

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie door huisartsen bij onverklaarde vermoeidheid onder werknemers

Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek

Marcus Huibers, Anna Beurskens, Constant van Schayck, Ellen Bazelmans, Job Metsemakers, André Knottnerus, Gijs Bleijenberg

Samenvatting

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Van Schayck CP, Bazelmans E, Metsemakers JFM, Knottnerus JA, Bleijenberg G. Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie door huisartsen bij onverklaarde vermoeidheid onder werknemers: een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek. *Huisarts Wet* 2005;48(6):267-72.

Achtergrond Vermoeidheid is een veel voorkomende klacht die kan leiden tot langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Doelstelling De effectiviteit bepalen van cognitieve gedragstherapie (CGT) door huisartsen bij onverklaarbare, aanhoudende vermoeidheid onder werknemers.

Methode Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek op basis van een prerandomisatieonderzoeksopzet in de eerste lijn. Honderdeenenvijftig vermoeide werknemers met ziekteverzuim namen deel aan het onderzoek. De patiënten van de onderzoeksgroep ondergingen 5 tot 7 sessies cognitieve gedragstherapie van 30 minuten door een speciaal opgeleide onderzoekshuisarts, terwijl de deelnemers van de controlegroep geen behandeling kregen. Belangrijkste uitkomstmaten waren: ernst van vermoeidheid, zelfgerapporteerd ziekteverzuim, geregistreerd ziekteverzuim en klinisch herstel, vastgesteld na 4, 8 en 12 maanden.

Resultaten Aan het begin van het onderzoek voldeed 44% van de patiënten al aan de onderzoekscriteria voor het chronischevermoeidheidssyndroom. Er werden op geen enkel moment significante verschillen gevonden tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep op de primaire en secundaire uitkomstmaten.

Conclusies Cognitieve gedragstherapie door huisartsen bleek geen werkzame interventie voor onverklaarbare, aanhoudende vermoeidheid. Aangezien onderzoekshuisartsen geen effectieve cognitieve gedragstherapie onder ideale omstandigheden konden bieden, is het onwaarschijnlijk dat huisartsen in de alledaagse praktijk meer succes zouden boeken.

Universiteit Maastricht, Departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. M.J.H. Huibers, universitair docent; Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: prof.dr. C.P. van Schayck, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof.dr. J.F.M. Metsemakers, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Hogeschool Zuyd te Heerlen, afdeling Fysiotherapie: Dr. A.J.H.M. Beurskens, docent; UMC St. Radboud Nijmegen, Kenniscen-

trum Chronische Vermoeidheid: Dr. E. Bazelmans, onderzoeker, prof.dr. G. Bleijenberg, hoogleraar medische psychologie.

Correspondentie: m.huibers@dmkep.unimaas.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van 'Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees' (*Br J Psychiatry* 2004;184:240-6). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

Vermoeidheid is een veel voorkomende klacht in de algemene bevolking en beroepsbevolking; het prevalentiecijfer varieert van 7 tot 45%.¹⁻³ In de eerste lijn geeft 5 tot 10% van de patiënten vermoeidheid aan als hoofdklacht.⁴ Bij het merendeel van deze patiënten is er sprake van medisch onverklaarde vermoeidheidsklachten.⁴⁻⁶

Vermoeidheid kan het best worden begrepen als een continuüm, variërend van lichte, alledaagse klachten tot ernstige vermoeidheid die leidt tot arbeidsongeschiktheid, zoals bij het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS).¹ Wanneer vermoeidheid een ernstig probleem wordt en lang aanhoudt, kan dit leiden tot langdurig ziekteverzuim⁷ en arbeidsongeschiktheid.⁸ Hoewel patiënten die aanhoudend vermoeid zijn in grote mate vertrouwen op de zorg van hun huisarts, zijn empirisch onderbouwde behandelingsmogelijkheden voor huisartsen nauwelijks beschikbaar, terwijl een verwijzing naar de tweede lijn vaak geen optie is. Onderzoeken in de tweede lijn hebben aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) door ervaren therapeuten werkzaam is bij de behandeling van het chronischevermoeidheidssyndroom.^{9,10} Er is gesuggereerd dat sommige huisartsen ook CGT zouden kunnen toepassen voor de behandeling van (chronische) vermoeidheid.⁴ Het is nog onduidelijk of huisartsen deze therapie wel kunnen toepassen en of deze ook werkt bij minder ernstige gevallen van vermoeidheid.

Met dit onderzoek wilden wij nagaan of CGT uitgevoerd door huisartsen werkzaam is bij de behandeling van patiënten met onverklaarbare, aanhoudende vermoeidheidsklachten. We veronderstelden dat de vermoeidheidsklachten van vermoeide werknemers die ziek thuis zitten door behandeling met CGT zouden afnemen en dat zij weer aan het werk konden gaan.

Wat is bekend?

- ▶ Vermoeidheid is een klacht die ook in de huisartsenpraktijk veel voorkomt.
- ▶ Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectieve behandeling voor het chronischevermoeidheidssyndroom in de tweede lijn.
- ▶ Het is nog onduidelijk of kortdurende CGT uitgevoerd door huisartsen een werkzame interventie voor vermoeidheid is.

Wat is nieuw?

- ▶ Cognitieve gedragstherapie uitgevoerd door huisartsen bij vermoeide werknemers bleek geen effectieve interventie.
- ▶ Het is onwaarschijnlijk dat huisartsen in de dagelijkse praktijk meer succes met CGT kunnen boeken.

Methoden

Onderzoeksopzet en procedures

Wij voerden een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek uit volgens een prerandomisatie- of *randomised consent* (gerandomiseerde toestemming) onderzoeksopzet¹¹ om contaminatie en selectieve uitval te voorkomen.¹² De toewijzing vond plaats voordat de patiënten nadere informatie kregen over het onderzoek; de patiënten van de ene groep werden niet op de hoogte gebracht van de randomisatieprocedure en dus ook niet van het bestaan van de andere groep. De patiënten kregen óf cognitieve gedragstherapie van een huisarts óf werden in een controlegroep gevolgd. We verzamelden viermaal gegevens: bij de voormeting, aan het einde van de behandelingsperiode (na de vierde maand) en tweemaal tijdens de follow-up (na de achtste en twaalfde maand).

Wat is ...?

Prerandomisatie

Bij prerandomisatie of *randomised consent* vindt de toewijzing van personen aan de experimentele of de controlegroep plaats voordat de proefpersoon instemt met deelname aan het onderzoek. De verstrekte informatie en toestemming beperkt zich tot het deel van het onderzoek waaraan de proefpersoon deelneemt en de proefpersoon wordt niet ingelicht over het vergelijkende karakter van het onderzoek.

Deelnemers

De patiënten werden gekozen in samenwerking met een plaatselijke Arbo-dienst. Werknemers die door de Arbo-dienst werden gecontroleerd en met ziekteverzuim waren, ontvingen van de Arbo-dienst beperkte informatie over het onderzoek (inclusief een vragenlijst), ongeacht de reden voor het verzuim. Op basis van de vragenlijsten die werden teruggezonden, nodigden we potentiële kandidaten die bereid waren om deel te nemen uit om het onderzoekscentrum van de universiteit te bezoeken.

We bepaalden tijdens een klinisch interview of een patiënt geschikt was om aan het onderzoek deel te nemen. De inclusiecriteria waren: ernstige vermoeidheid (een score ≥ 35 op de subschaal vermoeidheid van de Checklist Individuele Spankracht, CIS)^{13,14} gedurende ten minste 4 maanden als een van de grootste

gezondheidsproblemen en volledig arbeidsverzuim gedurende 6 tot 26 weken. Patiënten kwamen niet in aanmerking als ze aan een ziekte leden die de vermoeidheid verklaarde (bijvoorbeeld kanker), een andere interventie voor de vermoeidheid ondergingen (bijvoorbeeld behandeling van burnout), een eerder vastgestelde psychiatrische stoornis hadden of een psychologische behandeling kregen (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie voor zware depressie). Evenmin mocht het verzuim worden veroorzaakt door problemen die niets met gezondheid te maken hebben (bijvoorbeeld een arbeidsconflict).

Interventies

We vroegen aan de patiënten van beide groepen toestemming om hen gedurende de volgende twaalf maanden te volgen. Bovendien kregen de patiënten van de onderzoeksgroep vijf tot zeven sessies van dertig minuten cognitieve gedragstherapie (CGT), verspreid over vier maanden. Alle interventies werden toegepast door negen 'onderzoeks'-huisartsen buiten hun normale praktijkactiviteiten. De patiënten die instemden met de CGT kregen een onderzoekshuisarts toegewezen in de omgeving van hun huisadres. De interventie werd deels gebaseerd op het CGT-programma voor het chronischevermoeidheidssyndroom dat werd ontwikkeld door leden van onze groep.⁹ In *tabel 1* staat een samenvatting van het doel en de inhoud van de interventie. De onderzoekshuisartsen, die nog geen ervaring hadden in CGT, werden voor de interventie getraind tijdens twee workshops die vijf uur duurden. Tijdens het onderzoek kregen zij maandelijks supervisie van twee ervaren gedragstherapeuten. De patiënten uit beide groepen mochten hun eigen huisarts blijven bezoeken voor gebruikelijke zorg.

Beoordeling van de uitkomsten

We voerden metingen uit met gecomputeriseerde vragenlijsten in het onderzoekscentrum (meting aan het begin van het onderzoek en na de behandelperiode) en met vragenlijsten per post (follow-up na de achtste en twaalfde maand).

Tabel 1 CGT-programma uitgevoerd door huisartsen voor vermoeidheid onder werknemers

Doel van de interventie:

- afname van vermoeidheid en andere klachten;
- werkherovating en andere persoonlijke doelen bewerkstelligen.

Stappen in de interventie:

- 1 Inventarisatie van factoren die de vermoeidheid instandhouden op het gebied van:
 - cognities (bijvoorbeeld niet accepteren vermoeidheid, verloren gevoel van controle);
 - gedrag (bijvoorbeeld verstoord slaappatroon, disbalans in lichamelijke activiteiten);
 - sociale factoren (bijvoorbeeld gebrek aan sociale steun, disfunctionele werkomgeving).
- 2 Modificatie van factoren die de vermoeidheid instandhouden door:
 - uitleg te geven over de cirkel die de vermoeidheid instandhoudt;
 - doelen te stellen voor activiteiten en voor de oplossing van andere probleemgebieden;
 - helpende cognities te bieden;
 - systematische en geleidelijke werkherovating te plannen;
 - een programma te maken om andere persoonlijke doelen te behalen;
 - de sociale omgeving te betrekken bij de behandeling.

De primaire uitkomstmaten waren: ernst van de vermoeidheid (CIS-score),^{13,14} arbeidsverzuim en 'klinisch herstel'. Arbeidsverzuim werd op 2 manieren gemeten: zelfgerapporteerde werkhervatting (ja/nee) bij elke meting en arbeidsverzuim geregistreerd door de Arbo-dienst (aantal gedeeltelijke of volledige ziekte dagen op 365 dagen). Klinisch herstel gold voor patiënten met een CIS-vermoeidheidsscore ≤ 34 in combinatie met zelfgerapporteerde werkhervatting.

De secundaire uitkomstmaten waren: het algemene oordeel van de patiënt over het effect van de therapie (*global perceived effect*, GPE),¹⁵ het lichamelijk functioneren (gemeten met de *Short Form Health Survey*, SF-36)¹⁶ en psychische klachten (gemeten met de *Symptom Check-List 90*, SCL-90).^{17,18}

Voor elke patiënt in de onderzoeksgroep onderzochten we of de gekregen CGT volgens 'protocol' werd uitgevoerd aan de hand van registratieformulieren die onderzoekshuisartsen hadden ingevuld. Dit hield in dat de patiënt alle essentiële stappen van de interventie (tabel 1) moest hebben doorlopen. Het hele programma kon in minder dan vijf sessies worden voltooid. Bovendien werden indicatoren (procesvariabelen) voor het behandelproces¹⁹ gemeten om het cognitieve effect van de interventie vast te stellen: zelfwerkzaamheid (gevoel van controle over klachten), psychologische attributies (denkbeelden over de psychische oorzaak van een klacht) en somatische attributies (denkbeelden over de somatische oorzaak van een klacht).

Steekproefgrootte en gegevensanalyse

We berekenden de steekproefgrootte op basis van bekende gegevens van de CIS-vermoeidheidschaal wat neerkwam op 63 patiënten per groep (verschilscore 6 bij een power van 80%). We hebben de grootte van de steekproef uitgebreid tot 75 patiënten per groep vanwege mogelijke uitval uit het onderzoek.

In de hoofdanalyse analyseerden we alle gegevens volgens het intention-to-treatprincipe. We gebruikten hierbij standaardtechnieken (de t-toets, de chikwadraat-toets, lineaire en logistische regressieanalyse en variantieanalyse) Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS, versie 11.0.

Voor meer details over de methode verwijzen we naar eerder verschenen artikelen.^{20,21}

Resultaten

De *figuur* geeft het verloop van patiënten tijdens het onderzoek weer. Omdat de Arbo-dienst alle werknemers, van wie de meeste niet vermoeid waren, met ziekteverzuim aanschreef, kwam slechts een fractie van de respondenten (151 patiënten) in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Na 12 maanden follow-up (juli 2002) waren complete gegevens beschikbaar van 138 patiënten (uitval 8,6%).

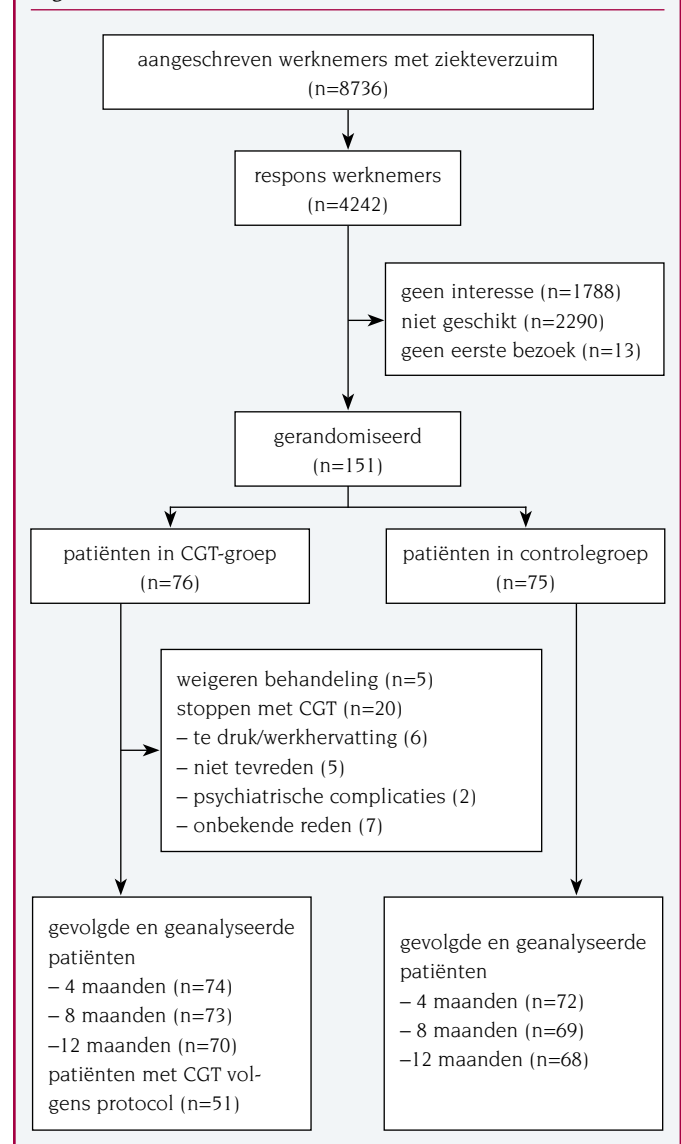
De demografische en klinische kenmerken bij het begin van het onderzoek waren redelijk vergelijkbaar tussen beide groepen, behalve voor lichamelijk functioneren en psychische klachten (tabel 2). Correctie voor deze twee factoren had geen invloed op de bevindingen. De patiënten werden als potentiële CVS-patiënten

(CVS-achtige patiënten) gedefinieerd als ze voldeden aan alle onderzoekscriteria voor CVS.²² Aan het begin van het onderzoek voldeden in totaal 66 patiënten (44%) aan de onderzoekscriteria voor CVS; bij niemand van hen was ooit de diagnose CVS gesteld. Eén patiënt wees erop dat ze dacht CVS te hebben.

Effect van de interventie

Tabel 3 vermeldt de klinische uitkomsten aan het begin van het onderzoek, na vier maanden en na twaalf maanden. Op geen enkele klinische uitkomstmaat en op geen enkel meetmoment waren er significante verschillen tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep.

Figuur Stroomdiagram van patiëntenrekrutering, toewijzing behandeling en meetmomenten



Ontvangen behandeling

Vijf patiënten in de CGT-groep weigerden de aangeboden behandeling onmiddellijk (*figuur*). Van de overige 71 patiënten die akkoord gingen met de behandeling, voltooiden 51 patiënten (71,8%) de CGT volgens protocol.

Tabel 2 Kenmerken van patiënten aan het begin van het onderzoek. Gegevens zijn gemiddelde waarden (SD) tenzij anders aangegeven

Kenmerken	CGT-groep n=76		Controlegroep n=75	
Geslacht, aantal m/v (%)	37/39	(49/51)	31/44	(41/59)
Leeftijd (jaren)	43,6	(8,9)	43,3	(7,7)
Opleiding (1=laag tot 7=hoog)	3,8	(1,7)	3,8	(1,5)
Ernst vermoeidheid (CIS, mogelijke score 35-56)	48,8	(5,3)	48,5	(7,1)
Duur vermoeidheidsklachten (maanden)	27,9	(31,4)	26,9	(27,6)
Duur werkverzuim (weken)	12,6	(5,9)	12	(3,7)
Andere gezondheidsklachten, aantal (%):				
- pijnlijke gewrichten/ledematen	30	(40)	34	(45)
- stress	22	(29)	20	(27)
- hoofdpijn	17	(22)	16	(21)
- rugpijn	12	(16)	17	(23)
- slechte concentratie of geheugen	14	(18)	13	(17)
- depressieve stemming	10	(13)	16	(21)
- slaapklachten	12	(16)	11	(15)
- duizeligheid	12	(16)	10	(13)
- gebrek aan energie	8	(11)	11	(15)
- darm-, buik- of maagklachten	8	(11)	7	(9)
- anders	17	(22)	17	(23)
Lichamelijk functioneren (SF-36, schaal 0-100)	56,7	(25)	67,1	(22)
Psychische klachten (SCL-90, mogelijke score 90-450)	175	(42)	190	(57)
Algemene lichamelijke activiteit (actometer)*	67	(22)	69,5	(22)
CVS-achtige patiënten, aantal (%)†	36	(47)	30	(40)

* Er waren valide actometergegevens beschikbaar van 60 CGT-patiënten en 60 controlepatiënten.

† CVS-achtige patiënten: patiënten die voldeden aan de onderzoekscriteria voor het chronischevermoeidheidsyndroom

CIS: Checklist Individual Strength; SCL-90: Symptom Check List 90; SF-36: 36-item Short Form Health Survey

Tabel 3 Klinische uitkomsten. Gegevens zijn gemiddelde waarden (SD) tenzij anders aangegeven

Klinische uitkomst	CGT-groep n=76		Controlegroep n=75		Vershil*	(95%-BI)
<i>Ernst vermoeidheid (CIS)</i>						
- t0*	48,8	(5,3)	48,5	(7)		
- t1	38,2	(12,7)	39,8	(13,7)	2,2	(-1,7-6,1)
- t3	35,5	(12,9)	33,9	(13,8)	-0,5	(-5-3,9)
<i>Werkhervatters, % (aantal)</i>						
- t1	50	(37)	61	(44)	-11%	(-23-1)
- t3	59	(41)	65	(44)	-6%	(-23-10)
<i>Geregistreerd verzuim (dagen)</i>						
- t3	234	(116)	230	(116)	4	(-35,9-44)
<i>Klinisch herstel, % (aantal)</i>						
- t1	24	(18)	28	(20)	-4%	(-18-11)
- t3	33	(23)	43	(29)	-10%	(-26-6)
<i>Ervaren herstel (GPE), % (aantal)</i>						
- t1	38	(28)	39	(28)	-1%	(-17-15)
- t3	49	(34)	53	(36)	-4%	(-21-12)
<i>Lichamelijk functioneren (SF-36)</i>						
- t0	56,8	(25)	67,1	(22)		
- t1	65,2	(25,8)	72,5	(19,1)	-4,4	(-10,9-2,1)
- t3	70,1	(24,7)	77,4	(20,9)	-3,6	(-10,4-3,1)
<i>Psychische klachten (SCL-90)</i>						
- t0	175	(42)	190	(57)		
- t1	156	(42)	163	(55)	-10,4	(-23,5-2,7)
- t3	152	(51)	153	(62)	-11,4	(-27,1-4,3)

* Verschil in score (t0-tx) of percentage

t0=beginmeting, t1=na behandelperiode (4 maanden), t3=follow-up (12 maanden), CIS: Checklist Individual Strength; SCL-90: Symptom Check List 90; SF-36: 36-item Short Form Health Survey

Het gemiddelde aantal bijgewoonde CGT-sessies was 5,3 (SD 1,9), met een gemiddelde duur van 33,7 minuten (SD 9,4). Daarnaast ondergingen 13 patiënten (18% van 74) van de onderzoeksgroep psychosociale co-interventies (variërend van psychotherapie tot ondersteuning van maatschappelijk werk) tijdens de eerste vier maanden (interventieperiode), vergeleken met 22 patiënten (31%

van 72) in de controlegroep (95%-BI voor het verschil -1-27). Het gemiddelde aantal bezoeken aan de eigen huisarts tijdens de interventieperiode was 4,2 (SD 4,5) in de onderzoeksgroep en 3,5 (SD 4,3) in de controlegroep (95%-BI voor het verschil -0,8-2,1).

Tabel 4 bevat de scores op de procesvariabelen die werden vastgesteld bij de metingen aan het begin van het onderzoek en na de behandeling. Er waren geen verschillen tussen de CGT-groep en de controlegroep. Bovendien waren de scores van de metingen na de behandeling en aan het begin van het onderzoek in beide groepen vrijwel gelijk.

Uitkomsten van patiënten die de CGT voltooiden

Aan het begin van het onderzoek verschilden de kenmerken van de patiënten die de CGT volgens protocol afmaakten (CGT-voltooiers, n=51) niet van de kenmerken van de patiënten die CGT weigerden of zich terugtrokken uit CGT (CGT-uitvallers, n=25). De klinische uitkomsten en scores op de procesvariabelen van de CGT-voltooiers (n=51) werden vervolgens vergeleken met de scores van de controlegroep (n=75). Er waren geen significante verschillen tussen de groepen.

Subgroepenanalyses

Hoewel er enkele verschillen in behandelings-effect optraden tussen de individuele onderzoekshuisartsen, stelden we geen algemeen effect van huisartsen op de klinische uitkomsten vast. De patiënten werden gestratificeerd volgens hun vermoeidheidsscores, de duur van hun verzuim, de duur van hun vermoeidheidsklachten, CVS-achtige status, hun geslacht, leeftijd en scholing aan het begin van het onderzoek. Er waren geen significante effecten van CGT in deze subgroepen vergeleken met de controlegroep.

Beschouwing

Cognitieve gedragstherapie, gegeven door huisartsen aan vermoeide werknemers die hun werk verzuimden, had geen significant effect op

de klinische uitkomsten of cognitieve processen tijdens 12 maanden follow-up. Deze bevinding kon niet worden verklaard door een verschil in effect tussen huisartsen of uitval uit de behandeling in de CGT-groep.

Zoals kon worden verwacht, ontvingen de patiënten van de controlegroep meer co-interventies, wat zou kunnen hebben geleid

Tabel 4 Indicatoren voor het behandelproces. Gegevens zijn gemiddelde waarden (SD)

Indicator (mogelijke score)	CGT-groep n=76	Controlegroep n=75	Vershil*	(95%-BI)
<i>Zelfwerkzaamheid (5-24)</i>				
- t0*	15,4 (3,5)	14,9 (3,5)		
- t1	16,6 (3,9)	16,4 (3,6)	0,2	(-0,9-1,3)
<i>Psychologische attributies (7-28)</i>				
- t0	18,3 (4,5)	19,4 (4,1)		
- t1	18,4 (4,8)	19,2 (3,8)	-0,3	(-1,3-0,8)
<i>Somatische attributies (4-16)</i>				
- t0	9,3 (2,5)	9,3 (2,6)		
- t1	9,5 (2,6)	9,4 (2,6)	-0,1	(-0,8-0,6)

* Verschil in score (t0-tx) of percentage
t0=beginmeting, t1=na behandelperiode (4 maanden)

tot een onderschatting van het effect van CGT. De beperking van dit onderzoek is de aard van onze kwaliteitscontrole. We gebruiken registratieformulieren in plaats van audiovisuele opnames om de kwaliteit van de toegepaste CGT vast te stellen. Daarom kunnen we er niet zeker van zijn dat de onderzoekshuisartsen werkelijk deden wat ze registreerden te hebben gedaan.

CGT door huisartsen

Er zijn maar weinig onderzoeken naar de effectiviteit van CGT door huisartsen. In dit tijdschrift beschreven drie Belgische huisartsen hun positieve ervaringen met CGT voor CVS, maar daarbij ging het om een ongecontroleerd onderzoek onder 15 patiënten.²³ In een onderzoek door King et al.²⁴ bleek het aanleren van CGT-vaardigheden aan huisartsen niet effectief. De mate waarin de huisartsen hun vaardigheden werkelijk toepasten, gingen de onderzoekers echter niet na. In een review voor de Cochrane Collaboration²⁵ vonden we weinig bewijs voor de effectiviteit van psychosociale interventies door huisartsen, behalve een gunstig effect van probleemoplossende therapie door een klein aantal ervaren huisartsen bij depressie.^{26,27} Over het algemeen leken de positieve effecten van psychosociale interventies te kunnen worden toegeschreven aan een klein aantal (onderzoeks)huisartsen die veel patiënten behandelden.

Kan het gebrek aan effectiviteit worden verklaard?

Het gebrek aan effectiviteit in dit onderzoek kan niet worden toegeschreven aan duidelijke methodologische fouten: de interventies vonden plaats onder 'ideale omstandigheden', de condities in het onderzoek waren duidelijk verschillend en de meerderheid van de patiënten en huisartsen leek het protocol te volgen. Het gebrek aan effectiviteit is eerder het gevolg van een storing in de driehoek tussen de patiënt, de arts en de interventie: drie 'factoren' die moeten aansluiten wil een interventie werken. Ons onderzoek was niet bedoeld om de bron van de storing in deze driehoek op te sporen. Een verklaring voor onze bevindingen zou echter kunnen zijn dat onderzoekshuisartsen niet voldoende patiënten behandelden om de nodige ervaring op te doen in het toepassen van de complexe interventie. Ook is het mogelijk dat de interventie eenvoudigweg te moeilijk was om door een huisarts te worden toegepast. Omdat veel patiënten aan het begin van het onderzoek ernstig vermoeid

waren, psychische klachten hadden en lichamelijk disfunctioneerden, zouden ze bovendien misschien meer baat hebben gehad bij een behandeling binnen de reguliere tweedelijns GGZ. Dit geldt wellicht vooral voor de patiënten die aan de CVS-criteria voldeden.

Aan de andere kant kan het substantiële (natuurlijke) herstel in beide groepen deels verantwoordelijk zijn geweest voor het gebrek aan verschil in effect tussen de behandelingen. Een andere verklaring zou dan kunnen zijn dat de korte CGT-interventie op zichzelf niet geschikt, specifiek of intensief genoeg was

voor de patiënten die in de loop der tijd niet herstelden. Een bijkomende moeilijkheid zou kunnen zijn geweest dat de interventie niet alleen op vermoeidheid was gericht maar ook op werkhervatting: een complex proces dat door uiteenlopende factoren wordt bepaald.

Tot slot, is het mogelijk dat de interventie effectiever was geweest als deze door de eigen huisarts zou zijn gegeven? Gegevens uit een kwalitatieve analyse wijzen daar niet meteen op: een grote meerderheid van de patiënten die CGT ontvingen was tevreden tot zeer tevreden met hun onderzoekshuisarts en gaf aan deze behandelconstructie plezierig te vinden.²⁸ In dit verband wijzen wij ook op onze discussiebijdrage in dit nummer (pagina 273).

Conclusie

De conclusie van een eerdere review was dat psychosociale behandelingen in de eerste lijn waarschijnlijk niet hetzelfde effect zullen hebben als in de tweede lijn door verschillen in het stadium van de klachten, behandelingsregime en behandelingsvoorzieningen.²⁹ Effectieve CGT voor patiënten met CVS in de tweede lijn bestond uit ongeveer zestien sessies door ervaren specialisten.⁹ In de eerste lijn lijken meer behandelingssessies of meer training geen haalbare optie.²⁴

Zelfs onder ideale omstandigheden konden onze onderzoekshuisartsen geen effectieve CGT leveren. Wij verwachten dat de effecten op vermoeidheid dezelfde waren geweest als we patiënten met onverklaarde vermoeidheid in de huisartsenpraktijk hadden geïnccludeerd. Ook in behandeling door huisartsen van patiënten met andere klachten dan vermoeidheid met CGT zien wij weinig heil: daarvoor is CGT gewoon een te complexe behandeling.

Dankbetuiging

Dit onderzoeksproject werd gefinancierd door ZorgOnderzoek Nederland (subsidiernr. 2830180). De rekrutering van patiënten werd mede mogelijk gemaakt door Arbo Unie Limburg. De auteurs danken dr. Ludovic van Amelsvoort voor statistisch advies.

Literatuur

- Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:92-7.
- Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch S, Wallace P. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ* 1994;308:763-6.

- 3 Bültmann U, Kant I, Kasl SV, Beurskens AJHM, Van den Brandt PA. Fatigue and psychological distress in the working population: psychometrics, prevalence and correlates. *J Psychosom Res* 2002;52:445-52.
- 4 Sharpe M, Wilks D. ABC of psychological medicine: Fatigue. *BMJ* 2002;325:480-3.
- 5 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
- 6 Mayou R, Farmer A. ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* 2002;325:265-8.
- 7 Janssen N, Kant I, Swaen GMH, Janssen PPM, Schröder CAP. Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occ Environ Med* 2003;60 (Suppl 1):i71-i6.
- 8 Van Amelsvoort LGPM, Kant I, Beurskens AJHM, Schröder CAP, Swaen GMH. Fatigue as a predictor of work disability. *Occup Environ Med* 2002;59:712-3.
- 9 Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-7.
- 10 Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA* 2001;286:1360-8.
- 11 Zelen M. Randomised consent designs for clinical trials: an update. *Stat Med* 1990;9:645-56.
- 12 Knottnerus JA. Gezondheidszorgonderzoek in extramurale settings. In: Ten Have HAMJ, Blijham G, Engberts DP, redactie. *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer, 1997:151-98.
- 13 Vercoulen JHMM, Alberts M, Bleijenberg G. De Checklist Individual Strength (CIS). *Gedragstherapie* 1999;32:31-6.
- 14 Beurskens AJHM, Bültmann U, Kant I, Vercoulen JHMM, Bleijenberg G, Swaen GMH. Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Occup Environ Med* 2000;57:353-7.
- 15 Feinstein AR. *Clinimetrics*. New Haven (Conn): Yale University Press, 1987:91-103.
- 16 Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- 17 Ettema JHM, Arrindell WA. SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003:120.
- 18 Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28.
- 19 Huibers MJH, Beurskens AJHM, Prins JB, Kant IJ, Bazelmans E, Van Schayck CP, et al. Fatigue, burnout and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occup Environ Med* 2003;60(Suppl 1):i26-i31.
- 20 Huibers MJH, Beurskens AJHM, Van Schayck CP, Bazelmans E, Metsemakers JFM, Knottnerus JA. Efficacy of cognitive-behavioural therapy by general practitioners for unexplained fatigue among employees: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;184:240-6.
- 21 Huibers MJH, Bleijenberg G, Beurskens AJHM, Kant IJ, Knottnerus JA, Van der Windt DAWM, et al. An alternative trial design to overcome validity and recruitment problems in primary care research. *Fam Pract* 2004;21:213-8.
- 22 Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- 23 Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjens L. Behandeling van het chronisch-vermoedheidssyndroom in de huisartsenpraktijk: van counsellen naar cognitieve gedragstherapie. *Huisarts Wet* 2003;46:259-62.
- 24 King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:947-53.
- 25 Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, Van Schayck CP. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners: a Cochrane Review. In: *The Cochrane Library*. Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 26 Mynors Wallis LM, Gath DH, Lloyd Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995;310:441-5.
- 27 Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
- 28 Bazelmans E, Huibers MJH, Bleijenberg G. A qualitative analysis of the failure of CBT for chronic fatigue conducted by general practitioners. *Behav Cogn Psychother* 2005;33:225-35.
- 29 Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002;325:1082-93.