overbelast zijn, wordt als compromis vaak gekozen voor armleuningen. Maar dat is een compromis." Huysmans is het met dit advies echter oneens. "Een Amerikaanse werkplek ziet er anders uit dan een Nederlandse: het toetsenbord staat in Amerika meestal op een uitschuifblad onder het bureaublad, waardoor er geen mogelijkheid is om te ondersteunen op het werkblad. In de Nederlandse situatie, waarbij het toetsenbord op het bureau ligt, wordt geadviseerd om gedurende het werk de armen regelmatig te steunen op armleggers of het bureaublad.



Deels omdat het ondersteunen van de armen de spieractiviteit in de nek-schouderspieren vermindert, wat gunstig zou zijn om klachten te voorkomen of te verminderen. Een belangrijk punt van aandacht tijdens computerwerk is dat de schouders ontspannen en laag gehouden worden." Er is ook hier vanuit wetenschappelijk onderzoek nog geen duidelijkheid.

De adviezen van Suparna Damany om vooral veel variatie aan te brengen in taken en hulpmiddelen en om zelf te experimenteren om uit te vinden wat voor jouw lichaam goed werkt, kan iedereen echter van harte onderschrijven.

Tekst: Sandra Oudshoff



Pilates

Het is anders, heel anders dan ik ooit gedaan heb... Meer ging er niet door mijn hoofd terwijl ik me op mijn linkerbeen in evenwicht probeerde te houden. Ik moest mijn aandacht bij mijn lichaam houden, had instructrice Jannah Wijffels mij net verteld, maar mijn naar achteren gestrekte rechterbeen was ik uit het zicht verloren en veel gevoel had ik er ook niet meer in. Het enige dat ik me realiseerde was dat het wel heel erg trilde.

De workshop Pilates was begonnen met een aantal oefeningen die me opvielen doordat ze een vrij strakke houding vereisten en een holle rug. Door de holle rug kreeg de wervelkolom zijn natuurlijke kromming, vertelde Jannah, met de nek lang, de kin ingetrokken en het hoofd in het verlengde van de wervelkolom. De strakke houding kwam omdat je Pilates beoefent met aangespannen houdingspijlen. Cruciaal daarbij was de versterking van het *powerhouse*: de buik, het bekken en de lage rug.



Jannah had verteld dat haar eigen RSI-klachten door een half jaar Pilates sterk verminderd waren. Maar ik heb zelf het zekere voor het onzekere genomen. Toen ik bij de laatste oefeningen moest steunen op mijn handen, ben ik onopvallend door mijn armen gezakt tot mijn voorhoofd op de grond kwam en heb ik over mijn rechterschouder de overige deelnemers gadeslagen... Of ik ooit zelf voor Pilates zal kiezen? Wellicht, maar dan niet met een Pilates-poster, Pilates-boek, Pilates-dvd of in een fitnesscentrum, waar volgens Jannah het tempo te hoog ligt. Ik ga op zoek naar een echte instructrice, zoals Jannah.

Tekst: Karlijn van der Meer

JUBILEUM-
CONGRES
RSI-vereniging
vijftien jaar!

Chi Neng Qigong

"Duw van je af... armen schuin omhoog... handen naar beneden... armen naar beneden... draai je handen naar buiten."

Docente Willemien Op den Orth staat als een echte Amerikaanse professional boven op een zelfgeknutseld show-podium en doet oefeningen voor. De oefeningen zijn volgens de leer van Chi Neng, een Chinese bewegingsleer die al eeuwen bestaat en lichaam en geest wil versterken.

De docente vertelt dat zij zelf ook last heeft gehad van RSI-klachten en dat deze vorm van bewegen haar enorm heeft geholpen. Ik ben benieuwd of dat ook voor mij kan gelden. Want zoals elke RSI'er ben ik steeds op zoek naar een manier om pijnvrij te raken of mijn klachten te verminderen. Met een grote groep mensen beginnen we met vijf warming-upoefeningen vanuit een staande positie. Alle oefeningen worden zeer beheerst en rustig uitgevoerd. Je pakt als het ware de energie (chi) op, duwt hem van je af en haalt hem weer naar je toe. Alle bewegingen worden heel geconcentreerd in stapjes uitgevoerd. Op de achtergrond zou je een muzikje en een stem moeten horen, maar de techniek laat ons helaas in de steek. Dat doet echter

niets af aan het enthousiasme van de docent en een zeer bereidwillige groep. Na een kleine pauze waarin de docent wat achtergrondinformatie geeft over het ontstaan van Chi Neng herhalen we de oefeningen, maar nu langer. Die herhalingen vind ik persoonlijk soms wel wat te lang. Een hele minuut mijn armen omhoog houden gaat mij niet goed af. Mijn spieren protesteren hevig. Een kwestie van wennen, zo vertelt de docent.

We doen nog een oefening van twintig minuten met veel bewegingen vanuit de armen en handen. Ik voel mijn ene nekspier al snel protesteren dus 'druk' ik mij een beetje bij deze oefening.



Daarna nog een leuke duo-oefening, waarbij je elkaar helpt om je armspieren te ontspannen. Dat geeft veel inzicht in spanning en loslaten. Ik vond het leuk om deze vorm van bewegen eens te proberen. Het lijkt mij de moeite waard om te kijken of je als RSI'er hier baat bij hebt. Dat is natuurlijk voor iedereen verschillend, dat zul je zelf moeten uitdokteren. Voordeel van Chi Neng is dat je de oefeningen zelfstandig thuis kunt doen. Vooraf is het wel handig om een paar keer les te hebben gehad om de oefeningen juist uit te voeren. Daarna kun je met behulp van cd's of dvd's de oefeningen doen. Als je elke dag Chi Neng beoefent, geeft het je rust. Maar om die rust te houden moet je het wel elke dag doen. Doe je de oefeningen niet regelmatig, dan is de werking minder. Tip van de docent: als je een Chi Neng-docent in je omgeving zoekt, neem dan een docent op niveau 2. Die biedt beduidend meer kwaliteit dan eentje van een lager niveau.

Tekst: Egbertien Martens

Meer lezen:

www.chinengqigong.org
www.chineng.eu/nl/

Tennisbalmassage

Nadat ik twee uur lang naar verschillende lezingen heb geluisterd, begeef ik mij met stijf geworden spieren naar de workshop tennisbalmassage



van Jeanine Theunissen. Met ruim twintig mannen en vrouwen bevinden we ons in een vrijwel lege zaal. Jeanine heeft voor ons allemaal twee tennisballen en een yogamatje meegenomen. Ze legt ons in korte tijd de basisbeginselen van de techniek uit. Het is de bedoeling dat de bal druk uitoefent op *triggerpoints* (pijnlijke 'knopen' in de spieren), totdat de pijn hieruit wegtrekt. Niet de bal heen en weer bewegen dus, maar gewoon stil laten liggen. Zodra de pijn uit de plek weggetrokken is, kun je de bal iets opschuiven en op die plek hetzelfde ritueel herhalen. Op die manier behandelen we in een uur tijd onder andere onze voetzolen, kuitspieren en de randen van onze schouderbla-

den. Voor onze wervelkolom hebben we twee ballen nodig. Om ervoor te zorgen dat die tegen elkaar aan blijven liggen, knopen we ze in een sok. We beginnen bij de schedelbasis en dalen langzaam af naar onze billen. Je kunt je voorstellen dat het behoorlijk pijnlijk kan zijn om liggend op een bal een pijnlijke triggerpoint te behandelen. Je moet daarom proberen je lijf als het ware om de bal heen te laten smelten. En hoewel ik tijdens de workshop zelf nog niet veel resultaat merkte, zat ik even later toch met een heerlijk warm en ontspannen lijf in de trein op weg naar huis. Al met al een prima workshop dus.

Tekst: Jantine van der Tang

Partnermassage en ontspanningstechnieken

Gideon de Haan is al vanaf 1991 betrokken bij RSI en bij de vereniging. Destijds als fysiotherapeut. Hij miste de zelfredzaamheid in de behandelingsverhalen. Zo kwam hij bij *triggerpoints* en ontspanningstechnieken.

Op rustige toon vertelt Gideon de Haan over de basis van de zelfbehandeling. Eerst gaan we ons helemaal ontspannen en dicht bij onszelf komen. Hoe je dat? We nemen de vier b's, welbekend van alle fitnessprogramma's: buik, billen, benen en bekkenbodem. En in die volgorde. We ademen helemaal uit en dan weer in. De bedoeling is dat de adem zo laag mogelijk naar de buik zakt. Op die manier ontspannen de spieren in de bovenste extremiteiten vanzelf. Dit is de basis voor de volgende stap: de *triggerpoints* zoeken. "Dat zijn de harde stukjes die pijn doen", aldus Gideon. Mijn collega-redacteur en ik gaan aan de slag. De één zit, de andere staat erachter en voelt aan de nek en schouders bij de ander. Zitten er harde stukjes? Jazeker; onze RSI-achtergrond verloochent zich niet. Toch vereist



dit enig zoekwerk. Eenmaal gevonden moeten we de op de *triggerpoint* blijven drukken totdat de pijn weggaat. Degene die duwt, moet ook die ontspanning voelen. Dat laatste is wat moeilijk voor de niet-geoefende behandelaar. Maar het gekke is: de pijn gaat weg! We krijgen nog huiswerk mee. De komende week ga je elke keer als je gaat zitten de vier b's ontspannen. Verder ga je ook alles op 50 procent

van de gewone snelheid doen. Zo haal je de gewoonte eruit, het idee van alles even snel doen. Dit sluit aan bij *mindfulness*-meditatietechnieken. Je komt uit de 'doe-modus' en komt in de 'zijn-modus'. Dit creëert een afstand van emoties en stress. "En stress wordt zwaar onderschat", besluit Gideon. Ik kan me daar alleen maar bij aansluiten.

Tekst: Gabriëlle Bosch

De RSI-praktijk bij fysiotherapie

Fysiotherapie is waarschijnlijk de meest toegepaste behandeling bij RSI-klachten. Wie van jullie is er niet bij de fysiotherapeut geweest? Toch is er weinig onderzoek gedaan. Celine Karels heeft tijdens haar promotie wél onderzoek gedaan naar het verloop van RSI-klachten in de fysiotherapiepraktijk. Hierbij een bespreking van haar proefschrift, waarop ze in december 2009 is gepromoveerd aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

Een groep van ruim 600 patiënten heeft meegedaan aan het onderzoek. Dit waren allemaal nieuwe patiënten voor de fysiotherapeut, met RSI-klachten aan arm, nek of schouder. Deze groep is 24 maanden gevolgd. Na 3, 6, 18 en 24 maanden hebben mensen vragenlijsten ingevuld over hun klachten. Steeds had 40 procent van deze groep nog klachten. 60 procent was dus wel grotendeels of volledig hersteld.

Het zijn niet steeds dezelfde patiënten die nog klachten hebben: er zijn ook mensen die bijvoorbeeld na 3 maanden geen klachten hebben, en met 18 of 24 maanden weer wel. Van degenen die na 6 maanden hersteld waren, had maar liefst 60 procent in de anderhalf jaar daarna weer last van RSI-klachten.

Welke factoren spelen een rol bij doorgaan of terugkomen van RSI-klachten?

De patiënten hebben vragen ingevuld over:

1) Persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht, onderwijsniveau, gewicht, sportbeoefening en werk.

2) Klachtenkenmerken, zoals duur van de klachten, locatie van de klachten, specifieke diagnose zoals het carpaletunnelsyndroom of aspecifieke klachten, andere gelijktijdige klachten, eerdere RSI-klachten, werkgerelateerdheid van de klachten en de prognose van de fysiotherapeut.

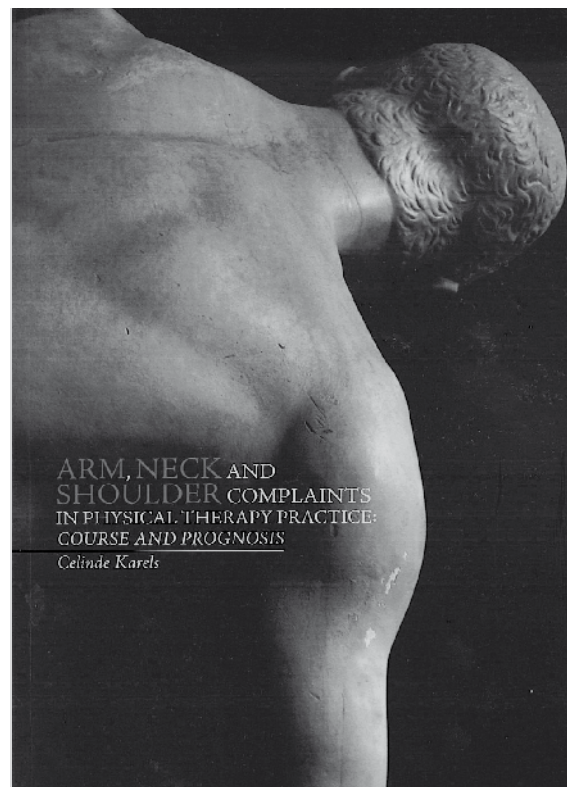
3) Sociale en psychologische kenmerken, zoals kinesiofobie, sociale ondersteuning, *distress*, somatisatie en catastroferen. Deze termen worden in het kader verder uitgelegd.

4) Fysieke activiteiten, zoals het huishouden, zorgen voor anderen, hobby's, tuinieren, computergebruik en handwerken. En voor de werkende patiënten ook of ze een fysiek zware baan hebben of repetitief statisch werk.

Met deze gegevens plus het gegeven of iemand hersteld is, kan statistisch worden gemeten welke factoren een rol spelen bij het in stand houden of terugkeren van RSI-klachten.

Factoren die een rol spelen bij het *voortduren* van klachten na 6 maanden zijn: lange duur van de klachten bij de start van de behandeling, hoge somatisatie, hoge kinesiofobie, meer catastroferen en ontbreken van beslissingsbevoegdheid op het werk. Met 24 maanden ook weer klachtenduur, somatisatie en kinesiofobie en daarnaast het hebben van andere klachten.

Factoren die van invloed zijn op de *terugkeer* van RSI-klachten: hoge somatisatie, eerdere RSI-klachten, en andere spier-, pees- of botletsels. Man zijn en regelmatige sportbeoefening verminderen juist het risico op terugkerende klachten.



ARM, NECK AND
SHOULDER COMPLAINTS
IN PHYSICAL THERAPY PRACTICE:
COURSE AND PROGNOSIS
Celine Karels

Ten slotte is nog gekeken naar de relatie tussen ziekmelding en patiëntkenmerken. Factoren die hierbij een rol spelen zijn: werkgerelateerdheid van klachten, eerdere RSI-klachten, meer klachten bij start behandeling, hoge somatisatie en weinig beslissingsbevoegdheid op het werk. Deze laatste factor speelt ook voor andere soorten klachten een rol bij ziekmelding.

Welke behandelingen worden toegepast door de fysiotherapeut?

De meeste patiënten krijgen oefentherapie (93%) en massage (87%), meestal in combinatie. Bij specifieke klachten behandelt de fysiotherapeut vaker met technieken als ultrageluid, waarschijnlijk omdat bij die klachten ook beter een locatie is aan te wijzen waarop die behandeling kan worden

toegepast. Bij specifieke klachten past de fysiotherapeut vaker manipulatie toe.

Celine heeft ook een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelingen van RSI-klachten. Zoals altijd zijn er weinig studies van heel goede kwaliteit gevonden. Toch valt er wel iets te zeggen: oefeningen lijken effectiever dan massage, pauzeren bij computerwerk lijkt effectief, massage lijkt wel effectief als extra bij manuele therapie, en manuele therapie als extra bij oefeningen. Je zou zeggen dat dit pleit voor een multidisciplinaire aanpak. Specifiek voor het carpaletunnelsyndroom lijken enkele speciale toetsenborden effectief. Een ander literatuuronderzoek naar nekklachten geeft aan dat een multidisciplinaire aanpak het beste werkt: mobilisatie of manipulatie in combinatie met oefeningen.

Ten slotte heeft Celine ook nog gekeken of patiëntkenmerken van invloed zijn op de effectiviteit van een bepaalde behandeling. Patiënten met ernstige klachten of hoog catastroferen hebben meer baat bij manuele therapie dan bij reguliere fysiotherapie.

Conclusie en betekenis

Het promotieonderzoek van Celine Karels geeft informatie over RSI in de fysiotherapiepraktijk. Veel patiënten

hebben last van voortdurende of terugkerende RSI-klachten. Met de resultaten van het onderzoek kunnen fysiotherapeuten beter inschatten welke patiënten risicovol zijn en daar de behandeling op aanpassen. Ook kan de fysiotherapeut makkelijker kiezen voor reguliere fysiotherapie of manuele therapie, afhankelijk van de ernst van de klachten en catastroferen. Verder is duidelijk dat psychosociale factoren een belangrijke rol spelen bij RSI-klachten, net als in eerder onderzoek. Het besef dat pijnklachten in de meeste gevallen goed herstellen en dat het ook mogelijk is om de pijn beheersbaar te maken, kan helpen om bijvoorbeeld catastroferen te verminderen. Het is hard nodig dat behandelaren van RSI-klachten hier meer rekening mee houden, en dat specifieke behandelingen worden ontworpen en onderzocht om met die factoren om te gaan. Een goed voorbeeld hiervan is de studie 'CANS: stoppen of doorgaan' die momenteel in Maastricht wordt uitgevoerd.

Tekst: Sandra Oudshoff

Referenties:

Karels, Celine (2009). *Arm, neck and shoulder complaints in physical therapy practice: course and prognosis*. Proefschrift.

Psychosociale kenmerken

Termen als kinesiofobie zijn niet vanzelfsprekend te begrijpen, maar worden in onderzoek veel gebruikt omdat ze in één woord een complex mechanisme weergeven. Hier leggen we deze termen uit in het kader van RSI-klachten.

Kinesiofobie: letterlijk vertaald is dit bewegingsangst. Bij kinesiofobie gaat het om twee dingen: de overtuiging dat bewegen schadelijk is en het daadwerkelijk vermijden van beweging. Bij (ernstige) RSI-klachten kun je de overtuiging ontwikkelen dat elke beweging schadelijk is, en dat het het beste is om beweging zoveel mogelijk te vermijden. Het kan dan gaan om specifieke bewegingen, zoals computergebruik, maar ook om bewegen in het algemeen. Deze overtuiging kan herstel belemmeren. Kinesiofobie wordt meestal gemeten met de Tampa Scale of Kinesiophobia, een vragenlijst met 17 vragen als "Zodra ik pijn heb, stop ik met waar ik mee bezig ben".

Sociale ondersteuning: deze factor wordt ook weer met een vragenlijst gemeten. Het gaat dan om de hoeveelheid personen in je omgeving, de soort relaties die je daarmee hebt (familie, vrienden, kennissen, collega's) en hoeveel ondersteuning je van deze mensen krijgt. Bijvoorbeeld of iemand je met concrete dingen zou helpen, zoals doktersbezoek, of dat je bij iemand vertrouwelijke verhalen kwijt kunt.

Distress: vertalingen voor distress zijn o.a. nood, angst en benardheid. Symptomen die hierbij horen zijn: zorgen, geïrriteerdheid, spanning, futloosheid, slechte concentratie en slaapproblemen. Distress wordt gemeten met een onderdeel van de Dutch Four Dimensional Symptom Questionnaire.

Somatisatie: dit is de neiging om medisch onverklaarbare lichamelijke klachten te ervaren en die toe te schrijven aan een fysieke ziekte. Bij RSI-klachten gaat het meer om de overtuiging dat er iets lichamelijk 'kapot' is dat niet meer gerepareerd kan worden. Hier wordt dezelfde vragenlijst gebruikt als voor het meten van distress.

Catastroferen: catastroferen over pijn betekent dat iemand overdreven en extreem negatieve opvattingen heeft over pijn. Bijvoorbeeld veel piekeren over pijn, pijn niet uit je gedachten kunnen zetten, verwachten dat de pijn erger zal worden, en onvermogen om met pijn om te gaan: "Ik houd het niet meer uit". Een hoge score op catastroferen leidt bij veel pijnklachten, zoals bij RSI, tot meer beperkingen, slechtere kwaliteit van leven, meer medische consumptie en het chronisch worden van pijnklachten.



Het dagboek van Karen

Onze zoon is inmiddels alweer een aantal maanden. Net als de vorige keren is mijn RSI helaas gewoon weer teruggekomen na de bevalling. Ik heb bij de oudste kinderen ontdekt dat er een boel dingen zijn die zogenaamd zo 'horen' bij babyverzorging, maar die niet zo nodig zijn. Hier mijn lijstje:

Dingen die niet (zo vaak) nodig zijn:

1. in bad. Het is echt niet nodig om een baby elke dag in bad te doen. De belangrijke 'onderdelen' maak je bij het verschonen van de luier al zes keer of zo per dag schoon.

De eerste deed ik nog twee of drie keer per week in bad, de tweede één keer en onze jongste aanwinst gaat nog minder in bad. Zeep en shampoo is ook niet echt nodig, heb ik ontdekt, en dat scheelt weer handelingen. Mij lukt het niet om de baby in bad goed vast te houden vanwege mijn polsen en ik denk dat dat bij veel mensen met RSI zo is. Er zijn stoeltjes waar je de baby in kunt zetten. Je partner kan de baby ook altijd in bad doen. Vaders vinden het vaak prettig om bepaalde vaste taken te hebben, in plaats van dat steeds tegen ze wordt gezegd: "Doe dit of dat."

2. Schrobben om babypoep uit de was te krijgen. In de zon verdwijnen de vlekken vanzelf.

3. Gedoe met schoonmaken van babybillen: gewoon billendoekjes gebruiken.

4. Dekens: ik gebruik vanaf zes weken een slaapzak, geen gedoe met dekens.

5. Je druk maken. Je moet prioriteiten stellen. Ik heb nu bijvoorbeeld heel veel was. Dan kunnen andere dingen niet. Dat is dan maar zo.

Handig ook:

1. Er zijn nu draagdoekconsulenten. Handig, want het maakt echt verschil als de draagdoek optimaal zit: www.draagdoekconsulenten.nl



2. Zijbedden: zelf heb ik er geen, maar ik heb zijbedjes voor baby's gezien die je aan je eigen bed kunt vastmaken. Zo kun je zonder al te veel moeite de baby 's nachts voeden of troosten en weer terugleggen. Je kunt de baby gewoon naar je toe rollen. Zie bijvoorbeeld http://www.baby-walz.nl/winkel/babybedje_babybay_midi.html

3. Een koffietafel gebruiken als steun bij de borstvoeding. Deze heeft rubberen poten, schuift dus niet. Zo kun je heel ontspannen voeden.

4. Neem je rust. Ik ben met mooi weer net een zwerver. In het park ga ik rustig even op een bank liggen slapen, terwijl de kinderen spelen en de baby in de wagen slaapt.

5. Buiten doe ik mijn zoon geen jas aan. Dat lukt me niet goed. Met meer dekentjes lukt het prima. Als ik hem eruit moet halen onderweg, wikkel ik hem in een grote doek.

6. Het rijdt veel makkelijker als je de banden van de kinderwagen flink hebt opgepompt. Tip van een andere RSI-moeder, die ik zelf graag veel eerder had geweten. In de gebruiksaanwijzing van de Bugaboo staat dat het beter zou zijn voor het kind om de banden niet zo hard op te pompen. Maar dat is niet zo ontspannend voor jou en volgens mij merkt de baby er niks van.

7. Maak een goede dagindeling, ook met rustmomenten.

*Tekst: Karen Jackson
en Astrid ter Borgh*

Heb jij RSI en ervaring met zwangerschap en babyverzorging? Mail het ons (handvat@rsi-vereniging.nl).

Tools

Ergoroller ondersteunt pols bij computeren

Nieuw product: de Ergoroller. Je kunt je pols erop leggen en dan heb je volgens de producent extra ondersteuning bij het werken met de muis. De Ergoroller bestaat uit twee rijen met kogellagers, een met vijf kogellagers en een met vier. De Ergoroller kost bijna twintig euro: www.ergoroller.com

Bron: Nu.nl, maart 2010



Jong

RSI door sms'en

Een meisje uit de Amerikaanse stad Chicago moet geopereerd worden aan haar pols omdat ze RSI heeft opgelopen door de vele sms'jes die ze verstuurde. De 16-jarige Annie Levitz stuurde gemiddeld 100 berichtjes per dag. Dat heeft ze nu dus moeten bekopen met schade aan haar polsen. Ze mag nu maximaal 30 sms'jes per dag versturen en moet constant speciale beugels rond haar polsen dragen. Ook moet ze worden geopereerd om de gedane schade te minimaliseren. Annie, die ooit per maand wel 4.000 berichtjes verstuurde, zit nu op een gemiddelde van 2.000. "We proberen dat constant te verlagen", aldus haar moeder tegenover het Amerikaanse nieuwsprogramma ABC News. Bron: De Telegraaf, maart 2010

Werk

Ziekteverzuim door RSI loopt op

Het aantal verzuimdagen als gevolg van de bedrijfsaandoening RSI, ofwel repetitive strain injury, is de afgelopen jaren opgelopen, blijkt uit recent onderzoek van het Expertisecentrum RSI van Arbo Unie onder 17.000 bedrijven.

In het eerste kwartaal van 2009 veroorzaakte de aandoening in totaal 37.794 verzuimdagen, 3 procent meer dan in het eerste kwartaal van 2008 en ruim 10 procent meer dan in het eerste kwartaal van 2007. Ziekteverzuim als gevolg van RSI kost de bedrijven uit het onderzoek bijna 30 miljoen euro, becijferde Erwin Speklé, hoofd van het Expertisecentrum RSI. "De laatste tijd dachten veel

Toch is het aantal werknemers dat zich daadwerkelijk wegens RSI ziek meldt, betrekkelijk gering: al jaren rond de 4.000 per jaar, volgens Arbo Unie. Het aantal ziekmeldingen nam afgelopen jaar zelfs licht af, van 951 in het eerste kwartaal van 2008, naar 912 in het eerste kwartaal van 2009.

Volgens Willem Hollander, voorzitter van de RSI-vereniging, zijn werknemers met RSI terughoudender om zich ziek te melden wegens de recessie. "Werknemers zijn in deze tijd als de dood om hun baan te verliezen. Ze durven zich niet ziek te melden, omdat ze bang zijn dat zij er dan bij een volgende reorganisatie uitvliegen en gaan dus gewoon door met hun werk."

Bron: NRC, april 2010

Arboregels nekken thuiswerk

Arboregels nekken thuiswerk. Dit concludeert de werkgroep mobiliteitsmanagement. De werkgroep (drie jaar geleden op verzoek van de overheid opgericht door het bedrijfsleven) stelt dat de doelstelling om de spits met 5 procent terug te dringen door middel van thuiswerk, waarschijnlijk niet gehaald wordt.

Honderden bedrijven met in totaal een half miljoen werknemers hebben in convenanten met de overheid afspraken gemaakt over het 'nieuwe werken', met daarin een prominente rol voor thuiswerk. In de praktijk komt er echter te weinig van terecht. "Zelfs de Rabobank en Microsoft, die hierin toch vooroplopen, houden zich in. Er is in 2006 een uitspraak geweest over een werkneemster die een schadevergoeding moest krijgen na letsel bij thuiswerk. Dat veroorzaakt nog steeds angst onder werkgevers", zo verklaart Lars Lutje Schipholt, secretaris van de werkgroep mobiliteitsmanagement, de terughoudendheid onder werkgevers. Arboregels verplichten werkge-

vers een veilige werkomgeving te creëren voor hun personeel. Maar als personeel wordt geacht een deel van de werkweek structureel thuis te werken, lopen werkgevers het risico dat het misgaat tijdens thuiswerk.

Pals Groep, het grootste letsel-schadekantoor van Nederland, bevestigt dat werknemers na letsel bij thuiswerken kans maken op een schadevergoeding. "Zeker als de werkgever te weinig deed om de werkplek thuis in orde te maken", aldus directeur Freek Schultz.

De werkgroep mobiliteitsmanagement wil deze arboregels nu ter discussie stellen in overleg met de overheid, vakbonden en werkgeversorganisaties.

Bron: Zibb.nl, De Telegraaf, maart 2010

Meer burn-outs door crisis

Sinds het begin van de economische crisis is het aantal burn-outs met de helft toegenomen. Het totaal aantal meldingen van psychische aandoeningen door werkdruk was in 2009 23,2 procent hoger dan in 2008. Dat concludeerde het Nederlands Dagblad in mei uit cijfers van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Bij de gezondheidszorg, het onderwijs en de industrie is de stijging het sterkst.

Universitair docente arbeids- en organisatiepsychologie Pascale le Blanc wijst er in de krant op dat mensen door de crisis onzekerder zijn geworden. Daarnaast verdwijnt het taboe op psychische aandoeningen, waardoor mensen die eerder accepteren en dus ook eerder melden.

Bij het NCvB kwamen vorig jaar 10.000 meldingen van beroepsziekten binnen, 3.000 meer dan het jaar daarvoor. Het gaat dan ook om aandoeningen als RSI. De stijging komt deels door een betere registratie.

Bron: Nederlands Dagblad, mei 2010



mensen dat RSI verleden tijd is", zegt Speklé. "Maar dat valt dus tegen." Volgens verschillende onderzoeken van TNO Arbeid en de Gezondheidsraad krijgt een kwart van alle werknemers ooit te maken met RSI. Variërend van lichte pijn of tintelingen aan armen, nek of schouder tot klachten die ziekteverzuim en zelfs arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben.

Pijnmedicatie

Als de pijn niet weggaat

Mensen met RSI-klachten hebben vaak pijn. Die pijn kan van verschillende aard zijn: zeurend, kort en hevig, tijdelijk of chronisch, en van verschillende hevigheid. In eerste instantie probeer je de pijn zoveel mogelijk te vermijden of te beperken door alle goede adviezen van therapeuten en artsen ter harte te nemen.



Denk aan een goede zithouding, meer bewegen, meer werkvariatie, minder stress, ander werk zoeken et cetera. Maar dan nog lukt het niet altijd om de pijn te verhelpen. Dan blijven er nog twee mogelijkheden over. Als eerste de pijn accepteren en er zo goed en zo kwaad mogelijk mee leren leven. Of pijnstillers nemen. Je kunt dit het beste doen in overleg met je huisarts. Hij of zij heeft kennis van zaken over welke medicatie bij welke pijn het beste werkt. En ook welke medicijnen met elkaar wel of niet goed combineren.

Pijn is een noodzakelijk kwaad. Pijn is het signaal dat je waarschuwt dat er iets niet goed is in je lichaam of in je omgeving. Zonder pijnsignalen is leven eigenlijk onmogelijk. Kinderen die geboren worden met de afwijking dat zij geen pijn voelen, overlijden meestal voor het vierde levensjaar.

Richtlijn

De arts adviseert medicatie aan de hand van een speciale richtlijn over pijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In die richtlijn verdelen ze pijn in vier fasen. Die fasen zijn niet altijd in een oplopende heftigheid van pijn. Per ziekte wordt bekeken welk medicijn het meest geschikt is. Zo behandelt een arts pijn bij kanker eerder met morfine dan bij hoofdpijn. Voor pijnklachten bij RSI worden algemene pijnstillers en *Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's)* aanbevolen. Werken NSAID's onvoldoende, dan kun je uitwijken naar geneesmiddelen met opiumachtige stoffen. Dat zal echter niet vaak voorkomen.

Paracetamol en NSAID's

Middelen met paracetamol zijn effectief en hebben niet veel bijwerkingen. Verder hebben ze geen schadelijke invloed op het maag-darmslijmvlies. Ook kinderen en ouderen verdragen paracetamol goed. Wanneer paracetamol onvoldoende helpt, kun je NSAID's gebruiken. Deze werken ontstekingsremmend en pijnstillend. Bijvoorbeeld ibuprofen, diclofenac

of naproxen. Ibuprofen heeft de minste bijwerkingen. Diclofenac is een alternatief middel en naproxen lijkt het meest op paracetamol. Mogelijke nadelen van de NSAID's zijn: een schadelijke invloed op het maag-darmslijmvlies en een vermindering van de nierwerking. Ook werken ze minder goed in combinatie met middelen tegen hoge bloeddruk. Bij een langdurig gebruik van een NSAID

[tabel1]

Middelen met paracetamol

Middel	Opmerking
Daro paracetamol	vloeibaar voor kinderen
Kinderparacetamol	tablet, zetpil
Panadol Junior	zetpil
Paracetamol	meestal het goedkoopst
Paracetamol Roter	
Sinaspril	kinderdosering

[tabel2]

NSAID's

Middel	Werkzame stoffen	Opmerking
Advil	ibuprofen	200 en 400 mg capsules
Advil liquid	ibuprofen	
Aleve classic	naproxen	200 en 400 mg
Aleve intense	naproxen	
Aleve feminax	naproxen	
Antigrippine ibuprofen	ibuprofen	
Arthrotec	diclofenac + misoprostol	
Brufen	ibuprofen	
Cataflam	diclofenac	
Diclofenac	diclofenac	
Ibuprofen	ibuprofen	
Naprovite	naproxen	
Naproxen	naproxen	
Nurofen	ibuprofen	
Sarixell	ibuprofen	
Spidifen	ibuprofen	
Voltaren	diclofenac	
Zafen	ibuprofen	

Esther (42 jaar)

Als journaliste werk ik altijd met deadlines. Ik had al af en toe last van mijn handen en armen. Na een drukke periode kreeg ik acute RSI-klachten. Ik zat thuis en kon niets. Ik werd er wanhopig van en zag het niet zitten. Werd zelfs een beetje depressief. Toen heb ik 2 maanden diclofenac en omeprazol geslikt om de scherpe kantjes van de pijn eraf te halen. Zodra de pijn verminderde, ben ik ook weer gestopt. Ik ben blij dat ik medicatie heb genomen. Want dat heeft mij wel door een vervelende periode geholpen. Nu probeer ik mijn werk anders in te richten en betere afspraken te maken met mijn werkgever.

wordt uit voorzorg omeprazol voorgeschreven. Dit is een maagbeschermer. Tegenwoordig zijn er ook middelen die zowel ontstekingsremmend als pijnstillend zijn en tevens de maag beschermen, bijvoorbeeld arthrotec. Als paracetamol en NSAID niet werken, is een combinatie van middelen uit beide groepen een optie. In de praktijk is gebleken dat bij ze gecombineerd gebruik elkaars werking versterken en dus effectiever werken. Vooral bij oude-

ren met chronische pijnklachten werkt dit goed. Een aantal medicijnen uit de NSAID-groep kun je alleen op recept krijgen bij de apotheek. Pijnstillers op basis van paracetamol kun je zonder recept bij de drogist of supermarkt kopen.

In tabel 1 en 2 (pag. 24) staan middelen die als eerste keus gelden bij pijn in fase 1 en 2. Ze werken effectief en zijn goedkoop.

Meer over PIJN

- Op internet: www.pijn-hoop.nl
- Er bestaan Pijnkenniscentra in de academische ziekenhuizen van Groningen, Rotterdam, Nijmegen en Maastricht.
- Ook zijn er LOK-poli's (voor Lichamelijk Onverklaarbare Klachten) in meerdere ziekenhuizen. Hier komen mensen met chronische pijnklachten, bij wie geen fysiek waarneembare afwijkingen zijn gevonden.

Tekst: Egbertien Martens

Bron: Gezondgids; alles over pijn (special), december nummer 107, 2009, uitgave Consumentenbond

RSI-moment

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



Stofzuigen

Ik zit al wekenlang thuis met stevige RSI-klachten. Kan geen kopje oppakken zonder dat de pijnscheuten door mijn armen gaan. Het stof hoopt zich op. Voor de bank ligt het vol met kruimels. Er moet echt eens gestofzuigd worden. Maar hoe?

Mijn vriendin Ingrid biedt uitkomst. Zij en haar vriend Sjoerd komen wel een dagje schoonmaken. Dat vinden ze leuk. Op een woensdagochtend komen ze, bekapt met emmers en

schoonmaakmiddelen. "Blijf jij maar zitten", zeggen ze. "We gaan beginnen met de keuken." De vuilnisbak wordt geïnspecteerd. Waar liggen de nieuwe vuilniszakken? Ondertussen beginnen ze aan de afwas. Nee, ik hoef niet te helpen hoor. Maar natuurlijk doe ik dat toch. Ik pak een nieuwe vuilniszak, en zet de afgewassen kopjes en bordjes terug in de kast. Na de afwas gaan ze beginnen aan de keukenkastjes. En daarna krijgen de ramen een wasbeurt. Kan ik even zeggen waar de ladder staat?

Ik voel me flink dom zoals ik zit toe te kijken hoe zij voor mij in de weer zijn. Dus ik ruim wat natte doekjes op, pak een nieuwe fles allesreiniger, en stapel de emmers op elkaar. Aan het einde van de middag zit ik achter blinkend schone ramen. De keuken glimt en ruikt fris. De kruimels voor de bank... tja, ik had het lef niet om ze na al hun gezwoeg ook nog te vragen een stofzuiger te pakken. Dat moet volgende week maar eens. Nu heb ik teveel pijn om nog iets te doen.

Tekst: Maaïke van Dantzig

De Rubik's Kubus

Had jij er vroeger ook een, zo 'n Rubik's kubus? Ach, in de jaren tachtig had iedereen er een. Kind en volwassene draaiden zich suf en de vaardigheid om het kubusprobleem op te lossen leverde je oneindig veel respect op van toeschouwers.



De Hongaarse uitvinder en architectuurodocent Ernő Rubik bedacht de kubus, een puzzel met vierenvijftig vlakjes in zes kleuren die je in lagen moest draaien. Met als doel alle zes kanten één kleur te geven, één van de 43.252.003.274.489.856.000 mogelijke configuraties. Er werden 350 miljoen kubussen verkocht, waarmee de kubus de best verkochte puzzel aller tijden werd.

Die kubus leek een tijdelijke hype, maar hij is eigenlijk nooit weggeveest. Het blijft een favoriet speeltje van velen en er worden wedstrijden mee gehouden. Dit speedcubing wordt zeer professioneel aangepakt. Spelers oliën hun kubus en doen oefeningen om pijnklachten te voorkomen, want wat blijkt: het fanatisme is zo sterk dat er kubusspelers rondlopen met een 'Rubikpols' of 'kubusduim'. Ene Phil Alexander heeft op internet een songtekst gepubliceerd, 'Rubik's cube: it gave me RSI and tendonitis (peesontsteking)', op de muziek van een musicalliedje.

Er is tegenwoordig ook een – dure – digitale versie, waarbij je de kubus als een soort touch screen hanteert,

wat iets minder belastend zou kunnen zijn. Er zijn ook mensen die hun lego inzetten voor het handwerk (maar ja, dan moet je wel eerst weer het lego in elkaar zetten om er apparaten van te maken die aan de kubus kunnen draaien).

Is rustig en amateuristisch spelen met Rubik's kubus misschien juist goed voor je handen en polsen? Sommige RSI'ers hebben baat bij van die Chinese meridiaanballen en mijn mensen-diecktherapeut heeft me aangeraden om te gaan jongleren, omdat het mijn verpieterde handcoördinatie zou kunnen verbeteren. Desgevraagd vond ze de Rubik's kubus echter geen goed idee.

Tekst: Marieke Harmsen

Bronnen:

'De nerdcanon', Intermediair 4, 2010, pag. 22-25.

http://www.rtl.nl/%28actueel/rtl-nieuws/%29/components/actueel/rtl-nieuws/2009/03_maart/09/verrijkingsonderdelen/0309_1245_duizelen_met_de_kubus.xml

<http://www.amiright.com/parody/60s/marypoppins10.shtml>

Internationaal

'Geen aantoonbaar verband computergebruik en RSI'

Volgens Noorse onderzoekers is er geen duidelijk verband tussen computerwerk en RSI-klachten in de armen, nek en schouders. Tot deze conclusie kwam eerder ook al de Nederlandse onderzoeker Stefan Ijmker. Dat deed veel stof opwaaien. De Noorse onderzoekers benadrukken wel dat meer onderzoek nodig is.

Bron: Waersted M., Hanvold T.N., Veiersted, K.B.: Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: A systematic review. In: BMC Musculoskeletal Disorders, april 2010

Hulpmiddel meet risico RSI-klachten werknemers

De Britse arbo- en gezondheidsinstantie Health and Safety Executive (HSE) heeft een hulpmiddel ontwikkeld waarmee werkgevers kunnen meten hoe groot het risico op spier- en gewrichtsaandoeningen is bij hun werknemers vanwege repeterende arbeid.

De zogeheten *Assessment of Repetitive Tasks tool* is bedoeld voor iedereen die verantwoordelijkheden heeft bij ontwikkeling, beoordeling, management of inspectie van repeterende arbeid, zoals lopendebandwerk, productiewerk en sorteerwerk. De tool is ook bedoeld voor mensen die veel met gereedschap werken.

Het is een hulpmiddel voor het herkennen van repeterende taken waarmee kan worden aangegeven hoe groot het risico van klachten is bij de diverse werkzaamheden.

Bron: <http://www.hse.gov.uk/msd/uld/art/index.htm>

Amerikaanse belangenorganisatie bang voor problemen

In de VS heeft de U.S. Small Business Administration (SBA), een organisatie die opkomt voor de belangen van het midden- en kleinbedrijf, een aanbevelingsbrief gestuurd aan de Occupational Safety & Health Administration (OSHA, onderdeel van het ministerie van Werkgelegenheid).



De organisatie vindt de nieuwe richtlijnen die gemaakt zijn voor werkgerelateerde RSI-klachten onduidelijk. Werkgevers (en dus ook MKB'ers) zijn volgens de nieuwe regels verplicht om RSI-gerelateerde klachten onder te brengen in een aparte categorie beroepsziekten.

De SBA is vooral bang dat het midden- en kleinbedrijf door de richtlijnen van de overheid in de problemen komt vanwege oplopende kosten.

Volgens de SBA is er geen overeenstemming over de diagnose RSI en is moeilijk na te gaan wat de oorzaak is van RSI. Daardoor is het voor werkgevers onmogelijk om na te gaan of er sprake is van RSI bij werknemers en ook of die klachten werkgerelateerd zijn. "Een werkgever kan zo'n ingewikkelde medische diagnose niet stellen", aldus de SBA.
Bron: <http://phoenix.bizjournals.com/phoenix/stories/2010/04/05/daily39.html#ixzz0oSq42Ta7>

Hoofd recht houden

De stand van nek en hoofd is al vaker in verband gebracht met werkgerelateerde RSI-klachten. Minder vaak is er gekeken naar de relatie met hoe je kijkt.

Uit een studie naar de relatie tussen hoofd- en nekbewegingen in combinatie met visuele taken blijkt dat bij sommige visuele taken hoofd en nek een ongewone of ongemakkelijke stand aannemen. En dat is een duidelijke risicofactor bij het ontstaan van werkgerelateerde spier- en gewrichtsaandoeningen.

Bron: *Ergonomics*, april 2010

Vooruitgang wereldwijd op gebied van re-integratie met RSI

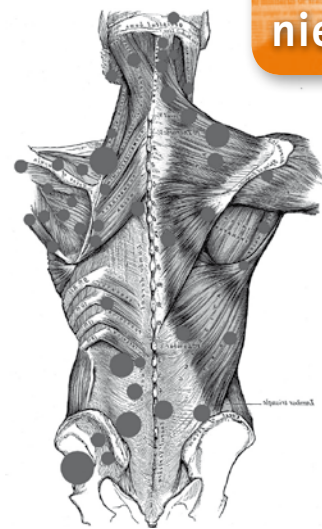
Volgens onderzoekers die een overzichtstudie hebben gemaakt van de afgelopen dertig jaar, is er sinds 1980 veel veranderd op het gebied van re-integratie van werknemers met RSI-

gerelateerde aandoeningen. Er heeft wereldwijd een verschuiving plaatsgevonden van simplistische, eenzijdige strategieën naar meer multidisciplinaire, veelzijdige methoden, zoals training op de werkplek. Die verschuiving is volgens onderzoekers vooral voortgekomen uit economische motieven en doordat er vanuit de overheden meer aandacht is voor arbo- en veiligheidsrichtlijnen.

Alle onderzoek op dit gebied heeft geleid tot een duidelijke vooruitgang in het managen van acute werkgerelateerde RSI-klachten. Desondanks menen de onderzoekers dat er nog veel aspecten beter moeten worden onderzocht.
Bron: *Lysaght R., Donnelly C., Luong D.: Best practices in the rehabilitation of acute musculoskeletal disorders in workers with injuries: an integrative review. In: Work, 2010*

Spraakherkenning voor de iPad

Nuance, de maker van spraakherkenningssoftware Dragon Naturally Speaking, heeft nu ook een applicatie ontwikkeld voor de iPad, zoals het bedrijf eerder al deed voor de iPhone: Dragon Dictation. Met Dragon Dictation kan de iPad-gebruiker spreken in plaats van typen. De applicatie werkt voor verschillende programma's op de iPad, waaronder e-mail, social-media-applicaties en notities en documenten. Het is ook nog eens vijf keer sneller dan typen, volgens de makers. De applicatie is helaas niet beschikbaar in het Nederlands.
IPadNewsDaily, 26 april 2010



Verband tussen RSI en fibromyalgie

Voor een onderzoek naar verbanden tussen fibromyalgie en RSI zijn twee groepen patiënten uitgebreid geïnterviewd, met de volgende resultaten.

Bij de fibromyalgiepatiënten die ook een RSI-diagnose hebben gehad, was er een duidelijk verband tussen de ontwikkeling van de ziekte en overbelasting qua werk.

Bij de fibromyalgiepatiënten zonder RSI-diagnose waren de symptomen vaak al aanwezig sinds hun jeugd en werden deze erger na zware emotionele belasting. Ook kwamen soortgelijke klachten in de directe familie voor, wat bij de andere groep niet het geval was. Bij sommige fibromyalgiepatiënten is een overbelasting op het werk een belangrijke factor bij het ontstaan van de ziekte. Het komt voor dat iemand fibromyalgie krijgt die eerst al RSI kreeg.
Bron: *Alvares T.T. & Lima M.E.: Fibromyalgia: interfaces to RSI and considerations about work etiology. In: Cien Saude Colet, mei 2010*

Effectieve combinatietherapie voor het carpaletunnelsyndroom

In de zoektocht naar effectieve behandelingen voor het carpaletunnelsyndroom hebben onderzoekers ontdekt dat een combinatie van acupunctuur en Tuina (Chinese drukpuntenmassage) duidelijke resultaten oplevert. Deze gecombineerde methode leverde bij 81 procent van de behandelde groep (98 patiënten) goede resultaten op.
Bron: *Cai, D.F.: Warm-needling plus Tuina relaxing for the treatment of carpal tunnel syndrome. In: Journal of Traditional Chinese Medicine, maart 2010*

Vertaald door Floor Scholten

www.regelhulp.nl

Regelhulp is een soort routeplanner (webloket) voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Regelhulp geeft een overzicht van zorg, hulp en financiële ondersteuning. Het gaat om voorzieningen van en ondersteuning door verschillende organisaties, zoals de gemeente, het CIZ, UWV en UWV WERKbedrijf. Je kunt in Regelhulp voorzieningen aanvragen of een contactformulier invullen voor een gesprek over ondersteuning. Met één formulier, bij verschillende instanties tegelijk.

**www.deeljezorg.nl**

Deeljezorg.nl is een sociaal netwerk voor iedereen die ervaringen, tips of oproepen over zorg en welzijn wil delen en kennis wil maken met anderen. Aan Deeljezorg.nl zijn ook zogeheten Deelsites verbonden. Deze zijn speciaal bedoeld voor patiënten-organisaties, cliëntenraden, Wmo-adviesraden en andere organisaties die vanuit het perspectief van patiënten en cliënten actief zijn. Zo bestaat de Deelsite voor Q-koortspatiënten al een tijdje, maar ook is er nu de Deelsite voor mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel in Brabant en de Deelsite voor mantelzorgers van GGZ-cliënten. Deeljezorg is een initiatief van de dertien provinciale Zorgbelang-organisaties.

www.brig-instituut.nl

Het BRIG-register geeft inzicht in de bevoegdheid van reguliere zorgverleners. Sinds kort hebben ook alternatieve zorgverleners een register: het BRIG-register (BeroepsRegister Integrale Gezondheidszorg). Alleen alternatieve zorgverleners die voldoen aan de door BRIG gestelde opleidings- en bijscholingseisen en lid zijn van een door BRIG goedgekeurde beroepsvereniging, krijgen een registratie. Het feit dat alternatieve behandelaars opgenomen zijn in het BRIG-register biedt geen zekerheid over de effectiviteit van de aangeboden behandeling.

Kort nieuws

Keuzesites over zorg kunnen beter

De presentatie van keuze-informatie over de zorg op websites kan beter. Om het gebruik ervan te vergemakkelijken moet dit soort informatie beperkt blijven tot punten die mensen meewegen in hun keuze, moet helder zijn wat de informatie betekent en moet deze eenduidig worden gepresenteerd. Dat blijkt uit onderzoek waarop Olga Damman eind april promoveerde aan de Universiteit van Tilburg.

Keuze-informatie aanbieden alleen is niet genoeg om zorggebruikers actieve, goed geïnformeerde keuzes te laten maken. Mensen wenden zich eerder tot familie, vrienden en artsen dan tot dit soort informatie, zo blijkt uit eerder onderzoek. Olga Damman onderzocht hoe deze informatie wordt gepresenteerd op internet en keek naar de presentatiewijzen. Die presentatie van de informatie blijkt een belangrijk knelpunt. Keuze-informatie is nog veel te complex. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat mensen een ogenschijnlijk gemakkelijke keuze nog best vaak 'fout' maken. In een experiment

koos 12 procent van de respondenten niet de beste zorgaanbieder. Ook bleek een kwart van de vragen over de verstrekte keuze-informatie fout beantwoord.

"Keuze-informatie op internet moet zo eenvoudig te begrijpen zijn als de informatie van vrienden of familie en tegelijk betrouwbaar, dus onderbouwd met gedegen onderzoek", stelt Damman. Dat maakt het niet eenvoudig om een goede keuzesite te maken. "We moeten dus investeren in heldere en toegankelijke informatie. Informatie op het web moet aansluiten bij de belevingswereld van de consument. Anders schiet keuze-informatie zijn doel voorbij."

Proefschrift: *Keuze-informatie over de ervaringen van zorggebruikers: de Consumer Quality Index.*

Meer lezen: de digitale versie kun je opvragen bij PGOsupport: secretariaat@pgosupport.nl

Bron: PGOsupport

Vragen over RSI?

Bel met de RSI-lijn:

0900 - 774 54 56

Heb je vragen over behandelingen bij RSI, keuringen of wettelijke regelingen? Bel de RSI-lijn, (kosten: 0,01 euro per minuut), waar onze ervaringsdeskundigen je vragen beantwoorden. Ook voor het uitwisselen van ervaringen, tips of voor steun kun je bij de RSI-lijn terecht. Je kunt ons bereiken van maandag tot en met donderdag van 13.00 tot 15.00 uur en van 19.00 tot 21.00 uur. De RSI-lijn is voor mensen met RSI-klachten en voor hun directe omgeving: partners, familie, vrienden.

voor maar
één cent
per minuut!

