



Reïntegratie bij RSI

Op de Algemene Ledenvergadering van 11 april jl. heeft fysiotherapeut Rayan Bindraban een lezing gegeven over reïntegratie bij RSI. Aangezien RSI een multi-factorieel ontstaanskarakter heeft, zullen RSI-klachten dan ook multi-factorieel aangepakt moeten worden, zo zegt hij.

Reïntegratie is een woord dat de laatste jaren snel is opgekomen, en ook reïntegratiebedrijven komen als paddestoelen uit de grond. Alhoewel ze er allemaal anders uitzien, hebben ze wel één doel gemeenschappelijk: ze proberen mensen te laten terugkeren naar de arbeidssituatie. Wat is nu eigenlijk het verschil tussen reïntegratie en revalidatie? Het Van Dale zegt het volgende:

Revalidatie: geheel van medische en sociale maatregelen, die ten doel hebben validiteit van patiënten zo ver mogelijk te herstellen.

Reïntegratie: Het opnieuw maken tot een goed functionerende eenheid, hernieuwde ordening.

Aangezien beide begrippen relevant zijn, houd ik het daarom op de volgende omschrijving: Een goede revalidatie zorgt voor een snelle reïntegratie.

Sinds een jaar of tien is reïntegratie een 'hot item' geworden. Het begon in 1994 met de wet WULBZ (Wet Uitbreiding Loondoorbetaling Bij Ziekte), waarin loondoorbetaling bij ziekte op conto van de werkgever kwam. Logisch dat er naarstig werd gezocht naar mogelijkheden om zieke werknemers sneller terug te brengen op de werkvloer. Daarna kwam de wet Pemba die werkgevers een strafpremie oplegde als één van zijn werknemers in de WAO raakte. Tot slot is in april 2002 de wet Poortwachter ingesteld waarbij nog meer gelet wordt of er alles aan gedaan wordt om ziekte te voorkomen en de zieke werknemer terug te halen. Om dit sneller te kunnen doen is reïntegratie het toverwoord.

Als fysiotherapeut wil ik mensen met RSI-klachten zo optimaal mogelijk terugbrengen op de werkvloer met zoveel mogelijk behoud van kwaliteit van leven. Ik pas deze methodiek al een tijd met veel succes toe en zet mij nu ook in om deze manier van werken toegankelijk te maken voor collega-fysiotherapeuten die daarin zijn geïnteresseerd. Een veelgestelde vraag is of er een bepaalde methode bestaat waarvan wetenschappelijk bewezen is dat het effect heeft. Het feit dat er op dit moment nog geen wetenschappelijk bewijs is voor RSI, neemt niet weg dat we zeker weten dat RSI bestaat. Hetzelfde geldt voor fysiotherapie, want alhoewel bekend is dat veel mensen er baat bij hebben, is niet wetenschappelijk aangetoond dat fysiotherapie helpt. De behandelaar kan echter niet wachten op dit bewijs, aangezien zijn



patiënten met RSI-klachten nu hulp nodig hebben. Alle deskundigen zijn het wel er mee eens dat RSI ontstaat door meerdere factoren, het heeft zagezegd een multi-factorieel ontstaanskarakter. Dus als je wat aan RSI-klachten wil doen moet je dit ook multi-factorieel aanpakken. Alhoewel iedereen die bij mij komt, te maken krijgt met de verschillende onderdelen, worden er accenten gelegd omdat de ene factor bij de een zwaarder weegt dan bij de andere. Dit RSI-protocol pas ik zeker niet toe als een kookboekje, maar ik hanteer het als een leidraad.

RSI-protocol

1. Intake

Een diagnose stellen is het eerste wat we doen op basis van een uitgebreid onderzoek. Dit is zowel een orthopedisch en neurologisch onderzoek als een onderzoek naar de voorgeschiedenis van gezondheid en arbeidsverleden. Als er inderdaad sprake is van RSI, wil ik graag weten wat de cliënt hierover al weet, en hoe hij of zij tegen RSI aankijkt. Hiervoor neem ik een kennistoets af.

2. Voorlichting en educatie

Afhankelijk van wat een cliënt al weet ga ik mijn voorlichting afstemmen en informatie verschaffen. Hierbij richt ik mij onder andere op vragen die de cliënt heeft, het uitleggen van het klachtenbeeld en het behandelplan wat we gaan doorlopen. Verder geef ik voorlichting aan de cliënt over risicofactoren en verkeerde bewegingen in het dagelijks leven en tips om deze te vermijden. Ook krijgt de cliënt voorlichting over (soms chronische) pijn en de invloed van stress op ons lichaam.

3. Myofeedback trainingen

Myofeedback is een leermethode die erop gericht is onbewuste en overmatige spieractiviteit door middel van apparatuur bewust te maken. Het doel van deze methode is jezelf te kunnen corrigeren doordat je eerst hebt gezien wat voor bewegingen je precies maakt. Het is een relatief eenvoudige methode die ondersteund door een goede voorlichting de klachten aanzienlijk kan verminderen. Hierover is veel onderzoek gedaan, zo is recentelijk (maart 2003) in het tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen een onderzoek gepubliceerd over vermindering van klachten bij beeldschermwerkers. Het Roessingh Instituut in Enschede heeft eveneens positieve effecten aangetoond van myofeedback, en ook buitenlands onderzoek, vooral uit Scandinavië, toonde al in 1993 aan dat myofeedback nuttig is. Bij mij in de praktijk doe ik bij iedereen een analysemeting achter de computer om te bepalen of er sprake is van risicopatronen. Risicopatronen kunnen bijvoorbeeld het niet nemen van micro-pauzes zijn, het typen met overmatige



spierspanning of een constante spieractiviteit, zelfs tijdens ontspanning. Als er sprake is van bepaalde risicopatronen ga ik trainen met de cliënt. Kort gezegd zorg ik ervoor dat de cliënt zich bewust wordt van wat een ontspannen houding is, en zorg ik dat hij/zij deze houding ook kan handhaven bij computergebruik. Als het mogelijk is geef ik de laatste training op de werkplek, om mensen ook in hun dagelijkse omgeving een goede ontspannen houding aan te leren.

4. Sensomotoriek

Het is gebleken dat een sommige mensen die lijden aan RSI ook last hebben van onhandigheid en coördinatioestoornissen. Nancy Bijl en andere onderzoekers hebben aangetoond dat er bij RSI veranderingen kunnen plaatsvinden op het niveau van de hersenschors. Dit heeft tot gevolg dat de hersenen de informatie die binnenkomt onjuist interpreteren waardoor er een verstoring in de fijne motoriek plaatsvindt. Dit kan leiden tot allerlei klachten, kramp, pijn, temperatuursveranderingen en coördinatioestoornissen. Alvorens ik ga trainen doe ik enkele testen om te beoordelen of deze verstoring van toepassing is bij de cliënt. Bij het laten voelen van letters, cijfers en taken die fijne motoriek vergen beoordeel ik het gevoel in de handen en de fijne motoriek. Door het trainen van de fijne motoriek en het aanbieden van fijngevoelige prikkels zijn de hersenen in staat om zich weer te heroriënteren. Hierdoor kunnen vaste patronen, die in het verleden leidden tot klachten, worden doorbroken.

5. Autogene training

Autogene training is een vorm van ontspanningstraining ontwikkeld door de Duitse neuroloog Schultz, waarbij de cliënt wordt aangeleerd om fysiek en mentaal te kunnen ontspannen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een gevoel van zwaarte, warmte, rustig ademen en uiteindelijk visualisatieoefeningen. Met deze techniek maak je als het ware een reis door je lichaam, je scant het hele lichaam om je te ontdoen van spierspanning.

6. Fysieke training (Graded Activity principe)

Bij de behandeling van chronische lage rugklachten heeft deze aanpak zijn wetenschappelijke waarde al bewezen. Dit is een geleidelijk opgebouwde training, waarbij de belasting in kleine stapjes wordt opgevoerd met speciale oefeningen gericht op probleemgebieden.

Pijn leidt tot bewegingsangst, en als je daaraan toegeeft vermindert de conditie van de spieren. Hierdoor krijg je sneller te maken met overbelasting, pijn en daardoor nog meer bewegingsangst. Met deze training wordt deze cirkel doorbroken. Je begint op een veilig en laag niveau. Er wordt een vaste periode afgesproken hoe lang de training duurt en er wordt in groepen getraind. Een ander positief



effect van de training is dat je meer vertrouwen krijgt omdat je ervaart dat je toch meer kan dan je oorspronkelijk gedacht had. De pijn is er misschien nog, maar je activiteitsniveau neemt steeds toe. Een ander belangrijk effect is dat training een concurrerende activiteit is tegenover de normale eenzijdige activiteit waarbij je steeds heel eenzijdig een bepaalde groep zenuwen gebruikt (dit is vaak beeldschermwerk). Als je grote en iets krachtigere bewegingen maakt gebruik je ook andere motorische zenuwcellen, waardoor de kans op overbelasting afneemt. Verder zijn er nog andere positieve effecten van training zoals ontspanning, verbeterde doorbloeding, vrijkomen van stoffen (serotonine) in de hersenen die je een plezierig gevoel geven in je lijf. Voor de training doe ik altijd een beginmeting om het activiteitsniveau en het ervaren ongemak te bepalen. Uiteraard doen we dit ook na de training.

7. Manuele therapie, triggerpoint behandelingen en massage

Er is beperkt bewijs dat manuele therapie tot klachtenvermindering leidt. Ik weet uit ervaring dat veel cliënten baat hebben bij een stevige massage tussen de schouderbladen en nekspieren. Bij deze massage wordt het accent gelegd op de specifieke pijnpunten die zich steeds weer bij alle cliënten op dezelfde plaatsen manifesteren.

Ik combineer de bovenstaande behandelvormen en het biedt veel verlichting, maar let wel: deze behandelingen zijn altijd ter ondersteuning. Ik vertel altijd dat de klachten een uiting zijn van een aantal factoren om je heen die niet goed zijn geregeld, en dat een passieve behandeling alleen, zoals massage, niets doet aan het verbeteren van die factoren.

Op deze manier behandel ik mijn RSI-clieñten in de praktijk, een sterk punt in deze aanpak vind ik dat iedereen hiervoor in aanmerking kan komen, dit in tegenstelling tot de dure reïntegratietrajecten. Een minder sterk punt van dit protocol is dat als er veel onderliggende psychische problematiek of onderliggende arbeidsconflicten zijn, de behandeling dan minder succes heeft. Er is dan inzet van andere hulpverleners nodig, bijvoorbeeld van een psycholoog of maatschappelijk werker. Een ander zwak punt is het feit dat wanneer mensen al jaren heel ernstige klachten hebben, de kans op succes uiteraard kleiner is.

Lezing door R. Bindraban, fysiotherapeut op ALV 11-04-2003