

Over jou: wie ben je, wat is je functie, waar werk je eventueel aangevuld met participatie relevante werkgroepen

Ik ben Rita Schiphorst Preuper, revalidatiearts en universitair docent werkzaam op de afdeling revalidatiegeneeskunde van het UMCG. Ik ben gespecialiseerd in de diagnostiek en (revalidatie) behandeling van patiënten met chronische pijn, specifiek en aspecifiek. Naast mijn klinische werkzaamheden ben ik actief op het gebied van onderwijs en onderzoek. Ik ben voorzitter van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland, bestuurslid c.q. secretaris van de PA!N en tevens kernredactielid van het NTPP.

Wetenschappelijk artikel: naam artikel welke impact heeft gehad op je carrière (van jezelf of juist van een ander)

Eigenlijk zijn dit meerdere wetenschappelijke artikelen, waarvan een overzicht in een samen met Michiel Reneman geschreven Nederlandstalig artikel: "Iatrogene schade bij chronische pijn; vermijding is geboden". Het is een overzicht van onderzoek dat is verricht naar de (veelal onbewuste) invloed van professionals, werkzaam in de gezondheidszorg, op de cognities en coping stijl van de patiënt met chronische pijn en daarmee op de prognose en de behandelresultaten. Onjuiste cognities en overtuigingen van de professional kunnen de prognose en behandelresultaten negatief beïnvloeden. Dit wordt ook wel nocebo effect genoemd. Het genoemde artikel (Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde 2019;3:36-39) geeft een overzicht van de wetenschappelijke kennis over nocebo effecten en handvatten om ze te voorkomen.

Vertel waarom dit artikel zo belangrijk is of is geweest voor je

Chronische pijn heeft een enorme impact op dagelijks functioneren, de stemming, kwaliteit van leven, en gevolgen ten aanzien van arbeidsverzuim en -ongeschiktheid. Binnen de medisch specialistische revalidatie wordt in de diagnostiek en behandeling aandacht besteed aan alle genoemde facetten, volgens ICF/biopsychosociaal model. Vaak zien we daar patiënten die reeds lange tijd in het medische circuit hebben doorgebracht en vele hulpverleners hebben bezocht. Belangrijk is dat zorgverleners zich vanaf het eerste begin bewust zijn van de invloed die zij uitoefenen op de cognities en copingstrategie van patiënten. Daarbij moeten nocebo effecten worden vermeden. Ook is het wenselijk dat we allen dezelfde taal spreken en eenduidige

diagnoses en adviezen geven aan de patiënten met chronische pijn. Beperkte geruststelling, bijvoorbeeld door het geven van een uitslag van een bloedonderzoek of röntgenfoto is niet voldoende en leidt vaak tot een verdere zoektocht naar de oorzaak van de klachten of een gericht advies naar hoe er beter mee te kunnen functioneren.

In het artikel worden de problemen beschreven wat in dezen in de verschillende onderdelen van het zorgverleningsproces mis kan gaan, te weten in de diagnostiek, prognostiek, het geven van adviezen en de behandeling. Ook wachtlijsten in de zorg kunnen iatrogene schade veroorzaken. Uit onderzoek is gebleken dat deze kunnen leiden tot afname van kwaliteit van leven en mentaal welbevinden van patiënten.

Raad je aan dit artikel te lezen?

Ja, om als hulpverlener je bewust te zijn van nocebo effecten, deze te kennen en te voorkomen dat ze optreden. Zo dragen we bij aan het herstel van de patiënt.

Wat is jouw stokpaardje of welke les geef jij mee aan leerlingen over chronische pijn?

- Benader iedere patiënt met chronische (specifieke en aspecifieke) pijn volgens het biopsychosociaal model. Breng daarbij de gevolgen van de klachten voor de patiënt in kaart (ICF model). Voorkom nocebo effecten in diagnostiek, prognostiek, adviezen en behandeling.
- Vraag naar de verwachtingen en vraagstelling van de patiënt.
- Voorwaarde voor goede uitleg en geruststelling is een uitgebreide terugkoppeling van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek.
- Geef pijneducatie en geef adviezen conform de richtlijnen.