

Verantwoorde musculoskeletale injecties door vaardige huisartsen: de pijn voorbij?

Ria Jochemsen-van der Leeuw

Spruit et al. hebben door middel van een enquête onder huisartsen in stedelijk gebied in het westen van Nederland onderzocht of huisartsen zich bekwaam voelen in het toedienen van musculoskeletale (MSK) injecties. Ze keken tegen welke barrières de ondervraagde huisartsen opliepen en welke gevolgen deze hadden voor hun verwijsgedrag. Ze stellen dat het belangrijk is om de vaardigheid in het geven van MSK-injecties door training op peil te houden. Het is inderdaad van belang dat er aandacht wordt gevraagd voor therapeutische verrichtingen door huisartsen, om daarmee de eerste lijn te versterken. Dat leidt immers tot meer kwalitatief goede en veilige mogelijkheden voor de patiënt, met minder kosten. Daarbij hoeft echter niet iedere huisarts bekwaam te zijn in het uitvoeren van 18 MSK-injecties.

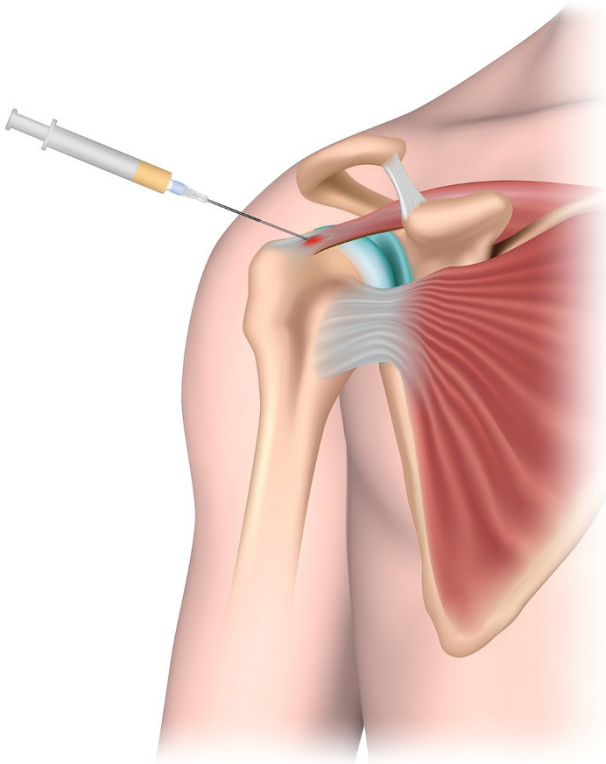
Spruit et al. baseerden hun enquête op een onderzoek van reumatologen in Groot-Brittannië, die wilden inventariseren welke MSK-injecties huisartsen uitvoerden en welke factoren hierop van invloed waren.^{1,2} Het betrof een pilot onder 20 huisartsen, over een periode van 1 jaar, met een *response rate* van 70%. De reumatologen vroegen niet naar

bekwaamheid, maar vonden als belemmerende factoren: gebrek aan training, gebrek aan vertrouwen in de eigen vaardigheid en het niet kunnen handhaven van die vaardigheid.³

Hoewel Spruit et al. hun methode op het Britse onderzoek baseren en hun resultaten met dat onderzoek vergelijken, zijn er toch verschillen. Zo hanteren zij een ander uitgangspunt: alle huisartsen worden bekwaam geacht therapeutische MSK-injecties toe te kunnen dienen, op basis van hun opleiding en om (onnodige?) verwijzingen te voorkomen. Ook de Nederlandse setting verschilt: een beperkte groep huisartsen in stedelijk gebied, rapporterend over slechts 1 maand. Dit roept vragen op.

BASISVAARDIGHEID

Ten eerste is de Nederlandse huisartsopleiding tegenwoordig gebaseerd op Thema's en Kenmerkende Beroepsactiviteiten (KBAs).⁴ Onder het Thema Korte Episode staat onder de KBA Behandeling en beleid: 'Voert therapeutische verrichtingen uit, zoals therapeutische injecties.'⁵ Dat betekent dat deze therapeutische injecties van belang zijn, meerdere competenties integreren, observeerbaar zijn en kunnen worden toevertrouwd als er voldoende competenties zijn verworven om deze zelfstandig uit te voeren. Om welke therapeutische injecties het gaat wordt niet gespecificeerd. Uit een inventarisatie uit 2017 onder 78 opleiders, aiOS en docenten van de 8 huisartsopleidingen bleek dat de respondenten alleen de subacromiale schouderinjectie en de injectie voor een bursitis trochanterica tot de basisvaardigheden van de huisarts rekenden.⁶ We hoeven dus niet te verwachten dat huisartsen bekwaam zijn in het toedienen van 18 MSK-injecties.



Niet elke huisarts hoeft bekwaam te zijn in het uitvoeren van musculoskeletale injecties.

Foto: Shutterstock

INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

Spruit et al. meten bekwaamheid met behulp van een 5-puntschaal, wat weinig nuance toelaat. Ze scharen de antwoordmogelijkheid 'neutraal' onder de categorie 'onbekwaam', terwijl ook andere interpretaties mogelijk zijn. Ze onderbouwen de keuze voor hun interpretatie echter niet.⁷ Daarnaast vermelden ze de totale respons rate niet (< 56%, in ieder geval veel lager dan bij het Britse artikel), is de observatieperiode 1 maand en voeren ze hun onderzoek uit in een beperkt gebied met dezelfde kenmerken. Zijn de resultaten dan nog wel te generaliseren naar de totale Nederlandse huisartsenzorg?

SUBSPECIALISATIE HUISARTSEN

Omdat huisartsen meer parttime en in grotere verbanden werken en hun praktijk gekenmerkt wordt door een groot aantal diverse en vaak complexe vaardigheden, is subspecialisatie ontstaan.⁸ Het Britse artikel vermeldde al dat vrouwelijke huisartsen meer tijd besteden aan gynaecologische vaardigheden dan hun mannelijke collega's.³ Het lijkt onvermijdelijk dat huisartsen keuzen moeten maken om aan de vraag uit de patiëntenpopulatie en het vaardigheidsniveau van de KBA te kunnen voldoen.^{9,10} Daarbij komt dat de nascholing in injectietherapie zich vooral concentreert op huisartsgeneeskundig handelen en minder op het geïntegreerd toepassen van *alle* competenties en het onderhouden van bekwaamheid.^{11,12} Onderzoek heeft echter aangetoond dat voor het onderhouden van een vaardigheid meer nodig is dan alleen handigheid.¹³

Daarnaast speelt, wat ook Spruit aangeeft, nog de kwestie van de indicatie. Doordat er meer onderzoek verschijnt over alternatieven voor MSK-injecties, (maatwerk)diagnostiek (bijvoorbeeld met echografie), (schadelijke) bijwerkingen en de effectiviteit van MSK-injecties vergeleken met die van conservatieve behandeling/of fysiotherapie, kan het juist aangewezen zijn om evidencebased af te wijken van de standaard.¹⁴⁻²⁹ Welke plaats is er nog voor het vaardig worden en blijven in het toedienen van (18?) MSK-injecties?

ONNODIGE VERWIJZINGEN

Spruit et al. onderbouwen niet waarom MSK-injecties met een kortdurend, pijnstillend effect verwijzingen kunnen voorkomen, ook niet op de langere termijn, en maken niet duidelijk welke verwijzingen 'onnodig' zijn. Wanneer huisartsen meer chirurgische ingrepen gaan uitvoeren, kan dit verwijzingen naar de tweede lijn besparen, maar het staat niet vast dat dat ook het geval is wanneer huisartsen meer MSK-injecties geven.³⁰

Ten slotte verzoeken de auteurs om huisartsen meer nascholing in MSK-injecties aan te bieden. Maar is het niet veel belangrijker om eerst een antwoord te geven op de vraag hoe de nascholing in vaardigheden eruit moet zien? Alles wijst erop dat huisartsen in de toekomst genoodzaakt zijn om nieuwe complexe vaardigheden aan te leren omdat zorg deels van de tweede naar de eerste lijn verschuift, er substitutie van taken plaatsvindt, technologie zich blijft ontwikkelen, paramedische medewerkers meer en meer eenvoudige vaardigheden overne-

men en er steeds meer nieuwe evidence is over diagnostische en therapeutische ingrepen.

Om die ontwikkelingen bij te kunnen benen is het waarschijnlijk effectiever om training en (na)scholing te richten op levenslang leren, dan om huisartsen een specifieke handeling aan te leren. Zo kunnen we een toekomstbestendige, veilige en hoogkwalitatieve huisartsenzorg voor de patiënt realiseren, met minder kosten. ■

LITERATUUR

1. Spruit E. Musculoskeletale injecties, een pijnpunt? Huisarts Wet 2021;64(4):35-7.
2. Spruit E, Mol ME, Bos PK, et al. Self-assessment of competence and referral behavior for musculoskeletal injections among Dutch general practitioners. J Clin Med 2020;9:1880.
3. Liddell WG, Carmichael CR, McHugh NJ. Joint and soft tissue injections: a survey of general practitioners. Rheumatol 2005;44:1043-6.
4. Huisartsenopleiding Nederland. Thema's en KBA's. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland, 2016.
5. Huisartsenopleiding Nederland. Naar een Landelijk Opleidingsplan huisartsgeneeskunde. Thema Korte Episode Zorg. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland, 2016.
6. Huisartsenopleiding Nederland. Framework voor Vaardigheden. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland, 2017.
7. Boerebach CM, Arah OA, Heineman MJ, et al. Embracing the complexity of valid assessments of clinicians' performance: a call for in-depth examination of methodological and statistical contexts that affect the measurement of change. Acad Med 2016;91:215-20.
8. Huisartsenopleiding Nederland. De Wegwijzer voor Vaardigheden. Utrecht: Huisartsenopleiding Nederland, 2017.
9. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to include professional identity formation. Acad Med 2016;91:180-5.
10. Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, et al. Entrustment decision making: extending Miller's Pyramid. Acad Med 2020;96:199-204.
11. NHG. NHG StiP-cursus Verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Injectietechnieken. Utrecht: NHG, 2019.
12. LHV. Vaardigheidendag 11 mei 2021. Utrecht: LHV, 2021.
13. Michels MEJ, Evans DE, Blok GA. What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Delphi process. Med Teach 2012;34:e573-81.
14. Mol M. Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose. Huisarts Wet 2018;61:67.
15. Dorleijn DM, Luijsterburg PA, Reijman M, et al. Corticosteroidinjectie versus placebo bij heupartrose. Huisarts Wet 2019;62:14-7.
16. Assendelft WJJ, Smidt N, Verdaasdonk AL, et al. NHG-Standaard Epicondylitis (eerste herziening). Utrecht: NHG, 2009.
17. Mens J, Van Kalmthout R. Terughoudendheid met injecties bij tenniselleboog is niet terecht. Huisarts Wet 2019;62:38-40.
18. Assendelft WJJ. Corticosteroidinjecties voor een tenniselleboog: liever niet meteen, maar het kan wel. Huisarts Wet 2019;62:40-1.
19. Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Kuijpers T, et al. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Utrecht: NHG, 2016.
20. Landsmeer M. Weinig effect corticosteroidinjecties bij knieartrose. Huisarts Wet 2016;59:233.
21. Orchard JW. Is there a place for intra-articular corticosteroid injections in the treatment of knee osteoarthritis? BMJ 2020;368:l6923.
22. Deyle GD, Allen CS, Allison SC, et al. Physical therapy versus glucocorticoid injection for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 2020;382:1420-9.

23. Damen J. Verlies kraakbeen door injecties bij knieartrose. *Huisarts Wet* 2017;60:493.
24. De Jongh TOH, Bijlsma JWJ. Serie therapie van alledaagse klachten: behandeling van artrose. *Huisarts Wet* 2019;62:53-5.
25. Blanchard V, Barr S, Cerisola FL. The effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for adhesive capsulitis. *Physiotherapy*. 2010;96:95-107.
26. Burger M, Africa C, Droomer K, et al. Effect of corticosteroid injections versus physiotherapy on pain, shoulder range of motion, shoulder function in patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *S Afr J Physiother* 2016;72:318.
27. Sun Y, Lu S, Zhang P, et al. Steroid injections versus physiotherapy for patients with adhesive capsulitis of the shoulder. A PRIMSA systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e3469.
28. Ottenheijm RPG, Cals JWJ, Weijers R, et al. Ultrasound imaging for tailored treatment of patients with acute shoulder pain. *Ann Fam Med* 2015;13:53-5.
29. Damen GJ, Koel G, Kuijpers T, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. Utrecht: NHG, 2019.
30. Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, et al. Minor surgery in general practice and effects on referrals to hospital care: observational study. *BMC Health Serv Res* 2011;11:2.



Lees ook: Spruijt E. Musculoskeletale injecties, een pijnpunt? *Huisarts Wet* 2021;64[4]:35-7.

Jochemsen-van der Leeuw HGA. Verantwoorde musculoskeletale injecties door vaardige huisartsen: de pijn voorbij? *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1090-6.
 Amsterdam UMC, locatie AMC, Huisartsopleiding: dr. H.G.A. Jochemsen-van der Leeuw, huisarts en docent, h.g.jochemsen@amsterdam-umc.nl.
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.