

INTERVIEW

Marieke van Twillert

m.van.twillert@medischcontact.nl

@medischcontact

LOES SWAAN, PIJNREVALIDATIEARTS EN OPLEIDER IN RIJNDAM REVALIDATIE ROTTERDAM

‘De rol van de patiënt is veel groter dan die van de dokter’



GUIDO BENSCHOP

Pijnrevalidatie is altijd gericht op het verdragen van ongemak. Dat betekent werk aan de winkel voor de patiënt – die hoopt op een *quick fix*. Maar ook de arts moet aan de bak, zegt pijnspecialist Loes Swaan. ‘Stel vragen: waar kan deze patiënt kracht vandaan halen zodat hij zichzelf helpt te herstellen?’

Pijnrevalidatiearts Swaan heeft de afgelopen maanden meer gezoemd dan haar lief is, zegt ze in een gesprek dat ook al beeldbepalend plaatsvindt. Ook de manier van werken van revalidatieartsen is danig op zijn kop gezet sinds de corona-uitbraak.

Er kwamen nieuwe inzichten. Revalidatieartsen waren betrokken bij de relatief jongere patiënten die kwamen revalideren na covid-19. ‘De dertigers, veertigers, vijftigers kwamen bij ons. Vanaf het begin gingen we uit van een vorm van post-ic-syndroom; dat kenden we. Nieuw voor ons waren de forse longproblemen. We realiseerden ons al snel dat we in de trainingen rekening moesten houden met het zuurstofgehalte in het bloed. Ook doorligplekken in het gezicht als gevolg van de buikligging, dat waren we niet gewend.’

Haar eigen werk kon grotendeels doorgaan, bellend of online. Eén uitzondering voor fysiek overleg maakte Swaan, in haar hoedanigheid als opleider: ‘Voor het contact met aiossen ging ik eens per week langs de afdelingen. Een praatje, een schouderklopje – heel belangrijk, want voor sommige van deze jonge groep artsen was het heel stressvol in de kliniek.’

Naast stress en nieuwe kennis bracht corona ook onverwachte positieve gebeurtenissen, zegt Swaan. Zo was er een typische patiënt met chronische pijn, die ze kort voor de uitbraak nog had gezien. ‘Als mensen bij mij komen, zijn ze op een dood spoor terechtgekomen. Ze hebben langdurig pijn aan knie, schouder, rug – van alles. Ze zijn inactief, komen niet in beweging. Soms durven ze dat niet meer en gebruiken ze veel medicatie. Dat gold ook voor deze patiënt. Ze gebruikte hoge doseringen morfine, wat niet hielp, en ze had veel last van bijwerkingen. Ze wilde graag elders een second opinion, zei ze. Ze wilde een MRI en een operatie. Het lukte haar niet om tot zelfmanagement te komen. We namen door wat ze kon doen: afbouwen van medicatie, activiteiten opbouwen en we spraken af elkaar te spreken, ná de second opinion, de MRI en de operatie. Door de coviduitbraak, sprak ik haar pas weer in juni. “Ik ben een ander mens”, zei ze. Wat bleek? Doordat ze ineens thuiszat en vanwege de coronamaatregelen zelfs de fysiotherapie niet doorging, kwam ze tot zelfinzicht. Ze kon slachtoffer blijven, of zichzelf tot actie manen. Ze ging alsnog aan de slag met de gegeven adviezen. Ze begon met langzaam afbouwen van medicijnen en wandelen; minuutjes in het begin. Tegen de tijd dat ik haar sprak, was ze van de medicijnen af. Ze voelde zich veel fitter en was zelfs begonnen met hardlopen.

En die operatie – ja, die is natuurlijk niet doorgegaan.’

Is dit exemplarisch of een uitzondering?

‘Het motto van onze vereniging is “actief naar zelfredzaamheid en eigen regie” en daar hebben zeker mensen met chronische pijn vaak moeite mee. Met eigen regie nemen en vasthouden. Wat je wel vaker ziet, is dat een onverwachte gebeurtenis van buiten de patiënt nét het nodige zetje geeft. Opeens komt iemand dan in beweging. Een partner die heel verzorgend is en zelf ineens iets krijgt – dan is het evenwicht eruit en moet je iets. Dan ga je het zelf doen. Dat kan voor ons het juiste moment zijn voor revalidatiebehandeling.’

Wat de toekomstige rol van de patiënt betreft – is die zoals u net schetst? Met een arts die zo min mogelijk doet?

‘We komen er steeds meer achter dat de rol van de patiënt zelf veel groter is dan die van de dokter. Je kunt wel van alles zeggen, maar als de patiënt niet wil of niet kan, dan gebeurt er niets. Terwijl de patiëntfactoren enorm belangrijk zijn voor herstel. Als iemand van 120 kilo een nieuwe knie nodig heeft, dan heeft het natuurlijk geen enkele zin als hij zelf niets verandert. Leefstijl is iets wat alleen de patiënt kan veranderen, maar daar moeten we hem wel mee helpen. Want hij kan dat niet op eigen houtje. Juist voor de mensen met lage gezondheidsvaardigheden is dat niet makkelijk. Ze hebben stress, lopen bij de voedselbank. Waar moeten ze beginnen? Dáár hebben wij zeker een rol in: leefstijl is voor al onze doelgroepen relevant, ook voor mensen met een beroerte, MS of een dwarslaesie.’

Wat kunnen artsen beter doen om hun patiënt te bereiken, zodat die aan de slag gaat?

‘Probeer aan te sluiten bij de leefwereld van de patiënt. Een laaggeletterde of een hoogopgeleide betweter – je moet erachter komen hoe je hem bereikt. Artsen moeten toch meer vragen stellen, in plaats van dingen vertellen. Vaak heeft iemand in het verleden iets moeilijks in zijn leven

veranderd, dat kan een goed vertrekpunt zijn. Is hij weleens gestopt met roken, lukte het om een ongezonde relatie te stoppen? Dat zijn positieve voorbeelden van kracht, waar je op kunt aanhaken.'

Is dat wel een taak van de arts?

'De uitvoering hoeft niet door een arts te gebeuren, maar je ziet dat de inbreng van de medisch specialist toch meer gewicht heeft. Vergelijk het met roken. Als je het niet bespreekt in de spreekkamer, dan kan een patiënt weglopen met het idee: "De dokter zei niets over het roken, hoor. Dus hij vindt het prima." En daar moeten we vanaf, want de dokter vindt het wél een probleem. Hij is de specialist en moet erover beginnen. Over roken, en in ons geval, over andere lastige onderwerpen zoals overgewicht en inactiviteit.'

'De specialist moet beginnen over lastige onderwerpen zoals overgewicht'

Het klinkt zo voor de hand liggend. Waarom laten artsen deze aanpak vaak na?

'Als je een hamer bent, dan zie je overal een spijker in. Dus ik snap dat een snijdend specialist een probleem wil oplossen met een operatie. Wat meespeelt, is dat we allemaal hulpverleners zijn, we willen de patiënt dus helpen. De patiënt wil een *quick fix* en de dokter bekijkt wat hij kan doen voor die *quick fix*. Als revalidatiearts kijk ik naar de lange termijn. Een *quick fix* kun je meestal wel vergeten, wij zien alleen patiënten met complexe problemen. Bij minder complexe problemen is een huisarts of andere eerstelijnszorgverlener prima in staat om de patiënt te behandelen. Soms geef ik telefonisch adviezen aan een huisarts waarna die weer verder kan met de patiënt.

Ik ben zelf huisarts geweest en ik geef vaak nascholingen aan huisartsen, een

leuke collegiale groep om mee te werken. Toch is het ook voor huisartsen, die breder zijn opgeleid, soms een eyeopener dat ze in hun probleemanalyse alle factoren meenemen, ook de context van de patiënt.'

Vlot het een beetje met de netwerkgeneskunde in uw vak?

'De huisartsen zijn de eerste groep waar we mee werken, maar ook anesthesiologen, fysiotherapeuten, psychologen, neurologen, reumatologen. Op dit moment loopt een aios reumatologie mee, die doet dat uit eigen interesse. Ook hebben we een huisarts in de opleiding en ik doe zelf mee met het multidisciplinair overleg van de afdeling Pijn geneeskunde in het Erasmus MC. Kortom, de momenten om over de heg te kijken van ons eigen vakgebied zijn er wel – maar het zou mooier zijn als het samenwerkingsaspect nog meer ingebed wordt. De noodzaak is er zeker voor pijnrevalidatie: één op de vijf Nederlanders heeft chronische pijn. En voor het behandelen daarvan, heb je kennis uit meerdere specialismen nodig; gelukkig zien wij maar een heel klein percentage van de mensen met chronische pijn. Helaas komt "pijn" nauwelijks voor in de curricula. Dan wordt het lastig om patiënten met chronische pijn adequaat te behandelen.'

Wat voor advies zou u artsen in het veld geven?

'Hou interesse voor de patiënt en niet alleen voor zijn rug of schouder. Er zit een persoon aan vast. Het zal wat meer tijd vergen, vast, om je iets meer in hem te verdiepen – maar uiteindelijk zal het tijd en geld besparen. Ik zie patiënten die soms bij vier academische ziekenhuizen voor een second opinion zijn geweest, dát kost pas echt tijd.'

U bent 25 jaar revalidatiearts. Is de perceptie van pijn veranderd in de samenleving?

'Patiënten zeggen vaak tegen mij "in deze tijd hoef je toch geen pijn meer te lijden? Ze kunnen mensen naar de maan sturen, waarom kunnen ze niet mijn pijn oplossen?" De trend is dat veel mensen alles willen: én een drukke baan, én een druk gezin, én een druk sociaal leven én actief sporten. "Ik wil het allemaal en door die pijn lukt dat me niet. Zorg ervoor dat ik van die pijn af kom." Natuurlijk, ik schets het nu wat gechargeerd, maar dit is wel het beeld dat je nogal eens ziet.'

Wat zegt u dan?

'Dan moeten we het er samen over hebben. Wat is nu echt het belangrijkste? Ja, je kunt op deze manier doorhollen en dan is het nu je rug die je stilzet. Maar over een jaar is het een burn-out of iets anders.'

Bij pijn hoort pijnbestrijding. U heeft vanuit uw vakgebied aandacht gevraagd voor opioïdenmisbruik.

'Ik krijg mensen met hoge doseringen medicatie op mijn spreekuur. Het feit dat ze bij mij komen, betekent dat het niet heeft geholpen. De patiënt denkt dan: ik moet méér medicijnen. Dan draai ik het om: u krijgt al zoveel morfine, maar u geeft



wie sommigen herstellen, sommigen niet. Ze kunnen niet goed lopen, hun armen of benen functioneren niet. Dit is zó vermijdbaar – dan is elke patiënt er één te veel, zeker als ze zo jong zijn – toch heel treurig.’

Hoe komt het?

‘Jongeren vertonen wel vaker risicogedrag en denken dat hen niks overkomt, doordat hun frontaalkwab nog niet volledig ontwikkeld is. En sommigen kennen de risico’s echt niet.

En daar zie ik ook een relatie met mensen met chronische pijn. Veel mensen verdragen het niet om zich niet lekker te voelen en willen vluchten uit hun realiteit. Dat kan met lachgas, dat kan met opioïden, met te veel eten, met alcohol, met van alles. Dat vluchtgedrag kan leiden tot problemen op ons vakgebied – of dat nu chronische pijn is of een dwarslaesie door lachgas of een beenamputatie bij roken en overgewicht. Revalidatie is meer gericht op het verdrágen van het ongemak, omdat de meeste vluchtmethoden op de lange duur alleen maar nadelen hebben. Maar dat is geen prettige boodschap.’

Klinkt een beetje gereformeerd, niet echt leuk.

‘Het leven is nu eenmaal niet altijd leuk (lacht). Wat ik interessant vind, is hoe verschillend mensen daarmee omgaan. Veel patiënten hebben in hun verleden een hoop narigheid meegemaakt. Tegelijkertijd zijn er natuurlijk ook een heleboel mensen die niet bij mij terecht zijn gekomen die nét zoveel ellende hebben meegemaakt. Wat maakt nou dat de één in de problemen raakt, de ander niet? We weten het niet zo goed. Dat is iets waar we in revalidatie altijd naar op zoek gaan; wat zit er in de patiënt aan *resilience*, veerkracht waar hij gebruik van kan maken? Hij moet het zelf doen. Je moet ontdekken waar hij betekenisvolle dingen uit kan halen, zodat hij die dwarslaesie, MS, amputatie – of wat dan ook aankan.’ ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

uw pijn een score van 8 uit 10. Dan werkt het toch niet? Laten we kijken wat er gebeurt als we afbouwen. Dat werkt, en uiteindelijk zijn al mijn patiënten blij als ze van de medicijnen af zijn. Het gebruik van opioïden is enorm toegenomen, dat was mijn empirische observatie, en kritische wetenschappelijke publicaties bevestigden dat. Het is goed dat er zoveel aandacht voor is gekomen. In “het veld” zijn er grote verschillen. Mijn indruk is dat jonge huisartsen het goed oppakken. Maar tegelijkertijd krijg ik regelmatig een huisarts aan de lijn die bijna verbaasd vraagt: “Hoezo hamer je zo op die opioïden? Waarom zou deze patiënt moeten afbouwen, ze heeft toch pijn?” Dan merk je dat er nog een wereld te winnen is, op dat vlak. Toch ben ik optimistisch, want er wordt in ieder geval over gediscussieerd.’

Een ander actueel thema waarover revalidatieartsen aan de beltrokken, is lachgas.

‘Ongeveer twintig mensen zijn de afgelopen twee jaar in onze klinieken beland met een dwarslaesie door overmatig gebruik van lachgas. Dat zijn vaak jongeren tussen de 15 en 25 jaar, van