

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning

ACM Romeijnders, JA Vriezen, JIL Van der Klink, CTJ Hulshof, B Terluin, S Flikweert, PC Baart. *Huisarts Wet* 2005;48(1):20-3.

Samenvatting

- Het disfunctioneren van een patiënt met overspanning betreft doorgaans de werken privé-situatie en heeft daarmee gevolgen voor zowel huisartsgeneeskundige als bedrijfsgeneeskundige zorg.
- Bij de aanpak van overspanning wordt uitgegaan van een best-practicemodel met gestructureerde zorg en een activerende begeleiding.
- De rollen van huisarts en bedrijfsarts zijn complementair ten opzichte van elkaar.
- Per patiënt en situatie kan gekozen worden voor een verschillende aanpak, zoals gezamenlijke zorg op geleide van ieders vakgebied of het uitvoeren van de gehele zorg door de ene discipline en het toetsend volgen door de andere.
- Bij overspanning dient bij de (gedeelde) zorg door huisarts en bedrijfsarts de continuïteit van zorg voor de patiënt te worden gewaarborgd.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Overspanning is opgesteld door een werkgroep met vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). De LESA geeft richtlijnen voor doelmatige zorg bij patiënten met overspanning en (dreigend) werkverzuim. In deze LESA wordt specifieke aandacht geschonken aan het leveren van gestructureerde zorg en een activerende begeleiding aan patiënten met overspanning met (dreigend) werkverzuim. Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de bedrijfsarts ten aanzien van de problematiek speelt een belangrijke rol bij de invulling en uitvoering van de samenwerkingsafspraken.

De LESA beschrijft globale richtlijnen. Het is aan de huisartsen en bedrijfsartsen om deze richtlijnen (regionaal) nader in te vullen en hierover werkafspraken te maken.

Door beperkingen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek worden de richtlijnen over overspanning vooral onderbouwd door geëvalueerde *best practices* en consensus. De LESA is daarbij gebaseerd op de NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij*

*werknemers met psychische klachten*¹ en een systematisch literatuuroverzicht naar de behandeling van overspanning.² Verder is gebruikgemaakt van een testversie van de samenwerkingsrichtlijn *Psychische klachten en arbeid voor huisarts en bedrijfsarts*³⁻⁵ en een achtergrondartikel voor de huisartsenpraktijk.⁶

Achtergronden

De werkgroep heeft gekozen voor de term 'overspanning'. Voor de onderbouwing van deze keuze verwijzen we naar het achtergrondartikel van Romeijnders en Terluin.⁶ De LESA verstaat onder *overspanning* een met een belastende situatie samenhangend klinisch beeld van spanningsklachten met aanzienlijke beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren. De verschillende classificatiecodes zijn in de onderliggende documenten opgenomen. De spanningsklachten zijn doorgaans specifiek van aard: de patiënten zijn moe, gespannen, prikkelbaar, slapeloos, emotioneel labiel, lijden aan concentratieverlies en functioneren sociaal en in het werk minder goed. Verondersteld wordt dat overspanning staat voor overbelasting van de 'draagkracht' in verhouding tot de 'draaglast' van een patiënt. Bij de draaglast kunnen problemen in het werk, maar ook in de leefomgeving of ernstige gebeurtenissen een rol spelen. Bij de draagkracht spelen factoren als copingvaardigheden, sociale steun en persoonskenmerken een rol.

Overspanning wordt gezien als het gevolg van controleverlies, demoralisatie of een falende coping bij een relatieve overmaat aan stress.

In de literatuur wordt naast *overspanning* het begrip *burn-out* gehanteerd. Kenmerkend voor het begrip *burn-out* zijn een lange voorgeschiedenis met spanningsklachten, emotionele uitputting en verminderde competentie (sociaal disfunctioneren) met een negatieve houding ten opzichte van het werk of de werkomgeving. In feite betreft dit een vorm van overspanning met een conceptueel mogelijk ernstiger en langduriger beloop, maar met dezelfde diagnostische en therapeutische benadering. Daarom wordt *burn-out* in deze samenwerkingsafspraken niet als een aparte categorie onderscheiden.

Epidemiologische gegevens

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de incidentie van overspanning.⁶ Nederlandse

werknemers met overspanning hebben een hoog risico (>20%) om langdurig en soms blijvend uit het arbeidsproces te geraken. Bij een gestructureerde en activerende aanpak kan het overgrote deel van de betrokkenen na 3 maanden weer, ten minste gedeeltelijk, aan het werk.

Diagnostiek

Anamnese (diagnostisch gesprek)

De arts vormt zich bij een patiënt met overspanning een oordeel over de mate van lijdensdruk en functioneringsproblemen (eventueel verzuim) in het werk en privé-leven. Ook informeert hij naar de visie van de patiënt over uitlokkende factoren, het perspectief en mogelijke oplossingen in de privé- of werksituatie. De arts schat het probleemoplossend vermogen in van de patiënt en diens (werk)omgeving.

In de eerste consulten vormt de arts zich een oordeel over deze aspecten. Indien het herstel uitblijft of dreigt uit te blijven, analyseert de arts opnieuw de ontwikkeling van deze aspecten om de mogelijke oorzaak te achterhalen (zie *Begeleiding*).

Voor volledige weergave van alle diagnostische items wordt verwezen naar de onderliggende richtlijnen en documenten (www.nvab-online.nl, <http://nhg.artsennet.nl>).

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Bij twijfel aan de diagnose overspanning kan gebruik worden gemaakt van de 4DKL (vier dimensionale klachtenlijst), een klachtenlijst die helpt distress, depressie, angst en somatisatie te onderscheiden^{1,6} (zie www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp).

Voor het stellen van de diagnose is lichamelijk (en aanvullend) onderzoek niet nodig. Alleen bij aanwijzingen in de anamnese voor andere of bijkomende aandoeningen wordt gericht lichamelijk of aanvullend onderzoek gedaan. Bij patiënten die niet reageren op de aanpak of langdurig klachten houden, wordt eerder (aanvullend) onderzoek overwogen.

Evaluatie

De arts stelt de diagnose overspanning bij spanningsklachten die aanzienlijke beperkingen opleveren in privé- of beroepsmatig functioneren en die samenhangen met de situatie die de patiënt als belastend ervaart en er geen aanwijzingen zijn voor andere aandoeningen. Differentieel-diagnostisch denkt de arts aan de volgende beelden:

- spanningsklachten: zonder aanzienlijke beperkingen in privé- of beroepsmatig functioneren;
- depressieve of angststoornis, alcohol- of drugsproblemen;^{2,7,8}
- lichamelijke ziekten.

Uitgangspunten van de begeleiding

De focus van de aanpak ligt op het herstel van het privé en beroepsmatig functioneren. In aansluiting hierop verdwijnen de klachten vrijwel altijd. Dit staat in contrast met het voorheen vigerende concept dat als uitgangspunt had dat na vermindering van de klachten het functioneren vanzelf herstelt. Onderzoek naar dit tot voor kort gehanteerde model geeft aan dat bij deze aanpak het functioneren vaak slechts in beperkte mate herstelt met het risico van langdurige arbeidsongeschiktheid.⁶ Voor een doelmatige begeleiding van overspanning is een tijdcontingente en systematische benadering van het ziektebeloop van groot belang. De beschreven aanpak is gedestilleerd uit onderzoek naar het spontane herstel dat drie fasen kent. De kenmerken uit de verschillende fasen zijn vervolgens gekoppeld aan behandeldoelen:

Inbreng van de patiënt

Een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners. De richtlijnen in de LESA zijn zo opgesteld dat op het juiste moment huisartsgeneeskundige en andere eerstelijns-hulp wordt geboden en voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Daarbij geldt echter altijd dat factoren aan de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts en de andere eerstelijns-hulpverlener stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de betrokken hulpverleners

Het persoonlijk inzicht van de betrokken huisartsen en andere eerstelijns-hulpverlener is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

- de *crisisfase* waarbij de ontredderde patiënt het gevoel heeft de controle over zichzelf en zijn situatie kwijt te zijn (duur ongeveer 1-3 weken);
- de *probleem- en oplossingsfase* waarbij hij zich gaat oriënteren op problemen en oplossingen (duur tot ongeveer 6 weken na eerste contact);
- de *toepassingsfase* waarbij oplossingen worden toegepast en het functioneren weer wordt opgepakt (duur tot ongeveer 9-12 weken na eerste contact).

Onderzoek geeft aan dat deze indeling goed gebruikt kan worden als leidraad voor de aanpak om patiënten te stimuleren de genoemde fasen zo actief mogelijk te doorlopen. Met behulp van een systematische begeleiding wordt op gezette tijden de voortgang met betrekking tot de gestelde doelen en het herstel beoordeeld. Wanneer de arts de patiënt consequent en activerend begeleidt, kan deze meestal binnen 3 maanden weer controle over zijn functioneren krijgen en (gedeeltelijk) aan het werk gaan. Bij patiënten met een vertraagd herstel overweegt de arts acties die erop gericht zijn belemmerende factoren op te lossen. Vanzelfsprekend zullen de bedrijfsartsen zich vooral richten op de belemmerende factoren in de werksituatie – bijvoorbeeld ongunstige werkomstandigheden of conflicten – en de huisartsen zich meer richten op de belemmerende privé-factoren – bijvoorbeeld persoonlijkheidsfactoren of privé-omstandigheden.

In de *crisisfase* gaat het erom dat de patiënt de controle hervindt op cognitief en emotioneel niveau en tot rust komt. Hij moet inzicht krijgen in wat er met hem gebeurd is en zijn overspanning accepteren. Van daaruit ontstaat perspectief op herstel. De arts steunt in gesprek(ken) de patiënt in het omgaan met de situatie en geeft uitzicht op herstel. De begeleiding van de arts richt zich – in samenspraak met de patiënt – op concrete en gedoseerde dagelijkse activiteiten, leefregels, het emotioneel afstand nemen van het werk en zowel gedoseerde rust en ontspanning als lichaamsbeweging. Ook de omgeving moet inzicht verwerven, de situatie accepteren en de patiënt enige rust gunnen. In deze fase is het deelnemen aan het arbeidsproces vaak niet goed mogelijk. In de *probleem- en oplossingsfase* brengen de patiënt en diens omgeving structuur aan in de problemen: welke problemen spelen een rol, hoe beïnvloedbaar zijn ze, wat moet er gebeuren? De arts stimuleert de patiënt zijn problemen op een rij te zetten en vervolgens concrete oplossingen uit te werken. Stap voor stap komt de sociale en arbeidsreïntegratie weer in beeld. (Gedeeltelijke)

werkhervatting is doorgaans pas zinvol als de patiënt zicht heeft op concrete oplossingen voor ten minste een deel van zijn problemen.

In de *toepassingsfase* past de patiënt de verworven inzichten en vaardigheden geleidelijk in praktijksituaties toe en herstelt daarmee het functioneren. De arts stimuleert de patiënt de oplossingen in de praktijk te brengen en ervaringsgewijs aan te passen. De sociale en beroepsmatige rollen worden geleidelijk weer opgepakt. De opbouw van de reïntegratie wordt uitgewerkt en vorm gegeven. Voor het welslagen is het essentieel dat de omgeving hierin meedenkt en meewerkt. In dit proces bouwt de patiënt de controle over het functioneren weer op en versterkt zijn coping, waarmee de recidiefkans wordt verminderd.

Begeleiding

Na het stellen van de diagnose formuleert de arts in samenspraak met de patiënt een omschrijving van het probleem. Deze omschrijving vat samen waarom deze patiënt, in deze situatie, op dit moment, deze klachten heeft en biedt daarmee aanknopingspunten voor de begeleiding. De arts bespreekt met de patiënt het doel, de methode, eventuele alternatieven en de verwachtingen van de aanpak. De arts gaat bij elk contact na of de patiënt, conform de te verwachten herstelperiode, is verbeterd. Als de patiënt spontaan herstelt, kan de arts volstaan met het proces te (blijven) volgen. Indien het herstel langer duurt dan verwacht mag worden, richt hij zijn interventies op de factoren bij de patiënt of diens (werk)omgeving die het herstel belemmeren.

De arts biedt ondersteunende contacten aan tot de patiënt is hersteld. Dit is ook bij lichtere vormen van overspanning aangewezen omdat het beloop van het herstel in individuele gevallen niet altijd goed voorspelbaar kan worden. De frequentie van contacten is mede afhankelijk van de ernst van de overspanning, het herstelgedrag van de patiënt en diens vermogen om op tijd hulp in te roepen. Het beleid dat de arts voert, wordt bepaald door het domein (werk of privé) waar het zwaartepunt van de problematiek ligt en de mate van lijdensdruk en disfunctioneren en is afgestemd op de wensen en voorkeuren van de patiënt en diens eventuele lichamelijke of psychische comorbiditeit.

De LESA adviseert het ziektebeloop (ten minste) driewekelijks te evalueren en daarbij na te gaan of er herstelbelemmerende factoren zijn en zo nodig interventies te overwegen. De LESA gaat uit van de volgende doelen:

- Ongeveer drie weken na het begin van de crisis heeft de patiënt een idee over het hoe en waarom van de problemen.
- Ongeveer na zes weken heeft de patiënt de problemen in kaart gebracht en is er een idee over mogelijke oplossingen.
- Ongeveer na negen weken zijn de oplossingen uitgewerkt en is er een concreet idee over het toepassen hiervan.
- Na ongeveer 12 weken zijn deze oplossingen grotendeels gerealiseerd of is er duidelijk zicht op.
- Bij afsluiting van de begeleiding bespreekt de arts met de patiënt wat deze zelf kan doen om een recidief te voorkomen.

Samenwerken en (terug)verwijzen

Aangezien zowel de huisarts als de bedrijfsarts de begeleiding kan uitvoeren, geldt als uitgangspunt dat degene die de patiënt het eerste ziet, met de begeleiding begint of op basis van specifieke problematiek naar de ander verwijst. Zo zal bij arbeidsconflicten de bedrijfsarts onmiddellijk worden ingeschakeld. Per patiënt en situatie kan dus gekozen worden voor een verschillende aanpak, zoals gezamenlijke zorg op geleide van ieders vakgebied of het uitvoeren van de gehele zorg door de ene discipline en het toetsend volgen door de andere. Voor het contact tussen huisarts en bedrijfsarts kan gebruik worden gemaakt van het door de KNMG ontwikkelde communicatieformulier (www.arbeid.tno.nl/perskamer/files/communicatie.pdf).

Begeleiding, gedeelde zorg en afstemming

In de begeleiding handelt de huisarts vanuit zijn kennis van de patiënt, diens omgeving en wijze van omgaan met ziekten en problemen. De bedrijfsarts handelt vanuit kennis van de beroepsrol, van het bedrijf en de specifieke werkomstandigheden. De ene arts kan zich beperken tot een procesmatig toetsen van de voortgang als de collega of een andere professional de begeleiding uitvoert. Bij het stellen van de diagnose overspanning informeren artsen elkaar (in principe schriftelijk, beknopt) over de diagnose en het behandelplan, en verzoeken de patiënt contact op te nemen met de andere discipline. In de regio kan afgesproken worden hoe dit precies ingevuld wordt.

De huisarts geeft zo nodig en in overleg met de patiënt ook voorlichting aan diens privé-omgeving, de bedrijfsarts draagt zorg voor voorlichting aan de werkomgeving.

De bedrijfsarts bewaakt of de werkomgeving de reïntegratietaken op constructieve wijze invult, terwijl de huisarts in analoge zin kan bewaken of de privé-omgeving een constructieve rol speelt. Als stagnatie of ver-

slechtering optreedt, hebben huisarts en bedrijfsarts overleg op de evaluatiemomenten. Bij onvoldoende herstel overweegt de arts in samenspraak met de patiënt en de andere arts of de lopende begeleiding in aangepaste vorm wordt voortgezet dan wel dat naar een andere hulpverlener wordt verwezen.

Om tot een goede afstemming te komen tussen de artsdisciplines is het noodzakelijk overeenstemming te hebben over behandeldoelen, de gebruikte methodes en elkaars rol – de ene arts toetst terwijl de ander begeleidt. Door vanuit de gemeenschappelijke focus (herstel van (zelf)controle en functioneren) te werken en daarbij elkaars kennis en kunde te benutten, kunnen de huisarts en de bedrijfsarts complementair functioneren ten behoeve van de patiënt. Informatie-uitwisseling is vaak essentieel voor een doelmatig beleid; toestemming van de patiënt is daarvoor vereist. Vooral bij stagnatie van het herstelproces zijn overleg en afstemming aangewezen. Daarvoor zijn adequate bereikbaarheid en berichtgeving over belangrijke veranderingen in het beloop en eventueel ander onderzoek aangewezen, evenals bericht bij beëindiging van de behandeling bij herstel. Aan het begin en het eind van de begeleiding is een bericht aan de ander aangewezen.

Door van tevoren ook op regionaal niveau overeenstemming te bereiken, kunnen moeilijkheden in de samenwerking zo veel mogelijk ondervangen worden. Indien een verschil van mening bestaat over de diagnose of het beleid vindt overleg plaats. *Het is van belang de patiënt niet te gebruiken als mondelinge overbrenger van suggesties of commentaar.* Leidt overleg niet tot consensus, dan wordt aanbevolen dat beide artsen de patiënt en het dossier (opnieuw) zien om hun visie te heroverwegen en daarna weer met elkaar te overleggen.

Bij *arbeidsconflicten* is het van groot belang de patiënt te motiveren om het conflict op de werkplek op te lossen en ervoor te waken dat de artsen meegetrokken of uitgespeeld worden in een weinig vruchtbaar en langdurig proces. De bedrijfsarts geeft aan de betrokken partijen inzicht in de kenmerken van een conflict en schetst het risico dat door bestendiging van 'het ziekteverzuim' een schijnoplossing ontstaat met groot risico op langdurig verzuim en verlies van werk. De bedrijfsarts regelt een onafhankelijke mediation/bemiddeling als na twee weken nog geen deëscalerende ontwikkelingen zichtbaar zijn. Als de huisarts van mening is dat het conflict een ongewenste ontwikkeling heeft, overlegt hij met de bedrijfsarts.

Gedurende de begeleiding is het van belang stil te staan bij signalen die kunnen wijzen op een dreigend recidief van overspanning. Aan het eind van de begeleiding kan met de patiënt worden doorgenomen wat hij of de (werk)omgeving kan doen als deze signalen opnieuw optreden.

Consultatie, verwijzingen of delegeren van begeleiding

Consultatie van of verwijzing naar de bedrijfsarts vindt plaats bij:

- specifiek werksituatiegerelateerde problemen zoals onvoldoende reïntegratiemogelijkheden of arbeidsconflicten.

Consultatie van of verwijzing naar de huisarts vindt plaats bij:

- differentieel-diagnostische twijfel aan de diagnose overspanning of een vermoeden van (een verband met) comorbiditeit;
- problemen die betrekking hebben op de privé-situatie zoals psychosociale problemen.

Overleg tussen huisarts en bedrijfsarts vindt plaats bij:

- informatie van de patiënt waaruit blijkt dat er mogelijk een verschil van inzicht bestaat tussen beide artsen over diagnostiek en aanpak;
- arbeidsverzuim langer dan 6 weken of het uitblijven van verbetering ondanks interventie.

Bij het uitblijven van verbetering ondanks eerstelijns begeleiding, kan de patiënt voor meer individuele of toegesneden hulp binnen de eerste lijn worden verwezen.

De huisarts verwijst naar algemeen maatschappelijk werk of psycholoog en de bedrijfsarts naar bedrijfsmaatschappelijk werk of psycholoog.

Verwijzingen naar de tweede lijn

De huisarts verwijst naar de tweede lijn bij complexe problematiek of bij problemen waarbij er in de eerste lijn onvoldoende behandelingsmogelijkheden zijn. De bedrijfsarts verwijst bij complexe organisatieproblematiek naar arbeid- en organisatieadvies of multidisciplinaire reïntegratieteams. Verwijzing vindt in samenspraak tussen huisarts en bedrijfsarts plaats.

Aandachtspunten voor overleg

Aandachtspunten voor bespreking tussen huisartsen en bedrijfsartsen in de regio zijn:

- concrete oplossingen voor contact tussen bedrijfsarts en huisarts van een patiënt met overspanning door verschillen in organisatiestructuur van beide beroepsgroepen;

- concrete afspraken over informatie-uitwisseling met aandacht voor de toestemming van patiënt;
- verwijsbeleid in de regio.

Totstandkoming

In mei 2003 startte een werkgroep van huisartsen en bedrijfsartsen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde (NVAB). Namens het NHG hadden zitting in de werkgroep: A.C.M. Romeijnders, dr. B. Terluin, S. Flikweert, huisartsen en dr. J.A. Vriezen. De NVAB heeft afgevaardigd: dr. C.T.J. Hulshof en dr. J.J.L. van der Klink, bedrijfsartsen en drs. P.C. Baart. Het GGZ-project van het NHG en de LHV heeft de totstandkoming van de LESA financieel ondersteund.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepvergaderingen waren:

- beperkte wetenschappelijke onderbouwing voor het beleid bij overspanning;
- naamgeving 'overspanning' in plaats van 'surmenage', 'psychische klachten bij arbeid' of 'stressgerelateerde stoornis';
- het praktisch weergeven van het gestructureerde behandelplan met activerende begeleiding voor zowel huisartsen als bedrijfsartsen;
- goede en praktische rolverdeling tussen huisarts en bedrijfsarts;
- mogelijkheden en beperkingen van regionale samenwerking door de verschillen in organisatiestructuren.

In april 2004 is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50

huisartsen (NHG-leden) en 25 bedrijfsartsen (NVAB-leden). Er werd commentaar ontvangen van 12 huisartsen en 11 bedrijfsartsen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten C. van Boven en dr. J.W.M. Jacobs, beiden huisarts, prof.dr. J.W. Groothoff, gezondheidswetenschapper, prof.dr. W.B. Schaufeli, organisatiepsycholoog en drs. M.M. Versluijs namens de Nederlandse Consumenten Patiënten Federatie. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In oktober 2004 is de concepttekst voorgelegd aan de Autorisatiecommissie van het NHG en aan de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling van de NVAB. Met enkele wijzigingen is de LESA geautoriseerd. De coördinatie was in handen van dr. J.A. Vriezen (NHG) en drs. P.C. Baart (NVAB). Vanaf 1 januari 2004 is de coördinatie namens de NVAB overgenomen door dr. C.T.J. Hulshof.

© 2005 Nederlands Huisartsen Genootschap

Noot 1

NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten. Richtlijn voor bedrijfsartsen*. Eindhoven: NVAB, 2000. Zie ook: www.nvab-online.nl.

Noot 2

Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JLL, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. *De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht*. Huisarts Wet 2005;48:7-12.

Noot 3

Van der Klink JLL, redactie. *Eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Werkdocument voor huisartsen en bedrijfsartsen*. Testversie. Utrecht/Amsterdam: KNMG/SKB, 2000.

Noot 4

Van der Klink JLL. *Samenwerking psychische klachten en arbeid. Werkdocument voor huisartsen en bedrijfsartsen in de regio Kennemerland, Haarlemmermeer e.o.* Amsterdam/Haarlem: SKB/DHV Kennemerland, Haarlemmermeer e.o., 2000.

Noot 5

Hulshof CTJ, Broersen JPI, De Haan S. *Samenwerkingsrichtlijn eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Evaluatie van fase 2: Praktijktest*. Utrecht/Amsterdam: PARAG/SKB, 2002.

Noot 6

Romeijnders ACM, Terluin B. *Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*. Zie <http://nhg.artsennet.nl>.

Noot 7

Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, et al. *NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening)*. Huisarts Wet 2003;46:614-33 of <http://nhg.artsennet.nl> (rubriek NHG-Standaarden).

Noot 8

Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, et al. *NHG-Standaard Angststoornissen*. Huisarts Wet 2004;47:26-37 of <http://nhg.artsennet.nl> (rubriek NHG-Standaarden).

Schema tetanusprofylaxe

Het NHG heeft een schema opgesteld voor tetanusprofylaxe in de huisartsenpraktijk samen met de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) en het Nederlands Vaccin Instituut (NVI). Het advies is een uitwerking van de aanbevelingen in het rapport van de Gezondheidsraad over tetanusvaccinatie, waarbij deze zijn vertaald naar situaties zoals die zich voordoen in de praktijk. Een meer uitgebreide toelichting van het advies is te vinden in het NTvG.¹

Tetanus is een acute ziekte, veroorzaakt door het toxine van *Clostridium tetani*, een grampositieve sporenvormende anaëroobe bacterie. De sporen van de tetanusbacterie komen overal verspreid voor in grond en straatvuil en zijn ook aanwezig in het darmkanaal van de mens en van herbivoren (onder andere paarden en koeien). Tetanus kan optreden als een wond in contact komt met grond, straatvuil of mest van dieren en op die manier geïnfecteerd raakt met *Clostridium tetani*. In geschikte omstandigheden (anaëroob milieu) kunnen de sporen ontkiemen en het gevormde toxine kan zich vervolgens door het lichaam verspreiden. Ook bij kleine prikwondingen die bijvoorbeeld ontstaan tijdens tuinieren, kan besmetting optreden.

De huisarts maakt allereerst op grond van de

aard en ontstaanswijze van de verwonding (contact met grond, straatvuil of mest) een inschatting of tot tetanusprofylaxe moet worden overgegaan. Indien de huisarts besluit dat tetanusprofylaxe aan de orde is, dan gelden de onderstaande adviezen. Hierbij is het van belang tetanusimmunoglobuline (TIG) zo snel mogelijk toe te dienen; toediening van tetanustoxoïd kan zonder bezwaar uitgesteld worden tot de volgende dag.

Vaccinatieschema

Personen die aangeven dat ze volledig zijn gevaccineerd:

- laatste vaccinatie < 10 jaar geleden: niets nodig.
- laatste vaccinatie ≥ 10 jaar geleden: eenmalig tetanustoxoïd.

Bij zwangeren heeft gebruik van DTP-vaccin de voorkeur boven tetanustoxoïd, omdat deze vaccins geen thiomersal bevatten. Ook bij mensen die verre reizen overwegen, kan DTP-vaccin de voorkeur hebben.

Personen die aangeven dat ze waarschijnlijk volledig zijn gevaccineerd:

- Van mannen geboren vanaf 1936 en vrouwen geboren vanaf 1950 kan men aannemen dat zij volledig zijn gevaccineerd. Zij krijgen eenmalig tetanustoxoïd.

- Mannen geboren vóór 1936 en vrouwen geboren vóór 1950 krijgen tetanusimmunoglobuline (TIG) en éénmalig tetanustoxoïd.

Personen die aangeven dat ze niet volledig zijn gevaccineerd:

- TIG en de ontbrekende vaccinaties.

Kinderen zijn onvolledig gevaccineerd totdat ze de derde DKTP-vaccinatie uit het rijksvaccinatieprogramma hebben gekregen. Onvolledig gevaccineerde kinderen krijgen TIG. Bovendien geldt dan het advies de eerstvolgende DKTP te vervroegen als de vorige DKTP langer dan 14 dagen geleden gegeven is. Dit kan via het consultatiebureau, bij voorkeur binnen een week.

Personen die aangeven dat ze nooit zijn gevaccineerd: TIG en driemaal tetanustoxoïd: direct, na 1 maand, vervolgens 6 maanden na de tweede dosis.

HIV-geïnfecteerden en andere immunogecompromitteerden gelden als niet gevaccineerd.

F.S. Boukes, Tj. Wiersma, A.N. Goudswaard

¹ Boukes FS, Wiersma Tj, Beaujean D, Burgmeijer RJF, Timen A. *Tetanusprofylaxe in de huisartsenpraktijk*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2171-3.