

SEPTEMBER 2024

43<sup>e</sup> jaargang

NR  
89

Nederlandstalig Tijdschrift

# PIJN bestrijding

Officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland  
(PA!N) i.s.m. de Belgische Pijnvereniging VAVP



# Inhoud

Colofon	03
Richtlijnen voor auteurs	03
Voorwoord	04

## Hoofdartikelen

Bye bye PA!N, hello IASP en EFIC! <i>Prof. Dr. Michiel Reneman, hoogleraar revalidatie RuG / UMCG</i>	05
Towards a shared understanding of chronic pain: Patient–practitioner interaction in interdisciplinary pain rehabilitation. <i>dr. Baukje Stinesen onder supervisie van prof. dr. Rob J. E. M. Smeets, dr. Petra Sneijder en dr. Albère J. A. Köke</i>	08
‘Pijn! Alles over fibromyalgie en chronische pijn’ <i>dr. Brenda de Petter</i>	18
Effectiveness and Cost-effectiveness in Lumbar Spine Surgery <i>dr. R. Droeghaag onder supervisie van prof. dr. H. Van Santbrink dr. W.L.W. Van Hemert, en dr. I.J.M.H. Caelers</i>	20
Afscheidssymposium Rita Schiphorst Preuper	29
Terugblik op het Wereld Pijncongres in Amsterdam, 5-9 augustus 2024	33

# Colofon

Het Nederlandstalig Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding is een officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland in samenwerking met de Belgische Pijnvereniging VAVP. Het tijdschrift verschijnt drie maal per jaar als een open access tijdschrift en wordt verspreid via de website van de Pijn Alliantie in Nederland.

## Hoofredacteur

Dr. A. Köke, senior onderzoeker  
Vakgroep Revalidatie Geneeskunde  
Universiteit Maastricht  
Universiteitsingel 40  
6229 ER Maastricht  
E-mail: albere.koke@maastrichtuniversity.nl

## Kernredactie

Dr. B. Brouwer, neuroloog  
Vakgroep Anesthesiologie/Pijnbestrijding  
MUMC  
P. Debyelaan 25  
6229 HX Maastricht  
E-mail: ba.brouwer@mumc.nl

Drs. Chang Ho Wessels  
Afdeling Revalidatiegeneeskunde  
Basalt Den Haag  
Vrederustlaan 180  
2543 SW Den Haag  
E-mail: ch.wessel@basaltrevalidatie.nl

Dr. J.L.H.M. De Witte, anesthesioloog  
Coördinator Multidisciplinair Pijncentrum  
Dienst Anesthesiologie en Intensieve Zorgen  
OLV-Ziekenhuis  
Moorselbaan 164  
9300 Aalst, België  
E-mail: jan.de.witte@olvz-aalst.be

## Redactieraad

### Wervelkolomgerelateerde Pijn:

- Dr. Bob Ickx, Klina Antwerpen, robert.ickx@pandora.be
- Dr. Nelleke de Meij, MUMC, p.de.meij@mumc.nl
- Dr. Paul Willems, MUMC+ p.willems@mumc.nl
- Prof. Dr. Jan van Zundert, PhD, ZOL, MUMC+ jan.vanzundert@zol.be, jan.van.zundert@mumc.nl

### Neuropathische Pijn:

- Dr. Koen van Boxem, ZOL, koen.vb@telenet.be
- Dr. Jan Pierre Van Buyten: AZ Nikolaas St. Nikolaas: vanbuyten@skynet.be
- Prof. Dr. Karin Faber, PhD, MUMC+, c.faber@mumc.nl
- Prof. Dr. Frank Huygen, PhD, Erasmus MC, F.Huygen@erasmusmc.nl
- Dr. Remko Liebrechts, r.liebrechts@vumc.nl
- Prof. Dr. Bart Morlion, PhD, Universitaire Ziekenhuizen Leuven: Bart.Morlion@uz.kuleuven.ac.be
- Dr. Pascal Vanelderden, ZOL, pascal.vanelderden@gmail.com

### Viscerale Pijn:

- Dr. Guy Boeckstaens, AMC, g.e.boeckstaens@amc.nl
- Dr. Yolande Keulemans, PhD, MUMC+, yolande.keulemans@mumc.nl
- Dr. Martine Puylaert, ZOL, martine.puylaert@skynet.be

### Pijn bij kinderen:

- Dr. Monique van Dijk, PhD, Erasmus MC, m.vandijk.3@erasmusmc.nl
- Dr. Piet Leroy, PhD, MUMC+, p.leroy@mumc.nl
- Dr. Micha Sommer, PhD, MUMC+, micha.sommer@mumc.nl

- Prof. Dr. Dick Tibboel, PhD, Erasmus MC, d.tibboel@erasmusmc.nl

### Pijn bij Ouderen:

- Dr. Anne Beyen, ZOL, Anne.Beyen@zol.be
- Dr. W. Mulder, PhD, MUMC+, w.mulder@mumc.nl

### Neurochirurgie:

- Dr. Dieter Peuskens, ZOL, Dieter.Peuskens@zol.be

### Psychiatrie:

- Dr. Carsten Leue, MUMC+, c.leue@mumc.nl

### Oncologie/Palliatie:

- Dr. Kees Besse, UMCN, kees.besse@radboudumc.nl
- Prof. Dr. Marieke van de Beuken, PhD, MUMC+, m.vanden.beuken@mumc.nl
- Prof. Dr. Kris Vissers, PhD, UMCN, kris.vissers@radboudumc.nl

### Psychologie:

- Dr. Mariëlle Goossens, PhD, MUMC+, M.Goossens@DEP.unimaas.nl
- Dr. Ann Meulders, KU Leuven, ann.meulders@psy.kuleuven.be
- Prof. Dr. Madelon Peters, PhD, MUMC+, Madelon.Peters@DEP.unimaas.nl
- Dr. Steven de Peuter, KU Leuven, steven.depeuter@psy.kuleuven.be
- Dr. Han Samwel, info@hansamwelpsychotherapie.nl

### Revalidatie:

- Prof. Dr. Rob Smeets, PhD, CIR, r.smeets@maastrichtuniversity.nl
- Prof. Dr. Jeanine Verbunt, PhD, MUMC+, jeanine.verbunt@maastrichtuniversity.nl

### Manuele Geneeskunde:

- Dr. Sjeff Rutte, Praktijk Haarlem, sjeffrutte@gmail.com

### Ergotherapie:

- Inge Kieboom, inge@kieboom.name

### Secretariaat NTPP

E-mail: secretariaat.ntpp@gmail.com

### Grafische vormgeving

L'Ortye creatief vormgevers & drukkerij  
Kouwendestraat 121  
6431 HC Hoensbroek  
Tel. 045 563 05 60  
www.drukkerij-lortye.nl

## Richtlijnen voor auteurs

Berichten, mededelingen en artikelen dienen, respectievelijk vóór 1 maart, juli en november, in bezit te zijn van het secretariaat: secretariaat.ntpp@gmail.com.

Door het inzenden van de kopie verklaart de auteur:

- Dat hij/zij volledige auteursrecht aan dit tijdschrift overdraagt. Wordt het stuk afgewezen dan vallen de rechten weer terug aan de inzender. De inzender krijgt de kopie in enkelvoud teruggezonden.
- Dat het manuscript niet terzelfder tijd aan een ander tijdschrift is aangeboden, elders is geaccepteerd voor publicatie of reeds eerder is gepubliceerd.
- Dat hij/zij ermee akkoord gaat dat de redactie zijn/haar kopij aan haar reviewers voorlegt.
- Dat de met name genoemde personen die op enigerlei wijze aan het tot stand komen van het

artikel hebben bijgedragen akkoord gaan met de vermelding van hun naam erin.

- Dat de betrokkenen hun toestemming hebben gegeven voor het publiceren van reeds eerder gepubliceerd materiaal of van foto's waarop een persoon herkenbaar is.

Aanleveren als word-document. Gebruik papierformaat A4, met enkele regelafstand en duidelijk leesbare standaardletter. Aan de linkerzijde dient een kantlijn van 4 cm aangehouden te worden. Let op de correcte schrijfwijze van woordsamenstellingen.

De volgorde van de verschillende onderdelen is als volgt:

1. Titelpagina met naam en titel(s) van de auteur(s). Vermeld van iedere auteur instituut, afdeling, tituluur en discipline alsmede van de eerste auteur het correspondentieadres, telefoonnummer en e-mailadres.
2. Samenvatting van ten hoogste 200 woorden, alsmede een Engels abstract.
3. Inleiding.
4. Methodiek.
5. Resultaten.
6. Discussie.
7. Wat is al bekend en Wat voegt deze studie toe.
8. Literatuur. Als in de tekst naar de literatuurlijst wordt verwezen moet dat door een nummer in superschrift in de tekst te plaatsen achter het leesteken waarmee de bewering wordt afgesloten. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. De literatuurlijst is gerangschikt naar het nummer van de verwijssnoet. Elk nummer krijgt een nieuwe regelnummer, namen en voorletters van alle auteurs (geen "et al." vermeldingen), volledige titel van de publicatie, de naam van het tijdschrift in de standaardafkortingen volgens de Index Medicus, jaartal, deelnummer, eerste en laatste bladzijde (bijv. Egbert DL, Battiit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement an instruction of patients. New Engl J Med 1964; 270:825-7).
9. Dankbetuiging.
10. Tabellen dienen in Wordformat aangeleverd te worden. Legenda van ingestuurde tabellen of figuren toevoegen. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst.
11. Legenda van eventueel ingestuurde figuren.
12. Figuren in de vorm van tekeningen met zwarte inkt of van zwart-wit foto's. Bij het insturen van figuren moet rekening gehouden worden met de verhouding van de figuur ten opzichte van de grootte in het artikel. Bij elk onderdeel moet op een nieuwe pagina worden begonnen.
13. Afbeeldingen digitaal aanleveren als psd, jpeg, tif of pdf; in het gewenste formaat, resolutie 300 dpi.

Bij Case Reports is de volgorde van de verschillende onderdelen hetzelfde als bovenvermeld voor wat betreft 1, 2 en 3. Hierna volgt onder 4. beschrijving van de casus, gevolgd door 5. Discussie. Voor het overige wordt het format gevolgd zoals hierboven onder punt 8 t/m 12 is vermeld.

Bij Referaten van artikelen is de volgorde van de verschillende onderdelen 1. Originale titel van het gerefereerde artikel, 2. Referentie van het artikel, 3. Originale Engelse Abstract van het artikel 4. Referaat (minimaal 500 en maximaal 1000 woorden), 5. Naam referent, instituut, e-mail adres.

# Voorwoord

Hopelijk heeft iedereen kunnen genieten van een mooi zomervakantie en kan iedereen weer met frisse energie aan de slag. Bij het verschijnen van dit nummer is het IASP-congres begin augustus georganiseerd in Amsterdam alweer voorbij. Een congres waar we als Nederland trots op mogen zijn dat we dit hebben mogen organiseren. In een speciale editie van het NTPP hebben we verslag gedaan van extra evenementen die rondom dit congres zijn georganiseerd om pijn meer bekend te maken bij een groter publiek. We hopen dat u ervan gebruik heeft gemaakt. In dit nummer een korte terugblik op dit congres.

In dit nummer wat meer over activiteiten van het IASP en ook het EFIC. Oud-bestuurslid Michiel Reneman van de Pijn Alliantie in Nederland belicht een aantal projecten waar hij bij betrokken is om zo deze activiteiten wat meer bekend te maken bij zorgprofessional en patiënten. Wereldwijd zijn er veel initiatieven die proberen het probleem 'chronische pijn' inzichtelijk te maken voor meerdere partijen en de zorg voor pijn te verbeteren. Stapje voor stapje wordt er vooruitgang geboekt in de erkenning en herkenning van dit ingrijpende gezondheidsprobleem. We zijn op weg!

Aandacht voor pijn in onderzoek draagt bij aan meer inzicht en kennis over pijn en/of behandelingen voor pijn. In dit nummer staan weer twee fraaie proefschriften samengevat voor u als lezer. Het eerste proefschrift is van dr. Baukje Stinessen. Het gaat over de wijze waarop zorgprofessionals en patiënten met chronische pijn met elkaar communiceren. Gesprekken zijn geëvalueerd aan de hand van discursieve psychologie. Discursieve wat precies zult u denken. Een interessante onderzoeksmethodologie die ons veel inzicht in pijn, pijnbetekenis en pijnbeleving kan opleveren. Meer weten lees het artikel Het tweede proefschrift is van dr. Ruud Droeghaag, orthopedisch chirurg i.o. in het Zuyderland, heeft als onderwerp de (kosten)effectiviteit van wervelkolomchirurgie. Wervelkolom gerelateerde problemen komen meer en meer voor en zorgen voor veel beperkingen in dagelijks functioneren. En daarmee groeit ook het aantal patiënten waar een chirurgische interventie wellicht noodzakelijk is. In het proefschrift is nader onderzocht hoe de zorg voor wervelkolom gerelateerde problematiek verder geoptimaliseerd kan worden.

In dit nummer ook een boekbespreking over fibromyalgie, een aandoening waarvoor het Gezondheidsraad dit jaar geadviseerd heeft om fibromyalgie te erkennen als een belangrijk gezondheidsprobleem. Gedegen kennis over deze aandoening is zowel voor professional als patiënt van belang. Tot slot besteden we kort aandacht aan het afscheidssymposium van dr. Rita Schiphorst Preuper. Rita was jarenlang een zeer gewaardeerd lid van de redactie van het NTPP. Met een korte schets van de presentaties van dit symposium eindigen we dit nummer.

## Veel leesplezier

Albère Köke  
Namens de Redactie

# Bye bye PA!N, hello IASP en EFIC!

Prof. Dr. Michiel Reneman, hoogleraar revalidatie RuG / UMCG

*m.f.reneman@umcg.nl*

Nadat ik jarenlang in het bestuur van de DPS en PA!N heb gefunctioneerd, waarvan 7 jaar als covoorzitter samen met Kris Vissers, werd het na de afronding hiervan medio 2023 tijd voor iets anders. Ik draag nu bij aan diverse projecten van onze 'moeders': de International Association for the Study of Pain (IASP) en de European Pain Society (EFIC). De redactie van het NTPP vond dat het werk van de IASP en EFIC niet zichtbaar genoeg is voor de Nederlandse 'pijn-community', en vandaar de uitnodiging hierover een bijdrage te schrijven. Een beschrijving van al het werk van IASP en EFIC is ondoenlijk, daarom hieronder alleen een beschrijving van mijn activiteiten.

## Taskforces

IASP en EFIC zijn van mening dat pijnzorg vaker multidisciplinair, interdisciplinair en multimodaal moeten plaatsvinden. Er is echter geen consensus over de inhoud van deze begrippen, ze worden nogal eens uitwisselbaar gebruikt, en ook weleens 'verkeerd'. Hierdoor is wetenschappelijk onderzoek niet goed vergelijkbaar, wat de kennisontwikkeling beperkt. Ook is het van belang voor afspraken met bv. zorgverzekeraars dat de begrippen duidelijk zijn en goed worden toegepast. De bestaande IASP-definitie van multimodaal had alleen betrekking op pijnmedicatie, maar niet op pijnzorg in het algemeen. Vrijwel gelijktijdig werden er in 2021 2 taskforces (TF) ingericht, een vanuit EFIC gericht op het definiëren van multimodale pijntherapie, en een vanuit de IASP gericht op het definiëren van multi- en interdisciplinaire pijntherapie. Omdat ik in beide groepen zit, mag ik er ook voor zorgen dat de definities complementair zijn. Ik verwacht dat beide TFs nog dit jaar de resultaten publiceren in de EJP en in PAIN.

Zeer recent is ook het werk van de 'On the Move' EFIC Taskforce voorlopig afgerond. Deze TF is opgericht door voormalig EFIC President Bart

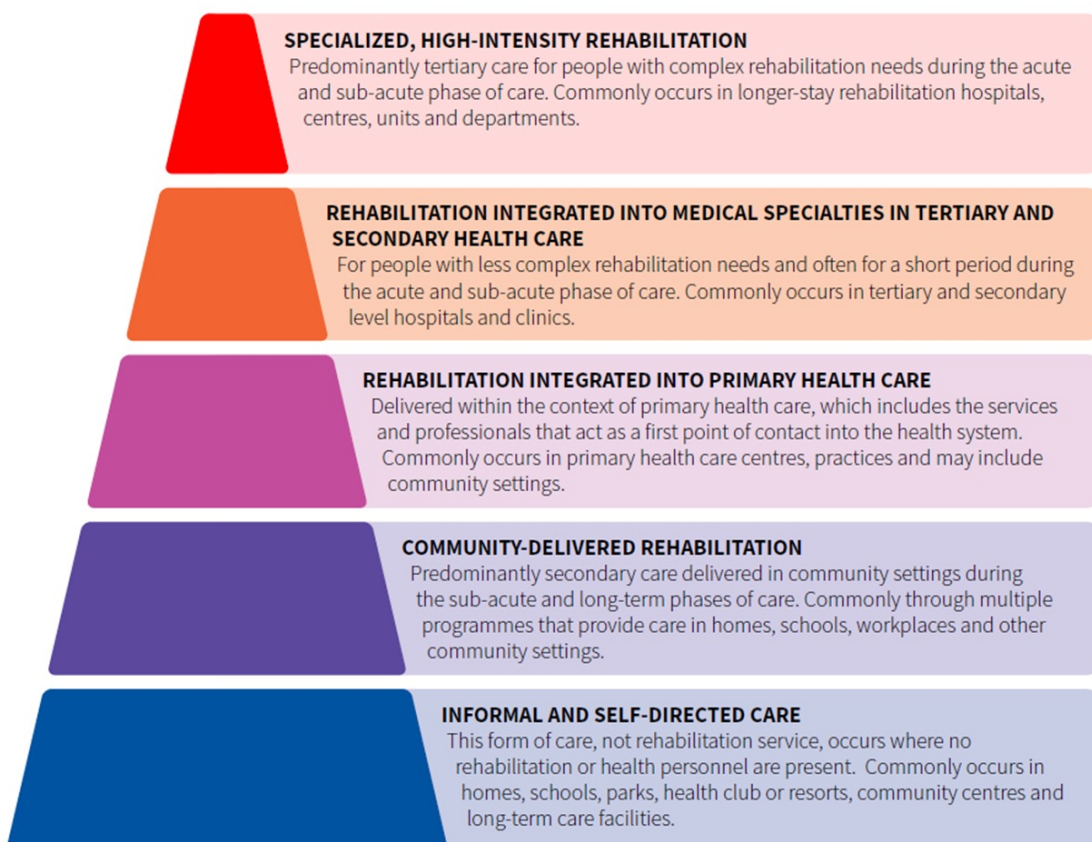
Morlion. Een consensus paper over de rol van fysieke activiteit bij de behandeling van pijn is recent gepubliceerd<sup>1</sup>. Het geeft handvaten voor het implementeren van 'bewegen' als eerste behandeloptie, en is primair geschreven voor niet-beweegprofessionals werkzaam in de pijnzorg.

Zoals bekend heeft de IASP zich sterk gemaakt voor het beter classificeren en diagnosticeren van pijn binnen de International Classification of Diseases (ICD). Dit heeft o.a. in 2019 geleid tot de definitie en erkenning door de WHO van pijn als een ziekte, en dit is onderdeel geworden van de meest recente versie van de ICD, de ICD-11. De WHO-classificatie beperkt zich echter niet tot diagnoses, maar koppelt deze aan de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De IASP vindt het belangrijk dat pijnzorg niet alleen diagnose-gericht is, maar ook (vooral) moet leiden tot beter functioneren en kwaliteit van leven. Voormalig IASP President Lars-Arend Nielsen heeft hiertoe de TF 'Integratie ICD en ICF' opgericht, voorgezeten door Rolf-Detleff Treede (ook voormalig IASP President) en mijzelf. Het eerste product van deze TF was gericht op het synchroniseren van de nieuwe IASP-definitie van pijn met de definities en classificaties binnen ICF. Dit is beschreven in een paper<sup>2</sup>, en een formeel verzoek tot aanpassing van ICF aan de WHO. Een volgend project zal vermoedelijk zijn dat we consensus gaan verkrijgen over de definitie van pijn gerelateerd functioneren. Met een paar collegae hebben we recent geconstateerd dat deze consensus er niet is, en daardoor zijn er vele definities (impliciet en expliciet) en afgeleide meetinstrumenten (PROMS) in omloop. Dit verschijnt binnenkort als Editorial in PAIN.<sup>3</sup> Vergelijkbaar met de aanleiding voor multimodaal, verhindert het gebrek aan een duidelijke en gedragen definitie de kennisontwikkeling en dus ook de patiëntenzorg.

## Advocacy

IASP en EFIC maken zich beide sterk voor 'advocacy', wellicht te vertalen als belangenbehartiging of 'zich sterk maken voor'. Onder deze paraplu valt het werk van de TFs (o.a. bovengenoemde). Maar ook de samenwerkingen van IASP met de WHO behoren hiertoe. Een nieuwe samenwerking is het lidmaatschap van IASP van de World Rehabilitation Alliance (WRA) in 2023. De WHO ziet een groeiende behoefte aan revalidatie binnen de gezondheidszorg, en heeft het programma Rehab 2030 opgesteld. Doelstelling hierbij is om meer en betere revalidatiezorg aan te kunnen bieden, maar ook om de principes van de revalidatie te integreren in de niet-revalidatiezorg. Hiervoor is het 'Rehabilitation in Health Framework<sup>4</sup> ontwikkeld, die door de IASP naar de pijnzorg 'vertaald' zal moeten worden (Figuur

1). Deze verbintenis van IASP aan de WRA sluiten goed aan op bovengenoemde ontwikkelingen t.a.v. ICF en 'pijn-gerelateerd functioneren'. De WRA is een alliantie van verenigingen die dit samen met de WHO mogelijk moeten maken. De IASP ondersteunt dit voor mensen met pijn. Eerdergenoemde Rolf-Detleff Treede en ik trekken deze kar voor de IASP. Daarnaast zal ik deelnemen aan de Advocacy TF van EFIC, specifiek gericht op het thema arbeidsparticipatie van het langlopende programma Societal Impact of Pain. Een van de belangrijkste bijdragers van de economische impact van pijn is de invloed op arbeidsparticipatie. In het verleden mocht ik meewerken aan een EFIC position statement<sup>5</sup> voor de lobby in op Europees niveau in Brussel. De bedoeling is om dit weer opnieuw leven in te blazen.



Figuur 1. Rehabilitation in Health Framework.

## IASP Wereldcongres

In deze opsomming mag het aanstaande wereldcongres in Amsterdam niet ontbreken. De IASP bestaat dit jaar 50 jaar, en viert dit met een wereldcongres in Amsterdam! Nog mooier is dat PA!N optreedt als gastheer/vrouw. Erg toepasselijk, want PA!N (en diens voorgangers de DPS en NVBP) is de oudste nog bestaande IASP chapter ter wereld. Namens PA!N is een multidisciplinaire groep sinds september 2023 in functie als Lokale Advies Commissie, voorgezeten door Monique Steegers (huidige voorzitter PA!N) en ik. Deze groep adviseert en helpt de congresorganisatie met vragen over lokale zaken. Terecht denken veel mensen 'een wereldcongres is leuk, maar wat hebben de Amsterdammers daar aan'? Daarom zullen wij een programma draaien specifiek gericht op de burgers van Amsterdam om pijn (beter) onder de aandacht te brengen. Hans Timmermans zal dit 'impact program' leiden.

## Ten slotte

IASP en EFIC ontplooiën heel veel ontwikkelingen die de pijn 'community' verder helpen, en belangrijker, bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met pijn, hun naasten, en maatschappij. Het zijn 'grote' thema's, maar die komen door de structuur van de IASP en EFIC uiteindelijk terecht bij alle aangesloten landen, waaronder Nederland via PA!N. Ik zou PA!N daarom adviseren ruimhartig gebruik te maken van de 'producten' die IASP en EFIC opleveren. En dat gaat echt verder dan datgene wat ik hierboven heb benoemd. Ze zijn ook voor Nederlandse pijnzorg van belang, bijvoorbeeld het kan ons de komende 5-10 jaar helpen met de ontwikkelingen op het gebied van netwerkzorg (zie leidraad, IZA), en het verder implementeren van het biopsychosociale model. Zelf hoop in mijn kennis en kunde ten aanzien van 'functioneren' de komende jaren bij IASP en EFIC in te blijven zetten en door te ontwikkelen en implementeren; niet alleen in de revalidatie, maar in de gehele pijnzorg. Daarvoor is een breed gedragen definitie nodig, ingebed in ICF. Daarnaast hebben we een gevalideerd meetinstrument nodig die dit gepersonaliseerd manier kan meten, zodat we zichtbaar kunnen maken dat we waarde toevoegen aan het leven van mensen met (persisterende) pijn.

Het is eervol, relevant en interessant om hieraan mee te werken. Zowel IASP als EFIC zijn meestal op zoek naar vrijwilligers die zich in willen zetten voor de goede zaak. Neem even contact op wanneer je interesse of vragen hebt.

## Referenties

1. Vaegter HB, Kinnunen M, Verbrugghe J, Cunningham C, Meeus M, Armijo-Olivo S, Bandholm T, Fullen BM, Wittink H, Morlion B, Reneman MF. Physical activity should be the primary intervention for individuals living with chronic pain A position paper from the European Pain Federation (EFIC) 'On the Move' Task Force. *Eur J Pain*. 2024 May 4. doi: 10.1002/ejp.2278. Epub ahead of print. PMID: 38703009. Physical activity should be the primary intervention for individuals living with chronic pain A position paper from the European Pain Federation (EFIC) 'On the Move' Task Force - PubMed (nih.gov)
2. Reneman MF, Selb M, Korwisi B, Barke A, Escorpizo RS, Tu SW, Treede RD. Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the World Health Organization's Family of International Classifications. *Pain*. 2023 Jun 1;164(6):1240-1244. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002854. Epub 2022 Dec 22. PMID: 36728950; PMCID: PMC10184558. Towards harmonizing the concepts and definitions of pain in the World Health Organization's Family of International Classifications - PubMed (nih.gov)
3. Rainer Freynhagen, Brona M. Fullen, Michiel F Reneman, Rolf Detlef Treede. Functioning in chronic pain: a call for a global definition. *PAIN*, accepted.
4. Rehabilitation Frameworks - Physiopedia (physio-pedia.com)
5. SIP\_position\_on\_workplace\_integration\_and\_adaptation\_FINAL\_.pdf (europeanpainfederation.eu)

# Towards a shared understanding of chronic pain: Patient–practitioner interaction in interdisciplinary pain rehabilitation.

Praten over chronische pijn en revalidatie is voor zowel patiënten als behandelaars een uitdaging.

Samenvatting van de thesis van dr. Baukje B. Stinesen<sup>1,2</sup> onder supervisie van prof. dr. Rob J. E. M. Smeets<sup>2,3</sup>, dr. Petra Sneijder<sup>1</sup> en dr. Albère J. A. Köke<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup> Lectoraat Communicatie in Digitale Transitie, Hogeschool Utrecht

<sup>2</sup> Vakgroep Revalidatiegeneeskunde, Universiteit Maastricht

<sup>3</sup> CIR Revalidatie Eindhoven/Zwolle

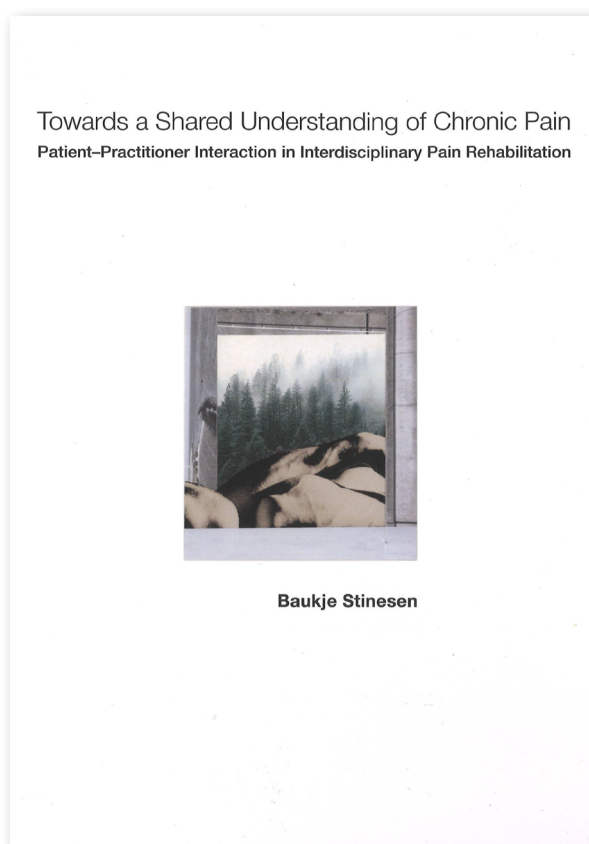
<sup>4</sup> Academie voor Fysiotherapie, Zuyd Hogeschool Heerlen

## Samenvatting

Voor het behalen van optimale behandelresultaten bij interdisciplinaire pijnrevalidatie is het belangrijk dat patiënten en behandelaars, voorafgaand aan de behandeling, een gedeeld begrip bereiken over het biopsychosociale karakter van het pijnprobleem. Dit vereist een goede vertrouwensrelatie, samenwerking en communicatie. In dit proefschrift wordt onderzocht hoe patiënten en revalidatiebehandelaars met elkaar het gesprek voeren over pijn. Het proefschrift laat zien dat het bespreken van chronische pijn, en met name de psychosociale aspecten daarvan, gevoelig ligt. Uit het taalgebruik van patiënten blijkt bijvoorbeeld dat zij voor de uitdaging staan hun klachten te presenteren als authentiek en legitiem, ondanks het feit dat deze niet (geheel) kunnen worden verklaard op basis van biomedische afwijkingen of beschadigingen van het weefsel. Voor behandelaars blijkt het een uitdaging om sociale en psychologische factoren zoals gedrag bespreekbaar te maken zonder de patiënt in diskrediet te brengen. Inzichten uit het onderzoek ondersteunen behandelaars bij het reflecteren op en het verbeteren van hun communicatie en het versterken van hun therapeutische relaties met patiënten.

## Abstract

To achieve optimal outcomes of interdisciplinary chronic pain rehabilitation treatment, it is important that, during their pre-treatment encounters, patients come to a sufficiently shared understand-



ing with their practitioners regarding the biopsychosocial nature of their pain problem. This requires a trusting relationship and collaborative communication. This thesis investigates how patients and their rehabilitation practitioners manage their communication about pain. The thesis provides insight in the delicate nature of talking about chronic pain, and especially its psychosocial aspects. For example, the way patients use language, shows that they work around the problem of presenting their complaints as authentic



and legitimate, despite the fact that their condition is difficult to explain on the basis of biomedical impairments or pathology. Practitioners are faced with the challenge of discussing psychosocial factors, such as behaviour, without discrediting patients. Insights from this research support practitioners to reflect on their communication practices and strengthen their therapeutic relationships with patients.

## Inleiding

Meer dan 12 procent van de Nederlanders van 12 jaar en ouder ervaart ontregeling van hun dagelijkse activiteiten door pijn.<sup>1</sup> Chronische pijn kan een grote impact hebben op de kwaliteit van leven, wanneer het samengaat met functionele beperkingen in het dagelijks leven en met emotionele stress.<sup>2</sup> Veel mensen met chronische pijn ervaren beperkingen in hun werk, studie en relaties met familie en vrienden.<sup>3</sup> De oorzaken van chronische pijn en pijngerelateerde beperkingen zijn complex en multifactorieel<sup>4</sup> en behandeling gericht op pijnvermindering is vaak niet effectief. In zowel Nederland als in andere landen benadrukken de richtlijnen voor de behandeling van chronische pijn daarom het belang van een interdisciplinaire aanpak en het verleggen van de focus naar het versterken van zelfmanagementvaardigheden om de kwaliteit van leven te verbeteren.

Voor het behalen van optimale behandelresultaten bij interdisciplinaire pijnrevalidatie is het belangrijk dat patiënten en behandelaars, voorafgaand aan de behandeling, een voldoende gedeeld begrip bereiken over het biopsychosociale karakter van het pijnprobleem.<sup>5-7</sup> Immers, als de patiënt en diens behandelaars het met elkaar eens zijn over de aard van het pijnprobleem, is de kans groter dat ze het ook eens zullen worden over hoe het probleem het beste kan worden aangepakt.<sup>8</sup> Ook zijn patiënten die met hun behandelaars op één lijn zitten over het biopsychosociale karakter van het pijnprobleem zich meer van bewust van het feit dat zij zelf een actieve rol kunnen aannemen bij het (anders) leren omgaan met hun pijnklachten.<sup>6</sup>

Het bereiken van zo'n gedeeld begrip vereist een goede vertrouwensrelatie, samenwerking

en communicatie, waarbij er ruimte is voor zowel het perspectief van de patiënt als dat van de behandelaar.<sup>9</sup> Er is in de curricula voor pijnrevalidatiebehandelaars<sup>10</sup> en in richtlijnen voor de klinische praktijk<sup>11</sup> dan ook veel aandacht voor het belang van patiëntgerichte communicatie en het aanleren van bepaalde gesprekstechnieken, zoals motiverende gespreksvoering<sup>12</sup> en empathisch valideren<sup>13,14</sup>.

Wanneer patiënten en behandelaars wordt gevraagd naar hun beleving van hun onderlinge communicatie, geven beiden echter aan dat ze problemen ervaren. Patiënten geven bijvoorbeeld aan dat ze zich regelmatig niet serieus genomen en niet gehoord voelen.<sup>15-17</sup> Ook voelen ze zich vaak niet comfortabel genoeg om hun gedachten en gevoelens te delen met hun behandelaars en durven ze het niet altijd aan te geven als ze het niet eens zijn met hun behandelaars.<sup>18</sup> Behandelaars vinden het vaak moeilijk om in dialoog te blijven met de patiënt, vooral wanneer deze een ander perspectief heeft op het pijnprobleem.<sup>19,20</sup> Ook vinden ze het moeilijk om in gesprek te gaan over sociale en psychologische factoren die mogelijk een rol spelen bij het pijnprobleem, omdat ze bang zijn dat dit tot conflict kan leiden.<sup>19</sup>

De mate waarin zulke problemen in de communicatie adequaat kunnen worden geïdentificeerd en ontrafeld door patiënten en behandelaars te vragen naar hun ervaringen is beperkt.<sup>21</sup> Communicatie is immers een dynamisch en complex interactioneel proces dat door beide partijen samen wordt vormgegeven en waarop ook de directe en indirecte sociaal-culturele context invloed uitoefent.<sup>22,23</sup> Het is daarom zinvol om (ook) de communicatie tussen patiënt en behandelaar direct te bestuderen. Daarom zijn voor dit onderzoeksproject audio-opnames van patiënt-behandelaar interacties voorafgaand aan de behandeling geanalyseerd. Daarnaast hebben we onze bevindingen gebruikt om pijnrevalidatiebehandelaars meer bewust te maken van bepaalde patronen in hun interacties met patiënten en hen hierop te laten reflecteren.

## Theoretisch en analytisch perspectief

Voor dit onderzoeksproject zijn patiënt-behandelaar interacties vanuit een discursief psychologisch perspectief geanalyseerd. Discursieve psychologie (DP) is een theoretische en analytische benadering die tegemoetkomt aan de beschreven beperkingen van interviews en zelfrapportages. Natuurlijke gesprekken worden opgenomen en geanalyseerd, waarbij er vooral wordt gekeken naar wat sprekers in interactie met elkaar doen en bereiken.<sup>24,25</sup> DP bestudeert hoe mensen, in bepaalde contexten (bijvoorbeeld patiënten en pijnrevalidatiebehandelaars tijdens een intakegesprek\*), verschillende beschikbare manieren van praten over een onderwerp en diverse taalaspecten (bijvoorbeeld woorden, metaforen, idiomen, intonatie en stiltes) gebruiken. De focus ligt daarbij op hoe zij daarmee versies van de werkelijkheid construeren en hierover onderhandelen en hoe zij zogenoemde sociale acties – zoals het managen van hun identiteit, zeggenschap, verantwoordelijkheid en schuld – bereiken.

DP heeft specifiek aandacht voor het gegeven dat gespreksdeelnemers altijd een interactionele zorg hebben om geloofwaardig over te komen, omdat aan alles wat mensen zeggen nu eenmaal nadelige gevolgtrekkingen kunnen worden verbonden door hun gesprekspartner(s).<sup>25,26</sup> Bijvoorbeeld, omdat er een morele norm bestaat om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid en deze zo goed mogelijk te beschermen, lopen patiënten het risico te worden beschuldigd van verwijtbaar handelen, wanneer klachten worden geconstrueerd als een gevolg van bepaald gedrag.<sup>27</sup> Een DP analyse maakt inzichtelijk hoe gespreksdeelnemers (bewust of onbewust) al pratende, vaak op een subtiele manier, steeds bezig zijn om dit soort interactionele zorgen op te lossen. Het toepassen van een DP perspectief helpt om de specifieke interactionele zorgen (of met andere woorden: de elementen in het gesprek die gespreksdeelnemers ter plekke als gevoelig behandelen) van patiënten en behandelaars bloot te leggen en het geeft inzicht in de discursieve strategieën die zij hanteren om met die zorgen om te gaan.<sup>28</sup>

## Resultaten

### *Interactionele zorgen en discursieve strategieën van patiënten en behandelaars.*

De eerste deelstudie in deze thesis betreft een DP studie van intakegesprekken\* voor interdisciplinaire pijnrevalidatie.<sup>29</sup> Deze studie geeft inzicht in hoe patiënten en behandelaars tijdens deze gesprekken praten over chronische pijn, aan deze pijn gerelateerde beperkingen en interdisciplinaire pijnrevalidatie. De analyse laat zien dat patiënten en behandelaars voortdurend onderhandelen over de pijngerelateerde beperkingen van patiënten.

Ook geeft de analyse inzicht in de interactionele zorgen waarmee patiënten en behandelaars te maken hebben tijdens deze onderhandelingen en de discursieve strategieën die ze (bewust of onbewust) gebruiken om hiermee om te gaan. De analyse laat bijvoorbeeld zien dat patiënten interactioneel werk verrichten om hun klachten te presenteren als authentiek, legitiem en 'doctorable' (d.w.z., dat ze de aandacht van de behandelaar waard zijn en begeleiding en behandeling rechtvaardigen<sup>30</sup>), ondanks het feit dat deze niet (geheel) kunnen worden verklaard op basis van biomedische afwijkingen of beschadigingen van het weefsel.

Patiënten gebruiken bijvoorbeeld formuleringen die de feitelijkheid en fysieke aard van hun klachten benadrukken en die impliceren dat hun onvermogen om bepaalde activiteiten uit te voeren en het aanpassen van hun gedrag (bijvoorbeeld het nemen van rust) onvermijdelijke uitkomsten zijn van hun pijn. Fragment 1, waarin een patiënt (P) antwoord geeft op de vraag van zijn behandelaar (B) wat hij zelf kan doen om de pijnklachten te doen verminderen, geeft hiervan een voorbeeld (een overzicht van transcriptietekens is te vinden in de bijlage). We zien hier dat de patiënt anticipeert op eventuele nadelige gevolgtrekkingen die aan de door hem gepresenteerde oplossing (in bed liggen, regel 12) zouden kunnen worden verbonden. Door zich ziekmelden te presenteren als een uitzondering op zijn normale handelen (regels 3-4), presenteert de patiënt zichzelf als iemand met een gezond ar-

beidsethos en weerlegt hij op voorhand de mogelijke gevolgtrekking dat zijn klachten van doen zouden kunnen hebben met aanstellerij.

*Fragment 1*

1. P: .hh ja hh
2. (1.3)
3. °ik° (.) kzal altijd proberen om mij niet
4. ziek te melden tenzij dat dat niet anders gaat,
5. B: hmhm
6. P: als het ↑zo erg is dat ik niet ken lopen,
7. (1.0)
8. dan kan ik niet lopen ↑en dan ben ik gedwongen om-
9. (1.7)
10. en dan ligt >d't eraan< hoeveel pijn dat ik heb
11. (0.7)
12. en anders dan ga ik maar in bed liggen.

Behandelaars, aan de andere kant, stellen zulke beschrijvingen regelmatig op de proef, door het gedrag van de patiënt als onvoldoende verklaard te presenteren en door behandelmogelijkheden voor te stellen die impliceren dat de patiënt actiever kan worden. Ze lopen daarmee het risico dat hieruit wordt geconcludeerd dat zij de klachten niet serieus nemen en dat zij de morele identiteit van de patiënt in twijfel trekken. De studie laat zien dat behandelaars, bij dergelijke gesprekshandelingen die zouden kunnen worden gezien als ondermijnend, geneigd zijn formuleringen te gebruiken die hun uitingen als voorzichtig en delicaat markeren. In fragment 2 (uit een ander intakegesprek) zien we bijvoorbeeld dat de behandelaar een voorstel om te gaan bewegen niet ter plekke doet, maar een hypothetisch scenario schetst waarin dit voorstel aan de patiënt (P) zou worden gedaan ("Stel dat wij zouden zeggen", regel 1). Ook het gebruik van tussenwerpsels als "ehm" (regels 1 en 2) en "eh" (regels 2 en 7), de pauzes (regels 1, 2, 3 en 5) en herformuleringen (regels 2 en 6-7) duiden erop dat de behandelaar haar boodschap als delicaat behandelt.

*Fragment 2*

1. B: e:hm (0.8) stel dat wij zouden zeggen tegen u
2. ehm (2.4) pij- 'f eh ↑ja be↓wegen kan geen kwaad?
3. (1.5)
4. ga [maar gewoon doen].
5. P: [hmhm.
6. B: wat zou dat-,
7. wat zou d'r dan (0.8) ge↓beuren wat eh

De tweede empirische studie in de thesis betreft een analyse van gesprekken waarin de bevindingen uit de screeningfase\* door een behandelaar worden teruggekoppeld aan de patiënt.<sup>31</sup> Deze studie verkent hoe patiënten en behandelaars de hypothesen van het behandelteam ten aanzien van de psychosociale factoren die een rol spelen bij het pijnprobleem met elkaar bespreken. De studie toont

hoe behandelaars het hoofd bieden aan de interactionele zorg om hypothesen over psychosociale factoren te presenteren zonder de patiënt in diskrediet te brengen. Zo zien we dat ze bepaalde uitingen als delicaat behandelen: ze gebruiken verzachtende termen en zwakken hun claims over pijn-gerelateerde gedragingen van de patiënt op die manier af. In fragment 3, zien we een voorbeeld van dergelijke afgezwakte claims ("als een soort automatische piloot", regel 12; "bijna een soort van overleefstand", regel 13).

Ook voorkomen behandelaars weerstand door hun bevindingen te presenteren als gedeeld door het team en door gesloten vraagformuleringen te gebruiken die een bevestigende reactie op de probleemanalyse ontlokken. In fragment 3 zien we bijvoorbeeld dat de behandelaar spreekt namens het team ("we", regel 1). Hierdoor wordt het voor de patiënt lastiger om een andere zienswijze te uiten, omdat dit zou impliceren dat de patiënt ingaat tegen een heel team van professionals.<sup>32,33</sup> Ook het gebruik van gesloten vragen ("herken je dit?", regel 16; "gaat het over jou", regel 18) beperkt de interactionele ruimte van de patiënt om diens eigen, mogelijk afwijkende, perspectief te delen: uit onderzoek blijkt dat dergelijke gesloten vragen doorgaans bevestiging ontlokken en het juist lastiger maken om een andere zienswijze te articuleren.<sup>34</sup>

#### Fragment 3

1. B: .hh e::hm:. verder hebben we:: `t meer ↑stilstaan.
2. (0.7)
3. eh meer ruimte geven aan gevoelens en lichaamssignalen.
4. (1.5)
- ((7 regels aan advies weggelaten i.v.m. ruimte))
12. in plaats van nu: (als) een soort automatische piloot in `n-
13. .hh ja bijna een soort overleefstand. (0.5) doorbuffelen.
14. P: ja
15. (1.5)
16. B: .hhh (0.6) herken je dit?
17. P: jahh dat klinkt ↑g(h)oed(hh)
18. B: gaat het [over jou of heb ik `t=
19. P: [(heh)
20. B: =ove[r iemand-
21. P: [n(h)ee d(h)it [g(h)aat (h)over mij ih heheh=
22. B: [hhh heh heh .hhh hh
23. P: =.hh nee dit is heel herkenbaar ja. heh

De studie laat dan ook zien dat patiënten zelden de hypothesen van het revalidatieteam betwisten. Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat behandelaars hun gespreksbeurten regelmatig zo vormgeven dat er voor de patiënt weinig interactionele ruimte is om een ander perspectief op het pijnprobleem te articuleren. Daarnaast lijkt het reguleren van de eigen doctorability hier een rol te spelen: door actief acceptatie te tonen van gedragsmatige verklaringen, tonen patiënten zich bereid om naar hun eigen rol in hun gezondheidssituatie te kijken en presenteren zij zich als geschikte kandidaten voor een pijnrevalidatiebehandeling met een biopsychosociale aanpak. Hiervan zien we een duidelijk voorbeeld in fragment 4. Waar de patiënt in het vorige fragment in eerste instantie minimaal

reageerde op de beschrijving van de behandelaar ("ja", fragment 3, regel 14), zien we in dit geval dat de patiënt de gegeven gedragsmatige verklaring voor het pijnprobleem expliciet bevestigt "↑ja ja: dat is wel zo." (regel 12). Ze toont daarmee expliciet instemming met de probleemanalyse en tevens erkenning van de rol van haar eigen gedrag (het zichzelf verwaarlozen), bij het in stand blijven van haar gezondheidssituatie. En, dit functioneert als een opmaat om samen met de behandelaar haar bereidheid om haar gedrag te veranderen te co-construeren (regels 14-19).

Dus, zowel behandelaars als patiënten oriënteren zich in het terugkoppelgesprek op het belang van consensus over het pijnprobleem om de weg te effenen voor het bespreken van behandelmogelijkheden.

#### Fragment 4

1. B: .hh dus als we ↑kijken we wij stellen altijd 't- 't kernprobleem op.
2. P: ja
3. B: uh hè (w) wat is de es↑sentie van .hh ↓waar we tegenaan kijken.
4. wat (w) wat speelt er allemaal.
5. P: [ja
6. B: [.hh en dan zeggen ↑we: een mevrouw met chronische pijnklachten,
7. vermoeidheid (.) en die balansstoornissen die je benoemt,
8. P: ja
9. B: .hh waardoor conditie en kracht afgelopen jaren (.)
10. ver↓minderd zijn,
11. doordat ze zichzelf als het ware heeft (.) ver↓waarloosd.
12. P: ↑ja ja: dat is wel zo.
13. (1.5)
14. B: .hh ze be↑seft (0.2) dat ze gericht op de toekomst,
15. nu ↑beter voor zichzelf moet zorgen.
16. (1.6)
17. P: °ja°
18. (1.3)
19. ja dat is het helemaal,

### **Pijnbehandelaars laten reflecteren op hun interacties met patiënten**

De derde deelstudie in deze thesis betreft een verkenning van de mogelijkheid om behandelaars te ondersteunen in hun gespreksvoering met patiënten door ze inzicht te geven in de gevonden patronen in hun interacties met patiënten.<sup>55</sup> We ontwikkelden een workshop volgens de stappen van de Discursieve Actie Methode (DAM)<sup>26</sup>. Deze workshop heeft twee doelen: (1) pijnrevalidatiebehandelaars meer bewust maken van hun eigen interactionele zorgen alsook die van patiënten, en van de interactionele effecten van hun discursieve strategieën; en (2) pijnrevalidatiebehandelaars stimuleren te reflecteren op hun manier van communiceren.

Door middel van een reeks stappen worden pijnrevalidatiebehandelaars begeleid bij het zelf analyseren van gespreksmateriaal uit intakes en het evalueren van hun manier van communiceren. De discussies van workshopdeelnemers onderling werden geanalyseerd om te verkennen of de workshop behandelaars bewust maakt van de interactionele mechanismen in hun gesprekken met pati-

enten en of deze hen stimuleert te reflecteren op hun eigen manier van communiceren. De analyse laat zien dat de workshop deelnemers helpt om interactionele zorgen van zowel patiënten als behandelaars te identificeren en hun discursieve strategieën voor het omgaan met deze zorgen te herkennen. Ook toont het onderzoek aan dat de workshop behandelaars aanzet tot het evalueren van hun gespreksvoering met patiënten en dat deze hen ondersteunt bij het ontwikkelen van ideeën over hoe ze hun eigen communicatie met patiënten kunnen vormgeven.

## Discussie

Het bestuderen van discours (d.w.z. gesproken of geschreven taal) over chronische pijn in de specifieke context waarin het plaatsvindt en vanuit een DP perspectief is fundamenteel anders dan hoe tot nu toe vaak met discours over chronische pijn wordt omgegaan. Tot nu toe wordt, zowel in onderzoek als in de klinische setting, het discours van patiënten veelal gezien als een directe manier om vast te stellen wat zij denken en voelen. Via interviews en vragenlijsten probeert men bijvoorbeeld te achterhalen hoe mensen hun pijn ervaren en aan patiënten wordt geregeld gevraagd om de intensiteit van hun pijn aan te geven met een cijfer op een schaal van 1 tot 10. Deze thesis laat zien dat patiënten en behandelaars te maken hebben met interactionele zorgen die van invloed kunnen zijn op de manier waarop zij de werkelijkheid beschrijven. Hoe mensen praten over pijn is dus niet alleen een uitkomst van een cognitief, maar ook van een sociaal proces.<sup>36</sup>

Ook hebben sommige van onze bevindingen theoretische implicaties voor andere onderzoeksgebieden. Onze bevindingen zijn bijvoorbeeld een aanvulling op eerder gespreksanalytisch onderzoek naar de discursieve strategieën waarmee patiënten in gesprekken met zorgverleners hun doctorability opbouwen<sup>30,37,38</sup>. Ook biedt deze thesis relevante inzichten voor het vakgebied van disability studies. Onze analyse van intakegesprekken laat zien dat het toepassen van een DP perspectief een rijk en genuanceerd inzicht geeft in hoe fysieke beperkingen in interactie door gespreksdeelnemers worden geco-construeerd in een continue onderhandeling.

Daarnaast hebben onze bevindingen implicaties voor de praktijk. Ze geven inzicht in de manieren waarop, en de mate waarin, patiënten en behandelaars zich in hun interacties baseren op professionele theorieën over deze interacties, zoals die over patiëntgerichte communicatie. Pijnrevalidatiebehandelaars worden aangemoedigd patiëntgerichte communicatiestijlen, zoals motiverende gespreksvoering, toe te passen. Belangrijke aspecten daarvan zijn, onder andere, het stellen van open vragen en de patiënt uitnodigen tot het delen van diens gevoelens en gedachten. Deze thesis laat zien dat patiënten en behandelaars juist oriënteren aan een andere norm: zij zijn in hun interacties sterk gericht op het tot stand brengen van een gedeeld begrip van de pijn. Dit belemmert (het uitnodigen tot) het articuleren van het eigen perspectief op de factoren die de pijn en beperkingen in stand houden.

Zoals elk onderzoeksproject heeft dit project sterke kanten, maar ook beperkingen. Een van de sterke aspecten van dit project is dat het onderzoeksteam bestond uit zowel interactieonderzoekers als behandelaars.<sup>39</sup> Hierdoor kon belangrijke praktijkkennis worden geïntegreerd in het onderzoek en het hielp om onze bevindingen terug te laten vloeien naar de praktijk. Een beperking van het onderzoek is dat, hoewel onze analyses grondig en gedetailleerd waren, we maar naar twee soorten consulten hebben gekeken. Om een vollediger beeld te krijgen van de interacties tussen patiënten en behandelaars voorafgaand aan behandeling, is het zinvol als toekomstig onderzoek zich ook richt op andere typen gesprekken. In het ideale geval wordt daarbij gebruik gemaakt van videodata, omdat dit een multimodale analyse mogelijk maakt, waarbij aandacht kan worden besteed aan hoe zowel talige als non-verbale aspecten door sprekers worden ingezet in de interactie.<sup>40,41</sup>

Een belangrijk doel van dit toegepaste onderzoek was om een maatschappelijke bijdrage te leveren door het verbeteren van de zorg voor patiënten met chronische pijn. Door behandelaars te ondersteunen bij het verbeteren van hun communicatie en het versterken van hun therapeutische relaties met patiënten, kan ons onderzoek bijdragen aan de effectiviteit van pijnrevalida-

tiebehandelingen. Het is daarom belangrijk dat onze bevindingen en aanbevelingen hun weg vinden naar de praktijk. Daarom zullen we ons samen met de NPN (Netwerk Pijnrevalidatie Nederland) en CIR (Clinics in Revalidatie) inzetten om onze workshop voor pijnrevalidatiebehandelaars te blijven aanbieden. En we zullen verken- nen in hoeverre en in welke vorm de leerdoelen en educatiematerialen die we hebben ontwik- keld ook kunnen worden geïntegreerd in de cur-ricula van hbo- en universitaire opleidingen voor zorgprofessionals. Daarnaast stellen we voor om de kwaliteitscriteria die zijn beschreven in het be- handelkader voor chronische musculoskeletale pijn uit te breiden: het volgen van communica- tietraining die ingaat op de specifieke gevoe- ligheden en uitdagingen bij het bespreken van chronische pijn, is wat ons betreft een belangrijke opleidingsvereiste voor behandelaars. Een ander effect van dit onderzoeksproject is de intensiver- ing van de samenwerking tussen netwerkpart- ners, die heeft geresulteerd in een nieuw project met de titel CoPain. In dit project ontwikkelen we een online leeromgeving voor behandelaars, ge- richt op het verbeteren van hun gespreksvoering met patiënten. Tot slot, zullen we samen met de Landelijke Pijn Organisatie (LPO) onderzoeken hoe we de impact van dit onderzoeksproject ver- der kunnen vergroten, door onze bevindingen te gebruiken om patiënten te ondersteunen bij het voeren van gesprekken met hun behandelaars.

\* Wanneer een patiënt is doorverwezen naar interdisciplinaire pijnrevalidatie, vindt een intakegesprek plaats om een eerste inschatting te maken of de patiënt in aanmerking komt voor een pijnrevalidatiebehandeling. Wanneer dit het geval is, volgt een screeningsfase: de patiënt wordt door de verschillende leden revalidatieteam onderzocht. Tijdens het terugkoppelgesprek bespreekt een van de behandelaars de probleemanalyse van het team met de patiënt. Voor dit onderzoeksproject zijn intakegesprekken en terugkoppelgesprekken geanalyseerd.

## Referenties

1. Statistics Netherlands. Ruim 1 op de 10 gehinderd door pijn bij normale werkzaamheden [Over 1 in 10 being hindered by pain in normal activities]. Published August 2, 2022. Accessed September 12, 2023. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/31/ruim-1-op-de-10-gehinderd-door-pijn-bij-normale-werkzaamheden>
2. World Health Organization. ICD-11. International classification of diseases 11th revision. The global standard for diagnostic

- health information. Accessed November 16, 2022. <https://icd.who.int/en>.
3. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016;9:457-467. doi:10.2147/JPR.S105892
  4. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
  5. Frantsve LME, Kerns RD. Patient-provider interactions in the management of chronic pain: Current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine.* 2007;8(1):25-35. doi:10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x
  6. Oosterhof B, Dekker JHM, Sloots M, Bartels EAC, Dekker J. Success or failure of chronic pain rehabilitation: The importance of good interaction – A qualitative study under patients and professionals. *Disabil Rehabil.* 2014;36(22):1903-1910. doi:10.3109/09638288.2014.881566
  7. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29(20):2309-2318. doi:10.1097/01.brs.0000142007.38256.7f
  8. McCabe R. When patients and clinician (dis)agree about the nature of the problem: The role of displays of shared understanding in acceptance of treatment. *Soc Sci Med.* 2021;290. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114208
  9. Tauben DJ, Sullivan MD. Communication and clinician relationships to improve care for patients with chronic pain. In: Benzon HMD, Rathmell JP, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley RW, eds. *Practical Management of Pain.* Elsevier Health Sciences; 2022:146-150.
  10. IASP. Curricula. Accessed September 25, 2023. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/>
  11. Lin I, Wiles L, Waller R, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54(2):79-86. doi:10.1136/bjsports-2018-099878
  12. Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, et al. Integrating motivational interviewing in pain neuroscience education for people with chronic pain: A practical guide for clinicians. *Phys Ther.* 2020;100(5):846-859. doi:10.1093/ptj/pzaa021
  13. Holopainen R, Lausmaa M, Edlund S, et al. Physiotherapists' validating and invalidating communication before and after participating in brief cognitive functional therapy training. Test of concept study. *Eur J Physiother.* 2021;25(2):73-79. doi:10.1080/21679169.2021.1967446
  14. Linton SJ. Intricacies of good communication in the context of pain: Does validation reinforce disclosure?

- Pain. 2015;156(2):199-200. doi:10.1097/01.jpain.0000460297.25831.67
15. Gjesdal K, Dysvik E, Furnes B. Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway. *Nurs Open*. 2018;5(4):517-526. doi:10.1002/nop.2.160
  16. Oosterhaven J. Dropout in Chronic Pain Management [PhD Thesis]. University of Amsterdam; 2020.
  17. Wijma AJ, Speksnijder CM, Crom-Ottens AF, et al. What is important in transdisciplinary pain neuroscience education? A qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2018;40(18):2181-2191. doi:10.1080/09638288.2017.1327990
  18. Paap D, Kroes LA, Schiphorst Preuper HR, Geertzen JHB, Dijkstra PU, Pool G. Participants' unspoken thoughts and feelings negatively influence the therapeutic alliance: A qualitative study in a multidisciplinary pain rehabilitation setting. *Disabil Rehabil*. 2022;44(18):5090-5100. doi:10.1080/09638288.2021.1924297
  19. Sullivan N, Hebron C, Vuoskoski P. "Selling" chronic pain: Physiotherapists' lived experiences of communicating the diagnosis of chronic nonspecific lower back pain to patients. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(9):973-992. doi:10.1080/09593985.2019.1672227
  20. Tveiten S, Meyer I. 'Easier said than done': Empowering dialogues with patients at the pain clinic – The health professionals' perspective. *J Nurs Manag*. 2009;17(7):804-812. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x
  21. DiMatteo MR, Robinson JD, Heritage J, Tabbarah M, Fox SA. Correspondence among patients' self-reports, chart records, and audio/videotapes of medical visits. *Health Commun*. 2003;15(4):393-413. doi:10.1207/S15327027HC1504\_02
  22. Van Dael J, Gillespie A, Neves AL, Darzi A. Patient-clinician communication research for 21st century health care. *British Journal of General Practice*. 2022;72(715):52-53. doi:10.3399/bjgp22X718277
  23. Potter J, Hepburn A. Discursive psychology as a qualitative approach for analysing interaction in medical settings. *Med Educ*. 2005;39(3):338-344. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02099.x
  24. O'Reilly M, Kiyimba N, Lester JN. Discursive psychology as a method of analysis for the study of couple and family therapy. *J Marital Fam Ther*. 2018;44(3):409-425. doi:10.1111/jmft.12288
  25. Edwards D, Potter J. *Discursive Psychology*. Sage; 1992.
  26. Lamerichs J, Te Molder H. Reflecting on your own talk: The discursive action method at work. In: Antaki C, ed. *Applied Conversation Analysis: Intervention and Change in Institutional Talk*. Palgrave Macmillan; 2011:184-206. doi:10.1057/9780230316874
  27. McKinlay A, McVittie C. *Identities in Context. Individuals and Discourse in Action*. Wiley-Blackwell; 2011.
  28. Stinesen BB, Sneijder P, Köke AJA, Smeets RJEM. Improving patient-practitioner interaction in chronic pain rehabilitation: The merits of a discursive psychological approach. *Scand J Pain*. 2019;19(4):843-853. doi:10.1515/sjpain-2019-0034
  29. Stinesen BB, Sneijder P, Smeets RJEM. Negotiating (dis)ability in the context of chronic pain rehabilitation: Challenges for patients and practitioners. In: Lester JN, ed. *Discursive Psychology and Disability*. Palgrave Studies in Discursive Psychology. Palgrave Macmillan; 2021:77-111. doi:10.1007/978-3-030-71760-5\_4
  30. Heritage J. Negotiating the legitimacy of medical problems. In: Brashers D, Godsmith D, eds. *Communicating to Manage Health and Illness*. Routledge; 2009:147-164.
  31. Stinesen BB, Sneijder P, Köke AJA, Smeets RJEM. Consultations preliminary to interdisciplinary chronic pain rehabilitation: Patients' and practitioners' orientations to the institutional significance of a shared understanding of the pain. *European Journal of Health Communication*. 2023;4(2):23-48. doi:10.47368/ejhc.2023.202
  32. Engelhardt EG, Pieterse AH, Van der Hout A, et al. Use of implicit persuasion in decision making about adjuvant cancer treatment: A potential barrier to shared decision making. *Eur J Cancer*. 2016;66:55-66. doi:10.1016/j.ejca.2016.07.011
  33. Pilgram R, Snoeck Henkemans F. A pragma-dialectical perspective on obstacles to shared decision-making. *Journal of Argumentation in Context*. 2018;7(2):161-176. doi:10.1075/jaic.18027.pil
  34. Pomerantz A. Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson J, Heritage J, eds. *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge University Press; 1984:57-101.
  35. Stinesen BB, Sneijder P, Kelder I, Van Dijk H, Smeets RJEM, Köke AJA. Analysing and evaluating patient-practitioner interaction about chronic pain: A workshop for pain rehabilitation practitioners. In: Sneijder P, Klarenbeek A, eds. *Interventions in Health Care Interaction*. Palgrave Macmillan.
  36. Wiggins S. *Discursive Psychology. Theory, Method and Applications*. Sage; 2017.
  37. Heritage J, Robinson JD. Accounting for the visit: Giving reasons for seeking medical care. In: Heritage J, Maynard D, eds. *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press; 2006:48-85.
  38. Nielsen SB. 'And how long have you been sick?': The discursive construction of symptom duration during acute general practice visits and its implications for 'doctorability.' *Time Soc*. 2018;37(3):330-349. doi:10.1177/0961463X15609808
  39. O'Reilly M, Kiyimba N, Nina Lester J, Muskett T. Reflective interventionist conversation analysis.



Discourse and Communication. 2020;14(6):619-634.  
doi:10.1177/1750481320939710

40. Wiggins S, Oswaldsson Cromdal K. Bodies in interaction, bodies for interaction: Discursive psychology as an approach to embodiment. In: Wiggins S, Oswaldsson Cromdal K, eds. Discursive Psychology and Embodiment. Beyond Subject-Object Binaries. Palgrave Macmillan; 2020.

41. Mondada L. Contemporary issues in conversation analysis: Embodiment and materiality, multimodality and

multisensoriality in social interaction. J Pragmat. 2019;145:47-62. doi:10.1016/j.pragma.2019.01.016

42. Jefferson G. Glossary of transcript symbols with an introduction. In: Lerner G, ed. Conversation Analysis: Studies from the First Generation. John Benjamins; 2004:13-32.

## Bijlage: Betekenis van transcriptietekens

Symbool	Betekenis
[ ]	Overlap
=	Geen pauze
° °	Er wordt zachter gesproken dan in de omliggende spraak
> <	Er wordt sneller gesproken dan in de omliggende spraak
< >	Er wordt trager gesproken dan in de omliggende spraak
(.)	Micropauze, hoorbaar, maar te kort om te meten
(1.6)	Pauzes in (tienden van) seconden
woord	Nadruk
:	Verlenging van een klank
↑ ↓	Stijgen of dalen van intonatie
.	Dalende intonatie
,	Licht stijgende intonatie
?	Stijgende, vragende intonatie
((typt))	Beschrijving van kenmerken of nonverbale aspecten van de interactie
.hh	Inademing
hh	Uitademing
heheh	Uitademing met klank
w(h)oord	Woord wordt uitgesproken met een uitademing
(m)	Beginnende klank
-	Afbreking/stop
( ), (woord)	Onverstaanbaar of slecht verstaanbaar (en daardoor onzekere transcriptie)

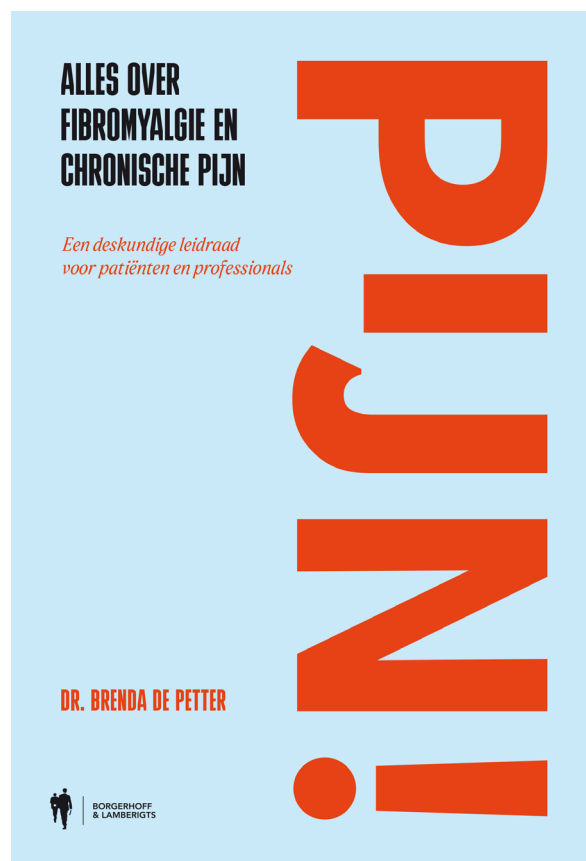
# 'Pijn! Alles over fibromyalgie en chronische pijn'

van dr. Brenda de Petter

*'Laat duidelijk zijn dat fibromyalgie geen ziekte is die je uiteindelijk in een rolstoel doet belanden mits er een deskundige multidisciplinaire begeleiding is en een positieve mindset'*

Het boek heeft als ondertitel 'Een deskundige leidraad voor patiënten en professionals'. De auteur is arts voor fysieke geneeskunde en revalidatie bij Academisch Ziekenhuis Rivierland in Antwerpen. Dat het geschreven is voor een dubbele doelgroep werkt prima; voor veel beginnende of niet in chronische pijn gespecialiseerde zorgverleners is de algemene tekst zinvol en verdiepende tekst voor professionals is duidelijk aangegeven in kaders. Ook patiëntverhalen komen aan bod. Het begint met een algemene inleiding over chronische pijn en focust zich daarna op fibromyalgie. Basale begrippen als nociceptief - neuropatisch - nociplastisch worden uitgelegd en de diagnose primaire chronische pijn in de ICD-11<sup>1</sup> wordt beschreven. De klachten bij chronische nociplastische pijn beperken zich niet tot pijn alleen, maar gaan gepaard met overprikkeling, veranderingen in motorische controle, moeheid, slaapproblemen, cognitieve en emotionele klachten.

De achtergrond van de auteur is merkbaar als het gaat over de enorme maatschappelijke kosten van chronische pijn en op de beperkingen in het dagelijks leven en participatie voor het individu. In Nederland heeft de Gezondheidsraad dit jaar advies uitgebracht over fibromyalgie: 'Fibromyalgie is een belangrijk gezondheidsprobleem dat erkend dient te worden.'<sup>2</sup> Voor de diagnose fibromyalgie hebben we al sinds 2010 geen tenderpoints meer nodig volgens de criteria van de American College of Rheumatology<sup>3</sup> (ACR).



Het deel 'Pijnconcepten' is uitgebreid en state of the art. De informatie voor patiënten is toegankelijk en goed leesbaar. In de professionele kaders gaat het o.a. over de rol van neurogene inflammatie, neurotransmitters, fascia, PTSS, intramusculaire druk met gevolgen voor de microcirculatie, mitochondriale disfunctie, de rol van IgG bij perifere sensitisatie en auto-immuniteit bij fibromyalgie. In dit deel staat de meeste informatie specifiek voor professionals. Als verklaringmodellen voor fibromyalgie gaat het vooral over de rol van chronische stress waardoor een overactief stresssysteem ontstaat en een overprikkeld zenuwstelsel en over de rol van het immuunsysteem.

In het onderdeel behandeling wordt gepleit voor een probleemanalyse volgens de methodiek predisponerende - luxerende - onderhoudende factoren, zoals we in Nederland in de revalidatiegeneeskunde al gewend zijn, vanzelfsprekend alles biopsychosociaal. Het doel van de (vaak multidisciplinaire) behandeling is globaal het verbeteren van de kwaliteit van leven, wat realistischer is dan genezing. Pijneducatie, bewegingsthera-

pie, aandacht voor leefstijl, cognitieve gedragstherapie kunnen daar onderdeel van uitmaken. Wat betreft voeding wordt kort ingegaan op het FODMAP dieet bij een prikkelbaredarmsyndroom en meer algemeen het anti-inflammatoire voedingspatroon waar de onderzoeksgroep Pain in Motion<sup>4</sup> veel onderzoek naar doet. Op de verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie wordt uitgebreid ingegaan, voor patiënten nuttige informatie met bruikbare tips maar voor professionals wat oppervlakkig en weinig onderbouwd. Ook voor hartcoherentietraining en voor de vagale theorie had ik graag meer onderbouwing gezien. Hier lijkt het streven naar volledigheid wat doorgesloten in de lange opsomming van mogelijke behandelmethoden. Goed dat er aandacht is voor medicamenteuze behandeling waarbij ik de conclusie onderschrijf dat er bij fibromyalgie geen plaats voor is behalve eventueel duloxetine of amitriptyline. Bij de paragraaf over voedingssupplementen had ik graag een kader met wetenschappelijke informatie voor professionals gezien.

Het laatste hoofdstuk heeft als titel 'Aan het werk met fibromyalgie', een belangrijk onderwerp dat niet altijd de aandacht van behandelaars krijgt die het verdient. In het verleden hebben veel mensen met fibromyalgie hun baan verloren en er is heel wat strijd gevoerd met keuringsinstanties. In dit boek laat de auteur zien hoe het ook kan, en dat werken voor veel mensen goed is voor hun kwaliteit van leven. De tips voor patiënten zijn concreet en bemoedigend; bij de tips voor professionals is te zien dat de Nederlandse situatie verschilt van de Vlaamse. Het boek eindigt met nuttige links voor patiënten en een uitgebreide bibliografie voor professionals.

Al met al een zeer leesbaar boek met veel informatie over chronische pijn in het algemeen en fibromyalgie in het bijzonder, geschikt voor een brede doelgroep.

**Loes Swaan,**  
revalidatiearts bij Rijndam Revalidatie

Het boek wordt uitgegeven door  
Borgerhoff & Lamberigts (Gent, België) 2024  
ISBN 9789464983142  
[www.borgerhoff-lamberigts.be/shop/boeken/  
pijn](http://www.borgerhoff-lamberigts.be/shop/boeken/pijn)

- 1 <https://cdn.who.int/chronic/primary/pain/MG30>
- 2 <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/zorg/alle-adviezen-over-zorg/fibromyalgie>
- 3 <https://rheumatology.org/patients/fibromyalgia>
- 4 <https://paininmotion.be>

# Effectiveness and Cost-effectiveness in Lumbar Spine Surgery

Samenvatting van het proefschrift van dr. R. Droeghaag<sup>1,2</sup>, onder supervisie van prof. dr. H. Van Santbrink<sup>2,3,4</sup>, dr. W.L.W. Van Hemert<sup>1</sup>, en dr. I.J.M.H. Caelers<sup>3,4</sup>

1. Afdeling Orthopedie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen/Heerlen, Nederland.

2. CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht, Nederland.

3. Afdeling Neurochirurgie, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht, Nederland.

4. Afdeling Neurochirurgie, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen/Heerlen, Nederland.

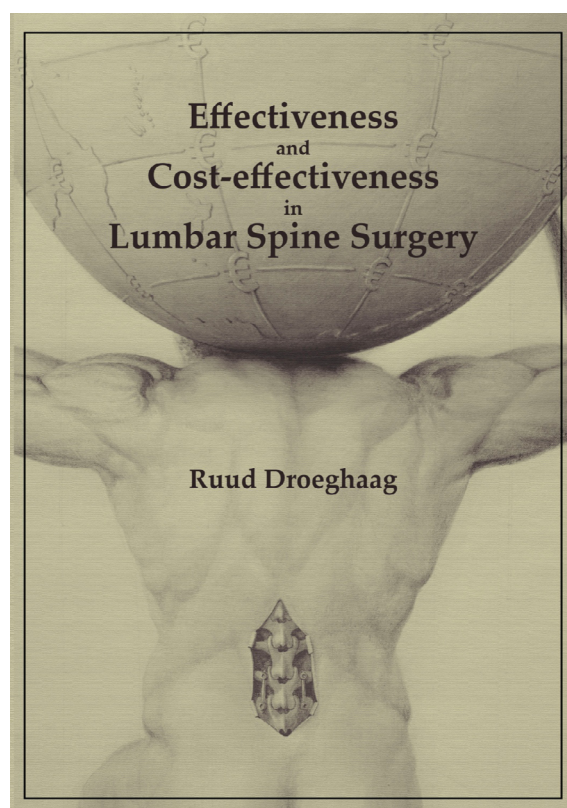
## Algemene introductie

Door de toenemende vraag naar wervelkolomzorg, vooral veroorzaakt door de vergrijzing, dreigt de wervelkolomzorg onhoudbaar te worden als er niets verandert. Dit proefschrift bevat diverse studies die te maken hebben met effectiviteit en kosteneffectiviteit van wervelkolomchirurgie.

## Epidemiologie

Wervelkolomgerelateerde aandoeningen vormen een enorme belasting voor de wereldwijde gezondheidszorg en treffen alle leeftijdsgroepen<sup>(1)</sup>. Ze zijn verantwoordelijk voor de meeste jaren geleefd met een beperking (years lived with disability, YLD), meer dan bijvoorbeeld kanker, hart- en vaatziekten, of mentale stoornissen<sup>(2)</sup>. De YLD voor rugpijn steeg met 54% tussen 1990 en 2015, en zal in de toekomst doorstijgen<sup>(3)</sup>. Wereldwijd heeft 9,4% van de mensen wervelkolomklachten, oplopend tot 19-23% op 80-jarige leeftijd<sup>(2,4)</sup>. Sinds 1980 is de wereldbevolking van mensen ouder dan 60 jaar verdubbeld, en dit aantal zal naar verwachting tegen 2050 nogmaals verdubbelen<sup>(5)</sup>. Doordat de incidentie van wervelkolomklachten oploopt met leeftijd, zorgt de vergrijzing van de wereldbevolking voor een sterke toename van patiënten die hiervoor zorg nodig hebben. Naast vergrijzing dragen een zittende levensstijl en obesitas bij aan deze toename<sup>(6,7)</sup>.

Met de toename van wervelkolomgerelateerde aandoeningen groeit ook het aantal patiënten dat tweede- of derdelijns zorg nodig heeft<sup>(8)</sup>. Hoewel veel patiënten baat hebben bij conser-



vatieve behandelingen, is chirurgische interventie voor sommigen noodzakelijk<sup>(8)</sup>. Om de efficiëntie en effectiviteit van zorg te verbeteren, moet de selectie en profilering van patiënten met wervelkolomproblemen die verschillende soorten behandelingen nodig hebben, geoptimaliseerd worden<sup>(8,9)</sup>. Als specialistische zorg niet verschilt van de eerstelijnszorg, kan verwijzing onnodig zijn en mogelijk vermeden worden.

De eerste stap in het optimaliseren van de toewijzing van gezondheidszorg is het onderzoeken van de demografische gegevens van patiënten die worden doorverwezen, en de relatie tussen patiëntkenmerken en toegewezen behandel-

gen. Hoewel er ziekte-specifiek demografisch onderzoek bestaat, zijn studies naar de demografie van een meer algemene populatie patiënten die worden doorverwezen beperkt<sup>(10-12)</sup>. Inzicht in de specifieke kenmerken van patiënten die specialistische zorg nodig hebben in de vorm van diagnostiek en behandelingen zal ons begrip van deze complexe patiëntenpopulatie verbeteren en kan bijdragen aan verbetering in doorverwijzing en besluitvorming.

## Chirurgische Behandeling

Sommige wervelkolomaandoeningen, zoals een stenose, hernia, degeneratieve afwijkingen of spondylolisthesis, vereisen specialistische zorg en soms chirurgisch ingrijpen<sup>(13, 14)</sup>. Een deel van de onderzoeken in dit proefschrift is toegespitst op de operatieve behandeling van lumbale spondylolisthesis. De posterieure lumbale intercorporele fusie (PLIF) en transforaminale lumbale intercorporele fusie (TLIF) zijn veelgebruikte technieken om een symptomatische spondylolisthesis te behandelen<sup>(15)</sup>. Hoewel PLIF en TLIF hetzelfde doel hebben, namelijk de zenuwen ruimte geven en het geopereerde niveau stabiliseren, verschilt de benadering. Er is nog geen consensus over welke techniek effectiever is, beide hebben unieke voor- en nadelen.

Bij de PLIF, de oudste van de twee technieken, wordt een middenlijnincisie gemaakt en een facetectomie uitgevoerd. Na verwijdering van de tussenwervelschijf, worden twee cages bilateraal ingebracht. Deze aanpak biedt uitstekende visualisatie van anatomische structuren, inclusief zenuwwortels. De PLIF leidt echter tot iatrogene schade aan de paravertebrale spieren en weke delen, wat herstel negatief kan beïnvloeden<sup>(16-18)</sup>.

De TLIF werd ontwikkeld om de iatrogene schade bij PLIF te verminderen. Hierbij wordt de tussenwervelschijf benaderd via een unilaterale transforaminale route. TLIF heeft vergelijkbare complicaties als PLIF, maar is mogelijk superieur door een lagere incidentie van complicaties, minder bloedverlies, en kortere operatietijd en ziekenhuisverblijf<sup>(19, 20)</sup>.

In het afgelopen decennium zijn minimaal invasieve varianten van deze technieken in populariteit toegenomen, met name de minimaal invasieve TLIF (MITLIF). Bij MITLIF worden decompressie en plaatsing van de cage uitgevoerd via buisvormige retractors, gevolgd door percutane schroeffixatie. MITLIF heeft een vergelijkbare lange termijn effectiviteit als open TLIF, maar studies tonen aan dat MITLIF zou kunnen leiden tot minder complicaties, bloedverlies en een kortere opnameduur<sup>(21-25)</sup>.

Omdat de effectiviteit en veiligheid van deze technieken redelijk vergelijkbaar zijn, hangt de keuze vaak af van de voorkeuren van de chirurg of beschikbaarheid. Omdat de zorgkosten een beperkende factor zullen worden in de toekomst, is het belangrijk om ook de kosteneffectiviteit van de technieken te vergelijken.

## Kosten en Maatschappelijke Impact

Zoals eerder vermeld, neemt de prevalentie van wervelkolomaandoeningen die chirurgische behandeling vereisen snel toe. Dit zal leiden tot hogere zorgkosten<sup>(26, 27)</sup>. Kosten in de gezondheidszorg worden onderverdeeld in directe en indirecte kosten. Directe kosten zijn direct gerelateerd aan de pathologie of behandeling, zoals ziekenhuiszorg, medicijnen, en hulpmiddelen. Indirecte kosten omvatten de economische gevolgen die niet als directe kosten worden beschouwd, zoals verminderde productiviteit en gemiste vrije tijd. Economische evaluaties kunnen vanuit een gezondheidszorg- of maatschappelijk perspectief worden uitgevoerd. Bij het gezondheidszorgperspectief wordt naar alleen directe kosten gekeken, terwijl bij het maatschappelijk zowel directe als indirecte kosten worden meegenomen<sup>(28)</sup>.

In de wervelkolomchirurgie zijn zowel directe als indirecte kosten van belang. De directe kosten stijgen niet alleen door het aantal uitgevoerde operaties, maar ook door de toenemende kosten per operatie vanwege nieuwe technologieën en instrumentarium<sup>(29)</sup>. Tussen 1998 en 2008 steeg het aantal instrumentale wervelkolomoperaties met 2,4 maal, terwijl de bijbehorende directe kosten met 7,9 maal toenamen. Tussen 2004 en 2015 steeg het aantal van deze operaties met 1,6

maal en de directe kosten met 2,8 maal<sup>(30, 31)</sup>. Indirecte kosten van wervelkolomklachten vormen, voornamelijk door verminderde productiviteit van patiënten en mantelzorgers, een aanzienlijke economische last. Studies in de VS en Europa tonen aan dat indirecte kosten een derde tot de helft van de totale kosten uitmaken bij lumbale fusieoperaties<sup>(32-34)</sup>.

## **Economische Evaluaties in Wervelkolomchirurgie**

Met de snelle stijging van de zorguitgaven is de belangstelling voor economische evaluaties toegenomen. Economische evaluaties worden gebruikt om de kosteneffectiviteit van nieuwe interventies te vergelijken of om te onderzoeken hoe bestaande interventies presteren op economisch gebied.

Het belang van economische evaluaties wordt steeds meer erkend, wat ook blijkt uit de toename van studies die kosten en kosteneffectiviteit in de afgelopen tien jaar vermelden<sup>(35-37)</sup>. De diversiteit aan interventies, uitkomstmaten en kostenberekeningen maakt echter het vergelijken van studies moeilijk. Bovendien variëren zorg- en vergoedingssystemen sterk tussen landen, wat de vergelijkbaarheid nog eens extra beperkt<sup>(35, 38-41)</sup>.

Er zijn algemene internationale, nationale en regionale aanbevelingen voor de uitvoering van economische evaluaties<sup>(42-44)</sup>. Echter, gezien de heterogeniteit in uitvoering en rapportage van economische evaluaties in wervelkolomchirurgie, zijn deze algemene richtlijnen mogelijk onvoldoende. Een ziekte-specifieke richtlijn als aanvulling op de algemene richtlijnen kan nuttig zijn om de kwaliteit en vergelijkbaarheid van economische evaluaties te verbeteren.

### **Samenvatting van het proefschrift**

De doelstellingen van het proefschrift waren: I) inzicht verkrijgen in de symptomen, diagnostische methoden, diagnose en gekozen behandeling voor patiënten verwezen naar secundaire wervelkolomzorg; II) de klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van lumbale intercorporele

fusiechirurgie beoordelen; III) de kwaliteit van studies over economische evaluaties in wervelkolomchirurgie onderzoeken en op de mening van experts gebaseerde aanbevelingen doen om de kwaliteit en vergelijkbaarheid van studies te verbeteren. De algemene inleiding en de omschrijving van de inhoud van de thesis in Hoofdstuk 1 geven een overzicht van de beschikbare wetenschappelijke achtergrond met betrekking tot de doelstellingen van dit proefschrift.

## **Deel I - Demografie binnen de wervelkolomzorg**

### **Hoofdstuk 2**

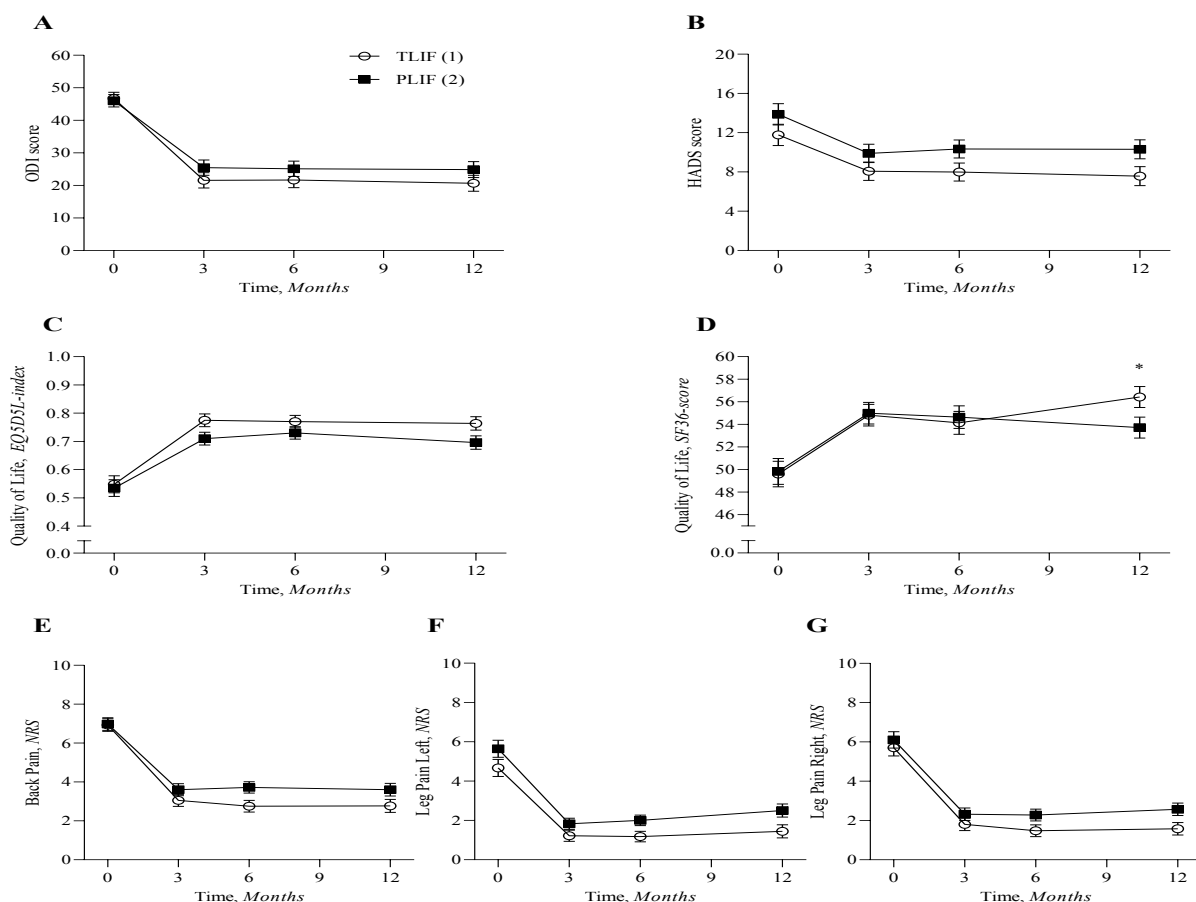
beschrijft de kenmerken, symptomen, diagnoses en behandelingen van 4855 patiënten doorverwezen naar een gespecialiseerd secundair centrum voor wervelkolomzorg. Ook werd een analyse van het gebruik van middelen uitgevoerd bij een representatieve subgroep van patiënten (~20%). De gemiddelde leeftijd was 58,1 jaar, 56% van de patiënten was vrouw en de gemiddelde BMI was 28. Bovendien gebruikte 28% van de patiënten morfine-achtige pijnstillers (opioiden). De gemiddelde door de patiënt gerapporteerde gezondheidstoestand was 53,3 (EuroQol 5D Visuele Analoge Schaal (EQ-5D-VAS)), en de pijn varieerde van 5,8 tot 6,7 (Visuele Analoge Schaal (VAS) nek/rug/arm/been)). 67,7% van de patiënten kreeg aanvullend beeldvormend onderzoek. Er werd bij 4,9% van de patiënten gekozen voor chirurgische behandeling. De meerderheid (83%) van de niet-chirurgisch behandelde patiënten kreeg een behandeling buiten het ziekenhuis; 25% van de patiënten kreeg noch aanvullende beeldvorming noch een behandeling in het ziekenhuis.

We concludeerden dat de overgrote meerderheid van de patiënten niet-chirurgische behandelingen kreeg. We observeerden dat ~10% van alle patiënten acceptabele of goede vragenlijstscores had op het moment van verwijzing en noch aanvullende beeldvorming noch een behandeling in het ziekenhuis kreeg.

## Deel II - Klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van lumbale intercorporele fusiechirurgie

### Hoofdstuk 3

omvat een onderzoek naar de klinische effectiviteit en veiligheid van de transforaminale lumbale intercorporele fusie (TLIF) ten opzichte van de posterieure lumbale intercorporele fusie (PLIF), twaalf maanden na de operatie. In dit multicenter gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek in vijf Nederlandse ziekenhuizen werden 161 patiënten met symptomatische degeneratieve, lytische, of iatrogene lumbale spondylolisthesis op één niveau gerandomiseerd tussen TLIF of PLIF. Het primaire resultaat was invaliditeit gemeten met de Oswestry Disability Index (ODI). Er werden 66 patiënten per groep meegenomen in de per-protocolanalyse. In de TLIF-groep verbeterde de ODI van 46,7 preoperatief naar 20,7 een jaar postoperatief. In de PLIF-groep verbeterde de ODI van 46,0 preoperatief naar 24,9. Dit verschil was niet statistisch significant ( $P=0.28$ ). We observeerden een statistisch significant verschil in verschil in de loop van de tijd in kwaliteit van leven (quality-adjusted life years (QALY)), gemeten met de Short Form Health Survey (SF-36) ten gunste van TLIF ( $P<0.05$ ). Voor alle andere door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten die de kwaliteit van leven (QALY, EuroQol 5 Dimensies, 5 Niveaus (EQ-5D-5L)), rug- en beenpijn (Visuele Analoge Schaal (VAS)), angst en depressie (Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)) beoordelen, werden geen statistisch significant verschillen waargenomen (zie figuur 1). Er was geen verschil in perioperatief bloedverlies, duur van de operatie, duur van ziekenhuisopname, en perioperatieve of postoperatieve complicaties tussen TLIF en PLIF.



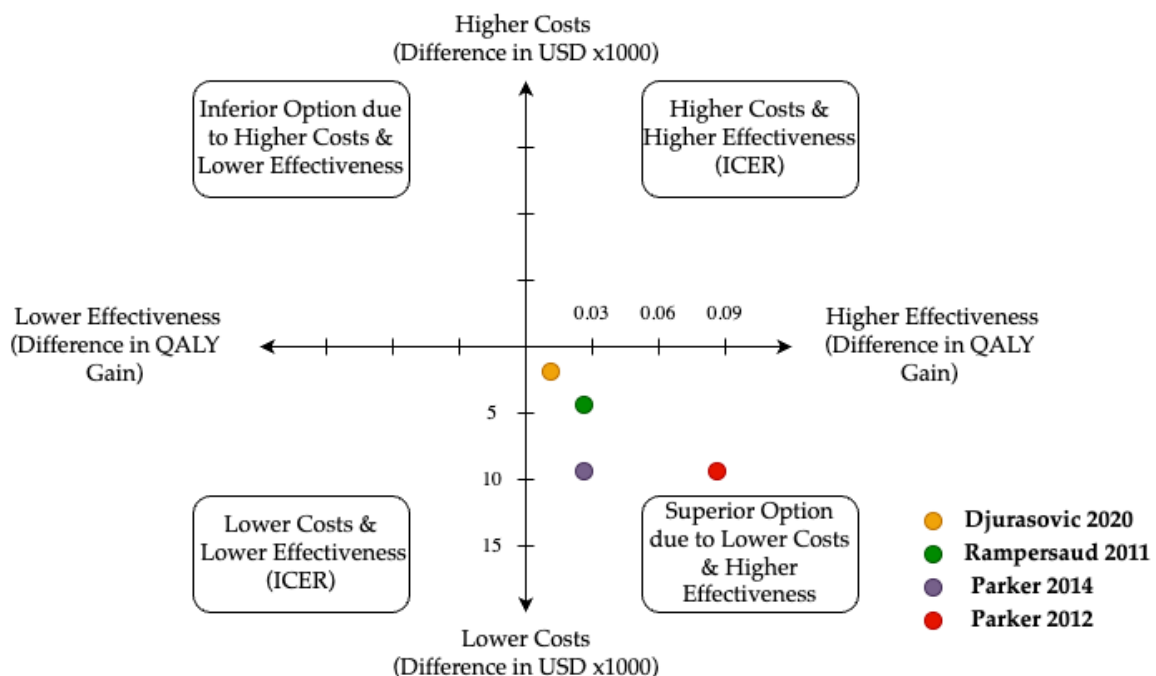
Figuur 1 – Patiënt gerapporteerde uitkomsten voor de ingreep, en drie, zes en twaalf maanden na de ingreep.

## Hoofdstuk 4

beschrijft een kwalitatief onderzoek naar het proces van lumbale intercorporele fusiechirurgie vanaf de eerste verwijzing tot aan het postoperatieve herstel. Gegevens werden verzameld door middel van semigestructureerde interviews met 27 deelnemers, waaronder 11 patiënten, 7 mantelzorgers, en 9 zorgverleners. De interviews werden opgenomen, uitgeschreven en geanalyseerd. Over het algemeen waren de deelnemers tevreden over het huidige zorgproces. We concludeerden echter dat een gebrek aan informatief en educatief materiaal en begeleiding tijdens het proces leidde tot onzekerheid over klachten, de operatie en het herstel. Om het proces rondom deze zorg te verbeteren en de tevredenheid van patiënten te vergroten, zouden zorgverleners zich meer moeten richten op het begeleiden en voorlichten van patiënten en mantelzorgers. Vanuit het perspectief van de zorgverleners zou het proces verbeterd kunnen worden door een multidisciplinaire aanpak en een toegewijd operatieteam voor wervelkolomchirurgie. Hoewel dit onderzoek zich richt op lumbale intercorporele fusiechirurgie, kunnen de resultaten worden vertaald naar andere gebieden van wervelkolomchirurgie en chirurgie in het algemeen.

## Hoofdstuk 5

beschrijft een systematische beoordeling van de beschikbare literatuur over kosteneffectiviteit van open transforaminale lumbale intercorporele fusie (OTLIF) versus minimaal invasieve transforaminale lumbale intercorporele fusie (MITLIF) door middel van een systematische review en meta-analyse (zie figuur 2). 32 studies werden geïnccludeerd, waarvan negen studies OTLIF en MITLIF direct vergeleken. Alle studies vermeldden kosten vanuit het gezondheidszorgperspectief. Zeven studies vermeldden ook kosten vanuit het sociaalmaatschappelijk perspectief. De kosteneffectiviteit van OTLIF werd vermeld in vijf studies, variërend van \$47,303/QALY tot \$218,766/QALY. De kosteneffectiviteit van MITLIF werd vermeld in één studie, \$121,105/QALY. Zowel OTLIF als MITLIF lijken dure interventies te zijn bij het hanteren van een kosteneffectiviteitsgrens van \$50,000/QALY.



Figuur 2 – Visualisatie van de Incremental Cost-Effectiveness Ratio van OTLIF vs MITLIF van de studies die voldoende data rapporteerden om een ICER te berekenen.

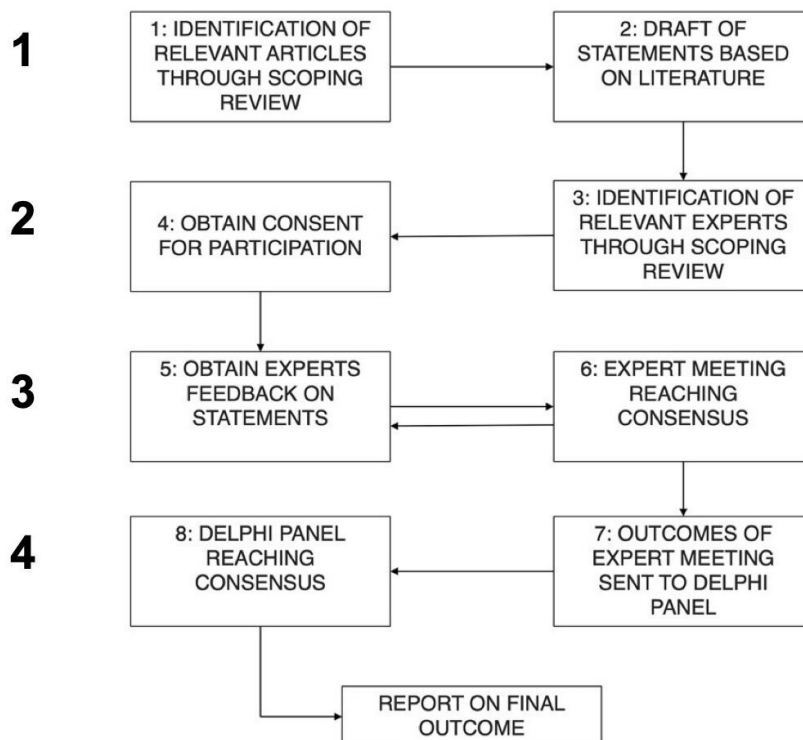


## Deel III - Economische evaluaties in de wervelkolomchirurgie

### Hoofdstuk 6

De meta-analyse van de kosten vanuit het gezondheidszorgperspectief toonde een significant effect ten gunste van MITLIF, met een gemiddeld verschil van \$2,650. Er was grote heterogeniteit in de kosten vanuit het gezondheidszorgperspectief en het sociaalmaatschappelijk perspectief als gevolg van verschillende in- en exclusiefactoren, patiëntkarakteristieken, en berekeningsmethoden. Over het algemeen was de kwaliteit van de studies laag. Prospectieve gerandomiseerde studies die de kosteneffectiviteit van OTLIF en MITLIF direct vergelijken vanuit zowel het perspectief van de gezondheidszorg als het sociaalmaatschappelijk perspectief zijn nodig om een hoger niveau van bewijs te verkrijgen. Bovendien zijn er ziekte-specifieke richtlijnen nodig voor het ontwerp, de uitvoering en rapportage van economische evaluaties om de vergelijkbaarheid te vergroten.

omvat een onderzoeksprotocol om op de mening van experts gebaseerde aanbevelingen te formuleren voor het ontwerp, de uitvoering en rapportage van economische evaluaties in wervelkolomchirurgie. Dit onderzoeksprotocol beschreef een gemodificeerde Delphi-studie (zie figuur 3) bestaande uit: (1) Uitvoeren van een systematische review om relevante publicaties auteurs te identificeren en het vormen van een expertgroep en een Delphi-panel. (2) Opstellen van stellingen op basis van bevindingen van de systematische review en validering van opgestelde aanbevelingen door de expertgroep. Stap 2 kan tot drie keer herhaald worden. Aanbevelingen kunnen in deze rondes worden verworpen of aangepast. Aanbevelingen met meer dan 75% consensus worden geaccepteerd. (3) Validering van aanbevelingen door het Delphi-panel. (4) Definitieve aanbevelingen.



Figuur 3 – Flowchart van de stappen van de gemodificeerde Delphi studie.

## Hoofdstuk 7

omvat een systematische beoordeling van de beschikbare literatuur over kosteneffectiviteit in wervelkolomchirurgie als onderdeel van de eerdergenoemde Delphi-studie (stap 1). 130 economische evaluaties werden opgenomen. 74 van deze studies waren retrospectieve studies. De meerderheid van de studies had een tijdshorizon korter dan 2 jaar. Uitkomstmaten over kwaliteit van leven varieerden tussen de EuroQol 5 Dimensies (EQ-5D) en variaties van de Short Form (SF). Effectmaten varieerden tussen de Visuele Analoge Schaal (VAS) voor pijn, Neck Disability Index (NDI), Oswestry Disability Index (ODI), her-operaties en complicaties. Alle studies rapporteerden directe kosten vanuit een gezondheidszorgperspectief. Indirecte kosten werden opgenomen in 47 studies. De totale Consensus Health Economic Criteria (CHEC) scores varieerden van 2 tot 18, met een gemiddelde score van 12,0 over alle 130 studies. De verschillen in onderzoeksopzet, duur van follow-up en gekozen uitkomstmaten belemmeren het onderling vergelijken van studies.

## Hoofdstuk 8

beschrijft een praktische ziekte-specifieke richtlijn voor op klinisch onderzoek gebaseerde economische evaluaties. De expertgroep bestond uit 20 mensen. Validering van de definitieve aanbevelingen werd verkregen in een Delphi-panel, bestaande uit 40 onderzoekers in het veld die niet deelnamen in de expertgroep. In totaal werden 31 aanbevelingen (zie tabel 1) gedaan voor de uitvoering en rapportage van economische evaluaties in de wervelkolomchirurgie. Voor alle aanbevelingen werd consensus bereikt in het Delphi-panel.

CATEGORY		RECOMMENDATIONS
General		These recommendations are designed to supplement the existing (inter)national guidelines. If available, these should be consulted. All recommendations are designed for trial-based economic evaluations in spine surgery specifically.
Conduct	Study Design	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Randomized controlled trials or meta-analyses of RCTs are the gold standard for measuring the effect-size in economic evaluations. If an RCT is not feasible, a prospective study is preferred over a retrospective study, both with a comparative group.</li> <li>2. In spine surgery, cost-utility analysis is the preferred method.</li> <li>3. The economic evaluation should preferably be performed from both the healthcare and societal perspective.</li> <li>4. In spine surgery a minimum follow-up of 2 years is advised for clinical trials. A shorter follow-up period may be acceptable for a specific intervention, only if all costs and effects are expected within the chosen period.</li> <li>5. The standard of care should at least be chosen as comparator. If conservative treatment is the standard of care, this should be chosen as a comparator.</li> <li>6. An adequate time-horizon should be adapted based on the interventions investigated and should be able to capture most of the relevant costs and benefits over time.</li> <li>7. Costs and effects should be discounted if a time horizon longer than one year is used. Sensitivity analyses for different discount rates should be performed, including an analysis with 0% discount rate.</li> </ol>
	Outcomes (Costs)	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Resources should be identified, measured and valued in detail, to ensure that the study can be replicated.</li> <li>9. Costs should be further divided into specified categories, that are more descriptive than direct and indirect costs. E.g., healthcare costs, community costs, lost productivity, etc.</li> <li>10. In spine surgery, the following categories of costs should be included when adapting a societal perspective; healthcare costs, community costs, lost productivity, patient and family costs. When adapting a healthcare perspective, only healthcare costs should be included.</li> <li>11. All therapies of the clinical management pathway should be included in healthcare costs. If a societal perspective is adapted, all complementary therapies should be accounted for in the community costs.</li> <li>12. Resource use and medical consumption should be measured using existing databases of prospectively collected data. If such databases are not available or not all relevant resources are covered, patient reported measures can be integrated. Per patient resource data is preferred over the use of accumulated group data (e.g., insurance data).</li> <li>13. Actual costs should be used. If costs are not available, tariffs (market prices) should be used.</li> <li>14. For the valuation of costs, of market prices, national guidelines or list prices and administrative data regarding hospital costs are recommended.</li> <li>15. For loss of productivity, both the friction approach and the human capital approach can be used. The chosen approach should be reported and justified.</li> <li>16. Mean national wages are preferred over self-reported wages. Self-reported wages could be used if the investigated population differs from the general population in terms of socio-economic status.</li> <li>17. A maximum three-month recall period for questionnaires and patient reported outcomes regarding loss of productivity and resources used is advised. Other recall periods should be justified.</li> <li>18. A 'steady state' of the intervention should be assumed, costs should be estimated for routine employment. If relevant and applicable, costs and effects of learning and development could be included and should be reported separately.</li> <li>19. If national guidelines are not available, the used discount rate for costs and effects should be justified.</li> </ol>
	Outcomes (Utility & Effect)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Change in quality adjusted life years (QALY) is the most relevant outcome measure for economic evaluations in spine surgery.</li> <li>2. The EQ-5D-5L is the preferred patient reported outcome questionnaire to determine utility outcome (QALY) in spine surgery.</li> <li>3. Even though QALYs are of primary interest in cost-utility analysis in spine surgery, efficacy and safety outcomes (e.g. pain, disability, adverse events) are relevant in most cases and should be assessed [Table 2].</li> <li>4. Lost productivity and informal (unpaid) care should be measured using existing databases of prospectively collected data. If such databases are not available or not all relevant resources are covered, patient reported measures can be integrated.</li> </ol>
Reporting	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. If subpopulations are identifiable and relevant, post-hoc analyses should be performed and reported.</li> <li>6. The used categories of costs should be clearly reported. Costs should be reported separately per category.</li> <li>7. All relevant efficacy and safety outcomes should be reported.</li> <li>8. The reference year used for discounting of costs should be reported.</li> <li>9. If differential discounting is used, the used rates and outcomes should be reported.</li> <li>10. An Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) should be calculated and reported in all comparative studies.</li> <li>11. A cost-effectiveness plane can be used to visualize cost-effectiveness.</li> <li>12. A Cost-Effectiveness Acceptability Curve (CEAC) could be used to visualize the impact of willingness to pay for a certain outcome.</li> </ol>	

Tabel 1 – Aanbevelingen voor de uitvoering en rapportage van economische evaluaties in de wervelkolomchirurgie.

## Referenties

1. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *The Lancet*. 2018;391(10137):2302.
2. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(6):968-74.
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
4. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*. 2012;64(6):2028-37.
5. Nations U. World Population Ageing. Population Division Department of Economic and Social Affairs. 2017.
6. WHO. Obesity and overweight. 2021.
7. WHO. Physical activity. 2020.
8. O'Lynnner TM, Zuckerman SL, Morone PJ, Dewan MC, Vasquez-Castellanos RA, Cheng JS. Trends for spine surgery for the elderly: implications for access to healthcare in North America. *Neurosurgery*. 2015;77(suppl\_1):S136-S41.
9. Cheng JS, Vohra KP, Wong CC, McGirt MJ. The future of the use of spine surgery. *Neurosurgery*. 2013;60(CN\_suppl\_1):34-40.
10. Martin BI, Turner JA, Mirza SK, Lee MJ, Comstock BA, Deyo RA. Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997–2006. *Spine*. 2009;34(19):2077-84.
11. Gray DT, Deyo RA, Kreuter W, Mirza SK, Heagerty PJ, Comstock BA, et al. Population-based trends in volumes and rates of ambulatory lumbar spine surgery. *Spine*. 2006;31(17):1957-63.
12. Brouwer B, Waardenburg S, Jacobs C, Overdijk M, Leue C, Köke A, et al. Biopsychosocial baseline values of 15 000 patients suffering from chronic pain: Dutch DataPain study. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2020;45(10):774-82.
13. Taher F, Essig D, Lebl DR, Hughes AP, Sama AA, Cammisa FP, et al. Lumbar degenerative disc disease: current and future concepts of diagnosis and management. *Advances in orthopedics*. 2012;2012.
14. Modic MT, Ross JS. Lumbar degenerative disk disease. *Radiology*. 2007;245(1):43-61.
15. Mobbs RJ, Phan K, Malham G, Seex K, Rao PJ. Lumbar interbody fusion: techniques, indications and comparison of interbody fusion options including PLIF, TLIF, MI-TLIF, OLIF/ATP, LLIF and ALIF. *Journal of spine surgery*. 2015;1(1):2.
16. Cole CD, McCall TD, Schmidt MH, Dailey AT. Comparison of low back fusion techniques: transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) or posterior lumbar interbody fusion (PLIF) approaches. *Current reviews in musculoskeletal medicine*. 2009;2(2):118-26.
17. Teng I, Han J, Phan K, Mobbs R. A meta-analysis comparing ALIF, PLIF, TLIF and LLIF. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2017;44:11-7.
18. Park J-S, Kim Y-B, Hong H-J, Hwang S-N. Comparison between posterior and transforaminal approaches for lumbar interbody fusion. *Journal of Korean neurosurgical society*. 2005;37(5):340-4.
19. Audat Z, Moutasem O, Yousef K, Mohammad B. Comparison of clinical and radiological results of posterolateral fusion, posterior lumbar interbody fusion and transforaminal lumbar interbody fusion techniques in the treatment of degenerative lumbar spine. *Singapore medical journal*. 2012;53(3):183-7.
20. de Kunder SL, van Kuijk SMJ, Rijkers K, Coelers IJMH, van Hemert WLW, de Bie RA, et al. Transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) versus posterior lumbar interbody fusion (PLIF) in lumbar spondylolisthesis: a systematic review and meta-analysis. *The Spine Journal*. 2017;17(11):1712-21.
21. Karikari IO, Isaacs RE. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: a review of techniques and outcomes. *Spine*. 2010;35(26S):S294-S301.
22. Villavicencio AT, Burneikiene S, Roeca CM, Nelson EL, Mason A. Minimally invasive versus open transforaminal lumbar interbody fusion. *Surgical neurology international*. 2010;1.
23. Lu VM, Kerezoudis P, Gilder HE, McCutcheon BA, Phan K, Bydon M. Minimally invasive surgery versus open surgery spinal fusion for spondylolisthesis: a systematic review and meta-analysis. *Spine*. 2017;42(3):E177-E85.
24. Arts MP, Wolfs JF, Kuijlen JM, de Ruitter GC. Minimally invasive surgery versus open surgery in the treatment of lumbar spondylolisthesis: study protocol of a multicentre, randomised controlled trial (MISOS trial). *BMJ open*. 2017;7(11):e017882.
25. Hammad A, Wirries A, Ardeshiri A, Nikiforov O, Geiger F. Open versus minimally invasive TLIF: literature review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*. 2019;14(1):229.
26. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Comstock BA, Hollingworth W, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *Jama*. 2008;299(6):656-64.
27. Weiner DK, Kim Y-S, Bonino P, Wang T. Low back pain in older adults: are we utilizing healthcare resources wisely? *Pain Medicine*. 2006;7(2):143-50.
28. Luce BR, Elixhauser A. Estimating costs in the economic evaluation of medical technologies. *International journal of technology assessment in health care*. 1990;6(1):57-75.
29. Philipp LR, Leibold A, Mahtabfar A, Montenegro TS, Gonzalez GA, Harrop JS. Achieving Value in Spine Surgery: 10 Major Cost Contributors. *Global Spine J*. 2021;11(1\_suppl):14s-22s.
30. Martin BI, Mirza SK, Spina N, Spiker WR, Lawrence B, Brodke DS. Trends in lumbar fusion procedure rates and associated hospital costs for degenerative spinal diseases in the United

- States, 2004 to 2015. *Spine*. 2019;44(5):369-76.
31. Rajae SS, Bae HW, Kanim LE, Delamarter RB. Spinal fusion in the United States: analysis of trends from 1998 to 2008. *Spine*. 2012;37(1):67-76.
  32. Parker SL, Mendenhall SK, Shau DN, Zuckerman SL, Godil SS, Cheng JS, et al. Minimally invasive versus open transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative spondylolisthesis: comparative effectiveness and cost-utility analysis. *World neurosurgery*. 2014;82(1-2):230-8.
  33. Adogwa O, Parker SL, Davis BJ, Aaronson O, Devin C, Cheng JS, et al. Cost-effectiveness of transforaminal lumbar interbody fusion for Grade I degenerative spondylolisthesis. *Journal of Neurosurgery: Spine*. 2011;15(2):138-43.
  34. Christensen A, Høy K, Bünger C, Helmig P, Hansen E, Andersen T, et al. Transforaminal lumbar interbody fusion vs. posterolateral instrumented fusion: cost-utility evaluation alongside an RCT with a 2-year follow-up. *European Spine Journal*. 2014;23(5):1137-43.
  35. Mishan EJ. Cost-benefit analysis. 1976.
  36. Hopkins B, Mazmudar A, Kesavabhotla K, Patel AA. Economic value in minimally invasive spine surgery. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2019;12(3):300-4.
  37. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al. Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *International journal of technology assessment in health care*. 2013;29(2):117-22.
  38. Mayer S, Berger M, Konnopka A, Brodzky V, Evers SM, Hakkaart-van Roijen L, et al. In search for comparability: the PECUNIA reference unit costs for health and social care services in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(6):3500.
  39. Radcliff K, Guyer RD. Economics of cervical disc replacement. *International Journal of Spine Surgery*. 2020;14(s2):S67-S72.
  40. Alvin MD, Miller JA, Lubelski D, Rosenbaum BP, Abdullah KG, Whitmore RG, et al. Variations in cost calculations in spine surgery cost-effectiveness research. *Neurosurgical focus*. 2014;36(6):E1.
  41. Kepler CK, Wilkinson SM, Radcliff KE, Vaccaro AR, Anderson DG, Hilibrand AS, et al. Cost-utility analysis in spine care: a systematic review. *The Spine Journal*. 2012;12(8):676-90.
  42. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al. Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) statement. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2013;11(1):6.
  43. Sanders GD, Neumann PJ, Basu A, Brock DW, Feeny D, Krahn M, et al. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: second panel on cost-effectiveness in health and medicine. *Jama*. 2016;316(10):1093-103.
  44. Caro JJ, Briggs AH, Siebert U, Kuntz KM. Modeling good research practices--overview: a report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-1. *Med Decis Making*. 2012;32(5):667-77.

## Correspondentieadres;

R. Droeghaag

Zuyderland Medisch Centrum  
Henri Dunantstraat 5  
6419 PC Heerlen  
Nederland

0031 6 36197304

r.droeghaag@zuyderland.nl

# Afscheidssymposium Rita Schiphorst Preuper

7 juni 2024 in het UMCG

Na een lange loopbaan als revalidatiearts met pijnrevalidatie als belangrijkste aandachtsgebied ging Rita Schiphorst Preuper op 7 juni 2024 met pensioen. Haar afscheidssymposium was drukbezocht, een gezellige reünie voor sommigen, én inhoudelijk de moeite waard. Dat laatste is aanleiding voor dit verslag.

Michiel Reneman mocht openen met 'Achtien jaar pijnrevalidatie wetenschap'. Aan de hand van publicaties door Rita kregen we een mooi tijdsbeeld van pijnrevalidatie onderzoek en de ontwikkelingen hierin. Rugklachten was een belangrijk thema door de jaren heen, naast arbeid als vorm van participatie bij chronische pijn van het bewegingsapparaat. Als laatste grote klus heeft Rita meegewerkt aan zowel de richtlijn pijnrevalidatie als aan de Leidraad chronische pijn. Voor de toekomst voorspelt Michiel aandacht voor gepersonaliseerd meten van effect. Zodat we écht begrijpen waarom patiënten zo tevreden zijn, omdat dat klopt met onze uitkomstmaten.

Bert Otten vervolgde met een lezing over 'Spannende krachten'. Bert is een bewegingswetenschapper die zich bezighoudt met de neuromechanica. Revalidatieartsen kennen hem al van een lezing bij een congres van de VRA, waar hij aan de hand van neuromechanica uitlegde hoe een voetballer al dan niet met opzet op een tegenspeler was geland. Nu vertelde hij over spierkracht (nee, de tong is niet de sterkste spier van ons lichaam!) en over de krachten die onze botten, met name onze schedel, kunnen doorstaan (of niet). Als een wetenschappelijke Sherlock Holmes nam hij ons mee in de wereld van de forensische neuromechanica.

Jeanine Verbunt volgde met 'Pijnrevalidatie op de eerste plaats', waarin ze inging op klachten van het houding- en bewegingsapparaat, en



revalidatie algemeen vanuit het perspectief van de WHO. Volgens de WHO is revalidatie, bij een veranderende samenleving met steeds meer mensen met een chronische aandoening, een absolute noodzaak die de komende jaren alleen maar groter en dringender zal worden. Alle mensen op de wereld zouden toegang moeten hebben tot revalidatiezorg. Revalidatie is kosteneffectief als je het vanuit een maatschappelijk perspectief bekijkt o.a. doordat mensen met een beperking onderwijs kunnen volgen en kunnen werken. Het beschermt bovendien mensenrechten voor mensen met een beperking. De WHO ontwikkelt guidelines en aanbevelingen voor revalidatie in het algemeen en musculoskeletale klachten worden hierin met nadruk genoemd. 'Rehabilitation 2030: Call for Action!'

Rob Smeets had het over '(Mis)matched Care' in de zorg voor mensen met chronische pijn. Na een filmpje met een indrukwekkend patiëntenver-

haal van hoe het níet moet legde hij uit waarom het door het Zorginstituut en verzekeraars aanbevolen *stepped care* niet effectief is, ook niet kosteneffectief. Hij pleitte voor *stratified care* en voor *matched care*. Bij *stratified care* wordt op grond van risicofactoren de gewenste intensiteit van behandeling ingezet. Nadeel is de onvolmaaktheid van screeningsinstrumenten. Bij *matched care* wordt de behandeling optimaal afgestemd op doelen, persoonlijke factoren en contextuele factoren van de patiënt conform het ICF-model. Dit is uiteindelijk de meest gewenste vorm mits we nog beter in staat zijn om aangrijpingspunten te koppelen aan behandelinzet (bijvoorbeeld met *machine learning*), behandelaars in de eerstelijns en in de tweedelijns hierin kunnen opleiden, en financiering gewaarborgd is.

Ik (**Loes Swaan**) mocht vertellen over 'Leren en laten leren', over *learning* en *teaching*. We willen professionals leren over pijn, en we willen patiënten leren over pijn. In de thema's die we willen behandelen is niet zoveel verschil. Goed opgeleide professionals kunnen hun kennis, vaardigheden en attitude overbrengen op hun patiënten: educatie. Zelfmanagement en Samen Beslissen zijn alleen mogelijk als de patiënt goed geïnformeerd is. Het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland ontwikkelt gezamenlijk scholing voor professionals. In scholing en educatie over pijn maken we gebruik van metaforen (*The unwanted party guest*), van voorbeelden uit onderzoek (*Rubber hand illusion*) en van ondersteunend materiaal, in boekvorm (Handboek Pijnrevalidatie) en online (*Tame the beast*).

De presentatie van Maarten Coppes had als intrigerende titel 'Hoe heurt het eigenlijk' en bleek te gaan over passende zorg en foute zorg. Onder dat laatste verstaat hij zorg als verdienmodel of behandelen ondanks gebrek aan kennis. Ook beschreef hij foute behandelaars aan de hand van de zeven hoofdzonden en eigenschappen van goede behandelaars aan de hand van deugden. Bij passende zorg door goede behandelaars is er een intrinsieke motivatie bij behandelaars en een multidisciplinaire attitude. Een goede behandelaar is genereus, empathisch, behulpzaam en bescheiden. Anders gezegd: Ruimhartig, Inlevend, Teamplayer en Attent.

Matthijs Oosterhoff en Jitze Posthumus lieten ons 'Dromen over de toekomst', over 'De koers van de pijnrevalidatie'. Kan AI ons helpen, zowel in de zorg als in de wetenschap? We kunnen heel veel informatie verzamelen, maar hoe zit het met de privacy? Hebben we straks een genenkaart van onze patiënten waardoor we een meer uitgebreide biopsychosociale kaart kunnen maken en meer maatwerk leveren? We mogen blijven dromen...

Albère Köke kon helaas niet fysiek aanwezig zijn en had zijn presentatie 'Nooit meer pijn in Nederland' (afgekort NPN) opgenomen. Nooit meer pijn blijkt behalve onmogelijk ook helemaal niet gunstig vanwege de beschermende functie van pijn. Hij gaf een overzicht van de verschillende initiatieven uit het verleden zoals de academische Pijn Kennis Centra (PKC) en de Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR) en de totstandkoming van het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN) waarvan Albère de coördinator is. Hoewel we in Nederland het woord 'pijn' op verschillende manieren uitspreken is er voldoende overeenkomst tussen alle delen van Nederland voor zo'n landelijk dekkend netwerk. Daarbinnen is regionale samenwerking tussen professionals onderling en tussen professionals en patiënten, beleidsmakers en zorgverzekeraars onontbeerlijk om de patiënt snel de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden.

Evelyn ten Have vertelde als voorlaatste spreker over 'Werken in de pijnrevalidatie'. De gevolgen van aanhoudende pijn op arbeidsparticipatie zijn groot, en arbeidsverzuim en arbeidsongeschiktheid leiden tot maatschappelijke kosten die vele malen hoger zijn dan bij andere chronische aandoeningen. Gevolgen voor de individuele patiënt zijn onder meer verlies aan inkomen, aan structuur, aan zingeving, aan persoonlijke ontwikkeling en aan sociale status. Voldoende redenen om in de behandeling aandacht te besteden aan werk. Dat vraagt van de behandelaars kennis omtrent wet- en regelgeving, het kunnen beoordelen van de arbeidsbelastbaarheid en arbeidsbelasting en communicatieve vaardigheden en een coachende rol gericht op eigen regie van de patiënt.

Tot slot nam Rita Schiphorst Preuper ons mee in 'Terugvalpreventie'. We willen immers dat onze patiënten langdurig profijt hebben van onze behandeling. Wat is het en hoe meet je het? Terugvalpreventie is een van de aanbevelingen in de nieuwe richtlijn pijnrevalidatie, maar meten blijkt ingewikkelder dan rekenen. Rita sloot af met een mooi overzicht van al haar professionele activiteiten de afgelopen jaren, zoals in het Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR), de Pijn Alliantie in Nederland (PA!N), de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN), de landelijke aios-cursus over pijnrevalidatie, de promotietrajecten die zij begeleidt en begeleidde, het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN), het wervelkolomcentrum in het UMCG (WKC), de Richtlijn en de Leidraad. In haar dankwoord betrok ze ook haar eigen behandelteam, de medische staf en verschillende personen met wie ze professioneel heeft samengewerkt. We gaan haar missen! Gelukkig maakt ze nog wel deel uit van de redactie van een nieuw te schrijven boek over functioneren met pijn vanuit een biopsychosociale visie.

Prof. Dr. M.F. Reneman, Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Prof. Dr. RJEM Smeets, hoogleraar revalidatiegeneeskunde Universiteit Maastricht en revalidatiearts bij Clinics in Revalidatie (CIR)

Prof. Dr. E. Otten, Hoogleraar NeuroMechanica, Bewegingswetenschappen, UMCG

Prof. Dr. A.M.C.F. Verbunt, Hoogleraar revalidatiegeneeskunde Universiteit Maastricht en revalidatiearts Adelante Zorggroep

J.L. Swaan, revalidatiearts Rijndam Revalidatie

Dr. M.H. Coppes, neurochirurg. Afdeling neurochirurgie, UMCG

J.B. Posthumus en M. Oosterhoff. Revalidatieartsen, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, UMCG

Dr. A.J.A. Köke, landelijk coördinator Netwerk Pijnrevalidatie Nederland

E. ten Have, fysiotherapeut Centrum voor Revalidatie, UMCG en adviseur Arbeid bij Beatrixoord Arbeid

Dr. H.R. Schiphorst Preuper, revalidatiearts en Universitair Docent Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, UMCG



# Terugblik op het Wereld Pijncongres in Amsterdam

5-9 augustus 2024

Nadat we 20 jaar geleden met de Nederlandse Vereniging voor de bestudering van Pijn (NVBP) al geprobeerd hadden om het wereld pijncongres naar Nederland te halen, het in 2020 vanwege COVID een online congres werd in plaats van in Amsterdam, is het alsnog gelukt om voor het eerst in de 50-jarige geschiedenis van de IASP het wereld pijncongres in Nederland te organiseren. Het was een geslaagd congres, en terugblikkend op ruim 20 jaar pijncongressen valt op dat er meer ruimte is voor een biopsychosociale visie op pijn, dat er naast anesthesiologen meer vertegenwoordigers van andere disciplines zijn, en dat witte mannen op leeftijd niet meer de enigen zijn die presenteren of een sessie voorzitten. Een mooie ontwikkeling!

Ook het Local Arrangement Committee (LAC) had een gemengde samenstelling wat betreft professionele disciplines. Wat er precies van ons werd verwacht was initieel wat vaag. Met de komst van Hans Timmerman hebben we zelf het heft stevig zelf in handen genomen met de start van het initiatief voor een Pain Awareness Programma Amsterdam, waarover al geschreven is in de special edition van dit tijdschrift. In samenwerking met amsterdam&partners zijn verschillende activiteiten georganiseerd, bedoeld voor de inwoners van Amsterdam en ook toegankelijk voor de congresganger. Zo was er een dansworkshop met thema pijn in het Vondelpark, waar beide keren meer dan 100 deelnemers waren. Comedy met als thema pijn trok ook beide avonden veel belangstelling. De rondleidingen door het Rijksmuseum met als thema 'pijn in de kunst' waren tijdens het congres al snel volgeboekt. Echter, deze rondleidingen zijn nog iedere vrijdag om 14.30 te volgen tot en met december 2024.



## Voorinschrijving via

[www.eventbrite.nl/e/pijn-in-de-kunst-pain-in-art-tickets-945024793597?ii=0&p=0](https://www.eventbrite.nl/e/pijn-in-de-kunst-pain-in-art-tickets-945024793597?ii=0&p=0)

De stand van de Pijn Alliantie in Nederland (PAIN) trok veel belangstelling, onder meer van Pete Moore, die ons roemde in zijn video op sociale media. Er kon gedoneerd worden voor het Pijnfonds en in ruil voor donatie waren er gadgets met een Nederlands tintje. Tijdens het congres is er een podcast opgenomen die via diverse media verspreid gaat worden en er is een film gemaakt van de verschillende activiteiten. Voor onze inspanningen kregen we als leden van het LAC een medaille uitgereikt door de staf van de IASP, en dat uitgerekend in de tweede week van de Olympische Spelen. De foto's en berichten op LinkedIn getuigen van onze activiteiten.

Het Pain Awareness Programma is hiermee nog niet afgelopen: zo zullen we tijdens de Museumnacht op 2 november aanwezig zijn in Nemo waar we het publiek gaan onderwerpen aan testjes (mits we financiering weten te vinden). Dit wordt nogmaals gedaan op 12 december. In het volgende nummer van het NTPP komen we hierop terug.

Verder zijn we van plan een nationaal Pain Awareness Programma te ontwikkelen en daarvoor zijn alle initiatieven en hulp welkom: samen staan we sterker. We houden eenieder op de hoogte via onze website en LinkedIn. Mochten er al ideeën zijn, dan wel initiatieven lopen laat ons dit weten, we werken graag samen.

Loes Swaan, Hans Timmerman en Brigitte Brouwer  
Mede namens de overige leden van het LAC