

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

Ik ben Rob Smeets en 2 dagen per week werkzaam als hoogleraar Revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Hier doe en begeleid ik voornamelijk onderzoek op het gebied van musculoskeletale klachten. Tevens ben ik 3 dagen per week werkzaam als pijnrevalidatiearts bij CIR Revalidatie, locatie Eindhoven. Ik ben actief betrokken bij meerdere werkgroepen zoals de Leidraad Chronische Pijn, zinnige zorg rugklachten (ZINL) en voorzitter van de SKMS Richtlijn Pijnrevalidatie. Internationaal ben ik lid van de Pain in Motion research group, EFIC Academy en de Psychology Informed Practice Education Group van de NASS (North American Spine Society). Verder ben ik voorzitter van het organiserend committee van het Pain Science in Motion Congres IV dat op 19-20 mei 2022 in Maastricht plaats zal vinden.

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

Dat zijn er velen maar ik noem er drie;
 Het boek ‘The Back Pain Revolution’ van Gordon Waddell (ISBN 978-0443072277), Brox JJ, et al. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Spine (Phila Pa 1976). 2003 Sep 1;28(17):1913-21. doi: 10.1097/01.BRS.0000083234.62751.7A. PMID: 12973134.), en Smeets RJEM, et al. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioural treatment in chronic low back pain. The Journal of Pain 2006;7:261-271.

Vertel in max. 500 woorden waarom dit artikel zo belangrijk is of is geweest voor je

Als revalidatiearts in opleiding heb ik geleerd om de mens holistisch te beschouwen en tijdens mijn eerste jaren als revalidatiearts (vanaf 1995) gebruikte ik bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische pijn de BioPsychoSociale benadering. Echter, de invloed van de psychologische factoren maar nog meer die van maatschappelijke aspecten en de rol van ons als hulpverleners werd mij pas echt duidelijk door het boek van Gordon Waddell, een Schotse orthopedisch chirurg nota bene. Zijn adagium “Don’t screw the back pain patient” gebruik ik nog regelmatig tijdens lezingen en colleges. Vervolgens verscheen in 2003 de studie van Jens Ivar Brox waarbij werd aangetoond dat een cognitief-gedragstherapeutische benadering even effectief is als het uitvoeren van een spondylodesis bij discus degeneratie. Dit alles tezamen gaf mij de laatste zet om het BPS model met passie te gaan onderwijzen en promoten, zeker bij chirurgen en sterk biomedisch georiënteerde andere behandelaren. In diezelfde periode voerde ik in het kader van mijn promotieonderzoek een RCT uit waarbij ik een puur fysieke benadering vergeleek met een gedragstherapeutische interventie (graded activity en probleemoplossende vaardigheidstraining) en een combinatie van beiden bij mensen met chronische lage rugklachten en matige tot ernstige beperkingen. Op basis van de gewekte interesse door bovengenoemde boek en artikel en het feit dat ik in de studie meerdere psychologische en fysieke maten zowel voor als na het einde van de behandeling had gemeten, besloot ik een extra analyse uit te voeren waarbij ik onderzocht of het aerobisch vermogen, de spierkracht, catastroferen en depressie een mediërende rol vervullen bij een of meerdere interventies. Een mediator is een factor die door de interventie verandert en deels of

volledig de verandering in de primaire uitkomstmaat verklaart. En wat bleek; de afname van catastroferen was deels verantwoordelijk voor het succes van alle drie de interventies en de fysieke factoren waren hier helemaal niet voor verantwoordelijk. Dat dit in 2006 een bijzondere bevinding was, mag ook blijken uit het feit dat deze studie behoort tot een van mijn meest geciteerde publicaties.

Hiermee was voor mij de cirkel rond en heeft dit de rest van mijn klinisch en zeker het onderzoekswerk sterk richting gegeven. Een van deze richtingen is het toepassen en onderzoeken van de effectiviteit, werkingsmechanismen maar ook voorspellers voor succes van Exposure in Vivo bij mensen met pijn en irreële schadecognities.

Ik ben er van overtuigd dat als we onze interventies verder willen verbeteren, we ons moeten richten op betere preselectie maar zeker ook de werkingsmechanismen van onze interventies moeten toetsen en zorgvuldig nagaan of de onderzochte interventie ook daadwerkelijk volgens protocol is uitgevoerd. Een studie zonder deze zogenaamde procesevaluatie waar een treatment fidelity check deel van uit maakt, zou niet meer mogen plaatsvinden.

Raad je aan dit artikel te lezen?

Ja, ondanks dat deze publicaties al 15 jaar of ouder zijn, laten ze je zien waar we vandaan komen en dat er in de afgelopen jaren enorm veel is gebeurd dat heeft bijgedragen aan de bekendheid en het toepassen van het BPS model. Dit model is zeer goed bruikbaar gebleken in de diagnostiek, secundaire preventie en behandeling van chronische pijn en de daaruit voortvloeiende beperkingen en participatie problemen.

De kennis dat ook een fysieke aanpak leidt tot minder beperkingen maar dat dit niet komt door toename van aerobe capaciteit en/of spierkracht maar de vermindering van catastroferen, kan zet hopelijk ook onze, meer biomedisch georiënteerde, collega's aan het denken.

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

De biopsychosociale analyse van een persoon, zelfs in de subacute fase is noodzakelijk en loont. En ga bij je zelf te rade welke attitude (biomedisch of biopsychosociaal) je hanteert in de begeleiding van mensen met pijn en realiseer je dat door jou gegeven informatie en behandeling, die op een biomedische leest is geschoeid, ook tot schade kan leiden. Andersom, heb niet alléén oog voor de psychosociale factoren want een enkele keer (althans in mijn dagelijkse praktijk) is er op biomedisch vlak toch een probleem aanwezig dat aangepakt dient te worden.