

**Huidige leden consortium 'Rugpijn Nederland' (in alfabetische volgorde)**

<b>naam en titel</b>	<b>organisatie</b>	<b>functie/expertise (los van rugpijn)</b>
prof. dr. Han Anema	Amsterdam UMC	arbeidgerelateerde zorg
dr. Hetty Bontkes	Amsterdam UMC	inflammatoire biomarkers
dr. Pieter Coenen	Amsterdam UMC	occupational health
drs. Ed Deen, MHA	FysioTopics	fysiotherapie
prof. dr. Jaap van Dieën	Vrije Universiteit Amsterdam	biomechanica
dr. Jenny van Dongen	Vrije Universiteit Amsterdam	epigenetica
dr. Miranda van Hooff	Sint Maartenskliniek & Radboudumc	epidemiologie, orthopedie, revalidatie, uitkomsten en prognostische profielen
Marianne Horn	Zorginstituut Nederland	beleidsmaker
prof. dr. Frank Huygen	Erasmus MC	anesthesiologie, pijnmodulatie, centrale sensitiviteit
dr. Diederik Kempen	OLVG Amsterdam	orthopedie, patiëntenzorg
dr. Henri Kiers	Stichting Keurmerk Fysiotherapie	fysiotherapie
dr. Idsart Kingma	Vrije Universiteit Amsterdam	biomechanica
dr. Corelien Kloek	Hogeschool Utrecht	bewegen
dr. Jesper Knoop	Vrije Universiteit Amsterdam/ Amsterdam UMC/ HAN University	eerstelijnszorg, bewegen, psychologische factoren, (klinische) richtlijnontwikkeling
prof. dr. Bart Koes	Erasmus MC	huisartsengeneeskunde, epidemiologie, (klinische) richtlijnontwikkeling
dr. Albère Köke	Maastricht University/ Adelante	psychologische factoren, revalidatie, fysiotherapie
dr. Robert Jan Kroeze	Sint Maartenskliniek	orthopedie, patiëntenzorg
dr. ir. Femke Lamers	Amsterdam UMC	psychiatrische factoren, epidemiologie
drs. Gijs Lemmers	Radboudumc / Fysius	fysiotherapie, epidemiologie, eerstelijnszorg
Ivo Lutke Schipholt	Fysio-Manueel Therapie praktijk Lutke Schipholt	fysiotherapie, epigenetica
prof. dr. Mario Maas	Amsterdam UMC	radiologie
dr. Henk van der Molen	Amsterdam UMC, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten	werkgerelateerde factoren, arbeidsgerelateerde zorg, beroepsziekten
prof. dr. Raymond Ostelo	Vrije Universiteit Amsterdam / Amsterdam UMC	eerste- en tweedelijnszorg, epidemiologie, statistiek, klinimetrie, (klinische) richtlijnontwikkeling
prof. dr. Madelon Peters	Maastricht University	psychologische factoren
dr. Maarten Prins	Militair Revalidatie Centrum (MRC)	revalidatie
prof. dr. Michiel Reneman	UMCG	werkgerelateerde factoren, arbeidsgerelateerde zorg, revalidatiegeneeskunde
dr. Aleid de Rooij	Basalt	slaapproblemen, chronische pijn
Servan Rooker	Kliniek ViaSana	patiëntenzorg, neurochirurgie, orthopedie
dr. Wendy Scholten-Peeters	Vrije Universiteit Amsterdam	eerstelijnszorg, pijnmodulatie
dr. Remko Soer	Saxion, Universitair Medisch Centrum Groningen	pijnmodulatie, psychofysiologische factoren, motorcontrole
dr. Erwin Speklé	Arbo Unie, Amsterdam UMC	sociale factoren, arbeidsgerelateerde zorg
dr. Bart Staal	HAN, Radboudumc	fysiotherapie, psychologische factoren, eerstelijnszorg, (klinische) richtlijnontwikkeling

dr. Monique Steegers	PA!N, Amsterdam UMC	vertegenwoordiging PA!N (medische en paramedische verenigingen en organisaties op gebied van pijn); niet unaniem, wel namens vrijwel alle leden van PA!N
prof. dr. Charlotte Teunissen	Amsterdam UMC	(neurologische) biomarkers, klinische chemie
Ilona Thomassen	Pijnpatiënten naar 1 stem	patiëntvertegenwoordiging
prof. dr. Maurits van Tulder	Vrije Universiteit Amsterdam	epidemiologie, (kosten)effectiviteitsonderzoek, (klinische) richtlijnontwikkeling
prof. dr. Jeanine Verbunt	Maastricht University	revalidatie, chronische pijn
dr. Elke Vlemincx	Vrije Universiteit Amsterdam	psychologische en psychofysiologische factoren
Leen Voogt	Nederlandse vereniging van rugpatiënten De Wervelkolom	patiëntvertegenwoordiging
dr. Nienke Willigenburg	OLVG Amsterdam	orthopedie, wetenschappelijk onderzoek
dr. Stephan van der Zwaard	Vrije Universiteit Amsterdam.	datascience, artificial intelligence, statistiek

### **Proces- en resultaatbeschrijving ontwikkeling kennisagenda**

#### *Proces ontwikkeling kennisagenda*

Voor het ontwikkelen van de kennisagenda hebben we verschillende nationale en internationale bronnen geraadpleegd. Allereerst hebben we een lijst samengesteld van onderzoeksvragen uit bestaande relevante kennisagenda's. Dit hebben we gedaan door in elektronische databases op zoek te gaan naar internationale wetenschappelijke publicaties over rugpijn kennisagenda's. Deze zoektocht leverde vijf relevante publicaties op (1-5). Daarnaast hebben we kennisagenda's vanuit de volgende voor rugpijn relevante beroepsgroepen gevonden: fysiotherapeuten (6), ergotherapeuten (7), orthopedisch chirurgen (8), huisartsen (9), bedrijfs- en verzekeringsartsen (10), reumatologen (11), neurologen (12), sportartsen (13), en podotherapeuten (14). Van andere relevante beroepsgroepen werden geen (relevante) kennisagenda's gevonden. Daarnaast vonden wij een agenda van het Zorginstituut Nederland (15). Tenslotte beschrijft de recente rugpijnrichtlijn van de fysiotherapeuten (16) kennishiaten die specifiek gericht zijn op rugpijn, en daarmee geschikter zijn dan de algemene kennisagenda van de fysiotherapie (6).

Om binnen het consortium 'Rugpijn Nederland' consensus te bereiken over welke onderzoeksvragen uit de verschillende kennisagenda's moeten worden geprioriteerd, is een anonieme digitale vragenlijst uitgestuurd naar alle leden van het consortium. Hen is gevraagd om, op basis van relevantie, een top 5 te maken van alle onderzoeksvragen, waaruit een prioriteringslijst is gemaakt. Ook werden de leden van het consortium gevraagd om eventuele extra onderzoeksvragen aan te dragen, die nog niet in de lijst stonden. Vervolgens zijn vanuit de prioriteringslijst vergelijkbare

onderzoeksvragen gecombineerd om tot een beknopte kennisagenda voor toekomstig onderzoek naar rugpijn te komen.

Van de 40 consortiumleden die de vragenlijst hebben ontvangen, hebben 27 deze ingevuld. Van deze groep is 71% primair werkzaam in het wetenschappelijk onderzoek, 25% in de zorg en 4% is ervaringsdeskundige. De groep heeft gemiddeld  $19 \pm$  (standaarddeviatie) 11 jaar ervaring met het onderwerp rugpijn. Op basis van hun vragenlijsten kon een prioritering in onderzoeksvragen worden uitgevoerd en is de uiteindelijke kennisagenda gevormd uit de top 5 hoogst geprioriteerde onderzoeksvragen. Een volledig overzicht van de tussenstappen in het samenstellen van de kennisagenda is aan het eind van deze appendix te vinden.

### *Resultaten van ontwikkeling kennisagenda*

Alle deelnemers die de online vragenlijst hebben ingevuld zijn gevraagd om op basis van relevantie een top 5 te maken van alle onderzoeksvragen. Van iedere ingevulde top 5 kreeg de nummer vijf 1 punt, nummer vier 2 punten, nummer drie 3 punten, nummer twee 4 punten, en het meest relevante agendapunt kreeg 5 punten. Alle onderzoeksvragen zijn vervolgens gesorteerd op basis van het totaal aantal punten, waarbij alle onderzoeksvragen met ten minsten 5 punten zijn weergegeven in Tabel A. Tabel B geeft een overzicht van extra ingebrachte onderzoeksvragen die niet op de lijst stonden. Uit deze 2 tabellen zijn de onderzoeksvragen die met elkaar overlaptten in onderwerp vervolgens samengevoegd, en de bijbehorende punten bij elkaar opgeteld. Dit leverde een nieuwe rangorde op in een gecondenseerde lijst (zie Tabel C). De top-5 hieruit is de uiteindelijke kennisagenda geworden (zie artikel).

Tabel A: Prioritering van bestaande onderzoeksvragen met  $\geq 5$  punten

	<u>Punten</u>	<u>X gekozen</u>
Can clinically relevant subgroups of LBP be identified?	57	16
Can we better tailor specific treatments and management strategies to specific subgroups of patients?	57	16
What are the mechanisms and causes of LBP?	55	14
What would be the best strategies for translating research and scientific information into clinical practice?	25	8
Welke combinatie van prognostische factoren waarbij rekening wordt gehouden met een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren, dragen bij aan aanhoudende (>3 maanden) pijn en/of beperkingen in fysiek functioneren, kwaliteit van leven of beperkingen bij het hervatten van werk (O) bij patiënten met kortdurende (<6 weken) lage rugpijn met of zonder (radiculaire) uitstraling (P)?	25	8

How can we improve self-care strategies?	22	9
What are effective diagnostic tests/evaluation strategies for enabling effective management of LBP?	21	6
What are the most clinically effective and cost-effective treatments for LBP?	17	7
What are the course and prognostic factors for patients with nonspecific LBP?	14	4
What can patients, clinicians, and employers do to prevent significant LBP and associated disability?	13	4
How do patient and provider opinions, beliefs, and expectations influence outcomes of care for LBP? And how can they be influenced?	12	5
How to reduce the burden of LBP disability?	9	4
How can we improve biopsychosocial interventions in LBP?	8	2
Are workplace interventions efficacious for treating work disability due to LBP?	6	3
What are the most pertinent LBP outcome measures for researchers, clinicians, and patients?	6	2
Wat is de effectiviteit van het toepassen (van principes uit) een gedragsgeoriënteerde interventie op maat als onderdeel van een actieve benadering (I) bij patiënten met lage rugpijn met of zonder (radiculaire) uitstraling (P) vergeleken met een actieve benadering (C) op pijn, fysiek functioneren en psychosociale factoren (O) op korte (3 maanden) en lange (>6 maanden) termijn (T)?	6	2
Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?	6	2
Why do some patients with work disability due to LBP continue to work whereas others do not?	6	2
What can be done to facilitate/encourage patients with LBP to return to work?	5	2
What is the definition, clinical course, and optimal management of recurrent LBP?	5	1

Tabel B: Nieuw aangeleverde vragen:

	<u>Punten</u>	<u>X</u> <u>gekozen</u>
N1. Hoe kunnen we bestaande kennis uit fundamentele studies vertalen naar bruikbare klinimetrie op gebied van beweggedrag en subgroep-identificatie	1	1
N2. Hoe kunnen we beleidsmakers beter informeren over rugklachten en hun beleidsbeslissingen beïnvloeden	1	1
N3. Hoe kunnen zorgprofessionals de klinische besluitvorming verbeteren om tot passende zorg te komen?	1	1
N4. Op welke wijze interacteren psychosociale factoren met bewegingsgerelateerde functiestoornissen?	1	1

Tabel C: Ranking onderzoeksvragen met  $\geq 5$  punten waarin vergelijkbare vragen zijn samengevoegd

	<u>Punten</u>	<u>X</u> <u>gekozen</u>
<u>Subgroepen/subgroup-specifieke behandelingen:</u> 1.Can clinically relevant subgroups of LBP be identified? 2. Can we better tailor specific treatments and management strategies to specific subgroups of patients? 7. What are effective diagnostic tests/evaluation strategies for enabling effective management of LBP? N1. Hoe kunnen we bestaande kennis uit fundamentele studies vertalen naar bruikbare klinimetrie op gebied van beweeggedrag en subgroep-identificatie?	136	39
<u>Inhoud behandelingen:</u> 6. How can we improve self-care strategies? 10.What can patients, clinicians, and employers do to prevent significant LBP and associated disability? 11. How do patient and provider opinions, beliefs, and expectations influence outcomes of care for LBP? And how can they be influenced? 12. How to reduce the burden of LBP disability? 13. How can we improve biopsychosocial interventions in LBP? 19. What can be done to facilitate/encourage patients with LBP to return to work?	69	26
<u>Mechanismes/oorzaken:</u> 3.What are the mechanisms and causes of LBP?	55	14
<u>Beloop:</u> 4. Welke combinatie van prognostische factoren waarbij rekening wordt gehouden met een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren, dragen bij aan aanhoudende (>3 maanden) pijn en/of beperkingen in fysiek functioneren, kwaliteit van leven of beperkingen bij het hervatten van werk (O) bij patiënten met kortdurende (<6 weken) lage rugpijn met of zonder (radiculaire) uitstraling (P)? 9. What are the course and prognostic factors for patients with nonspecific LBP? 18. Why do some patients with work disability due to LBP continue to work whereas others do not? N4. Op welke wijze interacteren psychosociale factoren met bewegingsgerelateerde functiestoornissen?	46	15
<u>(Kosten)effectiviteit:</u> 8.What are the most clinically effective and cost-effective treatments for LBP?	35	14

<p>14. Are workplace interventions efficacious for treating work disability due to LBP?</p> <p>16. Wat is de effectiviteit van het toepassen (van principes uit) een gedragsgeoriënteerde interventie op maat als onderdeel van een actieve benadering (I) bij patiënten met lage rugpijn met of zonder (radiculaire) uitstraling (P) vergeleken met een actieve benadering (C) op pijn, fysiek functioneren en psychosociale factoren (O) op korte (3 maanden) en lange (&gt;6 maanden) termijn (T)?</p> <p>17. Wat is de toegevoegde waarde van pijneducatie als eerste behandelstap bij chronische pijn en het effect op het beloop van de klachten en functioneren in werk?</p>		
<p><u>Translatie/implementatie/beleid:</u></p> <p>4. What would be the best strategies for translating research and scientific information into clinical practice?</p> <p>N2. Hoe kunnen we beleidsmakers beter informeren over rugklachten en hun beleidsbeslissingen beïnvloeden?</p> <p>N3. Hoe kunnen zorgprofessionals de klinische besluitvorming verbeteren om tot passende zorg te komen?</p>	27	10
<p><u>Outcome measures:</u></p> <p>15. What are the most pertinent LBP outcome measures for researchers, clinicians, and patients?</p>	6	2
<p><u>Mix:</u></p> <p>20. What is the definition, clinical course, and optimal management of recurrent LBP?</p>	5	1

## Referenties

1. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, and Croft P. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018; 391(10137): 2384-2388.
2. Costa L, Koes BW, Pransky G, Borkan J, Maher CG, and Smeets RJE. Primary care research priorities in low back pain: an update. *Spine*. 2013; 38(2): 148-156.
3. van Dongen JM, Ketheswaran J, Tordrup D, Ostelo RWJG, Bertollini R, and van Tulder MW. Health economic evidence gaps and methodological constraints in low back pain and neck pain: Results of the Research Agenda for Health Economic Evaluation (RAHEE) project. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016; 30(6): 981-993.
4. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Das A, and McAuley JH. Low back pain research priorities: a survey of primary care practitioners. *BMC Fam Pract*. 2007; 8(40).
5. Borkan JM and Cherkin DC. An agenda for primary care research on low back pain. *Spine*. 1996; 21(24): 2880-2884.
6. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Kennis van waarde - onderzoeksagenda fysiotherapie. 2017, <https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/onderzoek/wcf/onderzoeks--en-kennisagenda>.

7. Ergotherapie Nederland, Kennisagenda Ergotherapie. 2018, <https://info.ergotherapie.nl/file/download/default/D68A038B48B4B9069F2EA28A978FB542/Kennisagenda-korte-versie-05122018-1.pdf>.
8. Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Onderzoeksagenda Orthopedie. 2019, <https://www.orthopeden.org/wetenschap/onderzoeksagenda>
9. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. 2018, [https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Kwaliteit\\_van\\_zorg/HGOG/nationale\\_onderzoeksagenda\\_huisartsgeneeskunde\\_2018\\_0.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Kwaliteit_van_zorg/HGOG/nationale_onderzoeksagenda_huisartsgeneeskunde_2018_0.pdf)
10. Kwaliteitstafel Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, Kennisagenda Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2020, <https://www.semble.nl/kennisagendabgv/>.
11. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR), Kennisagenda Reumatologie. 2019, [https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2019/01/OnlineVersieKennisAgendaNVR2019\\_website.pdf](https://www.nvr.nl/wp-content/uploads/2019/01/OnlineVersieKennisAgendaNVR2019_website.pdf).
12. Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Kennisagenda Neurologie. 2019, <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/kennisagenda-NVN.pdf>.
13. Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), Kennisagenda Sportgeneeskunde. 2017, [https://www.sportgeneeskunde.com/files/bestanden/Kennisagenda%20Sportgeneeskunde%20boek\\_0.pdf](https://www.sportgeneeskunde.com/files/bestanden/Kennisagenda%20Sportgeneeskunde%20boek_0.pdf).
14. Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), Kennisagenda Podotherapie. 2018, [https://www.podotherapie.nl/files/professional/wetenschap/kennisagenda-podotherapie-2018\\_definitief.pdf](https://www.podotherapie.nl/files/professional/wetenschap/kennisagenda-podotherapie-2018_definitief.pdf)
15. Zorginstituut Nederland, Meerjaren onderzoeksprogramma van het Zorginstituut. 2018, <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2019/03/29/meerjaren-onderzoeksprogramma-zorginstituut-nederland/Meerjaren+onderzoeksprogramma+Zorginstituut+Nederland.pdf>
16. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), KNGF-richtlijn - Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom, N.M. Swart, et al., Editors. 2022, [https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/lage-rugpijn-en-lrs-2021/kngf\\_richtlijn\\_lage\\_rugpijn\\_en\\_lrs\\_2021.pdf](https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/lage-rugpijn-en-lrs-2021/kngf_richtlijn_lage_rugpijn_en_lrs_2021.pdf).