

# Interview met Wilco Achterberg

## Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde

Tekst: Shanty Sterke



Drie dagen per week werkt Wilco Achterberg, Hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderengeneeskunde, als onderzoeker bij het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) in Leiden. Daarnaast is hij twee dagen in de week in dienst bij de ouderenzorgorganisatie Topaz. Hij houdt zich met verschillende thema's bezig: geriatrische revalidatie, kwaliteit van leven en palliatieve zorg bij dementie. Bij Topaz begeleidde hij veel Huntingtononderzoek. Hij was voorzitter van het Verenso Behandeladvies Geriatrische Revalidatie na COVID-19, en is covoorzitter van de richtlijnwerkgroep Revalidatie na COVID-19 van de Federatie Medisch Specialisten. Binnen dit brede aandachtsgebied is pijn altijd een van zijn hoofdthema's geweest. En daarover gaat hij op het jaarcongres van de NVFG in oktober iets vertellen.

Achterberg vertelt wat we kunnen verwachten wanneer we naar zijn presentatie komen luisteren. Dokters, fysiotherapeuten en verpleegkundigen weten wel iets van pijn, maar dat zijn meer algemene dingen. Zoals hoe je pijn ervaart, hangt af van de cultuur waaruit je komt, hoe oud je bent, wat je levensverwachting is, of je man of vrouw bent. Maar we zijn als hulpverleners niet goed in staat om pijn goed in te schatten. Dat komt omdat sommige mensen met pijn slecht kunnen communiceren. Bijvoorbeeld omdat ze afasie of dementie hebben.

Wanneer we vervolgens pijn gaan behandelen, volgen we de evidence based richtlijnen. Maar dan lopen we ertegenaan dat ouderen altijd uitgesloten worden van onderzoek. Zeker als het om ouderen gaat die veel andere problemen hebben zoals dementie, afasie of Huntington. 'We hebben dus voor non-farmacologische interventies of fysiotherapeutische interventies helemaal geen evidence dat het werkt. En als we geen evidence hebben, dan komt het niet in een richtlijn. Terwijl er wel farmacotherapeutisch behandeld wordt. Waar

overigens ook weinig evidence voor is. We denken dan: als is aangetoond dat morfine effectief is, dan moet het wel effectief zijn. Maar er is misschien net zo weinig evidence voor als bepaalde fysiotherapeutische behandelingen. En het wordt toch gegeven. Terwijl we ook weten dat die kwetsbare ouderen gewoon heel veel last van bijwerkingen hebben’.

Pijn is een probleem dat we anders moeten gaan beoordelen, vindt Achterberg. ‘Je moet beter kijken naar een persoon. Daar zijn verschillende methodes voor. Die zal ik op het congres toelichten. We moeten veel meer inzetten op non-farmacologische interventies. En kijken hoe we dat goed kunnen combineren met farmacologische interventies’.

### Aandacht voor pijn in de revalidatie

‘Geriatrische revalidatie gaat over een nieuw evenwicht vinden. Vaak op een lager niveau van functioneren. Dat geldt ook voor de pijn. We moeten samen met de patiënt op zoek naar dat nieuwe evenwicht. We hebben wat medicamenteuze opties. Die hebben hun beperkingen. Er zijn non-farmacologische opties. Die hebben best wel veel mogelijkheden, ook al zijn ze niet goed onderzocht. We moeten samen met de patiënt de beste mix vinden. Welke pijn is nog te hanteren? Wat zijn je doelen? Ik heb een vriend, die is al in de 80. Hij heeft een nieuwe knie gekregen, waarvan ik denk: die had je nooit moeten nemen. De orthopeed keek naar zijn foto en vroeg: heb je pijn? Hij vroeg niet: wat wil je er nog mee? Die operatie heeft hem niets opgeleverd. Hij zit de hele dag op de bank voetbal te kijken’.

Aandacht voor pijn in de revalidatie is belangrijk. Ten eerste omdat pijn echt een hobbel is in de voortgang van de revalidatie. ‘We zien dat het oefenen minder goed gaat. Daarnaast zien we ook dat mensen na een operatie opioïden krijgen, en die blijven gebruiken. Zodat er ook verslaving optreedt. Ouderen na

een knieoperatie of een heupfractuur zijn toch wel wat kwetsbaardere mensen’. Wanneer een oudere na zo’n operatie met ontslag naar huis gaat, zou de huisarts een brief van de orthopeed moeten krijgen, waarin staat hoe die opioïden moet afbouwen. Maar Achterberg heeft de indruk dat dat niet gebeurt. Dan ontstaat er een situatie dat mensen een angst voor de pijn ontwikkelen, langdurig pijnstillers gebruiken, en dat pijn daardoor disfunctioneel wordt. ‘Men zegt altijd: pijn wordt disfunctioneel en daardoor chronisch omdat patiënten er verkeerd mee omgaan. Maar ik denk dat die disfunctionaliteit ook voor een belangrijke mate komt doordat wij, dokters, fysiotherapeuten, verpleegkundigen er disfunctioneel mee omgaan. We zeggen altijd: pijn is niet nodig. Maar we zouden er meer over in gesprek moeten gaan. Soms denken mensen dat pijn een signaal is dat ze doodgaan. Dat moeten we bespreken. We moeten de angst voor pijn serieus nemen. Maar daar zijn we niet goed genoeg in opgeleid volgens mij. Het is belangrijk om de complexiteit van pijn niet te ontkennen. En ook zeker te benoemen dat makkelijke oplossingen niet werken. Dus meer pijnbestrijding of meer opereren, dat gaat niet werken’.

‘Chronische pijn zou je eigenlijk als een speciale ziekte moeten classificeren. Het vraagt om een multidisciplinaire domeinbehandeling. Het is echt gecompliceerder dan bijvoorbeeld een kapotte meniscus’.